Cour des comptes

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Septembre 2014

SOMMAIRE

	Réponses
AVANT-PROPOS 9	
DÉLIBÉRÉ 1	
INTRODUCTION GÉNÉRALE 3	
PREMIÈRE PARTIE UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX À AFFERMIR.....15	
Chapitre I - La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile.....**17**	
I - Une réduction des déficits en 2013 plus lente que prévu 19	
II - En 2014, une étape encore limitée et fragile dans le redressement des comptes.....40	
III - Un retour incertain à l'équilibre en 2017.....47	
Chapitre II - Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2013 : avis sur la cohérence **59**	
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2013 62	
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2013.....77	
Chapitre III - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir **91**	**601**
I - Une dépense d'assurance maladie encore mieux maîtrisée mais en apparence seulement.....94	
II - Un ONDAM surestimé dont les règles de construction devraient être améliorées 110	
Chapitre IV - La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier.....**123**	**603**
I - Une fraude à l'importance sous-estimée et trop peu détectée 126	

	Réponses
II - Une lutte contre la fraude à renforcer considérablement et à moderniser 135	
DEUXIÈME PARTIE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À MODERNISER POUR UN PILOTAGE PLUS EFFICACE DES FINANCES SOCIALES 151	
Chapitre V - Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir **153**	
I - Un cadre mal adapté au nouveau contexte de pilotage des finances publiques.....155	
II - Des instruments à rénover pour affermir la maîtrise de la dépense sociale 164	
III - Un examen par le Parlement à mieux articuler avec celui des autres lois financières 170	
Chapitre VI - Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer **177**	**610**
I - Un dispositif éclaté.....180	
II - Une fiabilité encore inégale 186	
III - Un suivi à perfectionner 193	
TROISIÈME PARTIE DES DÉPENSES DE VILLE À RÉGULER BEAUCOUP PLUS VIGOUREUSEMENT 199	
Chapitre VII - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster **201**	**612**
I - Une assiette de départ surestimée : effet de base et effets reports 207	
II - L'appréciation de la tendance spontanée des dépenses : des limites méthodologiques et des biais de précaution.....213	
III - Les économies : un moindre effort en 2013, un effet d'affichage 220	

	Réponses
Chapitre VIII - Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense 231	**612**
I - Des résultats peu satisfaisants pour les patients 234	
II - Un système conventionnel à réorienter.....245	
Chapitre IX - La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés.....257	**614**
I - Une politique peu ambitieuse, des résultats trop modestes 260	
II - Un modèle à bout de souffle 267	
III - Se doter d'une nouvelle stratégie de développement des génériques 280	
Chapitre X - Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée.....291	**619**
I - Des dépenses en très forte croissance 294	
II - Une régulation défaillante.....300	
III - Un cadre à redéfinir 314	
QUATRIÈME PARTIE DES GAINS D'EFFICIENCE À MOBILISER PLUS FERMEMENT À L'HÔPITAL.....319	
Chapitre XI - Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel.....321	**622**
I - Une démarche très lourde, une approche intégrée insuffisante.....324	
II - Des capacités d'action limitées.....332	
III - Préparer la prochaine génération de PRS selon une méthode repensée 343	
Chapitre XII - Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser 349	**623**
I - Une dynamique de fréquentation à mieux analyser 352	
II - Une organisation en progrès mais encore perfectible, un financement qui n'encourage toujours pas l'efficience 360	
III - Mieux articuler l'hôpital et la médecine de ville.....371	

	Réponses
Chapitre XIII - L'assurance maternité : une place à clarifier.....379	**625**
I - Une protection spécifique au champ de plus en plus large mais peu cohérent 382	
II - Une dépense en augmentation rapide et insuffisamment analysée.....388	
III - Des clarifications indispensables.....399	
Chapitre XIV - Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire.....409	**627**
I - Un ralentissement fragile de la dépense, des effectifs en croissance.....411	
II - Des facteurs défavorables à la maîtrise des dépenses 422	
III - Des marges de manœuvre à mobiliser.....433	
Chapitre XV Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître 447	**632**
I - Une pluralité de modes de gestion empêchant une approche consolidée 449	
II - Des dépenses de rémunération médicale essentiellement externalisées.....452	
III - Une masse salariale très largement consacrée à la rémunération du personnel de soins.....454	
IV - Une dépense éclatée au sein de l'ONDAM.....459	
CINQUIÈME PARTIE LES RETRAITES DES INDÉPENDANTS : LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONTRIBUTIF ACCRU.....465	
Chapitre XVI Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale 467	**635**
I - Des régimes de base en déficit structurel 470	
II - Un nouveau régime complémentaire unifié aux perspectives plus favorables 482	

	Réponses
III - Une gestion du processus retraite peu satisfaisante malgré des efforts de redressement 485	
SIXIÈME PARTIE DES PROGRÈS INDISPENSABLES DANS LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 491	
Chapitre XVII - Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever 493	**638**
I - Une fusion ambitieuse mais sans dynamique de réduction des coûts 496	
II - Relancer une dynamique de gains d'efficience....504	
Chapitre XVIII - Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir 517	**643**
I - Un recouvrement des cotisations très dégradé 520	
II - Une organisation inefficiente....526	
III - Restaurer la crédibilité du recouvrement : traiter autrement la dette sociale agricole....534	
Chapitre XIX - La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire 541	**648**
I - Des effectifs en décroissance récente, une politique salariale avantageuse....544	
II - Des parcours professionnels peu encadrés et peu diversifiés....553	
III - Des caisses nationales aux pouvoirs incomplets, une gestion transversale inexistante 559	
A N N E X E S 567	
Annexe 1 Récapitulatif des recommandations....569	
Annexe 2 Le suivi des recommandations formulées antérieurement par la Cour 583	
RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNÉS 587	
GLOSSAIRE 659	

AVANT-PROPOS

Le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

- élaboration et publication -

La Cour publie, chaque année depuis 1996, un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Prévu par les dispositions combinées des articles LO. 132-3 du code des juridictions financières et LO. 111-3 alinéa VIII du code de la sécurité sociale, ce rapport est transmis au Parlement et au Gouvernement afin d'accompagner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante que le Gouvernement dépose, au plus tard mi-octobre, sur le bureau de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Comme le rapport annuel de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, il est présenté par la Cour dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement pour le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale (article 47-2 de la Constitution).

Il comprend en particulier les avis par lesquels la Cour se prononce sur la cohérence des tableaux d'équilibre des comptes et sur celle du tableau patrimonial des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En outre, il contient une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Il contribue à l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé (article L. 132-3-2 du code des juridictions financières).

La préparation du rapport est assurée, au sein de la Cour, par la chambre chargée du contrôle de la sécurité sociale. Les chambres régionales des comptes y contribuent pour certains thèmes relatifs à la gestion hospitalière. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs et des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des différents rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent le texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de publication est défini et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*

Les rapports de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, comme ceux relatifs à la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, sont accessibles en ligne sur le site Internet de la Cour des comptes et des autres juridictions financières : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par La Documentation française.

DÉLIBÉRÉ

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation plénière, a adopté le présent rapport sur *La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS 2014).*

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable à l'administration concernée, et de la réponse adressée en retour à la Cour. La réponse est publiée à la suite du rapport. Elle engage la seule responsabilité de son auteur.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Lefas, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, Duchadeuil, Piolé, présidents de chambre, MM. Picq, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, Levy, Mme Froment-Meurice, présidents de chambre maintenus en activité, MM. de Mourgues, Ganser, Mme Lévy-Rosenwald, M. Pannier, Mme Pappalardo, MM. Cazala, Lafaure, Andréani, Mme Morell, MM. Perrot, Louis Gautier, Mmes Dayries, Ulmann, M. Vermeulen, Mmes Darragon, Seyvet, M. Vivet, Mme Moati, MM. Diricq, Charpy, Pétel, Maistre, Ténier, Lair, Mme Trupin, MM. Rigaudiat, Ravier, Selles, de Gaulle, Uguen, Bergère, Prat, Le Roy, Salsmann, Guédon, Mme Gadriot-Renard, MM. Urgin, Baccou, Sépulchre, Arnauld d'Andilly, Guéroult, Mme Malgorn, MM. Feller, Chouvet, Viola, Clément, Saudubray, Laboureix, Glimet, de Nicolay, Mmes Latare, Dardayrol, MM. Delaporte, de la Guéronnière, Brunner, Mme Pittet, MM. Senhaji, d'Aubert, Mme Fontaine, M. Écalle, Mme Périn, M. Ortiz, Mmes Dujols, Bouzanne des Mazery, MM. Bouvard, Basset, Belluteau, Brouder, Drouet, conseillers maîtres, MM. Dubois, Gros, Carpentier, Blairon, Marland, Schmitt, Jouanneau, Sarrazin, Delbourg, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Durrleman, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;

- en son rapport, M. Paul, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de MM. Diricq, conseiller maître, rapporteur général, et Gatineau, auditeur, rapporteur général adjoint du présent rapport devant la chambre chargée de le préparer ;

- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général, accompagné de M. Michaut, avocat général.

M. Drouet n'a pas pris part à la délibération sur le chapitre XIX : *La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire ;*

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

Fait à la Cour, le 9 septembre 2014.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Durrleman, président de chambre et composée de MM. Picq et Babusiaux, présidents de chambre maintenus, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Bonin, Diricq, Selles, Salsmann, Viola, Laboureix, Mme Latare, MM. de la Guéronnière, Jamet, Mmes Fontaine, Bouzane des Mazery, M. Appia, conseillers maîtres, MM. Klinger, Leclercq, conseillers maîtres en service extraordinaire. M. Michaut, avocat général, représentait le Procureur général.

Le rapporteur général était M. Diricq, conseiller maître et son adjoint était M. Gatineau, auditeur.

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 5, 14, 17, 24, 26 et 28 mars, 2, 4, 23, 25, 28 et 30 avril, 5, 7, 12, 16, 21, 23, 26 et 30 mai, 6, 11, 20, 25, 27 et 30 juin, 2, 4, 7 juillet 2014.

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

- en tant que contre-rapporteurs par M. Babusiaux, président de chambre maintenu, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Diricq, Selles, Laboureix ;

- en tant que rapporteurs par M. Viola, Mme Latare, M. de la Guéronnière, Mme Fontaine, M. Appia, conseillers maître, M. Bonin, conseiller maître, rapporteur à temps partiel, MM. de Puylaroque, Oseredczuk, Barichard, Vasseur, conseillers référendaires, Mme Champetier de Ribes, M. Puiseux, auditeurs, M. Bonnet, Mmes Gérard-Chalet, Luciolli, Méadel, N'Guyen-Duy, M. Olié, Mme Prévost-Mouttalib, rapporteurs, avec le concours de Mme Daros-Plessis, Mme Sagna, M. Scholler, experts, Mme Apparitio, assistante.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, le 29 avril, le 20 mai, les 4 et 20 juin, les 1er, 8, 15 et 16 juillet 2014 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Mme Froment-Meurice (jusqu'au 8 juillet 2014), MM. Durrleman, Levy (jusqu'au 8 juillet 2014), Lefas, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Duchadeuil (à compter du 15 juillet 2014), Piolé (à compter du 15 juillet 2014), Paul, rapporteur général du comité, présidents de chambre et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Notre pays s'est engagé tardivement à partir d'une situation dégradée depuis longtemps dans une trajectoire de rétablissement de l'équilibre de ses comptes publics à laquelle l'ensemble des administrations - État, collectivités territoriales et sécurité sociale - doivent concourir.

De premiers résultats ont été obtenus : les déficits de la sécurité sociale ont commencé à se réduire. Mais le rythme de rééquilibrage de ses comptes est plus faible qu'attendu et reste systématiquement en-deçà des objectifs visés, alors que, dans le même temps, aucun de nos grands voisins n'accepte un déficit durable de sa protection sociale qui fait reposer sa charge sur les générations suivantes. L'intensification des efforts de redressement est d'autant plus indispensable que, comme la Cour l'a exprimé dans ses récents travaux sur la situation et les perspectives des finances publiques[1], le respect de la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes publics ne peut reposer sur le seul processus de consolidation budgétaire de l'État.

Le présent rapport s'attache ainsi d'abord à analyser l'évolution des comptes sociaux et la cohérence et l'efficacité de leurs outils de pilotage. Il présente ensuite, dans le prolongement des rapports antérieurs de la Cour sur la sécurité sociale et pour éclairer les choix possibles, des pistes d'économies structurelles dans différents champs de la dépense sociale, à même de permettre de la contenir et d'accroître son efficience tout en préservant le haut degré de protection sociale de notre pays.

*
* *

Une trajectoire de redressement des comptes sociaux à affermir

En 2013, un déficit, principalement structurel, à la réduction plus lente que prévue

Après avoir été ramené de -29,6 Md€ en 2010 à -22,6 Md€ en 2011 puis -19,1 Md€ en 2012, le déficit total des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse s'est élevé en 2013 à -16,0 Md€,

1. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, 248 p., juin 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

soit près de 0,8 point de PIB, en retrait de -3,1 Md€ après une contraction de -3,5 Md€ en 2012 et de -7 Md€ en 2011. Après s'être déjà fortement infléchi en 2012, le redressement des comptes sociaux a eu tendance à marquer le pas en 2013.

Ce constat ne s'explique qu'en partie par une croissance plus faible qu'attendu. Si elle a limité notamment la progression de la masse salariale sur laquelle sont assises très majoritairement les recettes de la sécurité sociale, son incidence a été en effet contrebalancée par un apport massif de ressources nouvelles, à hauteur de 7,6 Md€ sur l'année.

La poursuite de l'effort de résorption du déficit n'a été ainsi possible que par des prélèvements sociaux supplémentaires, plus que par des économies sur la dépense, qui n'a globalement que peu ralenti et dont la progression est restée supérieure à celle du PIB et de la masse salariale.

À cet égard le respect pour la quatrième année consécutive de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2013, qui se traduit même par une dépense inférieure de 1,4 Md€ à l'objectif voté par le Parlement, résulte largement de biais de construction. L'ampleur sans précédent de l'écart entre la dépense exécutée et son montant prévisionnel résulte de ce que le taux de progression de ce dernier a été fixé à un niveau supérieur (+2,7 %) à celui retenu pour 2012 (+2,5 %), au rebours de son resserrement progressif dans les années antérieures. Elle masque la poursuite d'une hausse de la dépense d'assurance maladie à un rythme au moins aussi rapide en 2013 qu'en 2012. Elle s'explique non par des économies supplémentaires — celles-ci ont été inférieures à 2012 - mais par des conventions de construction de l'ONDAM qui se traduisent par sa forte surestimation et qui, si elles perduraient en feraient un outil de régulation de moins en moins efficace.

Le déficit du régime général et du FSV en 2013 n'est que pour partie dû à la faible croissance. Il a majoritairement un caractère structurel, à hauteur de 57 % de son montant, soit -8,7 Md€, représentant 0,4 point de PIB.

Dans ces conditions, la dette sociale a continué à augmenter pour atteindre au total au 31 décembre 2013 162 Md€.

En 2014, un risque de non atteinte des objectifs, pourtant limités, de nouvelle baisse des déficits

La loi de financement initiale pour 2014 portait une ambition encore limitée de nouvelle réduction des déficits, le solde des régimes obligatoires de base et du FSV devant s'établir à -13,2 Md€, soit une diminution de - 2,8 Md€ par rapport à 2013.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014 a révisé cette prévision à -13,6 Md€, soit une contraction désormais attendue de -2,4 Md€ par rapport à 2013. Cet objectif revu ainsi à la baisse reste cependant tributaire d'une prévision de croissance de +1 % sur l'année et de +1,2 % en matière d'inflation, plus élevée que les dernières estimations de l'INSEE (+0,5 % pour la croissance et +0,5 % pour l'inflation). Le déficit final pourrait être plus élevé qu'anticipé : une inflexion de la croissance de la masse salariale, de 2,2 % comme prévu à 1,8 %, se traduirait par une baisse de recettes de 0,8 Md€.

Un scénario très fragile de retour à l'équilibre des comptes sociaux en 2017

Si ce risque sur 2014 se concrétisait, la nouvelle trajectoire des finances sociales pour les années 2015-2017 telle que portée par la loi de financement rectificative s'en trouverait d'emblée fragilisée. Celle-ci prévoit une forte accélération du redressement des comptes, dont le rythme doublerait par rapport à celui constaté sur les années 2012-2014, pour revenir à l'équilibre à l'horizon 2017, ce qui permettrait en principe une stabilisation, puis l'amorce d'une réduction de la dette sociale.

Cette hypothèse repose essentiellement sur un scénario macro-économique qui se traduit par une prévision de forte croissance de la masse salariale et corrélativement des recettes de la sécurité sociale, dont la réalisation pourrait ne pas être constatée. Le rythme d'évolution des dépenses ne connaîtrait quant à lui qu'un infléchissement limité, au demeurant incertain à ce stade. Les économies annoncées ne sont pas documentées précisément et leur appréciation repose en matière d'assurance maladie sur l'écart par rapport à une croissance tendancielle dont la Cour a constaté l'estimation peu rigoureuse. Les déficits des comptes sociaux à l'horizon 2017 pourraient ainsi être plus élevés que ceux inscrits dans la loi de financement rectificative.

Eu égard à ces aléas possibles, affermir et sécuriser la trajectoire de redressement des comptes sociaux apparaît comme un enjeu crucial. Plutôt que la mobilisation de nouveaux prélèvements sociaux, il passe par la modernisation du cadre de pilotage des finances sociales pour plus d'efficacité et par un effort accru d'économies sur la dépense.

Le recours à de nouvelles ressources pour rééquilibrer les comptes sociaux, largement privilégié au cours des dernières années, se heurte en effet aujourd'hui à des limites évidentes, tant en termes d'impact économique que d'acceptabilité sociale.

Pour autant, des progrès importants d'efficience et d'équité restent possibles en matière de recettes comme, l'an dernier, la Cour l'avait

montré en examinant l'évolution des « niches sociales ». Elle analyse dans la même perspective cette année[2] la lutte contre la fraude aux cotisations sociales. Cette dernière représente un enjeu d'une ampleur largement sous-estimée, faute d'évaluations régulières et du fait du renouvellement rapide de ses formes qui en rend l'impact difficile à mesurer précisément.

Selon une nouvelle étude réalisée à la demande de la Cour, son montant pourrait atteindre entre 20 et 25 Md€ en 2012, soit un quasi doublement en huit ans. Même si cette estimation est à considérer avec précaution et si le recouvrement total des sommes en cause n'est pas envisageable dès lors que certaines activités ne subsistent uniquement que par la fraude, elle montre combien la lutte contre la fraude peut contribuer à l'amélioration des comptes sociaux. Des progrès ont certes été accomplis à cet égard. Toutefois, les résultats obtenus restent extrêmement modestes. Les redressements ne représentent qu'environ 1 % de la fraude estimée et les montants effectivement recouvrés sont dérisoires.

La fraude aux cotisations minore les droits sociaux des personnes concernées au risque d'une précarisation sociale grandissante. Elle introduit des distorsions de concurrence entre agents économiques et affaiblit l'adhésion aux régimes sociaux. À tous égards, la lutte contre la fraude doit constituer une priorité nettement accrue en termes de modernisation de ses méthodes, d'élargissement de son champ et de mise sous obligation de résultat des différents régimes dont certains sont particulièrement peu actifs en ce domaine.

Des lois de financement de la sécurité sociale à moderniser pour un pilotage plus efficace des finances sociales

La cohérence du cadre d'ensemble et l'efficacité des outils de régulation qui lui sont associés constituent une condition déterminante de l'efficacité du pilotage du retour à l'équilibre des comptes sociaux et notamment de la maîtrise de la dépense sociale.

À l'approche des dix ans de la loi organique du 2 août 2005 qui en avait rénové le cadre, la Cour a cherché ainsi à évaluer l'adaptation des lois de financement de la sécurité sociale à un contexte profondément renouvelé. Cet outil qui a constitué à sa création en 1996 un progrès essentiel dans le pilotage financier de la sécurité sociale, organisé désormais autour du Parlement, paraît aujourd'hui avoir vieilli.

2. La Cour examinera l'an prochain la fraude aux prestations sociales.

Développer sa contribution à la maîtrise des finances sociales suppose de tirer toutes les conséquences de l'affirmation d'un pilotage d'ensemble des finances publiques en en étendant le champ, sous la forme d'une « loi de protection sociale obligatoire », aux régimes sociaux conventionnels - assurance chômage et régimes de retraite complémentaire obligatoires - en renforçant l'approche par les soldes et l'effort structurels et en étayant beaucoup plus fortement la dimension pluriannuelle des objectifs de dépenses qu'il fixe.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit en outre être servi par une amélioration indispensable de la qualité des prévisions financières dont la robustesse conditionne la capacité à atteindre les objectifs votés par le Parlement et le bon dimensionnement des efforts à réaliser. Une plus grande solidité des méthodes mises en œuvre est à cet égard nécessaire.

Dans le même sens, le renforcement des instruments de maîtrise de la dépense et de l'endettement portés par les lois de financement apparaît souhaitable. Le périmètre de l'ONDAM serait ainsi à élargir à des dépenses qu'il ne couvre pas. La mise en œuvre de modes de régulation infra-annuelle des dépenses de la branche famille pourrait être envisagée comme cela a été mis en place en 2011 pour l'ONDAM. Pour ce dernier, le mécanisme de seuil d'alerte serait au demeurant à renforcer dans le contexte du resserrement de son taux de progression sur les années qui viennent. Une fois l'équilibre des comptes sociaux retrouvé, la possibilité de faire reprendre à l'avenir par un dispositif analogue à la caisse d'amortissement de la dette sociale la composante structurelle de déficits qui viendraient à réapparaître serait à supprimer, de façon à renforcer l'obligation d'une gestion rigoureuse des finances sociales.

Ces progrès doivent être mis au service d'un renforcement des capacités de contrôle et d'orientation dont disposent les assemblées parlementaires. En ce sens l'institution d'une loi de résultats portant sur l'exécution de la loi de financement précédente, examinée avant l'été dans le même calendrier que la loi de règlement de l'État, constituerait une avancée importante pour un meilleur pilotage d'ensemble des finances publiques. Le débat parlementaire de l'automne pourrait ainsi être davantage centré sur les perspectives d'évolution des recettes et des dépenses de l'année à venir et des suivantes et l'analyse des mesures nécessaires au respect de la trajectoire pluriannuelle retenue.

La poursuite du rééquilibrage des finances sociales suppose en effet un effort nettement accru, tout particulièrement en matière d'assurance maladie où le potentiel d'économies est important sans dégradation de la qualité ni de l'égalité d'accès aux soins, mais plus généralement par le réexamen systématique des dépenses des différentes branches pour

s'assurer de leur efficacité et de leur efficience au regard des objectifs poursuivis.

Dans le prolongement des analyses et recommandations de ses précédents rapports, la Cour a ainsi examiné cette année de nouveaux champs de dépenses où elle a pu constater une nouvelle fois l'importance des marges d'économies possibles à différents niveaux, tout particulièrement au sein du système de soins, en ville comme à l'hôpital.

Des dépenses de ville à réguler plus vigoureusement

Dans la suite des analyses consacrées l'an dernier aux modalités de fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements hospitaliers dans le cadre de l'ONDAM, qui lui étaient apparues aboutir à atténuer très sensiblement les économies demandées aux hôpitaux, la Cour a examiné le mode de construction du sous-objectif « soins de ville » de l'ONDAM, dont il constitue 46 % (79,4 Md€).

Aux différents stades de l'établissement de la prévision, certaines conventions de calcul ont contribué à une sensible surévaluation de ce dernier. Les écarts en exécution croissants constatés depuis 2011 ne sont ainsi pas principalement la conséquence d'une meilleure gestion ou d'une maîtrise renforcée de la dépense. Le cumul des effets des biais de construction a superposé les marges de précaution. Il a créé une situation où l'ONDAM est de facto aisément respecté, sans pour autant qu'un effort substantiel ne soit recherché sur les différentes composantes de la dépense. Son rôle de régulation en est fortement affaibli, malgré le déficit récurrent de l'assurance-maladie.

Une mise sous tension beaucoup plus vigoureuse des dépenses de soins de ville est ainsi non seulement nécessaire mais possible à délais rapprochés pour dégager des économies effectives, ainsi que la Cour l'a déjà régulièrement mis en lumière, notamment il y a deux ans dans le domaine des transports sanitaires et l'an dernier en matière de biologie médicale.

Encore faut-il que les conventions passées par l'assurance maladie avec les différentes professions libérales de santé concourent beaucoup plus efficacement à l'objectif de maîtrise de la dépense. Or, les politiques conventionnelles développées depuis dix ans n'ont pas apporté de réponses satisfaisantes, que ce soit en matière d'accès aux soins ou d'organisation de l'offre. L'élargissement de leur champ a engendré des dépenses nouvelles sans que les obligations définies en contrepartie soient toujours à la hauteur des enjeux ni leurs résultats mesurables. La recherche de compromis fluctuant suivant les professions et les situations et résultant dans le cas des médecins d'une quasi cogestion, s'est faite au détriment des évolutions

nécessaires pour développer une approche interprofessionnelle à même de contribuer à la maîtrise de la dépense sans compromettre la qualité des soins.

Les insuffisances de la diffusion des médicaments génériques illustrent ce constat. Alors que la plupart des grands pays européens affichent des taux de pénétration des génériques en volume très élevés, la France a des résultats encore trop modestes. La progression poussive de la diffusion des génériques, malgré la multiplication de mesures financières incitatives, a empêché de réaliser des économies bien plus considérables que celles obtenues, au montant au demeurant incertain.

Contrairement à nos voisins, la France n'a pas mobilisé en effet l'ensemble des acteurs, notamment les prescripteurs et a mis en place un dispositif reposant essentiellement sur la substitution par le pharmacien. Ce mécanisme assure dans les faits la viabilité de certaines officines fragiles, mais il se révèle extrêmement coûteux : pour deux euros d'économies, un euro est versé au pharmacien. Son efficacité a atteint ses limites. Une stratégie plus vigoureuse et mobilisant l'ensemble des acteurs et au premier chef les médecins, est ainsi désormais à engager pour donner une nouvelle ampleur à des économies dont le potentiel supplémentaire peut être estimé à 2 Md€ par an.

Après avoir analysé en 2013 la prise en charge de l'optique correctrice et des audioprothèses, la Cour a examiné l'évolution de la dépense relative à l'ensemble des autres dispositifs médicaux. Le doublement en euros constants en un peu plus de dix ans de la dépense d'assurance maladie sur ces dispositifs dispensés en ville, qui a atteint 5 Md€ en 2012, témoigne lui aussi, au-delà de l'évolution des pathologies et des modes de prise en charge, d'une absence de mise en cohérence des acteurs, des outils de régulation et des objectifs des politiques conduites en ce secteur. Il importe de mettre désormais en œuvre une gestion active du risque autour des enjeux de l'efficience et de l'innovation thérapeutique mais aussi de la maîtrise des dépenses. La baisse d'un point seulement, à partir de 2015, du rythme de croissance actuel susciterait une économie de 250 M€ environ en 2017.

L'hôpital dont la dynamique de dépense en ce domaine est également forte même si elle n'est que très partiellement connue, ne saurait être exonéré d'une même nécessité d'économies.

Des gains d'efficience à mobiliser fermement à l'hôpital

Comme la Cour l'a souligné en particulier dans son rapport de l'an dernier, le système hospitalier est aussi à mettre plus fermement sous obligation d'améliorer son efficience. Des gains de grande ampleur sont

possibles, qu'il convient de dégager rapidement et sans faiblesse en en faisant une priorité de l'action des pouvoirs publics.

De ce point de vue, l'élaboration des projets régionaux de santé, à l'architecture particulièrement complexe, a mobilisé lourdement les équipes des nouvelles agences régionales de santé depuis leur installation, étudiée par la Cour en 2012, sans que ce premier exercice débouche sur une programmation réellement opérationnelle ni sur une approche qui réussisse à dépasser les cloisonnements traditionnels entre secteurs et entre acteurs. C'est pourtant dans une coordination fluide des parcours de soins entre ville, hôpital, secteur médico-social que réside la possibilité d'améliorer les prises en charge et de faire gagner le système de soins en efficience globale en évitant ce qui peut parfois se traduire par une forme d'« hospitalo-centrisme » dont la fréquentation des urgences hospitalières offre à certains égards l'exemple.

Après avoir en 2013 examiné la permanence des soins en ville, la Cour s'est intéressée à son pendant hospitalier, les services d'urgence. Ceux-ci ont enregistré en 2012 plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Face à cette augmentation continue, la solution a été principalement recherchée dans la mobilisation de moyens supplémentaires, très importants, même si les efforts d'organisation conduits par nombre d'établissements se sont traduits par la diffusion progressive de nouvelles pratiques améliorant les conditions de prise en charge. Le renforcement de l'efficacité du dispositif ne suppose pas l'allocation de nouveaux financements, mais une meilleure définition de la place et du rôle des services d'urgence dans le système de soins, en termes notamment d'articulation entre hôpital et médecine de ville. Les urgences hospitalières doivent en effet sans cesse davantage répondre à une demande de soins non programmés qui pourrait être pour une part importante assurée en ville. Un passage sur cinq n'a pas nécessité d'autre acte qu'une consultation, soit en première analyse d'environ 3 600 000 « passages évitables ». Leur réorientation vers la médecine ambulatoire pourrait se traduire par une moindre dépense dont l'ordre de grandeur, à considérer avec précaution compte tenu de l'absence d'analyse précise sur ce point, pourrait atteindre, toutes choses égales par ailleurs, environ 500 M€.

Une problématique du même ordre a été constatée par la Cour dans l'analyse qu'elle consacre à l'assurance-maternité. Les différentes composantes de la dépense progressent à un rythme soutenu pour des résultats de santé publique qui ne sont pas à la hauteur d'un effort financier complémentaire qui dépasse 1,5 Md€. Une plus grande efficience de cette dépense est à rechercher. Il importe notamment d'amplifier la baisse de la durée moyenne de séjour en maternité, nettement supérieure à celle qui se constate chez nos voisins : l'alignement sur cette dernière génèrerait une

économie brute d'environ 318 M€. Il conviendrait en ce sens que l'assurance maladie mette plus nettement au service de cet objectif le programme PRADO d'accompagnement du retour à domicile par des sages-femmes libérales des femmes venant d'accoucher. Il s'avère à ce stade coûteux pour des résultats encore très limités.

Plus généralement, les efforts de gestion et de réorganisation des établissements hospitaliers doivent se renforcer pour faire face à la croissance de leurs charges et au sensible resserrement du taux de progression de l'ONDAM (+2,1 % en 2015, +2 % en 2016 et +1,9 % en 2017).

Les dépenses de personnel médical et non médical, qui ont atteint près de 42 Md€ en 2012 et constituent le premier poste de dépense (64 %) des établissements publics de santé, représentent à cet égard un enjeu central. Si dans la période récente la masse salariale des hôpitaux publics a vu son augmentation très substantiellement ralentie par rapport au début des années 2000 en dépit d'une augmentation des effectifs, notamment médicaux, qui a accompagné une progression et un alourdissement de l'activité, cette situation apparaît fragile. De premiers signes de relance de la dépense sont apparus en 2013.

Un pilotage plus ferme de la masse salariale par les administrations de tutelle est indispensable, notamment en développant des outils de prévision et d'analyse qui font cruellement défaut, mais plus encore en termes de recomposition plus active de l'offre hospitalière. Mais il appartient également aux communautés hospitalières de rechercher une meilleure efficience pour maîtriser rigoureusement cette dépense, qu'il s'agisse notamment des réorganisations internes ou de meilleure gestion du temps de travail.

Si de mêmes enjeux peuvent sans doute également exister pour les cliniques privées à but lucratif, les limites des compétences reconnues à la Cour sur ce champ ne lui ont pas permis de procéder à une comparaison des modes de gestion du personnel entre catégories d'établissements. Elle a néanmoins relevé que la diversité des modes d'organisation des cliniques constitue une difficulté majeure pour une vision consolidée des dépenses de rémunération. Les outils statistiques de l'assurance maladie permettent cependant d'isoler désormais les honoraires et les dépassements perçus par les 42 000 médecins libéraux qui y exercent, soit en 2012 selon l'étude demandée à la CNAMTS par la Cour respectivement 3,9 Md€ et 0,8 Md€.

Les régimes de retraite des artisans et commerçants : la nécessité d'un effort contributif accru

Dans le cadre des travaux qu'elle a consacrés aux retraites des travailleurs indépendants, avec en 2013 un premier volet consacré aux retraites des professions libérales et à celles des exploitants agricoles, la Cour a analysé cette année le système de retraite des artisans et commerçants.

Les deux régimes de retraite de base des commerçants et des artisans offrent à leurs affiliés des conditions de couverture vieillesse comparables à celles des salariés. En revanche, leur effort contributif demeure inférieur, eu égard aux différences de niveaux de cotisations qui subsistent et du fait d'une sous-déclaration récurrente de leurs revenus.

En raison d'un ratio démographique de plus en plus défavorable, ces régimes présentent un solde financier fortement négatif, qui devrait encore se dégrader à moyen terme. Leur équilibrage résulte de l'attribution d'une partie des produits de la contribution sociale de solidarité dont ils sont les affectataires historiques. La suppression en trois ans de cette dernière par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 se traduira dès 2015 par l'intégration financière complète du RSI au régime général. Cette modification fondamentale du modèle du financement de ces régimes rend d'autant plus impérative la nécessité d'accroître simultanément l'effort contributif des professions concernées.

Des progrès indispensables dans la gestion de la sécurité sociale

Dans la suite des éclairages qu'elle apporte régulièrement sur les économies de gestion que les organismes de sécurité sociale sont à même de dégager, la Cour a examiné, après l'enquête consacrée en 2011 à la réorganisation de la mutualité sociale agricole, l'évolution du réseau du régime social des indépendants ; selon une démarche transversale à plusieurs régimes et, pour la première fois, dans un cadre territorial donné, elle a apprécié la qualité du recouvrement social en Corse ; dans le cadre plus large d'une enquête d'ensemble sur les personnels de la sécurité sociale, elle s'est aussi penchée sur la gestion des agents de direction qui en constituent l'encadrement supérieur.

Créé à la suite d'une réorganisation de grande ampleur, le régime social des indépendants a regroupé à compter du 1er juillet 2006 trois réseaux distincts en une organisation désormais unifiée. Cette fusion ambitieuse et rapide s'est traduite par une importante restructuration sans pour autant enclencher une dynamique de gains de productivité du fait, en particulier, de la crise liée à la mise en place de l'interlocuteur social

unique, analysée par la Cour en 2012. Une démarche plus forte de réorganisation est nécessaire pour améliorer la qualité du service rendu et l'efficience de gestion.

La situation du recouvrement social en Corse est préoccupante. Si le régime général parvient à assurer la collecte des cotisations dans des conditions certes dégradées, la mutualité sociale et le régime social des indépendants connaissent une situation très détériorée. Cette situation trouve son origine dans le caractère insuffisamment efficient des processus de recouvrement eux-mêmes dans un contexte où le consentement à payer s'est fortement érodé. Cet environnement difficile exige une expertise renforcée que la trop petite taille des organismes ne permet pas d'assurer convenablement. La restauration de la crédibilité du recouvrement en Corse passe notamment par une relance déterminée du recouvrement contentieux, en particulier au RSI et à la MSA, qui doit être soutenue sans faiblesse par les autorités publiques.

Les agents de direction des organismes de sécurité sociale doivent jouer, de par les fonctions qu'ils ont vocation à occuper, un rôle majeur pour leur modernisation et leurs progrès d'efficience. Leur gestion n'est cependant pas encore à hauteur de cette exigence et appelle, au-delà des réformes récemment intervenues, une vision plus ambitieuse.

*
* *

La sécurité sociale est l'une des expressions majeures de la République démocratique et sociale qu'affirme l'article 1er de la Constitution. Dans un contexte économique difficile, son rôle pour protéger les plus fragiles est plus que jamais essentiel. Mais la permanence de ses déficits sape sa solidité et sa légitimité.

Revenir au plus vite à l'équilibre des comptes sociaux, en affermir la trajectoire, sont autant d'enjeux fondamentaux. Le réussir est possible. À tous les niveaux, des économies peuvent être faites sans remettre en cause notre modèle social ni prendre les mesures drastiques que d'autres pays ont parfois mises en œuvre.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les analyses et recommandations des différents chapitres qui suivent.

PREMIÈRE PARTIE

UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX À AFFERMIR

Chapitre I

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile

PRÉSENTATION

Dans ce chapitre, la Cour analyse l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2013 par rapport à 2012 et les prévisions retenues dans les lois de financement initiales de la sécurité sociale pour 2013 et 2014, ainsi que l'actualisation des projections que comporte la loi de financement rectificative du 8 août 2014[3].

Dans un environnement économique marqué par une faible croissance du PIB[4]*, le déficit cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a poursuivi sa réduction en 2013 mais à un rythme ralenti par rapport aux deux années précédentes. En dépit de la mobilisation de nouveaux prélèvements et d'une augmentation plus modérée qu'attendu des dépenses d'assurance maladie, les déficits dans leur ensemble se sont maintenus à des niveaux élevés, tandis que ceux de la branche famille et de la branche maladie se sont aggravés (I).*

En 2014, la trajectoire de redressement connaîtrait une étape de réduction des déficits encore limitée, grâce en particulier aux mesures nouvelles en matière de recettes, dans un contexte où les dépenses enregistrent toujours une progression plus rapide que l'évolution spontanée des ressources (II).

À moyen terme, le scénario de reprise économique du programme de stabilité ainsi que le plan d'économies annoncé par le gouvernement ouvriraient la perspective d'un retour à l'équilibre en 2017. Selon ces hypothèses, la dette totale du régime général commencerait à décroître en 2015. Ce scénario est cependant soumis à des aléas tenant aux prévisions économiques sous-jacentes, à la compensation effective des baisses de recettes et à la réalisation des économies prévues (III).

I - Une réduction des déficits en 2013 plus lente que prévu

Une hausse des dépenses d'assurance maladie moindre qu'anticipé dans la loi de financement pour 2013 et un recours à de nouveaux prélèvements sociaux ont permis d'enregistrer une baisse de 3,1 Md€ du

3. Une seule loi de financement rectificative de la sécurité sociale a jusqu'ici été votée (loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011).

4. Soit 0,3 % en volume selon la LFRSS 2014, en données brutes telles que publiées dans les comptes annuels, taux évalué à 0,4 % en données corrigées des jours ouvrables par l'INSEE (cf. note du 15 mai 2014).

déficit des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)[5].

Le rythme de leur réduction a cependant continué de ralentir. Dans une conjoncture économique atone, le déficit agrégé du régime général et du FSV s'est inscrit à un niveau supérieur de 1,5 Md€ à l'objectif retenu dans la loi de financement pour 2013 et les déficits de plusieurs branches se sont creusés.

A - Des déficits supérieurs aux prévisions initiales dans un environnement économique dégradé

1 - Des déficits qui se sont maintenus à des niveaux élevés

Le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV s'est établi à -16,0 Md€ en 2013. Il a poursuivi sa réduction à un rythme qui a eu tendance à marquer le pas, s'établissant en retrait de -3,1 Md€, après une contraction de -3,5 Md€ en 2012 et de -7 Md€ en 2011.

La baisse enregistrée en 2013 résulte de la réduction simultanée des déficits du régime général, pour -0,8 Md€, des autres régimes obligatoires de base, pour -1,1 Md€ et du FSV pour -1,2 Md€.

Le déficit des autres régimes de base est ainsi passé de -1,7 Md€ à -0,6 Md€ grâce à l'apport de recettes nouvelles. Celui du régime des exploitants agricoles, en particulier, a poursuivi sa baisse en 2013. Celui du FSV, dont l'évolution a été heurtée (-4,1 Md€ en 2010,-3,4 Md€ en 2011 et -4,1 Md€ en 2012), s'est établi à -2,9 Md€ en 2013.

5. Le FSV finance des prises en charge de cotisations et de prestations en faveur des branches vieillesse des régimes de sécurité sociale (autres que les régimes spéciaux), au premier rang desquelles figure la branche vieillesse du régime général.

Tableau n° 1 : déficits des régimes obligatoires de base et du FSV de 2007 à 2013

En Md€

	Résultat 2007	Résultat 2008	Résultat 2009	Résultat 2010	Résultat 2011	Résultat 2012	**Résultat 2013**
Maladie	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	**-6,8**
AT-MP	-0,5	0,2	-0,7	-0,7	-0,2	-0,2	**+0,6**
Famille	0,2	-0,3	-1,8	-2,7	-2,6	-2,5	**-3,2**
Vieillesse	-4,6	-5,6	-7,2	-8,9	-6,0	-4,8	**-3,1**
Régime général	-9,5	-10,1	-20,3	-23,9	-17,4	-13,3	**-12,5**
FSV	0,2	0,8	-3,2	-4,1	-3,4	-4,1	**-2,9**
Total régime général + FSV	-9,3	-9,3	-23,5	-28,0	-20,9	-17,5	**-15,4**
Régimes obligatoires de base	-9,1	-9,7	-21,7	-25,5	-19,2	-15,0	**-13,1**
Régimes obligatoires de base et FSV	-8,9	-8,9	-24,9	-29,6	-22,6	-19,1	**-16,0**

Source : Cour des comptes, états financiers.

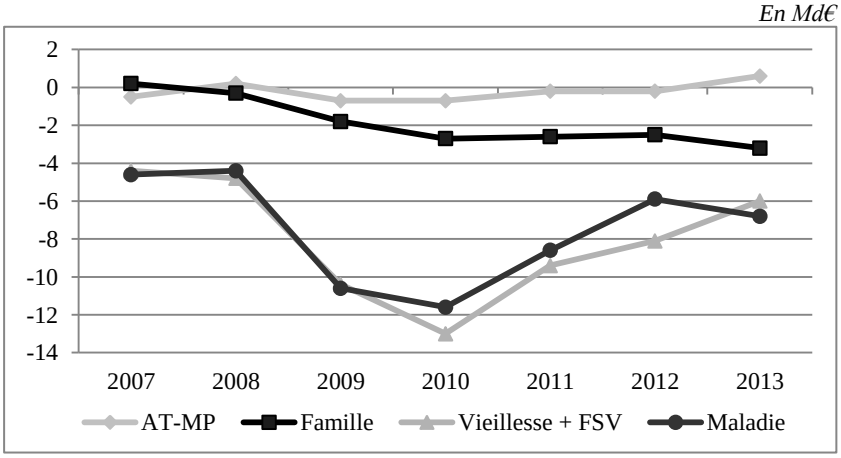
Le déficit du régime général s'est inscrit à -12,5 Md€ en 2013, contre -13,3 Md€ en 2012. Contrairement aux deux années précédentes, marquées par une baisse généralisée des déficits au sein du régime général, l'évolution de chacune des branches a été contrastée en 2013 :

- les soldes de la branche maladie et de la branche famille se sont ainsi détériorés pour la première fois depuis 2010, de 0,9 Md€ et 0,7 Md€, respectivement ;
- à l'inverse, le déficit de la branche vieillesse a continué de se réduire (de -1,7 Md€), tandis que celui de la branche AT-MP se résorbait pour laisser place à un excédent de +0,6 Md€.

En baisse de -2,9 Md€ par rapport à 2012, le déficit cumulé de la branche vieillesse et du FSV (-6 Md€) a été inférieur à celui de la branche maladie (-6,8 Md€).

Graphique n° 1 : soldes des branches du régime général de 2007 à 2013

En Md€



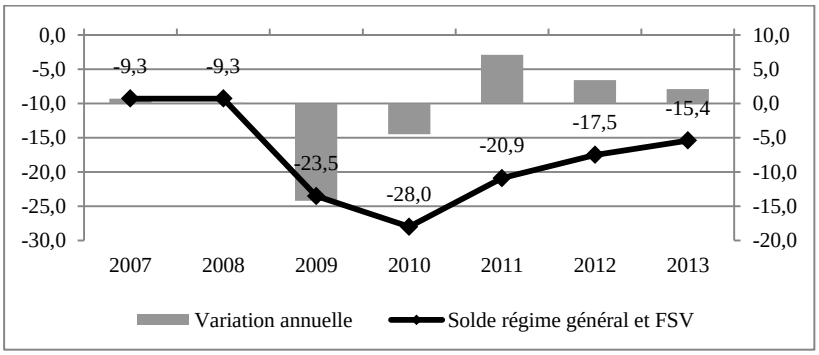
Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

Porté par la forte réduction du déficit du FSV, le solde agrégé du régime général et du FSV a enregistré une baisse de -2,1 Md€ en 2013, significative mais de moindre ampleur que celles enregistrées en 2012 (-3,4 Md€) et en 2011 (-7,1 Md€). Il s'est maintenu à un niveau élevé (-15 ,4 Md€), supérieur d'environ 6 Md€ à celui d'avant la crise financière.

Le graphique suivant illustre cette décélération du rythme de réduction du déficit du régime général et du FSV depuis 2010.

Graphique n° 2 : solde du régime général et du FSV depuis 2007

En Md€



Note de lecture : les histogrammes retracent la variation du déficit d'une année à l'autre et la courbe son montant.

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

2 - Des déficits supérieurs aux prévisions initiales

Le déficit du régime général a dépassé de plus d'1 Md€ la prévision initiale de la LFSS pour 2013 (-12,5 Md€ constatés, contre -11,4 Md€ attendus). Sa réduction par rapport à 2012 a été de -0,8 Md€, au lieu de -1,9 Md€ escompté.

Tableau n° 2 : comparaison des déficits 2013 avec les prévisions

En Md€

	Résultat 2012	LFSS 2013 (1)	LFSS 2014 (2)	Résultat 2013 (3)	Écart (3) – (2)	Écart (3) – (1)
Maladie	-5,9	-5,1	-7,6	**-6,8**	+0,8	-1,7
AT-MP	-0,2	+0,3	+0,3	**+0,6**	+0,3	+0,3
Famille	-2,5	-2,6	-2,8	**-3,2**	-0,4	-0,6
Vieillesse	-4,8	-4,0	-3,3	**-3,1**	+0,2	+0,9
Régime général	-13,3	-11,4	-13,3	**-12,5**	+0,8	-1,1
FSV	-4,1	-2,5	-2,7	**-2,9**	-0,2	-0,4
Vieillesse + FSV	*-8,9*	*-6,5*	*-6,0*	***-6,0***	-	*+0,5*
Total régime général et FSV	-17,4	-13,9	-16,0	**-15,4**	+0,6	-1,5
Régimes obligatoires de base et FSV	-19,1	-15,4	-16,9	**-16,0**	+0,9	-0,6

Source : LFSS 2013 et 2014, états financiers.

Le FSV a également enregistré un déficit supérieur à la prévision initiale (-2,9 Md€, contre -2,5 Md€) en raison principalement d'un niveau de dépenses plus élevé que prévu dans la LFSS pour 2013. Le déficit des autres régimes de base de sécurité sociale a connu une évolution inverse (déficit de -0,6 Md€, contre -1,5 Md€ attendu par la LFSS pour 2013).

L'impact du ralentissement économique.

Les écarts avec les prévisions initiales s'expliquent principalement par la forte sensibilité des recettes du régime général, qui proviennent pour près de 80 % de cotisations sociales et de CSG assises sur les revenus d'activité du secteur privé[6], à l'évolution de la masse salariale privée.

6. Les autres recettes sont procurées par des impôts et taxes affectés, des prélèvements sociaux sur des revenus totalement ou partiellement exclus de l'assiette des cotisations sociales, diverses contributions de l'État et des transferts d'autres organismes.

Prenant acte du ralentissement de la croissance et de l'inflation, la loi de financement pour 2014 a révisé la prévision de PIB en volume pour 2013, l'abaissant de +0,8 % (LFSS 2013) à +0,1 %, actualisé la prévision de croissance de la masse salariale, la portant de +2,3 % à +1,3 % et, sous ces hypothèses, revu la prévision de déficit du régime général à la hausse, de -11,4 Md€ (LFSS 2013) à - 13,3 Md€.

La masse salariale a progressé finalement de +1,2 % en 2013, au lieu des +2,3 % attendus. Cet écart d'un point par rapport à la prévision initiale a privé le régime général de près de 2 Md€ de ressources[7].

Les dépenses du champ de l'ONDAM ayant été provisoirement évaluées en 2013 à un niveau inférieur de 0,8 Md€ à la prévision d'exécution retenue dans la loi de financement pour 2014, le déficit du régime général s'est inscrit en définitive en deçà de la prévision de cette dernière (à -12,5 Md€, au lieu de -13,3 Md€). Le déficit combiné du régime général et du FSV a connu la même évolution (-15,4 Md€, au lieu de -16 Md€ prévu par la LFSS pour 2014).

Tableau n° 3 : variation du PIB et de la masse salariale privée

En %

	2010	2011	2012	2013
Variation du PIB en valeur	2,7	3,1	1,5	1,1
Variation du PIB en volume	*1,6*	*2,1*	*0,3*	*0,3*
Inflation (hors tabac)	*1,5*	*2,1*	*1,9*	*0,7*
Variation de la masse salariale	2,0	3,6	2,1	1,2
Variation des effectifs moyens	*-0,2*	*1,1*	*0,0*	*-0,6*
Variation du salaire moyen	*2,2*	*2,5*	*2,2*	*1,8*

Source : CCSS juin 2014

3 - Un déficit structurel important

Le solde effectif des administrations publiques est décomposé dans l'article liminaire de la loi de financement rectificative en un solde conjoncturel, lié à la position de l'économie dans le cycle de croissance et un solde structurel.

La Cour a procédé à une décomposition à un niveau plus fin, en appliquant la méthodologie utilisée dans l'article liminaire[8] à l'ensemble constitué par le régime général de sécurité sociale et le FSV en 2013.

7. Estimation de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), juin 2014.

8. L'hypothèse de croissance potentielle est ici celle du programme de stabilité 2014-2017 du 23 avril 2014 et de la loi de programmation des finances publiques 2012-2017 du 20 décembre 2012.

Méthodologie suivie pour l'évaluation du solde structurel

L'approche suivie consiste à calculer le solde conjoncturel, constitué de la perte de recettes et de dépenses liée à l'écart de production, celui-ci étant égal à la différence accumulée entre la croissance effective et la croissance potentielle du PIB. Ce solde conjoncturel est ensuite déduit du solde effectif pour obtenir le solde structurel. Ce calcul repose sur l'hypothèse que l'évolution spontanée des recettes est fonction de la croissance du PIB en valeur avec une élasticité égale à 0,88[9].

Même si ces estimations doivent être considérées avec une certaine précaution au regard du champ restreint sur lequel elles portent, le déficit 2013 du régime général et du FSV se décomposerait en un déficit conjoncturel de -6,7 Md€, dû à la faible croissance du PIB au cours des dernières années et un solde structurel de -8,7 Md€, soit 0,4 point de PIB.

Tableau n° 4 : estimation du solde structurel du régime général et du FSV

En Md€

	2013
Solde du régime général et du FSV *(en point de PIB)*	-15,4 *(-0,7)*
Recettes	317,0*
Croissance du PIB effectif	0,3%
Croissance du PIB potentiel	1,4%
Écart de production	-2,4%
Solde conjoncturel	-6,7
Solde structurel *(en point du PIB)*	-8,7 *(-0,4)*

**Après déduction des transferts et autres produits non sensibles à la conjoncture*

Source : Cour des comptes, programme de stabilité 2014-2017, CCSS juin 2014, LFRSS 2014.

Plus de la moitié du déficit du régime général et du FSV de l'année 2013 serait donc de nature structurelle.

9. Rapport entre les taux de croissance spontanée des recettes et le taux de croissance du PIB en valeur ; une élasticité de 0,88 correspond à une élasticité de 0,8 pour les cotisations sociales et de 1 pour les autres prélèvements. Cf. note méthodologique de l'indicateur n° 2 du programme de qualité et d'efficience « financement » en annexe I au PLFSS pour 2014.

B - Un apport déterminant de recettes nouvelles, des dépenses en progression toujours soutenue

Grâce à la mobilisation de nouveaux prélèvements sociaux, la croissance des recettes du régime général et du FSV a été plus dynamique en 2013 que celle des dépenses. Ces dernières ont augmenté moins fortement qu'en 2012, mais à un rythme toujours supérieur à celui du PIB et de la masse salariale.

1 - Une progression des recettes assurée par des prélèvements sociaux supplémentaires

Les recettes du régime général et du FSV ont augmenté de +3,6 % en 2013, à un rythme moins rapide qu'en 2012 (+4,1 %)[10] mais plus de deux fois supérieur à celui de la masse salariale privée.

Tableau n° 5 : recettes du régime général et du FSV en 2013

En Md€

	2011	2012	Variation en %	2013	Variation en %
Total des produits nets du régime général et du FSV *	**299,5**	**311,9**	**+4,1**	**323,0**	**+3,6**
Cotisations sociales	177,3	182,5	+3,0	188,4	+3,2
Cotisations prises en charge par l'État	2,5	2,5	-	2,5	-
CSG nette	71,6	74,5	+4,1	75,5	+1,4
Autres contributions sociales	5,3	8,2	+55,6	10,8	+31,7
Impôts et taxes	36,5	37,6	+2,9	38,0	+1,1
Transferts nets	3,1	3,3	+4,9	4,0	+22,6
Autres produits nets	3,3	3,3	-	3,8	+13,7

**Total net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges (voir chapitre 2 du présent rapport).*

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

Le ralentissement de l'activité économique et son impact sur la progression spontanée des cotisations et de la CSG ont conduit en effet à l'adoption de mesures de recettes dans la LFSS pour 2013, dont 2,2 Md€ ont été affectés au régime général et 1,1 Md€ au FSV. De plus, la

10. Ces recettes sont apportées par des cotisations, la CSG, des prises en charge de cotisations par l'État, des recettes fiscales et diverses contributions sociales ainsi que des transferts liés à la prise en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers.

croissance des ressources en 2013 a été fortement soutenue par l'incidence en année pleine des mesures adoptées et mises en œuvre durant l'année 2012, qui ont procuré 4,3 Md€ de recettes au régime général et au FSV.

Au total, les prélèvements sociaux additionnels inscrits dans les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale ont représenté, selon les données disponibles [11], près de 70 % de l'augmentation des recettes du régime général et du FSV en 2013 (+7,6 Md€, sur +11,1 Md€ d'accroissement des produits nets de 2012 à 2013).

Cet apport de recettes nouvelles a permis une réduction du déficit agrégé du régime général et du FSV de 2,1 Md€ en 2013. En l'absence de ces prélèvements supplémentaires, il se serait dégradé de 5,5 Md€.

11. Le rapport de la commission des comptes de juin 2014 chiffre les ressources additionnelles générées par certaines de ces mesures, mais il ne présente pas le rendement effectif de chacune d'entre elles, ni d'évaluation a posteriori de leur impact global sur les recettes de 2013.

Tableau n° 6 : incidence en 2013 des principales mesures de recettes sur les produits du régime général et du FSV

En Md€

	Impact 2013
A- Effet en année pleine de mesures mises en œuvre en 2012	**4,3**
Relèvement du taux du forfait social de 8 % à 20 % au 1er août 2012	1,6
Hausse de 0,2 point du taux de cotisation retraite au 1er novembre 2012	0,9
Hausse de deux points du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, LFR du 16 août 2012	1,8
B- Mesures décidées dans le cadre de la LFI et de la LFSS pour 2013	**3,3**
Modifications d'assiettes	
Effet de la réforme des prélèvements sociaux auxquels sont assujettis les travailleurs indépendants	0,8
Élargissement de l'assiette de la taxe sur les salaires et création d'une tranche additionnelle	0,5
Assujettissement des indemnités de rupture conventionnelle au forfait social	0,3
Calcul des cotisations sur le salaire réel versé par les particuliers employeurs et compensation de la déduction forfaitaire par l'affectation de 0,14 point de TVA nette	0,3
Élargissement de la couverture sociale des élus locaux	0,1
Modifications de taux et exonérations	
Rétrocession à la branche maladie du produit de la hausse de la fiscalité sur les bières affectée à la branche vieillesse des exploitants agricoles	0,3
Augmentation des cotisations AT-MP (réglementaire)	0,2
Nouveaux prélèvements et affectations au bénéfice du régime général ou du FSV	
Rétrocession au FSV du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) assise sur les pensions de retraite affectée à la CNSA	0,5
Relèvement de la part des droits de consommation du tabac affectée au régime général (LFI pour 2013)	0,6
Autres mesures *de nature fiscale*[12]	0,2
Transferts *entre régimes obligatoires et administrations publiques*[13]	-0,5
Total (A+B)	**7,6**

Source : Cour des comptes, lois de financement et lois de finances, CCSS.

La dynamique des recettes a été tirée par les produits de cotisations sociales, qui sont à l'origine de 58 % des ressources du régime général et du FSV. Ces cotisations ont progressé en 2013 à un rythme de +3,2 %,

12. Hausse de la fiscalité sur les tabacs (0,09), clarification de l'assiette de la C3S dans le secteur des assurances (0,05), simplification des taxes pharmaceutiques (0,01), élargissement de la taxe sur la promotion des produits de santé (0,01).

13. Réforme des modalités de remboursement de la CMU-c (0,32), variation de la dotation du régime général à divers fonds (0,10), modification de l'affectation des prélèvements sociaux sur le capital et de diverses taxes entre régimes obligatoires de base et au sein des administrations publiques (-0,92).

très supérieur à celui de la masse salariale privée sous l'effet conjugué de hausses de taux de cotisations et des mesures limitant les exonérations.

Ainsi, le relèvement du taux de cotisation retraite intervenu le 1er novembre 2012 pour financer les départs anticipés (0,9 Md€) a soutenu la progression des ressources de la branche vieillesse, tandis que la hausse des taux de cotisation AT-MP (0,2 Md€) contribuait à la résorption du déficit de cette branche en 2013.

Par contraste, le produit de la contribution sociale généralisée (CSG), qui assure 23 % des ressources du régime général et du FSV, n'a crû que de +1,4 % après une progression de +4,1 % en 2012, en raison principalement de la faible croissance des revenus d'activité et des revenus du capital.

Le rendement de l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus du capital n'a, de fait, augmenté que faiblement en 2013 (+0,6 %)[14], malgré le relèvement du taux de prélèvement social sur ces revenus inscrit dans la loi du 16 août 2012[15].

De même, le produit des impôts et taxes affectés au régime général et au FSV n'a progressé que de +1,1 % par rapport à 2012, en dépit, notamment, de l'augmentation du produit de la taxe sur les salaires[16] (+1 Md€ en 2013) et de celle des ressources tirées des droits de consommation sur les tabacs (+1 Md€), à la suite du relèvement de la part de ces droits affectée au régime général.

2 - Une croissance des dépenses supérieure à celle de la masse salariale

Les charges nettes du régime général[17] ont atteint 336,5 Md€ en 2013, en hausse de +2,7 % par rapport à 2012.

14. Les prélèvements sociaux sur les produits de placement se sont réduits de -10,2 %, en 2013, en raison principalement de la baisse des dividendes distribués, tandis que ceux assis sur les revenus du patrimoine augmentaient de +18,8 %.
15. Taux de 4,5 % en 2013 contre 3,4 % en 2012, ce dernier taux ayant été porté pendant le second semestre 2012 à 5,4 % sur les produits de placements.
16. La LFSS 2013 en a élargi l'assiette, en l'alignant sur celle de la CSG sur revenus d'activité et en instaurant une tranche supplémentaire.
17. Les charges sont constituées pour plus de 90 % des prestations sociales auxquelles s'ajoutent de transferts entre organismes, des dépenses de gestion administrative et des frais financiers.

Si le rythme de leur progression est moindre que l'année précédente (+2,9 %)[18], elles continuent de croître plus rapidement que le PIB et que la masse salariale.

Elles s'inscrivent en retrait de 4 Md€ par rapport à l'objectif retenu dans la loi de financement pour 2013, mais à un niveau proche de la prévision d'exécution de la loi de financement pour 2014, qui était de 336,9 Md€.

Tableau n° 7 : dépenses du régime général

En Md€

	2011	2012	Variation en %	2013	Variation en %
Charges totales du régime général *	318,4	327,5	+2,9	**336,5**	+2,7
dont prestations légales	*283,6*	*292,4*	*+3,1*	*300,8*	*+2,9*
Charges nettes des branches :					
Maladie	*156,8*	*160,9*	*+2,6*	*164,8*	*+2,4*
AT-MP	*11,6*	*11,7*	*+1,2*	*11,3*	*-3,1*
Famille	*54,6*	*56,3*	*+3,1*	*57,8*	*+2,8*
Vieillesse	*106,5*	*110,2*	*+3,5*	*114,6*	*+3,9*

**Le total est différent de l'agrégation des montants par branche, car net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges (voir chapitre 2 du présent rapport).*

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

Cette évolution résulte principalement de la progression des dépenses de la branche maladie, certes plus modérée (+2,4 % après +2,6 % en 2012) mais supérieure à celle des recettes [19] et par l'accélération de celles de la branche vieillesse (+3,9 %, contre +3,5 % en 2012) [20], deux branches qui sont à l'origine de 47 % et 33 %, respectivement, des dépenses du régime général en 2013.

En augmentation de +2,8 % par rapport à 2012 (contre +3,1 % en 2012), les dépenses de la branche famille (17 % des dépenses totales) ont également contribué à la progression des charges du régime général, tandis que celles de la branche AT-MP (3 % des dépenses du régime général) marquaient un net recul (-3,1 %) en 2013.

18. Il est cependant supérieur, en volume, à celui de 2012.

19. Les produits nets de la branche maladie n'ont progressé que de +1,9 % en 2013 (voir développement C-1 *infra*).

20. En raison, principalement, de l'augmentation des effectifs de retraités et à l'élargissement du dispositif de retraite anticipée permis par le décret du 2 juillet 2013 (voir partie C-4 *infra*).

C - La formation des résultats des branches du régime général et du FSV

1 - Branche maladie : une aggravation du déficit sous l'effet d'une progression des dépenses toujours soutenue et d'une moindre croissance des recettes

La branche maladie a connu en 2013 une détérioration de son déficit, qui s'est établi à -6,8 Md€, alors que la loi de financement pour 2013 tablait sur sa réduction. Il représente une part accrue des charges nettes de l'exercice (4,1 %, après 3,7 % en 2012 et 4,7 % en 2011). En hausse de 0,9 Md€ par rapport à 2012, il compte pour plus de la moitié dans le déficit total du régime général.

Cette dégradation a résulté d'une progression des dépenses plus soutenue que celle des recettes (+2,4 % et +1,9 %, respectivement), ces dernières connaissant une forte décélération par rapport à 2012, année pendant laquelle elles avaient augmenté de +4,6 %.

La croissance des cotisations sociales (+2 %) ralentie par l'évolution défavorable de la masse salariale en 2013 et le freinage du produit de la CSG (+0,7 % après +4,0 % en 2012)[21] expliquent en large part cette décélération des produits de la branche.

Si elle a bénéficié de l'effet en année pleine des mesures prises en 2012 au titre du forfait social (+0,3 Md€) et de la taxe sur les tabacs (recettes en hausse de +1,6 Md€ par rapport à 2012), la branche maladie a perdu en 2013 des ressources provenant des impôts et taxes et des contributions sociales, sous l'effet de la réaffectation à la branche famille de la contribution sur les primes d'assurance automobile (-1 Md€ de produits) et de la suppression de l'affectation d'une fraction du prélèvement sur les revenus du capital (-0,8 Md€)[22].

---

21 . La faible progression des recettes de CSG ont résulté principalement de l'évolution défavorable de l'assiette salariale et de la baisse des produits de placement, ainsi que, dans une moindre mesure, de l'incidence pour la branche maladie du régime général des modalités d'indexation de la CSG versée aux autres régimes d'assurance maladie et de la montée en charge des pertes sur créances irrécouvrables imputables aux dysfonctionnements du dispositif de l'interlocuteur social unique des travailleurs indépendants.

22. La branche maladie a supporté une part prépondérante (0,6 point) de la réduction de 5,4 % à 4,5 % du taux du prélèvement social prévue par la LFSS pour 2013 afin de compenser l'incidence sur le taux global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital de l'augmentation de ceux affectés au financement des aides au logement et du revenu de solidarité active.

S'agissant des dépenses, les prestations sociales ont progressé à un rythme de +2,3 %, plus soutenu que celui de la masse salariale et des recettes qui en dépendent en large part.

Les dépenses de la branche maladie relevant du champ de l'ONDAM[23], qui représentent 87 % des charges de la branche, ont augmenté pour leur part de +2,43 % en 2013, soit à un rythme légèrement inférieur au taux de croissance global de l'ONDAM (évalué à +2,4 %).

Les prestations hors ONDAM, qui comptent pour environ 7 % des charges nettes de la branche, ont crû plus fortement que celles qui y sont inclues comme en 2012 (+3,4 %, contre 4,0 % en 2012) du fait, principalement, du dynamisme des prestations d'invalidité lié au recul de l'âge légal de départ à la retraite.

23. La Cour analyse l'évolution de l'ONDAM en 2013 dans le chapitre III du présent rapport.

Tableau n° 8 : formation du résultat 2013 de la branche maladie

En Md€

	2012	2013	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes ***dont***	**160,9**	**164,8**	**+3,9**	***+2,4***
Prestations sociales	150,1	153,6	+3,5	*+2,3*
dont prestations dans le champ de l'ONDAM	*139,9*	*143,1*	*+3,4*	*+2,3*
dont prestations hors ONDAM	*10,2*	*10,5*	*+0,3*	*+3,4*
Transferts[24]	4,5	4,8	+0,3	*+5,7*
Charges de gestion courante	5,9	6,0	+0,1	*+1,8*
Autres charges	0,3	0,4	+0,1	*+12,4*
Produits nets ***dont***	**155,0**	**158,0**	**+3,0**	***+1,9***
Cotisations sociales nettes	72,6	74,0	+1,4	*+2,0*
Cotisations prises en charge par l'État	1,0	1,0	-	-
CSG nette	55,0	55,4	+0,4	*+0,7*
Impôts et taxes	18,7	19,4	+0,7	*+3,7*
Contributions sociales	2,8	2,3	-0,4	*-15,8*
Transferts	2,6	3,1	+0,5	*+19,2*
Autre produits techniques[25]	1,9	2,4	+0,5	*+26,5*
Résultat net	**-5,9**	**-6,8**	**-0,9**	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

2 - Branche AT-MP : un excédent plus élevé qu'attendu

Après plusieurs années de déficits récurrents (-0,2 Md€ en 2012 et en 2011), la branche AT-MP a enregistré un excédent de 0,6 Md€ en 2013, sous l'effet conjugué d'une forte contraction de ses charges nettes (-0,4 Md€) et d'une hausse significative de ses produits (+0,5 Md€).

24 . Les dotations aux fonds hospitaliers intégrés dans l'ONDAM se sont, en particulier, inscrites en hausse par rapport à 2012, du fait principalement de l'augmentation (+0,3 Md€) des subventions versées au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESSP) et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

25. L'augmentation par rapport à 2012 provient pour l'essentiel des recettes nettes de recours contre tiers (+0,2 Md€) et des produits nets de la CMU-c (+0,2 Md€) liés au versement des excédents du fonds CMU-c à hauteur des restes à charge de l'assurance maladie pour 2012 et 2013.

Tableau n° 9 : formation du résultat de la branche AT-MP en 2013

En Md€

	2012	2013	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes ***dont***	**11,7**	**11,3**	**-0,4**	**-3,1**
Prestations sociales	8,8	8,7	-0,1	
dont prestations légales	*8,0*	*8,0*	-	-
dont autres prestations	*0,8*	*0,7*	*-0 1*	*-12,5*
Transferts	2,0	1,7	-0,3	-12,5
dont transferts entre organismes	*1,7*	*1,6*	*-0,1*	*-6,0*
Autre charges nettes	0,9	0,9	-	-
Produits nets ***dont***	**11,5**	**12,0**	**+0,5**	**+3,9**
Cotisations sociales nettes	11,0	11,5	+0,5	+5,0
Contributions, impôts et taxes	0,3	0,1	-0,2	-62,3
Autres produits nets	0,3	0,3	-	-
Résultat net	**-0,2**	**+0,6**	**+0,8**	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

Contrairement aux prévisions, les prestations sociales nettes se sont légèrement réduites en 2013 (8,7 Md€, contre 8,8 Md€ en 2012), sous l'effet, en particulier, d'une croissance modérée des indemnités journalières et de la baisse des prestations en établissement.

La réduction de la contribution de la branche au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et la non-reconduction en 2013 du transfert à la branche vieillesse au titre de la pénibilité, du fait de la surévaluation de la dotation en 2012, ont contribué pour une large part au recul des charges de la branche.

Par contraste, les produits nets ont augmenté fortement en 2013 (+3,9 %), tirés principalement par le dynamisme des cotisations sociales nettes (+5,0 %, contre +2,2 % en 2012). Ces dernières ont apporté à la branche un surcroît de recettes de 0,5 Md€ en 2013, dont 0,2 Md€ générés par le relèvement de 0,05 point du taux moyen de cotisation AT-MP prévu par la LFSS pour 2013.

3 - Branche famille : un déficit qui s'est creusé en 2013

Le déficit de la branche famille, qui ne s'était pas dégradé depuis 2010, a augmenté de 0,7 Md€ en 2013, s'inscrivant à -3,2 Md€. Il représente une part accrue des charges nettes de la branche, soit 5,5 %, après 4,3 % en 2012 et 4,7 % en 2011.

Tableau n° 10 : formation du résultat 2013 de la branche famille

En Md€

	2012	2013	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes ***dont***	**56,3**	**57,8**	**+1,5**	***+2,8***
Prestations légales	35,7	36,6	+0,9	*+2,4*
Prestations extra-légales	4,2	4,2	-	-
Transferts	9,4	9,8	+0,4	*+4,8*
Autres charges	2,7	2,8	+0,1	*+3,7*
dont : charges de gestion courante	*2,6*	*2,6*	-	-
Produits nets ***dont***	**53,8**	**54,6**	**+0,8**	***+1,5***
Cotisations sociales nettes	34,6	35,0	+0,4	*+1,2*
CSG nette	9,7	9,8	+0,1	*+0,8*
Impôts, taxes et contributions sociales	8,1	8,4	+0,3	*+3,6*
dont : taxe sur les salaires	*2,9*	*3,6*	*+0,7*	*+24,1*
taxe sur primes d'assurance automobile	-	*1,0*	*+1,0*	*+100 ,0*
taxe sur les réserves des assureurs	*0,8*	-	*-0,8*	*-100,0*
prélèvement de l'art. 22 LFI 2011	*1,4*	*1,3*	*-0,1*	*-12,6*
Résultat net	**-2,5**	**-3,2**	**-0,7**	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

Les recettes ont été peu dynamiques, n'augmentant que de +1,5 % après +3,5 % en 2012, malgré l'affectation à la branche famille de 0,7 Md€ de ressources au titre des mesures nouvelles inscrites dans la LFSS pour 2013. Les cotisations sociales, qui représentent deux tiers des ressources de la branche, ont progressé deux fois moins vite qu'en 2012 (+1,2 %, contre +3 %) et les produits de CSG n'ont crû que de +0,8 %. Pour une part, cet état de fait traduit l'incidence de l'augmentation des pertes sur créances irrécouvrables des travailleurs indépendants (0,2 Md€).

Les impôts et taxes affectés à la branche ont connu une hausse plus soutenue, mais en retrait par rapport à 2012 (+3,6 % en 2013, après +4,5 % en 2012), sous l'effet principalement de l'élargissement de

l'assiette de la taxe sur les salaires[26] et du relèvement de la part du produit de cette taxe attribuée à la branche famille. L'affectation de la taxe sur les primes d'assurance automobile, au détriment de la branche maladie, a permis de compenser la disparition programmée de la taxe sur les réserves de capitalisation des assureurs et une nouvelles réduction du prélèvement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les compartiments « euros » des contrats d'assurance vie multi-support, en application de l'article 22 de la loi de finances initiale pour 2011.

En regard, les charges nettes ont augmenté de +2,8 %, sous l'effet principalement de la progression de +2,4 % des prestations légales, qui représentent deux tiers des charges nettes de la branche[27] et de la forte augmentation des transferts à l'État et à la branche vieillesse du régime général, au titre du financement, respectivement, des aides au logement (+5,0 %) et de l'assurance vieillesse des parents au foyer (+7,7 %).

4 - Branche vieillesse : un déficit qui continue de se réduire malgré une hausse accrue des dépenses grâce à des apports de recettes nouvelles

Le déficit de la branche a poursuivi sa réduction en 2013, s'établissant à -3,1 Md€, en recul de 1,7 Md€ par rapport à 2012. Il représente 2,7 % des charges nettes, contre 4,3 % en 2012 et 5,6 % en 2011.

26. La structure du financement de la branche famille a été modifiée à plusieurs reprises depuis la LFSS pour 2011, qui a transféré à la CADES 0,28 point du taux de CSG affecté à la CNAF. Cette dernière a reçu en compensation le produit de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie et celui de « l'*exit tax* », ainsi que le rendement supplémentaire découlant de l'assujettissement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les supports en euros des contrats d'assurance-vie (préciput). Depuis lors et pour compenser le rendement décroissant ou temporaire de ces ressources, le produit de diverses contributions et l'affectation d'une fraction de certains prélèvements sociaux, dont la taxe sur les salaires, ont alimenté de façon plus pérenne les recettes de la branche.

27. La dotation de la branche au fonds national d'aide au logement (FNAL) destinée à financer l'aide personnalisée au logement (APL) versée aux ménages avec enfants a, en particulier, augmenté de +5 % en 2013.

Tableau n° 11 : formation du résultat 2013 de la branche vieillesse

En Md€

	2012	2013	Variation en valeur	Variation en %
Charges nettes ***dont***	**110,2**	**114,6**	**+4,4**	***+3,9***
Prestations légales	101,6	105,6	+4,0	*+4,0*
Prestations extralégales	0,4	0,3	-0,1	*-25,0*
Transferts entre organismes	6,8	7,1	+0,3	*+4,7*
Charges de gestion courante	1,4	1,4	-	-
Produits nets ***dont***	**105,5**	**111,4**	**+5,9**	***+5,7***
Cotisations sociales	66,0	69,5	+3,5	*+5,4*
Impôts et taxes	8,9	7,6	-1,3	*-14,0*
Contributions sociales	2,3	4,6	+2,3	
dont : forfait social	*0,2*	*1,0*	*+0,8*	
et prélèvements sur les revenus du capital	*1,9*	*3,3*	*+1,4*	*+73,7*
Transferts	27,1	28,5	+1,4	*+5,1*
Résultat net	**-4,8**	**-3,1**	**+1,7**	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

Les charges nettes ayant continué de progresser à un rythme soutenu (+3,9 %), la réduction du déficit a résulté du dynamisme des produits (+5,7 %, contre +4,9 % en 2012), auquel a participé la forte augmentation des produits de cotisations sociales (+3,5 Md€), de ceux tirés des contributions sociales (+3,5 Md€) et des transferts du FSV et de la branche famille (+1,4 Md€).

Les effets de la réforme des retraites de 2010 et du décret du 2 juillet 2012 sur les conditions d'accès à la retraite anticipée ont tiré cette dynamique en contribuant à la réduction du déficit de la branche en 2013. Les cotisations sociales ont bénéficié pour +0,9 Md€ de l'impact du relèvement de 0,2 point du taux de la cotisation plafonnée d'assurance vieillesse entré en vigueur le 1er novembre 2012[28].

Les charges ont augmenté plus rapidement qu'en 2012 (+3,9 %, contre +3,5 %). Les prestations légales, qui en représentent 95 %, ont progressé de 4 Md€. La limitation de la revalorisation moyenne des pensions à 1,5 % en 2013, contre 2 % prévus dans la loi de financement

28. Par ailleurs, la branche a reçu 0,8 Md€ de recettes additionnelles au titre du forfait social et 1,5 Md€ apportés par la hausse des taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. La taxe sur les salaires a procuré un surcroît de recettes de 0,3 Md€. Les ressources constituées par les prises en charge de cotisations et de prestations par le FSV ont augmenté de 0,9 Md€ et un transfert d'équilibrage de la MSA a généré 0,2 Md€ pour la branche vieillesse.

pour 2013, n'a compensé que partiellement l'impact d'une forte augmentation du nombre des départs à la retraite en 2013 (686 000 contre 569 000 en 2012)[29].

5 - Le Fonds de solidarité vieillesse : des recettes nouvelles permettant une réduction marquée du déficit

Le déficit du FSV s'est inscrit à -2,9 Md€ en 2013, en réduction de 1,2 Md€ par rapport à 2012, grâce à un apport très significatif de recettes supplémentaires (1,1 Md€ ont ainsi été dirigés vers le fonds par la LFSS pour 2013). Il représente encore 14,7 % des charges nettes du fonds (contre 22 % en 2012).

À titre principal, les ressources ont été tirées par le versement exceptionnel au FSV du produit de la contribution additionnelle de solidarité autonomie (CASA)[30] par l'impact du relèvement des prélèvements sociaux sur les travailleurs indépendants[31] ainsi que par le rendement élevé de plusieurs contributions et taxes[32].

L'ensemble des ressources nouvelles a plus que compensé l'augmentation des charges, dont celle des prises en charge de cotisations qui en représentent plus des deux tiers.

Parmi ces dernières, les prises en charge de cotisations au titre du chômage ont crû fortement (+7,4 %), tirées par la hausse du nombre des chômeurs (+5,5 %) et par l'augmentation de la cotisation forfaitaire

29. La réforme de 2010 a favorisé un flux de départs hors retraite anticipée très élevé en 2013 (540 000, contre 483 000 en 2012), tandis que le nouveau dispositif régissant les départs anticipés entré en vigueur le 1er novembre 2012 permettait une forte augmentation de leur nombre (146 000 en 2013, contre 86 000 en 2012).

30. Cette opération explique l'essentiel de la hausse des produits de CSG. Créée par la LFSS pour 2013 et prélevée sur les revenus de remplacement, cette contribution est affectée à la caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA). À titre exceptionnel, son rendement a cependant été affecté en 2013 au FSV, par le biais d'un transfert d'une part de CSG (0,036 point) de la CNSA au FSV.

31. Hausse de taux qui a permis, en diminuant le besoin le financement du RSI, de libérer au profit du FSV une part supplémentaire (soit 0,65 Md€) de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S).

32. La hausse du taux du forfait social de 8 % à 20 % décidée par la LFR d'août 2012 a généré en année pleine 0,8 Md€ de recettes additionnelles pour le fonds de solidarité vieillesse. Le FSV a, par ailleurs, tiré de la taxe sur les salaires, dont le rendement a crû à la suite de l'élargissement de son assiette et de la création d'une tranche nouvelle par la LFSS 2013, des recettes en hausse de 4,7 %.

(+2,3 %). Les prises en charge de prestations ont, en revanche, stagné en 2013.

Tableau n° 12 : formation du résultat 2013 du FSV

En Md€

	2012	2013	Variation en valeur	Variation en %
Charges nettes *dont :*	**18,8**	**19,7**	**+0,9**	**+4,5**
Transferts des régimes de base avec les fonds	18,5	19,3	+0,8	+4,4
dont prises en charge de cotisations	*11,4*	*12,2*	*+0,8*	*+7,1*
dont prises en charge de prestations	*7,1*	*7,1*	-	-
Transferts avec les régimes complémentaires	0,2	0,3	+0,1	+16,2
Produits nets *dont :*	**14,7**	**16,9**	**+2,2**	**+14,5**
CSG nette	10,2	10,7	+0,5	+5,3
Contributions sociales	1,3	2,1	+0,8	+61,5
dont forfait social	*0,9*	*1,7*	*+0,8*	*+88,0*
Impôts et taxes	3,3	4,1	+0,8	+24,9
dont taxe sur les salaires	*2,0*	*2,1*	*+0,1*	*+4,7*
dont contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)	*0,4*	*1,0*	*+0,6*	
Résultat net	**-4,1**	**-2,9**	**+1,2**	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014

Le déficit total de la branche retraite du régime général regroupant la CNAVTS et le FSV s'est établi à -6,0 Md€ en 2013, contre -8,9 Md€ en 2012, apportant une contribution de 2,9 Md€ à la réduction des déficits sociaux en 2013.

*
* *

Le rythme de réduction des déficits a marqué le pas en 2013, dans un contexte économique dégradé qui a pesé sur l'évolution spontanée des recettes. L'amélioration des soldes plus limitée qu'escompté dans la loi de financement pour 2013 n'a pu être obtenue que par le recours à des prélèvements supplémentaires.

Cette approche a atteint ses limites, comme en témoignent la décélération continue de la réduction des déficits depuis trois ans et la dégradation des soldes de plusieurs branches en 2013.

La relance de la dynamique de redressement des comptes de la sécurité sociale nécessite ainsi des efforts plus marqués de maîtrise de la dépense.

II - En 2014, une étape encore limitée et fragile dans le redressement des comptes

En 2014, pour la deuxième fois depuis l'instauration des lois de financement, une loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) a été présentée par le gouvernement et adoptée par le Parlement.

La loi de financement rectificative du 8 août 2014 tient compte de la baisse des recettes escomptées par rapport aux prévisions de la LFSS pour 2014. En effet, malgré un taux de croissance du PIB revu à la hausse de 0,9 % à 1 % et une prévision de croissance de la masse salariale inchangée à 2,2 %, les prévisions de recettes du régime général et du FSV sont diminuées de 1,7 Md€ par rapport à la loi de financement initiale pour 2014. Cette révision à la baisse est due au comportement moins dynamique que prévu de certaines recettes.

Le gouvernement a cherché à compenser une partie de cette baisse de recettes par des mesures de redressement sur les dépenses inscrites dans la LFRSS. Au total, selon ces nouvelles prévisions, le déficit 2014 du régime général et du FSV s'élèverait à -13,3 Md€, soit une dégradation de 0,4 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2014. La réduction du déficit du régime général et du FSV serait de 2,1 Md€ par rapport à 2013, soit moins que les 2,5 Md€ de réduction qui étaient anticipés dans la loi de financement initiale.

Tableau n° 13 : déficits des régimes obligatoires de base et du FSV

En Md€

	2013	**LFSS 2014**	**LFRSS 2014**	Variation LFRSS 2014/2013
Maladie	-6,8	**-6,0**	**-6,1**	+0,7
AT-MP	+0,6	**+0,1**	**+0,3**	-0,3
Famille	-3,2	**-2,3**	**-2,8**	+0,4
Vieillesse	-3,1	**-1,2**	**-1,3**	+1,8
Régime général	-12,5	**-9,5**	**-9,8**	+2,7
FSV	-2,9	**-3,4**	**-3,5**	-0,6
Vieillesse + FSV	*-6,0*	*-4,6*	*-4,8*	*+1,2*
Régime général et FSV	-15,4	**-12,9**	**-13,3**	+2,1
Régimes obligatoires de base et FSV	-16,0	**-13,2**	**-13,6**	+2,4

Source : Cour des comptes, états financiers, LFRSS 2014

Cependant, ces prévisions risquent de devoir être à nouveau révisées compte tenu de l'évolution de la conjoncture économique au

cours des derniers mois. La réduction du déficit pourrait donc être, toutes choses égales par ailleurs, sensiblement plus faible que prévu.

A - Des recettes tirées par les mesures nouvelles

Malgré la révision à la baisse des prévisions de recettes dans la LFRSS, la progression des recettes du régime général et du FSV est attendue à un niveau élevé de +3,2 % en 2014. Cette augmentation serait due à hauteur de 5,8 Md€ à des recettes nouvelles et pour 4,5 Md€ à l'évolution spontanée des prélèvements fiscaux et sociaux qui leur sont affectés.

La réduction des déficits reste ainsi dépendante de l'apport de recettes nouvelles pour compenser la hausse des dépenses en progression toujours soutenue.

Tableau n° 14 : prévisions de recettes par branche du régime général et du FSV pour 2014

En Md€

	2013	LFRSS 2014	Variation en montant	Variation en %
Maladie	158,0	162,7	+4,7	+3,0 %
AT-MP	12,0	12,1	+0,1	+1,5 %
Famille	54,6	56,5	+1,9	+3,5 %
Vieillesse	111,4	115,7	+4,3	+3,9 %
Régime général (hors transferts entre branches)	**324,0**	**334,9**	+10,9	+3,4 %
FSV	16,8	16,8	-	-0,1 %
Régime général et FSV (net des consolidations et transferts entre branches)*	**323,0**	**333,3**	+10,3	+3,2 %

**Le total peut être différent de l'agrégation des montants détaillés par branche du fait des opérations réciproques et notamment des transferts*

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014 et LFRSS 2014

1 - Une évolution spontanée des recettes peu dynamique

Hors mesures nouvelles, la progression des recettes du régime général et du FSV serait seulement de +1,4 %, inférieure à celle de la masse salariale du secteur concurrentiel et à la croissance en valeur du PIB, prévues par le gouvernement à +2,2 % pour 2014. L'élasticité des recettes du régime général et du FSV serait ainsi de 0,6, soit nettement

inférieure à sa tendance de long terme, évaluée à 0,8 pour les cotisations sociales et 1 pour les autres prélèvements[33].

Tableau n° 15 : évolution spontanée des recettes du régime général et du FSV

En Md€

Recettes du régime général et du FSV en 2013	323,0
Augmentation des recettes du régime général et du FSV en 2014	+10,3
dont mesures nouvelles	*+5,8*
dont évolution spontanée	*+4,5*
Taux d'évolution spontanée des recettes	**+1,4%**
Taux de croissance du PIB en valeur	+2,2%
Élasticité au PIB des recettes du régime général et du FSV	**+0,6**

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014,

Cette faible élasticité recouvre des évolutions contrastées. Les cotisations sociales progresseraient hors mesures nouvelles au même rythme que le PIB en valeur et la masse salariale privée, sous l'effet de la baisse des exonérations, alors que certains prélèvements connaitraient une évolution faible ou négative à législation inchangée :

- l'évolution spontanée du rendement de la CSG sur les revenus d'activité (1,8 %) serait inférieure à celle de la masse salariale privée, en raison de la quasi-stagnation de la masse salariale publique ;
- l'assiette des prélèvements sur les revenus de placement serait en baisse (-2,2 %) ;
- la hausse du plafond de la sécurité sociale[34] aurait un effet modérateur sur la croissance des cotisations de retraite.

Enfin, les recettes du FSV seraient affectées par la baisse du montant de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S, -0,6 Md€ hors mobilisation des réserves) dont il serait affectataire, en raison de l'augmentation du besoin de financement du RSI.

Par rapport à la loi de financement initiale pour 2014, les révisions de recettes du régime général et du FSV ont porté sur les recettes de CSG (-0,4 Md€) et les impôts et taxes (-1,6 Md€), notamment les prélèvements sociaux sur le capital.

33 . Cf. note méthodologique de l'indicateur n° 2 du programme de qualité et d'efficience « financement » en annexe I à la LFSS pour 2014.

34. Moins rapide que celle du salaire moyen par tête.

2 - Des mesures nouvelles significatives

L'apport des mesures nouvelles prévu en 2014 est évalué à +5,8 Md€ de ressources supplémentaires pour le régime général et le FSV, dont +1,4 Md€ apporté par des transferts entre régimes et organismes de sécurité sociale[35].

En particulier, l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA nette pour un montant de 3 Md€ vise à transférer au régime général le rendement supplémentaire de l'impôt sur le revenu découlant de la réforme du quotient familial (1,03 Md€) et de la fiscalisation de la part employeur finançant les contrats collectifs (0,96 Md€) et à compenser la perte de recettes induite par la baisse de 0,15 point en 2014 du taux de cotisation familiale. Cette fraction de TVA est ensuite réaffectée entre les branches, notamment au bénéfice de la branche famille, par des transferts internes.

35 . Sur ce montant, 1 Md€ sont des recettes exceptionnelles de transferts qui n'amélioreront pas la situation du régime général au cours des années suivantes (0,8 Md€ de produit exceptionnel issu des reliquats de C3S non affectés antérieurement à 2011, 0,2 Md€ correspondant à l'affectation de 65 % des excédents de la section des actifs de la CAMIEG à la CNAMTS).

Tableau n° 16 : impact des mesures de recettes sur les produits du régime général et du FSV en 2014

En Md€

	Impact 2014
Modification des taux de cotisations sociales	
Augmentation de 0,1 point de cotisation de retraite plafonnée (décret de 2012 sur les carrières longues)	+0,5
Augmentation de 0,3 point de cotisation de retraite (loi du 20 janvier 2014 sur le système de retraite)	+1,5
Baisse de 0,15 point de cotisation famille	-1,1
Augmentation de recettes fiscales	
Augmentation de la TVA votée en LFR 2013	+0,2
Transfert de recettes fiscales	
Transfert de TVA nette à la CNAMTS	+3,0
Création d'une nouvelle taxe sur les boissons énergisantes	+0,1
Suppression de l'application des « taux historiques » sur certains produits d'assurance vie	+ 0,1
Hausse de 9 % à 14 % du taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats complémentaires santé « non responsables »	+0,1
Transferts entre régimes et organismes de sécurité sociale	
Affectation à la CNAF des cotisations de la MSA	+0,3
Affectation d'une partie des réserves non affectées de C3S au FSV	+0,8
Transfert de 65% des réserves de la CAMIEG à la CNAMTS	+0,2
Accroissement du transfert de CSG de la CNSA à la branche famille et au FSV	+0,1
Total	***+5,8***

Sources : Cour des comptes, LFSS 2014, CCSS juin 2014, LFR 2013

B - Des dépenses en progression toujours soutenue malgré des efforts de maîtrise

Les dépenses du régime général et du FSV progresseraient de +2,4 % après +2,9 % en 2012 et +2,7 % en 2013, soit 1 point au-dessus de l'évolution spontanée des recettes (+1,4 %). Elles augmenteraient en volume de +1,2 % à +1,7 % selon l'hypothèse d'inflation.

L'effet de la baisse de l'inflation sur l'augmentation réelle des dépenses

La prévision d'inflation associée au programme de stabilité et à la LFRSS est de 1,2 % (y compris tabac), contre 0,9 % en 2013. Selon cette hypothèse, les dépenses du régime général et du FSV augmenteraient en volume de 1,2 %.

Si l'inflation est seulement de 0,7 % en 2014 comme le prévoit la note de conjoncture de l'INSEE de juin 2014, la croissance en volume des dépenses du régime général et du FSV sera alors de 1,7 % (contre 1,9 % en 2013), soit 1 point de plus que la croissance du PIB en volume prévue par l'INSEE à 0,7 % en 2014.

Tableau n° 17 : dépenses par branche du régime général et du FSV

En Md€

	2013	2014 (p)	Variation en montant	Variation en %
Maladie	164,8	168,8	+4,0	+2,4 %
AT-MP	11,3	11,8	+0,5	+4,4 %
Famille	57,8	59,2	+1,4	+2,4 %
Vieillesse	114,6	117,0	+2,4	+2,1 %
Régime général (hors transferts entre branches)	**336,5**	**344,7**	**+8,2**	**+2,4 %**
FSV	19,7	20,4	+0,7	+3,6 %
Régime général et FSV	**338,5**	**346,7**	**+8,2**	**+2,4%**

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014 et LFRSS 2014

Le montant de l'ONDAM a été réduit par la loi de financement rectificative de 0,8 Md€ par rapport à la loi de financement initiale, à 178,3 Md€. Il s'agit cependant d'un « effet base », prenant en compte le montant réalisé en 2013, inférieur à celui inscrit dans la LFSS pour 2014. Cette prévision devrait pouvoir être tenue, le comité d'alerte de l'ONDAM ayant confirmé dans son avis du 27 mai 2014 que les dépenses d'assurance maladie devraient pouvoir être réalisées avec une marge de plusieurs centaines de millions d'euros en-deçà de l'objectif fixé par la LFSS pour 2014.

La progression des dépenses de la branche vieillesse serait ralentie à +2,1 % après +3,9 % en 2013. Cette modération serait due notamment à l'effet combiné des réformes portant sur la date de départ en retraite et du gel d'une partie des prestations légales en 2014. Les dépenses du FSV continueraient cependant à croître rapidement en raison de l'augmentation des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage. Par ailleurs, la loi du 20 janvier 2014 a reporté du 1er avril au 1er octobre la date de revalorisation chaque année des pensions de retraite,

à l'exception du minimum vieillesse. L'effet sur le régime général serait de -0,3 Md€[36].

La LFRSS prévoit le gel d'une partie des prestations de retraite en 2014[37], qui se traduit par la non-application d'une revalorisation de +0,47 % au 1er octobre 2014 pour les pensions dépassant 1 200 €. L'impact de ce gel des prestations serait de -0,3 Md€ en 2014 sur les régimes obligatoires de base et -0,2 Md€ sur le régime général.

Les dépenses de la branche famille augmenteraient moins rapidement qu'en 2013 en raison d'une revalorisation plus modérée au 1er avril 2014 de la base mensuelle des allocations familiales (+0,6 % contre +1,2 % au 1er avril 2013).

Les mesures mises en œuvre au titre de la réforme de la politique familiale se compenseraient partiellement et leur effet combiné serait limité en 2014 (report de la revalorisation des barèmes des aides au logement du 1er janvier au 1er octobre, mesures d'aménagement de la PAJE, qui permettraient de stabiliser son coût par rapport à 2013, majoration de 50 % du complément familial sous plafond de ressources et majoration de 25 % de l'allocation de soutien familial).

Enfin, la reconduction en 2014 des économies réalisées sur les dépenses d'action sociale des branches famille et vieillesse dégagerait 0,3 Md€ d'économie supplémentaire par rapport à la LFSS pour 2014.

C - Une réduction des déficits encore fragile

Les prévisions révisées par la loi de financement rectificative sont soumises à des aléas baissiers pesant sur la croissance économique et la progression de la masse salariale en 2014. Les estimations publiées depuis le dépôt du projet de LFRSS anticipent une évolution du PIB en valeur et de la masse salariale plus faible en 2014 que les prévisions qui y sont associées.

Les prévisions de l'INSEE publiées en juin 2014 anticipaient en effet une croissance du PIB en volume de +0,7 % seulement pour l'année 2014 contre une croissance de +1 % associée aux prévisions de la loi de

36. Au total, l'impact en 2014 des différents volets de la réforme des retraites est évalué par le gouvernement à -3,8 Md€ par rapport à un scénario tendanciel.

37. Cette mesure ne s'appliquerait pas aux retraites de faible montant jusqu'à 1 200 €. Le minimum vieillesse serait quant à lui revalorisé une deuxième fois au 1er octobre 2014.

financement rectificative pour 2014. L'inflation était estimée à +0,7 % (y compris tabac) contre +1,2 % dans la LFRSS[38].

Depuis cette date, la première estimation du PIB en volume au deuxième trimestre 2014 a été publiée mi-août avec une croissance nulle, au lieu de +0,3% anticipé dans les prévisions de l'INSEE de juin. L'inflation sur 12 mois s'est établie à +0,5% (y compris tabac) fin juillet.

Même si la croissance de la masse salariale privée atteignait +1,8 %, au lieu de +2,2 % comme prévu dans la LFRSS, les recettes du régime général seraient réduites de 0,8 Md€[39] et le déficit du régime général et du FSV serait de l'ordre de -14,1 Md€, au lieu des -13,3 Md€ prévus. Dans cette hypothèse, le rythme de réduction des déficits se ralentirait encore.

Dans l'hypothèse où la croissance de la masse salariale ralentirait plus encore et s'établirait à +1,2 %, soit le rythme atteint en 2013, les recettes prévues seraient amputées de 2 Md€ par rapport aux prévisions du gouvernement et le déficit du régime général et du FSV ne se réduirait pas par rapport à 2013.

*
* *

2014 risque ainsi d'être une année de moindre réduction des déficits, voire même une année « blanche » dans la trajectoire de retour à l'équilibre, sans réduction des déficits, si la croissance économique et l'inflation restent à un niveau bas entraînant une quasi-stagnation de la masse salariale qui constitue la plus grande part de l'assiette des prélèvements sociaux. Ce possible coup d'arrêt à la réduction des déficits rendrait d'autant plus exigeant le respect de la trajectoire de retour à l'équilibre des régimes obligatoires de base sur la période 2015-2017 associée à la loi de financement rectificative pour 2014, dans le prolongement du programme de stabilité du 23 avril 2014.

III - Un retour incertain à l'équilibre en 2017

Succédant à une trajectoire de réduction des déficits progressivement ralentie sur la période 2012-2014, le scénario dessiné par

38 . La croissance du PIB en valeur serait de 1,6 % au lieu de 2,2 % prévu précédemment ; la masse salariale brute des entreprises non financières progresserait au taux de 1,6 % après 1 % en 2013.

39. Selon les hypothèses de sensibilité retenues par la CCSS dans son rapport de juin 2014.

la LFRSS pour 2014 prévoit une accélération du redressement des comptes à l'horizon 2017, qui permettrait une stabilisation puis l'amorce d'une réduction de la dette sociale engendrée par les déficits récurrents du régime général et du FSV.

A - Une trajectoire de réduction des déficits soumise dans sa réalisation à de nombreux risques

Pour assurer un retour à l'équilibre à l'issue des trois prochaines années, les prévisions de recettes et de dépenses contenues dans la loi de financement rectificative marquent un net changement de rythme dans la réduction des déficits. Après 2,5 Md€ en moyenne au cours de la période 2012-2014, l'effort annuel serait de 4,7 Md€ en moyenne de 2015 à 2017 pour le régime général et le FSV.

Tableau n° 18 : scénario de réduction des déficits du régime général et du FSV

En Md€

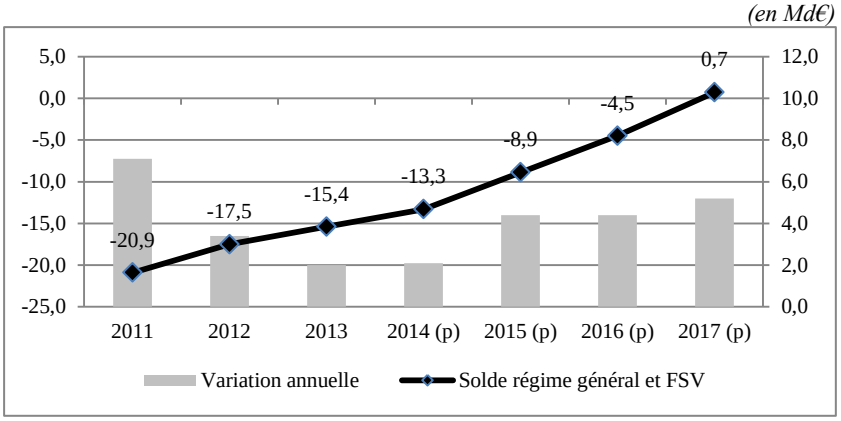
	2011	2012	2013	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)
Solde régime général	**-17,4**	**-13,3**	**-12,5**	**-9,8**	**-7,1**	**-3,0**	**+1,5**
Variation annuelle	*+6,5*	*+4,1*	*+0,8*	*+2,7*	*+2,7*	*+4,1*	*+4,5*
Solde régime général+FSV	**-20,9**	**-17,5**	**-15,4**	**-13,3**	**-8,9**	**-4,5**	**+0,7**
Variation annuelle	*+7,1*	*+3,4*	*+2,0*	*+2,1*	*+4,4*	*+4,4*	*+5,2*
Solde régimes obligatoires de base+FSV	**-22,6**	**-19,1**	**-16,0**	**-13,6**	**-9,3**	**-5,2**	**-0,3**
Variation annuelle	*+7,0*	*+3,5*	*+3,1*	*+2,4*	*+4,3*	*+4,1*	*+4,9*

Source : Cour des comptes, LFRSS juin 2014

Ce scénario très volontariste est fondé sur des hypothèses de redressement de la croissance du PIB et de la masse salariale à partir de 2015, qui permettraient une croissance rapide des recettes, supérieure de plus d'un point au rythme de progression des dépenses.

Graphique n° 3 : prévision de déficit du régime général et du FSV

(en Md€)



Source : Cour des comptes, LFRSS juin 2014

1 - Des recettes dépendantes du scénario d'accélération de la croissance économique

Le scénario économique sous-tendant le programme de stabilité et la loi de financement rectificative repose sur une reprise progressive de la croissance et de l'inflation. En moyenne sur les trois années 2015 à 2017, le taux de croissance du PIB en valeur serait de +3,7 % contre +1,6 % au cours de la période 2012-2014. La croissance de la masse salariale privée serait plus que doublée par rapport à la période précédente (+4% par an en moyenne contre +1,8 %)

Tableau n° 19 : prévision de croissance du PIB et de la masse salariale du secteur privé

En %

	2014	2015	2016	2017
Croissance du PIB en valeur	2,2	3,2	3,9	3,9
Croissance du PIB en volume	*1,0*	*1,7*	*2,3*	*2,3*
Inflation	*1,2*	*1,5*	*1,7*	*1,7*
Croissance de la masse salariale	2,2	3,5	4,3	4,3

Source : Programme de stabilité 2014-2017, LFRSS 2014

Les recettes du régime général et du FSV augmenteraient à un rythme proche de celui du PIB en valeur, avec une élasticité implicite de l'ordre de 0,95[40].

40. Cette élasticité implicite est calculée comme le rapport entre le taux de croissance des recettes du régime général et le taux de croissance du PIB.

Avec un taux de croissance en valeur de 3,5 % par an en moyenne, la progression des recettes serait comparable à celle de la période 2012-2014 (3,6 %), mais obtenue exclusivement grâce à une amélioration de la conjoncture économique et de l'assiette des prélèvements, alors que la période précédente a été marquée par d'importantes mesures nouvelles sous la forme de transferts de recettes fiscales et d'augmentation des prélèvements sociaux.

Tableau n° 20 : prévisions de recettes du régime général et du FSV (2014-2017)

En Md€

	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	Variation moyenne annuelle
Maladie	162,7	167,7	173,6	179,9	+3,4 %
AT-MP	12,1	12,6	13,1	13,7	+4,2 %
Famille	56,5	57,8	59,6	61,5	+2,9 %
Vieillesse	115,7	119,2	124,4	129,4	+3,8 %
Régime général (hors transferts entre branches)	**334,9**	**344,9**	**357,9**	**371,2**	**+3,5 %**
FSV	16,8	17,7	18,0	18,5	+3,3 %

Source : Cour des comptes, LFRSS 2014

Les prévisions de croissance des recettes contenues dans la loi de financement rectificative sont donc étroitement dépendantes du scénario économique de moyen terme développé par le gouvernement.

Les risques sur les recettes

D'une part, les risques sur les prévisions de recettes pour 2014 font peser un aléa de -0,8 Md€ en base, qui pourrait même s'avérer plus élevé, sur le niveau des recettes prévu pour les années 2015 à 2017.

D'autre part, la Cour a évoqué dans le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2014 l'effet sur les recettes publiques d'une variation à la baisse de certaines hypothèses économiques du programme de stabilité. Ces estimations peuvent être effectuées sur le champ du régime général de sécurité sociale, avec les résultats suivants :

- si la croissance de la masse salariale du secteur marchand en 2015 était inférieure de 0,5 point à celle prévue dans le programme de stabilité, les recettes du régime général seraient inférieures de 1 Md€ ;

- si la croissance du PIB était seulement de 2,0 % en volume et 3,75 % en valeur, en 2016 et 2017, au lieu de 2,25 % et 3,9 % respectivement, les recettes du régime général seraient inférieures de 300 M€ en 2016 et de 600 M€ en 2017 ;

- si les deux risques se matérialisaient, les recettes du régime général seraient inférieures de 1 Md€ en 2015, puis de 1,3 Md€ en 2016 et 1,6 Md€ en 2017.

Enfin, il y a également un risque sur l'élasticité des recettes des régimes sociaux à la croissance du PIB. Les prévisions de recettes de la LFRSS induisent implicitement une élasticité de 0,95 en moyenne sur les trois années 2015 à 2017, alors que celle-ci serait de 0,6 en 2014 dans les prévisions de la LFRSS (cf. tableau n° 15 ci-dessus).

Si l'élasticité était seulement de 0,9 (ce qui correspond à une élasticité de 0,8 pour les cotisations sociales et de 1 pour les autres prélèvements), le niveau des recettes du régime général serait inférieur de 2 Md€ en 2017.

La conjonction de ces risques provoquerait une augmentation du déficit du régime général de 4,4 Md€ en 2017 et décalerait d'une année le retour à l'équilibre du régime général et du FSV.

L'actualisation des prévisions macroéconomiques publiée au cours de l'été par l'INSEE amènent toutefois à considérer comme plausible un scénario plus défavorable. Si la croissance de la masse salariale était inférieure non pas de 1 point mais de 2 points, au total, sur les deux années 2014 et 2015 par rapport au cadrage de la LFRSS, le montant du déficit du régime général et du FSV serait encore aggravé de 2 Md€ en 2015 par rapport aux calculs précédents et atteindrait 6,4 Md€ en 2017, toutes choses égales par ailleurs.

2 - Un infléchissement peu marqué du rythme d'augmentation des dépenses

D'après la LFRSS, les dépenses du régime général augmenteraient en moyenne de +2,4 % par an sur la période 2015-2017, comme en 2014. Sur les trois années précédentes, ce taux était de +2,7 %.

Malgré une certaine modération par rapport au rythme de moyen terme des années précédentes, cette progression tendancielle ne marquerait donc pas de rupture par rapport à l'année 2014. La soutenabilité de ce scénario de dépenses est donc étroitement dépendante du retour à un chemin de croissance économique qui permette de contenir leur part dans la richesse nationale. Si la conjoncture était moins favorable qu'attendu, l'impact en serait au demeurant aussi sensible sur certaines catégories de dépenses, comme les prestations familiales sous conditions de ressources.

Tableau n° 21 : prévision de dépenses du régime général et du FSV (2014-2017)

En Md€

	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	Variation moyenne annuelle
Maladie	168,8	172,6	176,2	179,9	+2,1%
AT-MP	11,8	11,9	12,1	12,3	+1,4%
Famille	59,2	60,0	61,1	62,4	+1,8%
Vieillesse	117,0	120,0	124,3	128,5	+3,2%
Régime général (hors transferts entre branches)	**344,7**	**352,0**	**360,9**	**369,7**	**+2,4%**
FSV	20,4	19,5	19,5	19,3	-1,8%

Source : Cour des comptes, LFRSS 2014

L'effort de modération le plus important est prévu en 2015 avec une progression des dépenses de +2,1 % pour le régime général.

Cette trajectoire de dépenses repose sur un plan d'économies annoncé par le gouvernement qui est chiffré dans le champ de la protection sociale à 21 Md€, dont 4 Md€ au titre des régimes sociaux conventionnels.

Tableau n° 22 : plan d'économies concernant les administrations de sécurité sociale (ASSO)

En Md€

Assurance maladie (ONDAM)	10,0
Réformes déjà initiées dans le champ de la sécurité sociale	2,9
Mesures complémentaires sur les prestations et la gestion de la protection sociale (dont redressement financier des régimes de retraite complémentaire et d'assurance chômage)	8,1 (4,0)
Total	**21,0**

Source : Cour des comptes, programme de stabilité 2014-2017

Ce chiffrage reste cependant imprécis à ce stade et le détail des mesures qui devront être prises pour y parvenir n'est pas encore connu. Il repose pour certaines dépenses et notamment pour celles comprises dans

l'ONDAM, sur un écart par rapport à un taux de croissance tendanciel dont la référence apparaît élevée[41].

B - Sous condition d'un retour effectif à l'équilibre, une inflexion attendue de la dette

La loi de financement pour 2011 a organisé le transfert à la CADES des déficits de la branche vieillesse et du FSV pour les années 2011 à 2018, dans la limite d'un montant annuel de 10 Md€ et d'un montant total de 62 Md€. La loi de financement pour 2014 a permis en outre l'intégration des déficits maladie et famille des années 2012 et suivantes dans les reprises autorisées jusqu'en 2018, sans modifier les limites posées par la LFSS pour 2011 ni allonger la durée de vie prévisible de la CADES[42] .

Selon les prévisions de recettes et dépenses du régime général et du FSV entre 2015 et 2017 contenues dans la loi de financement rectificative, le montant des déficits des branches maladie et famille ne pouvant pas être repris par la CADES à horizon de 2018 serait de 11,7 Md€.

41. Voir l'analyse du tendanciel dans le présent rapport, chapitre VII, « L'ONDAM pour les soins de ville » et de celui de l'ONDAM des établissements de santé dans Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM », p. 186 à 188, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

42. Selon les projections réalisées par la CADES, la date probable d'amortissement des dettes dont la reprise est prévue par la loi se situe en 2024.

Tableau n° 23 : estimation des possibilités de reprise par la CADES des déficits 2011-2018 des branches du régime général et du FSV

En Md€

	2011	2012	2013	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	Total
Déficit annuel vieillesse+FSV (a)	9,5	8,9	6	4,8	2,6	1,6	0,8	-	34,2
Déficit annuel maladie+famille* (b)	-	8,4	10	8,9	7,1	4,2	0,9	-	39,5
Total (a)+(b)	9,5	17,3	16	13,7	9,7	5,8	1,7	-	73,7
Autorisation de transfert annuel à la CADES	-	9,5	8,9	10	10	10	10	3,6	62
Dont vieillesse+FSV		*9,5*	*8,9*	*6*	*4,8*	*2,6*	*1,6*	*0,8*	*34,2*
Dont maladie et famille				*4*	*5,2*	*7,4*	*8,4*	*2,8*	*27,8*
Déficits maladie+famille non repris **					6,3	4,1	1,3		11,7

**à partir de 2012 ; ** au-delà des autorisations de transfert à la CADES (par année de formation du déficit).*

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014, LFRSS 2014

Ces estimations reposent sur les projections de soldes de la LFRSS pour 2014, dont le caractère volontariste a été souligné, en particulier en matière de recettes.

1 - Une projection qui conduirait à une réduction progressive de l'endettement net de la CADES

La dette de la CADES restant à amortir a atteint un point haut en 2011 à 142,8 Md€ avec la reprise massive des déficits accumulés du régime général (65,3 Md€) et du régime de retraite des exploitants agricoles (2,5 Md€). Des recettes nouvelles ont été affectées pour leur financement (part de CSG, prélèvement sur les revenus du capital, versement annuel du fonds de réserve des retraites).

La loi de financement rectificative a porté l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES en 2014 de 12,8 Md€ à 13,1 Md€, pour tenir compte d'une capacité d'amortissement accrue en raison de la baisse des taux d'intérêt.

Selon des hypothèses de croissance et de taux d'intérêt en ligne avec celles du programme de stabilité, la dette nette de la CADES continuerait à se réduire et pourrait atteindre de l'ordre de 118 Md€ en 2017 et 106 Md€ en 2018. Cette évolution traduit le fait que la capacité annuelle d'amortissement de la CADES dépasse les reprises de déficits autorisées chaque année.

Tableau n° 24 : estimation de l'endettement net de la CADES

En Md€

	2011	2012	2013	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)
Dette reprise cumulée	202,4	209	216,7	226,7	236,7	246,7	256,7	260,3
Reprise annuelle	65,3	6,6	7,7	10,0	10,0	10,0	10,0	3,6
Amortissement annuel	11,7	11,9	12,4	13,1	13,5	14,0	14,5	15,0
Endettement net	142,8	137,5	132,7	129,7	126,2	122,2	117,7	106,3

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2014, LFRSS 2014

2 - Une prévision d'inflexion à terme de la dette du régime général et du FSV qui repose sur des hypothèses favorables

Compte tenu de la capacité d'amortissement de la CADES et des prévisions de déficit, le scénario de redressement des comptes sociaux porté par la loi de financement rectificative permettrait d'envisager une amorce de décroissance de la dette du régime général et du FSV.

En effet, si l'on ajoute à la dette reprise et amortie par la CADES le montant de l'endettement financier net de l'ACOSS qui ne fait pas l'objet de reprise et reste financé à court terme, la dette totale du régime général se stabiliserait en 2014 à un niveau de 157 Md€. Elle pourrait commencer à se réduire à partir de 2015 et atteindrait 128 Md€ fin 2017, dont 118 Md€ porté par la CADES et 10 Md€ correspondant à l'endettement financier net de l'ACOSS.

Tableau n° 25 : prévision d'évolution de la dette du régime général et du FSV

En Md€

	2011	2012	2013	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)
Situation nette de la CADES	142,8	137,5	132,7	129,7	126	122	118
Endettement financier net de l'ACOSS	5,8	16,6	23,9	27,1	26	21	10
Dette totale du régime général et du FSV	148,6	154,1	156,6	156,8	152	143	128

Source : Cour des comptes, LFRSS 2014

Cette prévision repose cependant sur les hypothèses très favorables d'évolution des déficits figurant dans la loi de financement rectificative.

Si les risques à la baisse de l'évolution des recettes du régime général évoqués plus haut se matérialisaient, la dette du régime général et

du FSV serait supérieure de 10 à 15 Md€ en 2017 et l'endettement financier de l'ACOSS resterait supérieur à 20 Md€ jusqu'en 2017.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En 2013, la réduction des déficits s'est poursuivie mais à un rythme plus ralenti que prévu dans un contexte de plus faible croissance économique qu'attendu. L'amélioration des soldes, plus limitée qu'escompté dans la loi de financement pour 2013, n'a pu être obtenue que par le recours à des prélèvements supplémentaires. L'apport de 7,6 Md€ de recettes supplémentaires n'a cependant permis qu'une diminution de 2,1 Md€ du déficit du régime général et du FSV. Le déficit des branches maladie et famille s'est par ailleurs aggravé. Le déficit structurel du régime général et du FSV représente encore plus de la moitié du déficit total.

L'année 2014 pourrait marquer une nouvelle étape de réduction limitée des déficits, au prix de mesures nouvelles sur les recettes qui compensent leur faible progression à législation constante. Malgré les effets de la réforme des retraites et d'un rythme de croissance de l'ONDAM maintenu à +2,4 %, au niveau constaté à ce jour pour son exécution en 2013, la progression en volume des dépenses resterait soutenue, de +1,2 à +1,7 % selon l'estimation d'inflation. Cependant, les hypothèses d'augmentation des recettes en 2014 restent soumises à des aléas baissiers au regard des données conjoncturelles du premier semestre de l'année, rendant fragile la réduction des déficits prévue en 2014.

La loi de financement rectificative du 8 août 2014 prévoit une trajectoire volontariste de retour à l'équilibre des comptes du régime général à l'horizon 2017. Fondée sur un scénario d'accélération de la croissance économique qui sous-tend le programme de stabilité, elle repose également sur le plan d'économies annoncé par le gouvernement pour les années 2015 à 2017. Sous ces hypothèses fortes, la dette du régime général et du FSV amorcerait une décrue à partir de 2015 et passerait de 157 Md€ à 128 Md€ de 2014 à 2017.

Cette trajectoire très conditionnelle revient à augmenter de près de moitié l'objectif de réduction cumulée des déficits des régimes obligatoires de base et du FSV sur la période 2015-2017 (-13,3 Md€) par rapport à leur diminution effective sur la période 2012-2014 (-9 Md€).

L'essentiel de l'effort pour revenir à l'équilibre effectif des comptes sociaux reste ainsi à accomplir.

La forte inflexion de tendance projetée dépend cependant en grande partie de facteurs macro-économiques.

Pour ne pas différer une nouvelle fois le retour à l'équilibre si certains risques venaient à se réaliser, principalement sur le volet recettes, il importe de dégager des marges de précaution par un effort très sensiblement accru sur les dépenses. Cet effort est possible : l'infléchissement du rythme moyen annuel d'augmentation des dépenses programmé reste limité sur les trois prochaines années, passant de +2,7 % de 2012 à 2014 à +2,4 % de 2015 à 2017, ce qui revient à un total de dépenses moins élevé de seulement 3,8 Md€ en fin de période (soit à peine plus de 1 % de la masse des dépenses), à ce qu'aurait été la simple prolongation des tendances des trois dernières années.

L'assurance maladie, qui reste la branche au déficit le plus élevé et qui recèle des marges d'efficience très importantes, devrait contribuer tout particulièrement à cet effort de redressement par une maîtrise accrue de la dépense grâce à la mise en œuvre de réformes structurelles.

Comme chaque année, le rapport de la Cour sur la sécurité sociale illustre les champs sur lesquels des réformes structurelles sont susceptibles de dégager des gains d'efficience de nature à infléchir la dépense sur la durée, sans remettre en cause, s'agissant en particulier de l'assurance maladie, la qualité ni l'égalité d'accès aux soins.

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. renforcer les mesures structurelles d'économies, telles que celles recommandées en divers chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses et conforter les prévisions de retour à l'équilibre des comptes sociaux d'ici 2017 ;

2. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale une évaluation a posteriori du rendement effectif des mesures nouvelles adoptées l'année précédente ;

3. mettre fin au sous-financement structurel du FSV (recommandation réitérée).

Chapitre II

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2013 : avis sur la cohérence

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce 2013. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial correspondent respectivement à des comptes de résultat combinés[43] *et à un bilan combiné dont les périmètres diffèrent : trois tableaux d'équilibre distincts couvrent l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général de sécurité sociale et les organismes concourant au financement des régimes précités (le fonds de solidarité vieillesse – FSV) ; le tableau patrimonial retrace quant à lui le bilan des régimes obligatoires de base de sécurité sociale*[44] *et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (fonds de réserve pour les retraites – FRR).*

Les avis exprimés par la Cour portent comme les années antérieures sur les projets de tableaux d'équilibre, de tableau patrimonial et d'annexes relatives à ces derniers communiqués à l'été par la direction de la sécurité sociale. En effet, au moment où la Cour rend public son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, le projet de loi de financement (PLFSS) pour 2015 n'a pas encore été déposé. De ce fait, les documents qui seront soumis en définitive au Parlement sont susceptibles de différer des projets transmis à la Cour et sur lesquels elle porte les avis exprimés ci-après.

43. Le terme de combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités qui n'ont pas de liens capitalistiques entre elles, mais qui entretiennent des relations suffisamment étroites pour justifier l'établissement de comptes communs dans lesquelles sont éliminées leurs opérations réciproques.

44. À l'exception des régimes dépourvus d'un bilan et de régimes mineurs qui en sont pourvus.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2013

En application du 1° du A du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, sont soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement annuel, trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au PLFSS pour 2012, présenté par branche, le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités, cette dernière catégorie comprenant uniquement le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Etablis par la direction de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre se présentent sous la forme de comptes de résultats simplifiés comprenant trois agrégats : le résultat (solde), le montant total des produits (recettes) et le montant total des charges (dépenses). Les règles retenues pour leur élaboration sont mentionnées à l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Bien que conforme aux dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, cette terminologie favorise une confusion sur la nature des montants soumis à l'approbation du Parlement : les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées au sens de la comptabilité budgétaire, mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés, auxquels certains retraitements sont apportés (voir C – 3 - *infra*) ; de même, le « solde » correspond à un résultat de comptabilité générale et non à un solde de trésorerie.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2013

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 soumis à l'approbation du Parlement.

Au moment de la publication de ce rapport, la Cour n'a pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe 4 au PLFSS 2015 (« recettes et dépenses des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche pour les années 2013, 2014 et 2015 ») qui décrit les modalités d'établissement des tableaux d'équilibre. Les appréciations ici portées sont donc exprimées sous réserve des

informations supplémentaires ou de nature différente que pourrait contenir cette annexe.

Au titre de l'exercice 2013, les projets de tableaux d'équilibre transmis à la Cour font apparaître un déficit global de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse de -16,0 Md€ (soit l'équivalent de 0,8 % du PIB), contre -19,2 Md€ en 2012 (soit 0,9 % du PIB).

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'est réduit à -13,1 Md€, contre -15,1 Md€ en 2012.

En son sein, le déficit du régime général a atteint -12,5 Md€, contre -13,3 Md€ en 2012. Par ailleurs, le déficit du FSV s'est contracté, à -2,9 Md€ contre -4,1 Md€ en 2012. Le sous-ensemble formé par le régime général et le FSV a ainsi dégagé un déficit de -15,4 Md€, contre -17,5 Md€ en 2012.

Tableau n° 26 : ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	182,2	189,2	-6,9
Vieillesse	212,2	215,8	-3,6
Famille	54,9	58,2	-3,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,8	+0,7
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	**449,8**	**462,9**	**-13,1**

Source : direction de la sécurité sociale

La liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2012 mentionne 37 régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Depuis lors, deux régimes ont été intégrés au régime général (régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires, en voie d'extinction et régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris). La liste des 35 régimes en vigueur en 2013 est présentée en annexe. En dehors du régime général, il s'agit de douze régimes d'assurance vieillesse, de trois régimes d'assurance maladie, de huit régimes d'accidents du travail-maladies professionnelles, de six régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et de cinq régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles.

Tableau n° 27 : régime général de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	158,0	164,8	-6,8
Vieillesse	111,4	114,6	-3,1
Famille	54,6	57,8	-3,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	12	11,3	+0,6
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	**324,0**	**336,5**	**-12,5**

Source : direction de la sécurité sociale

Tableau n° 28 : organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,8	19,7	-2,9

Source : direction de la sécurité sociale

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, la Cour exprime son « avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos ».

À ce titre, la Cour s'assure de l'établissement des tableaux d'équilibre en fonction des données comptables des entités entrant dans leur champ, de l'élimination de l'ensemble des produits et des charges réciproques de ces entités, de la pertinence des autres retraitements des données comptables effectués et, de manière générale, de la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui des tableaux d'équilibre.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse par leurs auditeurs externes (Cour pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général et commissaires aux comptes pour les autres régimes et le fonds de solidarité vieillesse).

*

* *

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2013, établis par la direction de la sécurité sociale, qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

À l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 fournissent une représentation cohérente des produits (recettes), des charges (dépenses) et du résultat (solde) qui en découle, en exprimant cependant les quatre observations suivantes :

1. à l'instar des exercices précédents, les tableaux d'équilibre procurent une information partielle sur les résultats des régimes de sécurité sociale pour l'exercice 2013 en raison d'une présentation du résultat (« solde ») du fonds de solidarité vieillesse distincte de ceux de l'ensemble des régimes de sécurité sociale et, en leur sein, de celui du régime général, conduisant à ne pas faire apparaître le déficit véritable de ces derniers (voir C – 1 – *infra*) ;

2. au-delà de risques d'erreurs dans leur détermination, les produits (« recettes ») et les charges (« dépenses ») font l'objet, comme les exercices précédents, de contractions contraires au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (principe général de non-compensation), qui induisent des distorsions significatives dans l'évolution des montants de « recettes » et de « dépenses » mentionnés dans les tableaux d'équilibre (voir C – 2 – *infra*) ;

3. à l'instar des exercices précédents, le Parlement ne dispose pas dans l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale d'une information suffisante sur la nature, l'évolution par rapport à l'année précédente et les écarts par rapport aux prévisions des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses ») à l'origine de la formation des résultats (« soldes ») mentionnés dans les tableaux d'équilibre soumis à son approbation (voir C – 3 – *infra*) ;

4. si les états financiers de la totalité des régimes de sécurité sociale sont désormais certifiés, avec ou sans réserve(s), à l'exception du régime social des indépendants (RSI), les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner leur qualité perfectible, compte tenu de la persistance d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables (voir C – 4 – *infra*).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Une présentation distincte du résultat (solde) du FSV, qui minore le déficit du régime général

Dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement est invité à approuver un tableau d'équilibre distinct au titre des « organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ».

Ce dernier tableau se résume à celui du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

L'isolement du FSV dans un tableau d'équilibre distinct nuit à la lisibilité de l'information procurée sur les résultats de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général.

En leur procurant des produits (recettes), les concours du FSV aux régimes de sécurité sociale, tout particulièrement au régime général (dont la branche vieillesse reçoit les 9/10èmes des concours du fonds), ont pour effet de réduire, toutes choses égales par ailleurs, leurs déficits.

Toutefois, les ressources affectées au fonds (une fraction de la CSG, d'autres contributions sociales et certaines impositions) ne couvrent pas la totalité de ses concours aux régimes de sécurité sociale (prises en charge de cotisations et de prestations), ce qui conduit à placer le fonds en déficit. Pour une part, les produits (recettes) des régimes de sécurité sociale liés aux concours du FSV ont donc pour contrepartie non pas des produits du fonds, mais le déficit de ce dernier.

Compte tenu de la présentation du résultat (solde) du FSV dans un tableau d'équilibre distinct, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (-13,1 Md€) est minoré à hauteur de la totalité de celui du FSV (-2,9 Md€). En son sein, celui du régime général est minoré à hauteur de la quote-part du résultat déficitaire du FSV induite par ses concours à la branche vieillesse (soit -2,6 Md€).

Afin de faire apparaître le déficit véritable de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et, en leur sein, celui du régime général, la Cour recommande :

- de supprimer le tableau d'équilibre relatif à la catégorie des « organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale » ;
- d'intégrer en lieu et place du tableau précédent, une rubrique « fonds de solidarité vieillesse » distincte, d'une part dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité

sociale, d'autre part dans celui du régime général de sécurité sociale. Tout en continuant à assurer une information propre aux produits, aux charges et au résultat du fonds de solidarité vieillesse, une présentation de cette nature permettrait de fournir une information plus pertinente sur ceux de l'ensemble des régimes et du régime général de sécurité sociale.

2 - Des contractions injustifiées de produits (recettes) et de charges (dépenses)

a) Les retraitements des données comptables conformes à l'objet des tableaux d'équilibre

Les tableaux d'équilibre sont élaborés à partir des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) qu'établissent les régimes de sécurité sociale parallèlement à leurs états financiers. Ces documents, qui correspondent à des comptes de résultats détaillés présentés sous la forme d'une balance comptable de produits et de charges, ont pour objet d'assurer un classement homogène des produits (recettes) et des charges (dépenses) au sein de mêmes rubriques en vue de leur consolidation dans le cadre des tableaux d'équilibre.

La direction de la sécurité sociale vérifie la conformité des TCDC aux comptes de résultats des régimes, des branches du régime général et des autres régimes et du FSV et leur apporte les corrections qui s'avèrent nécessaires. Puis, elle agrège l'ensemble des produits et de charges, classés de manière homogène dans le cadre des TCDC et, conformément à l'objet des tableaux d'équilibre, neutralise les transferts internes aux branches (18,4 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale[45], dont 1,3 Md€ au sein du régime général), les transferts

45. A titre principal, neutralisation de la compensation démographique généralisée entre les régimes d'assurance vieillesse, des compensations bilatérales des branches maladie et AT-MP du régime général à certains régimes, de la prise en charge des déficits des branches maladie et vieillesse de certains régimes par celles du régime général, de l'adossement au régime général du financement du régime spécial d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières et des prises en charge de cotisations par les régimes maladie en faveur des praticiens et auxiliaires médicaux.

entre branches (13 Md€ pour l'ensemble des régimes[46], dont 10,2 Md€ au sein du régime général), ainsi que les transferts réciproques des branches maladie et accidents du travail – maladies professionnelles avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (soit 17,1 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 14,9 Md€ pour le régime général)[47].

Pour l'expression de son avis sur les tableaux d'équilibre, la Cour s'est successivement assurée :

- de la conformité des TCDC validés par la direction de la sécurité sociale aux comptes de résultats des branches du régime général, des autres régimes les plus importants et du fonds de solidarité vieillesse ;
- de la correcte agrégation des comptes de produits et de charges ;
- de la correcte neutralisation des transferts internes aux branches, entre branches et entre régimes (dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes).

Dans le cadre des vérifications précitées, la Cour a détecté une erreur matérielle au titre de la neutralisation des transferts qu'elle a portée à la connaissance de la direction de la sécurité sociale[48].

Dans le contexte d'un manque de formalisation de l'objet et de l'enchaînement des fichiers utilisés par la direction de la sécurité sociale pour apporter des modifications aux données figurant dans les TCDC, l'éventualité que d'autres anomalies non détectées affectent les montants de produits (recettes) et de charges (dépenses) ne peut être écartée.

b) Des contractions de produits et de charges infondées

Au-delà de la neutralisation de transferts, la direction de la sécurité sociale effectue des contractions de produits et de charges (21,5 Md€

46. À titre principal, neutralisation des concours de la branche famille à la branche vieillesse de nature directe (cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer) et indirecte (compensation auprès du FSV de la prise en charge par ce dernier des majorations pour enfants en faveur des régimes d'assurance vieillesse), des prises en charge par la branche famille de cotisations et de CSG dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et de la compensation de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

47. Cette neutralisation a pour objet de faire apparaître la contribution effective de la CNSA au financement des dépenses de l'ONDAM médico-social (soit 1,0 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 0,8 Md€ pour le régime général).

48. Elimination de 1,3 Md€ de transferts internes aux branches du régime général, au lieu de 1,6 Md€, conduisant à majorer de 0,3 Md€ le montant des charges (dépenses) du régime général.

pour l'ensemble des régimes, dont 17 Md€ pour le régime général et 0,1 Md€ pour le FSV)[49], qui conduisent à intégrer aux tableaux d'équilibre :

- en réduction des produits (recettes) : les pertes sur créances de cotisations, de CSG et d'impositions irrécouvrables (admissions en non-valeur, abandons de créances et remises de pénalités) ;
- selon le cas, en réduction ou en majoration des produits (recettes) : l'augmentation / la diminution des dépréciations de créances sur les cotisants et des provisions pour risques et charges relatives aux prélèvements sociaux ;
- selon le cas, en majoration ou en réduction des charges : l'augmentation / la diminution des provisions pour rappels de prestations sociales et des dépréciations de créances sur les prestations.

Contraire au principe comptable général de non-compensation, ce mode de présentation éloigne les tableaux d'équilibre du cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux. Seul le résultat (solde) correspond à celui retracé dans les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV. Pour leur part, les produits (recettes) et les charges (dépenses) n'ont, de fait, plus de signification comptable.

En outre, il compromet l'objectif même d'une présentation de nature économique de la formation du résultat du dernier exercice clos avancé par la direction de la sécurité sociale[50]. En effet, la quasi-totalité des pertes sur créances irrécouvrables eune part variable des dotations (nettes de reprises) aux dépréciations de créances et aux provisions pour risques et charges relatives aux prélèvements sociaux venant en réduction des produits portent sur des produits nés au cours non pas du dernier exercice clos, mais d'exercices antérieurs. La réduction des produits du dernier exercice clos à hauteur des charges en question conduit donc à

49. De manière spécifique, une contraction injustifiée résulte de l'information même communiquée par le régime des mines. En effet, le montant des charges relatives aux œuvres et établissements de ce régime correspond en réalité à un solde des produits et des charges afférents à cette activité, ce qui conduit à minorer les montants totaux de produits et de charges de l'ensemble des régimes obligatoires (à hauteur de 0,4 Md€).

50. Selon l'annexe 4 au PLFSS 2014, « Les écritures de provisions conduisent à inscrire en produits des opérations relatives aux prestations et en charges des opérations relatives aux recettes. Ces écritures sont consolidées dans la présentation économique des charges nettes et produits nets. En effet, une provision sur créances (ou l'abandon de cette créance) n'est pas une charge pour le régime, mais vise en réalité à éviter que le résultat comptable ne soit majoré d'un produit qui ne sera jamais recouvré ».

minorer le montant effectif des produits de l'exercice. Par ailleurs, le reclassement à venir d'une part prépondérante des provisions pour charges de prestations en des charges à payer auquel la Cour a appelé la CNAMTS[51] conduira à priver de l'essentiel de sa portée l'argument avancé par l'administration à l'appui de la pratique d'une contraction des reprises sur provisions avec les charges de prestations [52].

Les contractions de produits et de charges ont pour autre effet indésirable de voiler l'incidence des dysfonctionnements qui continuent à affecter les comptes cotisants des travailleurs indépendants sur les produits et les charges des attributaires de l'activité de recouvrement (les produits relatifs aux taxations d'office non régularisées sont contractés avec les charges relatives aux dépréciations de créances destinées à tenir compte de leurs perspectives réduites de recouvrement ou de régularisation). De manière conjoncturelle, ces contractions altèrent la comparabilité des produits de prélèvements sociaux sur les travailleurs indépendants par rapport à 2012, compte tenu de la montée en charge en 2013 de la constatation d'admissions en non-valeur au titre des créances sur les cotisants relevant du dispositif de l'interlocuteur social unique (0,6 Md€ pour l'ensemble des régimes et le FSV en 2013, contre moins de 0,1 Md€ en 2012).

Le rythme de l'évolution des charges de prestations est lui aussi altéré par les contractions de produits et de charges. Ainsi, le rythme d'augmentation des prestations légales famille, tel qu'il ressort des données sous-jacentes aux tableaux d'équilibre, atteint 2,4 % en 2013, après 3 % en 2012, alors qu'il s'élève sans contractions à un niveau moins élevé, soit 2 % et 2,6 % pour chacun des exercices précités.

En dernier lieu, l'expression des prévisions et des réalisations sous la forme de produits nets et de charges nets retarde la communication au Gouvernement et au Parlement d'éléments d'analyse sur les facteurs à l'origine des écarts, compte tenu des délais de retraitement des données comptables des régimes.

Dès lors, la Cour réitère sa recommandation d'abandonner ces contractions injustifiées de produits et de charges et de prendre en compte

51. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale exercice 2013* chapitre I, p. 42 et 48, La Documentation française, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

52. Selon l'annexe 4 au PLFSS 2014, « De même, les reprises sur provisions pour prestations et autres charges techniques ne constituent pas, économiquement, un produit pour le régime ; il s'agit d'écritures qui visent à compenser une charge qui se rattache à l'exercice précédent et qui n'a donc pas à peser sur le résultat de l'exercice ».

l'ensemble des produits et des charges, présentés de manière distincte et de circonscrire les retraitements effectués sur les données comptables des régimes de sécurité sociale et du FSV à la seule neutralisation des transferts internes aux branches, entre branches et entre régimes.

3 - Un défaut persistant d'information du Parlement sur la consistance et l'évolution des produits (recettes) et des charges (dépenses)

Dans le cadre du projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'État qui lui est soumis, le Parlement dispose dans l'exposé des motifs d'une information de synthèse sur l'exécution des recettes et des dépenses au regard de l'année précédente et des prévisions initiales, complétée dans des annexes d'une information détaillée sur la nature et l'évolution des recettes et des dépenses.

En revanche, le Parlement est invité à approuver les tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos sans disposer d'une information suffisante sur la nature et l'évolution des produits (recettes) et des charges (dépenses) à l'origine des résultats (soldes), ni des écarts par rapport aux tableaux d'équilibre prévisionnels qu'il a précédemment adoptés.

Les tableaux d'équilibre figurant à l'article premier du projet de loi de financement de l'année suivante mentionnent uniquement un montant total de produits (recettes), un montant total de charges (dépenses) et le résultat (solde) au titre du dernier exercice clos, sans comparaison avec ceux de l'exercice précédent.

L'annexe B du projet de loi de financement atténue la limite d'information liée à l'absence de comparaison du résultat avec celui de l'exercice précédent en présentant dans un même tableau, sur des périmètres identiques à ceux des tableaux d'équilibre, les montants totaux de produits et de charges et ceux des résultats des trois années précédentes (qui incluent celle relative au dernier exercice clos, objet du présent avis), de l'année du projet de loi de financement et des quatre années suivantes. Toutefois, l'évolution des montants n'est pas caractérisée par rapport à l'exercice précédent (en montant ou en pourcentage). *A fortiori*, l'annexe B ne commente pas les facteurs à l'origine de l'évolution des produits, des charges et des résultats.

L'annexe 4 au projet de loi de financement décompose le montant total des produits (recettes) des tableaux d'équilibre par grandes catégories au titre de l'année de la nouvelle loi de financement, de l'année en cours et de l'année précédente (correspondant à celle des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos, objet du présent avis). Depuis la loi

de financement pour 2012, à la suite d'une recommandation de la Cour, elle décompose également les charges (dépenses).

Néanmoins, l'information procurée demeure nettement insuffisante. Ainsi, les prestations légales, qui représentent une part prépondérante des charges, sont présentées sous la forme d'un montant global, non ventilé entre les principales natures de prestations. Les impôts et taxes affectés sont également présentés uniquement sous la forme d'un montant global. Qu'il s'agisse des produits ou des charges, aucun commentaire n'est apporté dans l'annexe 4 sur les principales évolutions par rapport à l'année précédente et les facteurs qui en sont à l'origine.

Dans le cadre de ses échanges avec la Cour, la direction de la sécurité sociale a avancé que les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale (de juin et de septembre, pour ce dernier rendu public quelques jours avant le dépôt du projet de loi de financement annuel) suppléeraient les limites de l'information procurée au Parlement soulignées par la Cour. Toutefois, ces documents n'ont pas la qualité d'une annexe au projet de loi de financement et ne sont pas conçus pour fournir au Parlement une information de synthèse sur la formation des résultats des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, complétée d'une information détaillée sur les produits et les charges, à l'appui de la demande d'approbation qui lui est faite des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

La Cour réitère sa recommandation d'assurer une information de synthèse du Parlement sur la nature et l'évolution par rapport à l'exercice précédent des produits et des charges indiqués pour leur montant global dans les tableaux d'équilibre en procurant sur ce point, dans le cadre des annexes au projet de loi de financement, une information d'un niveau de détail et d'une qualité homogènes à celle contenue dans l'annexe 9 pour ce qui concerne le tableau patrimonial[53].

53. Dans l'attente de la communication par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe 9 relatif au projet de loi de financement pour 2015, cette mention vise de manière rétrospective l'annexe 9 au projet de loi de financement pour 2014.

4 - L'évolution des opinions de la Cour et des commissaires aux comptes sur la qualité des comptes

a) Les opinions exprimées sur les comptes 2013

À l'exception de dix régimes de petite taille[54] auxquels s'attachent des enjeux financiers limités, les comptes pour l'exercice 2013 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2012 ainsi que ceux du FSV font l'objet, selon le cas, d'une certification par la Cour des comptes (branches du régime général et État) ou bien d'une certification ou d'un examen limité[55] par un ou plusieurs commissaires aux comptes (autres régimes de sécurité sociale et FSV).

Le tableau ci-après synthétise les opinions exprimées par les auditeurs externes :

54. Comme les régimes d'assurance maladie et vieillesse de ports autonomes, la retraite des cultes d'Alsace-Moselle ou les rentes d'accidents du travail du département de Paris.

55. Un examen limité consiste en la mise en œuvre de travaux moins étendus que ceux diligentés dans le cadre d'un audit (essentiellement entretiens avec la direction et procédures analytiques). Lorsqu'il n'en a pas identifié, il procure de ce fait un niveau d'assurance moins élevé sur l'absence d'anomalies significatives dans les comptes.

Tableau n° 29 : la certification des états financiers 2013 des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV[56]

	Branches/organismes nationaux du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes
Certification sans réserves	-	16 régimes + FSV	11,8 %
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'État)	-	Régime des pensions des agents de l'État	9,4 %
Certification avec réserve(s)	Les quatre branches (maladie, AT-MP, vieillesse et famille) et l'activité de recouvrement du régime général Les cinq organismes nationaux du régime général : ACOSS, CNAF, CNAMTS et CNAV	4 régimes : régime agricole, régime des mines, caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et établissement national des invalides de la Marine	75 %
Refus de certifier	-	Un régime : régime social des indépendants	3,7 %
Impossibilité de certifier	-	-	0,0 %
Régimes non significatifs / autres cas	-	11	0,1 %

Source : Cour des comptes

b) Les opinions exprimées par la Cour sur les comptes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général

Pour la première fois depuis le premier exercice pour lequel elle a exercé cette mission (2006), la Cour a certifié, avec des réserves, les états financiers pour l'exercice 2013 de l'ensemble des entités du régime général de sécurité sociale, mais avec des réserves qui se renforcent sur ceux des branches famille et maladie.

Alors qu'elle s'était trouvée dans l'impossibilité de certifier les états financiers de la branche des accidents du travail-maladies

56. Par rapport aux 37 régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2012, figurent ici 32 régimes (regroupement en un seul régime - le régime agricole - des régimes des salariés et des non-salariés agricoles et également en un seul régime - le régime social des indépendants - des régimes maladie des indépendants, du régime vieillesse des artisans et du régime vieillesse des commerçants ; intégration au régime général en 2013 du régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires et du régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris).

professionnelles de l'exercice 2012, la Cour a certifié sous cinq réserves ceux de l'exercice 2013, compte tenu de la réduction des incertitudes liées à l'évaluation des provisions pour risques permise par la mise en œuvre d'actions destinées à fiabiliser le recensement des contentieux.

Cependant, si le nombre de réserves sur les états financiers de la branche vieillesse et de l'activité de recouvrement s'est réduit (de six à quatre), compte tenu d'une auditabilité des comptes de mieux en mieux assurée (recouvrement) et de la réduction de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs affectant les prestations légales liquidées et mises en paiement (vieillesse), le nombre de réserves sur ceux de la branche famille a au contraire augmenté (de quatre à six). En outre, la plupart des réserves sur les états financiers des branches famille et maladie se sont accentuées.

En raison d'une conception pour partie inadaptée, le dispositif de contrôle interne de la branche famille n'a pas été en mesure de prévenir une forte augmentation en 2013 de l'incidence financière des anomalies et erreurs affectant les prestations légales (prise en compte de données de situation des allocataires erronées ou non mises à jour pour liquider les prestations légales et erreurs de liquidation de ces mêmes prestations), estimée à 1,4 Md€ au total, contre 1,15 Md€ pour 2012. La Cour a appelé la CNAF à mettre en œuvre dès 2014 des mesures correctives fortes. À défaut, elle serait conduite à réévaluer la portée des observations qu'elle exprime sur les comptes de la branche famille.

La Cour a aussi souligné les insuffisances du dispositif national de contrôle interne de l'assurance maladie et, spécifiquement, l'incidence financière des erreurs qui affectent les règlements de prestations en nature dont le remboursement est demandé par les professionnels de santé et par les assurés (qui représentent la moitié des charges de prestations). En effet, un test national de « re-liquidation » d'un échantillon représentatif de prestations a fait apparaître que l'incidence financière des erreurs, pour l'essentiel au détriment de l'assurance maladie, excédait largement celle, déjà significative, évaluée par la CNAMTS à partir de contrôles des CPAM. Ce test ne procurant pas une mesure suffisamment précise des erreurs sur un plan statistique, la Cour a appelé la CNAMTS, dès 2014, à le renouveler sur un périmètre élargi de prestations, ainsi qu'à déployer des actions fortes visant à réduire les règlements injustifiés de prestations. À défaut, elle serait conduite à réévaluer la portée des observations qu'elle exprime sur les comptes de la branche maladie.

S'agissant de l'activité de recouvrement, la Cour a constaté l'absence de progrès s'agissant des estimations comptables (inadaptation des modalités d'évaluation des dépréciations de créances et des produits à recevoir) et de certains traitements comptables (inadaptation des modes

de comptabilisation des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et d'une partie des impôts et taxes recouvrés par l'État), ainsi que la persistance de faiblesses du contrôle interne pour les prélèvements sociaux sur les salaires et les revenus de remplacement.

Par ailleurs, malgré de nouveaux progrès significatifs, qui concourent à normaliser les processus de gestion, une incertitude de portée générale a continué en 2013 à affecter la réalité, l'exhaustivité et l'exactitude des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants mis en recouvrement par les URSSAF (artisans et commerçants relevant du dispositif de l'interlocuteur social unique – ISU - partagé avec le régime social des indépendants – RSI – et professions libérales), en raison de la permanence d'anomalies de portée significative dans les comptes et d'insuffisances du dispositif de contrôle interne.

c) Les opinions exprimées par les commissaires aux comptes sur les comptes des autres régimes

Les commissaires aux comptes ont à nouveau refusé de certifier les états financiers du RSI pour des motifs identiques à ceux de la réserve de portée générale exprimée par la Cour sur les états financiers de l'activité de recouvrement au titre des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants.

En revanche, l'identification de progrès dans la conception du dispositif de contrôle interne a conduit les commissaires aux comptes à certifier pour la première fois les états financiers du régime des mines, avec des réserves relatives à l'absence de démonstration de la mise en œuvre des contrôles sur les prestations légales, au caractère insuffisamment probant du contrôle interne propre aux activités des œuvres et à l'absence de dépréciation de certaines créances. L'absence de démonstration de l'efficacité du contrôle interne applicable aux prestations en nature concourt par ailleurs à la reconduction d'une opinion de certification avec réserves sur les états financiers de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM).

S'agissant des états financiers du régime agricole, une réserve pour limitation est exprimée au titre de la totalité des flux de prestations maladie et de prélèvements sociaux et d'impositions issus d'une notification par des tiers, notamment la branche maladie et l'activité de recouvrement du régime général ainsi que l'État, compte tenu des réserves exprimées par la Cour sur les états financiers de ces entités.

Les réserves exprimées par les commissaires aux comptes sur les états financiers du régime des mines et de l'ENIM prennent en compte, de manière plus circonscrite, la partie de la réserve exprimée par la Cour sur

les comptes de la branche maladie du régime général relative à la répartition inappropriée des dotations hospitalières et, dans une moindre mesure, médico-sociales entre les différents régimes d'assurance maladie.

Comme les exercices précédents, les comptes des autres régimes et du FSV ont été certifiés sans réserve.

Pour le régime général et les régimes précédemment évoqués, des évolutions importantes demeurent encore nécessaires afin d'élever le niveau de sécurisation des recettes et des dépenses au regard des règles de droit applicables aux prélèvements sociaux et aux prestations sociales et de fiabiliser les estimations comptables (dépréciations de créances et produits à recevoir) et, ce faisant, d'améliorer la qualité des comptes.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2013

En application du 3° du A du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale annuel, un rapport figurant à l'annexe A de ce même projet[57]. En vertu du II de l'article LO.111-4 du même code, ce rapport présente notamment un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement (fonds de solidarité vieillesse – FSV -), à l'amortissement de leur dette (caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES -) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (fonds de réserve pour les retraites – FRR).

Elaboré par la direction de la sécurité sociale, le tableau patrimonial a pour objet d'assurer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale et de ses principales composantes. À ce titre, il consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre (en l'espèce, les actifs et les passifs des régimes obligatoires de base ainsi que ceux du FSV, de la CADES et du FRR), après neutralisation des opérations réciproques au titre des relations financières entre ces entités. Les règles retenues pour son élaboration et la consistance de ses rubriques sont détaillées à

57. Rapport retraçant la situation patrimoniale [au 31 décembre du dernier exercice clos] des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés [pour le dernier exercice clos].

l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, où sont par ailleurs justifiés les besoins de financement des régimes et organismes habilités à recourir à l'emprunt.

Par nature ou de fait, le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale. En effet, outre le régime général de sécurité sociale[58], il comprend uniquement seize autres régimes. D'une part, six régimes n'ont pas de bilan[59]. D'autre part, en accord avec la Cour, en sont écartés les régimes, au nombre de dix, dont le bilan est inférieur à 200 M€ et qui ne sont par ailleurs pas autorisés à recourir à l'emprunt par la loi de financement[60]. De fait, le montant agrégé de leurs bilans est négligeable (inférieur à 0,1 Md€ au 31 décembre 2013).

A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2013

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2013 présenté ci-après figurera à l'annexe A qui sera soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

58. L'activité de recouvrement et les quatre branches du régime général (maladie, AT-MP, famille et vieillesse).

59. Régime de pensions des agents de l'État, régime de retraite de l'ex-SEITA, régime de retraite des ministres des cultes d'Alsace-Moselle, régime d'assurance maladie du port autonome de Bordeaux, régime d'assurance du port autonome de Strasbourg et régime du personnel de la caisse nationale des mines.

60. Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA), fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA), rentes d'accident du travail des ouvriers civils des établissements militaires (RATOCEM), fonds commun des accidents du travail (FCAT), régime de retraite de l'Opéra de Paris, régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels, régime de retraite de la comédie française, rentes d'accident du travail de la mairie de Paris, rentes d'accidents du travail de l'Assistance publique de Paris et rentes d'accidents du travail du département de Paris.

Tableau n° 30 : tableau patrimonial au 31 décembre 2013

ACTIF (en Md€)	31/12/13	31/12/12	Var.	PASSIF (en Md€)	31/12/13	31/12/12	Var.
IMMOBILISATIONS	**7,7**	**6,8**	**0,9**	**CAPITAUX PROPRES**	**-110,9**	**-107,2**	**-3,6**
Immobilisations Non financières	**4,3**	**4,1**	**0,2**	**Dotations**	**30,9**	**32,8**	**-1,9**
				Régime général	0,6	0,6	-
				Autres régimes	4,2	4,0	0,2
Prêts, dépôts de garantie et autres	**2,5**	**1,8**	**0,7**	CADES	0,2	0,2	-
				FRR	26,0	28,1	-2,1
				Réserves	**10,3**	**9,1**	**1,2**
				Régime général	2,6	2,5	0,0
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	**0,9**	**0,9**	**-**	Autres régimes	5,5	5,7	-0,1
				FRR	2,2	0,9	1,3
				Report à nouveau	**-152,6**	**-145,8**	**-6,8**
				Régime général	-4,3	4,1	-8,3
				Autres régimes	-3,0	-1,5	-1,4
				CADES	-145,4	-148,3	3,0
				Résultat de l'exercice	**-1,6**	**-5,9**	**4,2**
				Régime général	-12,5	-13,3	0,8
				Autres régimes	-0,6	-1,7	1,0
				FSV	-2,9	-4,1	1,3
				CADES	12,4	11,9	0,5
				FRR	1,9	1,3	0,6
				Autres	**2,2**	**2,5**	**-0,3**
				FRR	2,1	2,4	-0,3
				PROVISIONS	**20,4**	**19,9**	**0,5**
				Régime général	17,0	16,6	0,4
				Autres régimes	3,4	3,3	0,1
Valeurs mobilières et titres de placement dont :	**48,3**	**46,8**	**1,5**	**Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie,**	**159,8**	**162,3**	**-2,5**
Autres régimes	6,9	7,3	-0,5	Régime général	20,5	16,9	3,6
CADES	7,1	5,6	1,5	CADES	139,3	145,4	-6,1
FRR	33,9	33,8	0,1	**Dettes à l'égard d'établissements de**	**11,2**	**7,4**	**3,9**
Encours bancaire	**6,7**	**10,4**	**-3,7**	Régime général (y compris prêts CDC)	7,6	4,0	3,6
Régime général	1,5	2,6	-1,1	Autres régimes	2,6	2,3	0,3
Autres régimes + FSV	2,8	2,3	0,5	CADES	1,0	1,0	-
CADES	0,2	3,0	-2,8	**Dépôts**	**2,2**	**2,2**	**0,0**
FRR	2,2	2,4	-0,3	Régime général	2,2	2,2	-
Créances nettes au titre des instr. fin.	**0,4**	**0,6**	**-0,2**	**Autres**	**0,2**	**2,1**	**-1,9**
CADES	0,2	0,2	-	Régime général	-	-	-
FRR	0,2	0,3	-0,1	Autres régimes	0,1	0,1	-
				CADES	0,1	2,0	-1,8
ACTIF CIRCULANT	**63,7**	**64,0**	**0,7**	**PASSIF CIRCULANT**	**43,8**	**42,0**	**1,8**
Créances sur prestations	**7,6**	**7,4**	**-0,2**	**Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires**	**20,0**	**19,8**	**0,2**
Créances de cotisations, de contributions sociales et d'impôts	**9,2**	**9,3**	**-0,1**	**Dettes à l'égard des cotisants**	**1,2**	**1,3**	**-**
Produits à recevoir de cotisations (PAR), de contributions sociales et d'impôts	**35,5**	**35,5**	**-**	**Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques**	**8,7**	**8,5**	**1,2**
Créances sur l'État et autres entités publiques	**9,0**	**8,4**	**0,6**				
Produits à recevoir de l'État	**0,5**	**0,6**	**-**				
Autres actifs	**1,8**	**2,9**	**1,0**	**Autres passifs, dont soulte IEG**	**13,8**	**12,4**	**1,4**
TOTAL DE L'ACTIF	**126,7**	**128,5**	**-0,7**	**TOTAL DU PASSIF**	**126,7**	**128,5**	**-0,7**

Source : direction de la sécurité sociale

Par analogie avec la présentation des comptes de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-110,9 Md€ au 31 décembre 2013) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités du champ des lois de financement de la sécurité sociale. En 2013, les capitaux propres ont continué à se dégrader, mais à un rythme réduit de près de la moitié par rapport à 2012 (-3,6 Md€ contre -6,7 Md€) :

- en 2013, le déficit global du régime général, des autres régimes et du FSV a continué à se contracter (de 19,2 Md€ à 16 Md€, soit une réduction de 3,2 Md€), tandis que la CADES et le FRR ont dégagé des résultats excédentaires en hausse (à hauteur respectivement de 12,4 Md€ et de 1,9 Md€). En tenant compte des capacités de financement de la CADES et du FRR, le résultat d'ensemble de la sécurité sociale s'élève à -1,6 Md€, après -5,9 Md€ en 2012 et -10,7 Md€ en 2011. Toutefois, le résultat excédentaire dégagé par la CADES au titre d'une année donnée n'a pas pour objet de compenser des déficits de cette même année, mais de contribuer à éteindre d'ici à 2025 la dette sociale engendrée par l'accumulation des déficits ; celui du FRR concourt quant à lui au financement des régimes d'assurance vieillesse au titre d'années futures ;
- le report à nouveau, qui reflète les déficits des années passées, apporte une contribution négative à la variation des capitaux propres (à hauteur de 6,8 Md€). L'absence de reprise par la CADES au cours de l'année 2013 des déficits 2012 des branches maladie et famille[61] et le déficit 2012 de la branche AT-MP induisent une forte dégradation du report à nouveau du régime général (qui devient négatif de 4,3 Md€ après un report à nouveau positif de 4,1 Md€ en 2012). Le report à nouveau négatif de la CADES s'est quant à lui réduit (de 3 Md€) sous l'effet d'une reprise de déficits de la branche vieillesse et du FSV d'un montant moins élevé (8,9 Md€)[62] que celui de son résultat 2012 affecté en report à nouveau au 31 décembre 2013 (soit 11,9 Md€).

61. Dans la limite du double plafond de 62 Md€ de reprises de déficits de la branche vieillesse et du FSV au titre des exercices 2011 à 2018 en cumul et de 10 Md€ de reprises par an fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, un décret n° 2014-97 du 3 février 2014 a par la suite prévu la reprise non seulement des déficits prévisionnels de la branche vieillesse et du FSV pour 2013 (soit 6 Md€), mais aussi d'une partie du déficit constaté de la branche maladie pour 2012 (à hauteur de 4 Md€, au regard d'un déficit 2012 d'un montant total de 5,85 Md€).

62. Un décret n° 2013-482 du 7 juin 2013 a transféré à la CADES les déficits de la branche vieillesse et du FSV pour l'exercice 2012, soit 8,9 Md€.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif[63] et l'actif financiers[64], a continué à augmenter, quoique à un rythme ralenti (118 Md€ au 31 décembre 2013 contre 116,2 Md€ un an plus tôt) :

- l'endettement financier net du régime général a fortement augmenté (28,3 Md€ au 31 décembre 2013 contre 20,5 Md€ un an plus tôt, dont 23,9 Md€ et 16,6 Md€ respectivement portés par l'ACOSS[65]), sous l'effet de l'absence de reprise par la CADES au 31 décembre 2013[66] des déficits des branches maladie et famille pour l'exercice 2012, qui demeurent par conséquent financés par l'ACOSS ;
- l'endettement financier net de la CADES a diminué (132,9 Md€ au 31 décembre 2013 contre 139,5 Md€ un an plus tôt), sous l'effet de la poursuite du remboursement de la dette sociale qui lui a été transférée, mais pour un montant inférieur (6,6 Md€) à celui de l'augmentation de l'endettement financier du régime général (7,8 Md€, dont 7,3 Md€ pour l'ACOSS).

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la Cour exprime son « avis sur la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos ».

À ce titre, la Cour s'assure de l'établissement du tableau patrimonial en fonction des données comptables des entités entrant dans son champ, de l'élimination de l'ensemble des actifs et des passifs réciproques de ces entités, de la pertinence des autres retraitements des données comptables effectués et, de manière générale, de la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui du tableau patrimonial.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du fonds de

63. Pour l'essentiel, il s'agit de l'endettement social porté par la CADES et par l'ACOSS.

64. Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR, la CADES (au titre du préfinancement du remboursement d'emprunts) et le régime de retraites de la Banque de France.

65. A titre principal, le solde correspond à des virements émis en fin d'année par les caisses d'allocations familiales par anticipation à la date de versement des prestations au début de l'année suivante.

66. Voir note 20 *supra* pour ce qui concerne l'année 2014.

solidarité vieillesse par leurs auditeurs externes (Cour s'agissant des branches et de l'activité de recouvrement du régime général et commissaires aux comptes pour ce qui concerne les autres régimes, le fonds de solidarité vieillesse, la caisse d'amortissement de la dette sociale et le fonds de réserve pour les retraites).

*
* *

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial au 31 décembre 2013, établi par la direction de la sécurité sociale, qui figurera à l'annexe A soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année.

À l'issue de ces vérifications, la Cour relève en premier lieu que l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 comprend une information appropriée sur la ventilation de l'actif et du passif circulant par catégorie d'organismes. Cette évolution favorable la conduit à ne pas reconduire l'observation qu'elle avait portée sur la présentation insuffisamment détaillée des rubriques du tableau patrimonial 2012. En outre, les écarts entre les actifs et les passifs réciproques des entités entrant dans le champ du tableau patrimonial ont désormais un caractère non significatif[67], sous l'effet des instructions données et des contrôles effectués par la direction de la sécurité sociale, ce qui conduit la Cour à ne pas reconduire une autre observation. Par ailleurs, la dissociation des actifs et des passifs relatifs aux régimes complémentaires maladie et vieillesse du régime agricole par rapport aux régimes de base de ce même régime est désormais correctement documentée, ce qui a pour effet de réduire le périmètre d'une autre observation.

67. En 2013, ces écarts représentent environ 0,1 % du total du tableau patrimonial au 31 décembre 2013. À titre principal, la branche maladie du régime général a cessé de compenser les créances sur les cotisants à l'actif avec les encaissements reçus des cotisants et non répartis en produits entre les attributaires au passif de son bilan. En outre, les attributaires de l'activité de recouvrement ont appliqué le principe d'indépendance des exercices au titre des régularisations d'encaissements sur cotisations. Les écarts résiduels concernent essentiellement certaines opérations réalisées entre les régimes d'assurance maladie (64 M€) et des dépréciations de créances douteuses sur des prélèvements sociaux recouvrés par le régime agricole pour le compte de l'ACOSS (93 M€).

Après avoir tenu compte de ces progrès importants, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013, en exprimant cependant les deux observations suivantes (contre quatre sur le tableau patrimonial 2012) :

1. s'agissant du régime social des indépendants (RSI), les éléments d'information communiqués à la Cour à l'appui de la dissociation des actifs et des passifs afférents aux régimes complémentaires de ceux des régimes de base retenus dans le cadre du tableau patrimonial demeurent insuffisamment justifiés et ne lui permettent pas de s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des montants pris en compte dans le tableau patrimonial (voir C – 1 – *infra*) ;

2. les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2013, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (voir C – 2 – *infra*).

Par ailleurs, la Cour appelle l'attention sur les éléments suivants, qui sont nécessaires à la compréhension des informations procurées par le tableau patrimonial au regard de celles portées dans les états financiers de certaines entités majeures de son périmètre :

- les dettes comptabilisées par le fonds de réserve pour les retraites (FRR) à l'égard de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (23,1 Md€ au 31 décembre 2013)[68] ont été réintégrées à ses capitaux propres, en l'espèce les « dotations »[69], compte tenu de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR[70]. Cette remarque n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracé par le tableau patrimonial, mais uniquement sur leur ventilation entre la CADES et le FRR ;

68. En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie et vieillesse du régime général et du FSV, la LFSS 2011 a prévu le versement par le FRR à la CADES de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total.

69. Par analogie avec le traitement comptable des versements du FRR aux régimes de retraite alors prévu à partir de 2020 (avis n° 2008-10 du conseil national de la comptabilité – CNC -), les versements du FRR à la CADES sont opérés en premier lieu sur les réserves du fonds et, quand celles-ci sont épuisées, sur ses dotations. De ce fait, dans le tableau patrimonial, le montant restant dû à la CADES a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.

70. Dans l'annexe à ses comptes, la CADES mentionne ces ressources en tant qu'engagements reçus du FRR.

- en application de la réglementation comptable[71], le FRR comptabilise ses actifs financiers à une valeur de marché (33,9 Md€ au 31 décembre 2013) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition des actifs en question (2,1 Md€) ;
- dans le cadre de l'adossement du financement du régime des industries électriques et gazières (IEG) à la branche vieillesse du régime général en 2005, les employeurs des IEG ont versé une soulte à la CNAVTS à hauteur de 3,1 Md€, qui l'a elle-même reversée au FRR, qui en assure la gestion jusqu'en 2020[72]. Conformément à la réglementation comptable (voir *supra*), le FRR réévalue à chaque clôture d'exercice les actifs financiers qu'il gère pour le compte de la CNAVTS (4,1 Md€ au 31 décembre 2013), tandis que la CNAVTS comptabilise à sa valeur nominale la soulte dont la gestion financière a été confiée au FRR (soit 3,1 Md€ au 31 décembre 2013). Dans le tableau patrimonial, la différence entre les montants inscrits en comptabilité entre la CNAVTS et le FRR (soit 1 Md€) fait l'objet d'un reclassement en produit constaté d'avance, en conformité avec le traitement comptable de cette opération défini par le Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (HCICOSS) [73].

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Une justification encore insuffisante des montants intégrés au titre des régimes de base du RSI

Le périmètre du tableau patrimonial porte uniquement sur les régimes de base. De ce fait, les données comptables relatives aux régimes de base et aux régimes complémentaires doivent être dissociées.

Les informations communiquées à cette fin par le régime social des indépendants (RSI) et le régime agricole (mutualité sociale agricole ou MSA) ont conduit la direction de la sécurité sociale à retenir respectivement 5,3 Md€ (sur un bilan total de 19,2 Md€ au 31 décembre 2013) et 5,9 Md€ (sur un bilan total de 6,3 Md€ au 31 décembre 2013) d'actifs et de passifs au titre des régimes de base maladie et vieillesse intégrés au tableau patrimonial.

71. Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC).
72. Le HCICOSS a défini en 2005 le traitement comptable de cette opération, révisé en 2009 au titre des comptes 2008.
73. Dont les missions ont depuis lors été confiées au conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP).

Dans la limite de ses travaux au titre du présent avis, qui ne s'étendent pas à une vérification des données comptables des régimes, la Cour estime que les justifications produites par la MSA[74] sont de nature à garantir la correcte ventilation des postes du bilan du régime agricole entre les régimes de base et les régimes complémentaires.

S'agissant du RSI, les éléments d'information communiqués à la Cour[75] ne marquent pas de progrès par rapport aux exercices précédents, en raison de la difficulté récurrente que rencontre ce régime à reconstituer des bilans par risque. Ils demeurent insuffisants pour permettre à la Cour d'apprécier la correcte ventilation des données de bilan entre les régimes de base et les régimes complémentaires. Dès lors, la Cour n'est pas en mesure de s'assurer de l'exactitude des données intégrées au tableau patrimonial au titre des seuls régimes de base.

Afin d'assurer la correcte justification des montants intégrés au tableau patrimonial au titre des régimes maladie et vieillesse de base, la Cour recommande que le RSI établisse une note méthodologique détaillée et un tableau de passage entre la balance générale et les balances par régime qui permette de distinguer les données comptables relatives aux régimes de base de celles ayant trait aux régimes complémentaires pour ce qui concerne les comptes du bilan.

2 - Les opinions exprimées par les auditeurs externes sur la qualité des comptes 2013

S'agissant des entités qui sont comprises dans le champ du tableau patrimonial, mais pas dans celui des tableaux d'équilibre, les états financiers du FRR au 31 décembre 2013 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes et l'auditeur contractuel de la CADES n'a pas émis d'observation sur ses états financiers à la même date.

Pour ce qui concerne les régimes et le fonds de solidarité vieillesse qui sont compris dans le champ des tableaux d'équilibre comme de celui du tableau patrimonial, il est renvoyé aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (voir I – C – 4. *supra*).

---

74. Note méthodologique qui précise les modalités de répartition du bilan combiné entre les différents régimes, les retraitements de présentation effectués et les contrôles réalisés par l'agence comptable et tableau de passage entre la balance générale et les balances par régime pour ce qui concerne les comptes du bilan.

75. Note précisant l'affectation des soldes comptables à chacun des régimes de base et complémentaires, dont le contenu est insuffisant pour permettre d'assurer la traçabilité et la justification des opérations conduisant à passer du bilan tous régimes confondus au seul bilan afférent aux régimes de base.

Au regard des opinions de certification avec réserves exprimées par la Cour sur les états financiers du régime général, de certification avec réserves exprimées par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes (régime agricole, régime des mines, ENIM et caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales) et du refus de certification de l'un d'entre eux (RSI), la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial est imparfaitement assurée pour ce qui concerne l'actif circulant (évaluation des dépréciations de créances et des produits à recevoir) et les provisions pour risques et charges (évaluation des provisions pour risques contentieux et classement de charges à payer en provisions pour charges de prestations).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'approbation par le Parlement, dans le cadre de la première partie de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et du fonds de solidarité vieillesse ainsi que du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs au dernier exercice clos constitue, dans son principe, l'un des instruments du pilotage financier de la sécurité sociale.

S'agissant du tableau patrimonial, cet instrument a un caractère effectif et pertinent. En effet, ce document procède d'une conception pertinente et les imperfections relevées par la Cour ont un caractère désormais résiduel. Compte tenu des informations littéraires et chiffrées qui figurent à l'annexe 9 au projet de loi de financement annuel, le Parlement est dûment éclairé sur les données soumises à son approbation.

En ce qui concerne les tableaux d'équilibre, dont la conception est plus ancienne, le caractère très limité et de fait inadapté de l'information fournie au Parlement à l'appui de l'exercice de ses prérogatives confère un caractère plus théorique qu'effectif à cet instrument.

De fait, le Parlement est invité à adopter les montants globaux de produits (recettes) et de charges (dépenses) et les résultats (soldes) et qui en découlent, sans disposer d'une information suffisante sur la consistance de ces derniers, leur évolution par rapport à l'exercice précédent et les écarts par rapport aux prévisions des précédentes lois de financement qu'il a adoptées. De surcroît, les montants globaux de produits et de charges comportent des distorsions injustifiées par rapport aux données comptables des régimes et du FSV.

Les informations contenues dans les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale, qui répondent à un objet, à un niveau de détail et à un mode d'exposition distincts de ceux propres à des annexes à

des lois de financement, ne conduisent pas à atténuer la portée de ces constats.

Il importe ainsi que soient corrigés rapidement les défauts qui affectent la qualité de l'information procurée au Parlement à travers et à l'appui des tableaux d'équilibre.

La Cour formule les recommandations suivantes :

4. améliorer l'information procurée sur les résultats effectifs de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général en intégrant une rubrique propre au fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une part et du régime général de sécurité sociale d'autre part (recommandation réitérée) ;

5. assurer une information appropriée du Parlement sur la formation des soldes retracés par les tableaux d'équilibre, en mettant fin aux contractions injustifiées de produits et de charges et en intégrant à l'annexe 4 au projet de loi de financement des informations d'un niveau de détail approprié sur la consistance, l'évolution et les écarts par rapport aux prévisions des produits et des charges (recommandation réitérée).

Annexe - liste des régimes (hors régime général) intégrés au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, présentés par branche.

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT/MP
Agents de l'État	X	X	
Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)	X		
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)		X	
Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (RATOCEM) *			X
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
Fonds commun des accidents du travail agricole			X
Régime social des indépendants – branche maladie	X		
Régime social des indépendants – branche vieillesse commerçants		X	
Régime social des indépendants – branche vieillesse artisans		X	
Caisse autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)		X	
Caisse nationale des barreaux français (CNBF)		X	
Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X	X	
Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC)	X	X	
Régime de retraite des ministres des cultes d'Alsace-Moselle		X	
Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) *		X	
Fonds commun des accidents du travail (FCAT) *			X

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT/MP
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	X	X	
Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL)			X
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fers français (SNCF)	X	X	
Caisse de retraites du personnel de la régie autonome des transports parisiens (RATP)	X	X	
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	X	X	X
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	X	X	X
Établissement national des invalides de la marine (ENIM)	X	X	X
Banque de France		X	
Opéra de Paris		X	
Comédie Française		X	
Régime d'assurance maladie du personnel du Port autonome de Bordeaux	X		
Régime d'assurance vieillesse du personnel du Port autonome de Strasbourg		X	
Ex-SEITA		X	
Rentes accidents du travail de la mairie de Paris *			X
Rentes accidents du travail de l'assistance publique de Paris *			X
Rentes accidents du travail du département de Paris *			X
Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (RISP) *			X

**Régime en voie d'extinction.*

Source : Cour des comptes, à partir de la liste des régimes annexée au PLFSS 2012.

Chapitre III

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

PRÉSENTATION

Institué par la loi organique du 22 juillet 1996 afin de réguler l'évolution des dépenses financées par la sécurité sociale, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) couvre les trois quarts des dépenses de santé[76]. Il présente la particularité d'être un outil de pilotage de la dépense sans pour autant en constituer un plafond. Il a d'ailleurs été constamment dépassé, sauf en 1997, jusqu'en 2010. Toutefois, depuis lors, la tendance s'est inversée : la dépense effectivement constatée est en-deçà de l'objectif voté par le Parlement et l'est de plus en plus. Le respect de l'ONDAM continue cependant de s'accompagner de déficits élevés et le poids des dépenses de l'assurance maladie dans le PIB ne cesse d'augmenter

L'augmentation moindre que prévu de la dépense, ou « écart négatif à l'objectif », semble a priori un signe encourageant de la qualité du pilotage de la dépense publique d'assurance maladie dont la maîtrise semblerait enfin assurée. La dépense effectivement réalisée en 2013 a été ainsi inférieure de 1,4 Md€ à l'objectif et vraisemblablement plus quand les chiffres définitifs seront disponibles, soit l'écart le plus élevé jamais constaté.

La Cour a examiné les conditions dans lesquelles a été atteint ce résultat sans précédent.

Elle a relevé que si la dépense[77] d'assurance maladie réellement constatée en 2013 (ci-après, « ONDAM exécuté en 2013 ») peut sembler maîtrisée parce qu'inférieure à l'objectif voté (ci-après « ONDAM voté en 2013 »), elle n'a pas, en réalité et selon les données disponibles au moment des travaux de la Cour, suivi un rythme plus modéré qu'en 2012 (I). Ce paradoxe s'explique par le mécanisme même de construction de l'ONDAM, qui devrait être revu afin d'en refaire un outil de maîtrise de la dépense d'assurance maladie plus efficace (II).

76. En 2011, la France consacrait près de 220 Md€ aux dépenses de santé. L'ONDAM exécuté était alors de 166 Md€, soit 75,45 %.
77. Avant dénouement des provisions.

I - Une dépense d'assurance maladie encore mieux maîtrisée mais en apparence seulement

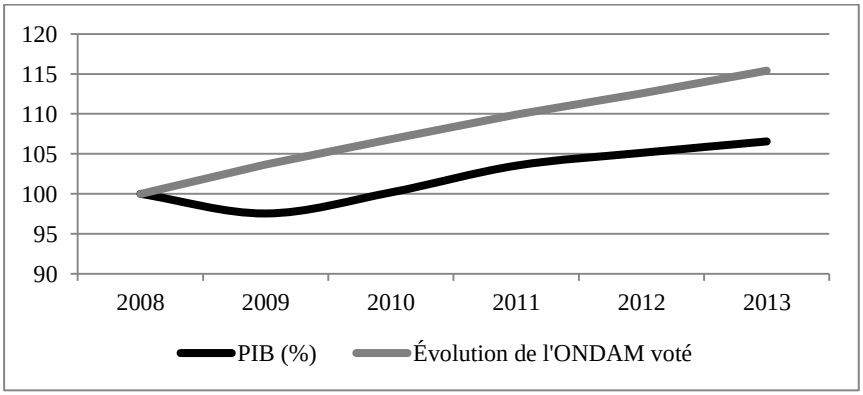
A - Un ONDAM 2013 voté en nette augmentation

L'ONDAM voté en 2013 était en progression de 2,7 % alors que celui voté en 2012 était en augmentation de 2,5 %.

Ce taux de progression représentait une « autorisation de dépense » supplémentaire pour 2013 de 4,6 Md€ en 2013 (l'enveloppe de dépense prévisionnelle passant de 170,8 Md€ à 175,4 Md€), contre une augmentation de dépense de 4,1 Md€ initialement arrêtée pour 2012, soit une augmentation très notable dans le contexte d'une conjoncture économique peu favorable et de très forte contrainte des finances publiques.

Au cours des cinq dernières années, l'ONDAM voté a de fait augmenté deux fois plus vite que le PIB en valeur, comme l'illustre le graphique ci-dessous[78] ce qui est le signe d'un faible volontarisme dans la maîtrise de la dépense d'assurance maladie, puisque la part de la richesse nationale qui lui est consacrée connaît ainsi toujours une dynamique forte.

Graphique n° 4 : évolution de l'objectif de dépenses depuis 2008 (évolution de la croissance du PIB en valeur et de l'ONDAM, base 100 en 2008).



Source : Cour des comptes.

78. Le point le plus bas dans la progression de l'ONDAM, si l'on excepte 1997, avait jusqu'alors été 1999, avec +2,6 %, mais le PIB avait augmenté cette même année de 3,6 % en volume, alors qu'il n'a progressé que de 0,3 % en 2013.

La construction de l'ONDAM

Les dispositions organiques relatives aux lois de financement ne précisent pas comment est calculé l'ONDAM. En pratique, son niveau global est déterminé par le gouvernement sur la base d'études menées par différentes administrations (direction de la sécurité sociale, direction générale de l'offre de soins, direction du budget, direction générale du Trésor).

De manière synthétique, la détermination des six sous-objectifs entre lesquels son montant est réparti[79], s'établit en appliquant à une base de référence un taux d'évolution qui correspond à l'évaluation de la hausse tendancielle des dépenses et des « mesures nouvelles » qui se traduisent par des provisions (charges supplémentaires) ou des économies (réduction des dépenses).

De manière plus détaillée, la détermination de l'ONDAM procède des opérations suivantes. La base de référence de l'ONDAM 2013, à laquelle a été appliqué le taux d'évolution prévisionnel de l'ONDAM pour l'année 2013, a été évaluée à partir du montant prévisionnel des dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM en 2012, telles qu'estimées en septembre 2012 par les administrations concernées. Les dépenses réelles de 2012 ne sont en effet connues définitivement que très postérieurement à l'adoption de la loi de financement, c'est-à-dire en septembre 2013, une fois déterminée la consommation effective des provisions (ce qui est qualifié de « dénouement des provisions »).

Les montants prévisionnels des dépenses de l'année en cours sont, dans la méthode actuelle, évalués sur la base des données disponibles pour les cinq premiers mois de l'année uniquement (de janvier à mai). Il existe donc un risque significatif d'écart entre la base prise en compte et le montant des réalisations.

Appliqué à la base, le taux d'évolution tendancielle (qui fait l'objet, pour ce qui concerne le sous-objectif soins de ville, de développements approfondis dans le chapitre VII) permet d'estimer les dépenses pour l'année n. Y sont ajoutés les effets reports des décisions prises pendant l'année en cours et les mesures nouvelles de dépenses (dites « provisions nouvelles ») calculées notamment en fonction des négociations conventionnelles en cours avec les professions libérales de santé. Le montant d'économies nécessaires (dites « mesures d'économies nouvelles ») est ensuite déterminé pour limiter la progression des dépenses à l'objectif souhaité par le gouvernement.

Ainsi, schématiquement, l'ONDAM se détermine par l'opération suivante : ONDAM n = (base de référence x taux d'évolution prévisionnel) + effet report + provisions pour mesures nouvelles – économies pour mesures nouvelles.

79. La LFSS pour 2014 prévoit un septième sous-objectif, le Fonds d'intervention régional (FIR).

Comme le montre le tableau suivant, l'ONDAM se décomposait en 2013 en six sous-objectifs dont la liste et le montant sont votés par le Parlement : le sous-objectif soins de ville, (dit « ONDAM ville »), le sous-objectif « établissements de santé tarifés à l'activité » et le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » (ces deux sous-objectifs sont regroupés sont le terme d'« ONDAM hospitalier »), les sous-objectifs « établissements et services pour les personnes âgées » et « établissements et services pour les personnes handicapées » (ces deux sous-objectifs sont regroupés sous le nom d'« ONDAM médico-social ») et le sous-objectif « autres prises en charge ».

Tableau n° 31 : présentation de la composition de l'ONDAM 2013

Sous-Objectifs	Composantes	M€		%
Soins de ville	Honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes	*20 303*	80 549	45,9
	Honoraires paramédicaux	*10 545*		
	Laboratoires	*3 466*		
	Transports des malades	*4 056*		
	Médicaments	*22 585*		
	Dispositifs médicaux	*5 470*		
	Indemnités journalières	*10 618*		
	Autres dépenses	*3 506*		
Établissements de santé tarifés à l'activité	Dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO) pour les hôpitaux, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques privées	*48 020*	56 605	32,3
	Dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées	*8 585*		
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Remboursement de SSR, de séjours en établissements psychiatriques pour les cliniques privées seulement	*2 696*	19 877	11,3
	Dotations annuelles de financement (DAF) pour l'activité de psychiatrie DAF pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), pour les unités de soins de longue durée, pour les établissements de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon	*16 319*		
	Dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	*568*		
	Dépenses non régulées	*294*		
Établissements et services pour les personnes âgées		*8 388*	8 388	4,8
Établissements et services pour les personnes handicapées		*8 736*	8 736	5,0
Autres prises en charges	Dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (addictologie)	*485*	1 294	0,7
	Dépenses de soins d'assurés français à l'étranger	*545*		
	Dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	*234*		
	Autres dépenses	*30*		
	TOTAL	**175 449**		

Source : Cour des comptes

Les postes qui représentent l'essentiel de l'augmentation de l'ONDAM sont les sous-objectifs ONDAM ville et ONDAM hospitalier, votés chacun en même augmentation de +2,6 %, contre respectivement +2,1 % et +2,6 % en 2012. Ils représentaient 90 % des dépenses de l'ONDAM 2013 et bénéficiaient de 85 % de l'augmentation de l'enveloppe prévisionnelle de dépense déterminé par ce dernier.

Tableau n° 32 : évolution de l'ONDAM 2013 par sous-objectifs

En M€

Sous-objectifs 2013	Base ONDAM 2013	ONDAM 2013 (voté)	ONDAM 2013 voté	Évolution ONDAM voté (2012-2013)	Contribution du sous-objectif à l'ONDAM 2013 (en points d'évolution votée)
Soins de ville	78 522	80 549	2,6 %	2,1 %	1,2 %
Total établissements de santé	74 589	76 482	2,6 %	2,5 %	1,1 %
Établissements de santé tarifés à l'activité	*55 356*	*56 605*	*2,4 %*	*2,3 %*	*0,7 %*
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	*19 232*	*19 877*	*3,1 %*	*3,4 %*	*0,4 %*
Total établissements sociaux et médico-sociaux	16 461	17 124	4,0 %	3,9 %	0,4 %
Établissements et services pour les personnes âgées	*8 017*	*8 388*	*4,6 %*	*4,2 %*	*0,2 %*
Établissements et services pour les personnes handicapées	*8 444*	*8 736*	*3,3 %*	*3,5 %*	*0,2 %*
Autres prises en charge	1 221	1 294	5,9 %	10,8 %	0,0 %
Total	**170 793**	**175 449**	**2,7 %**	**2,5 %**	**2,7 %**

Note de lecture : les pourcentages de la 3ème colonne proviennent de l'annexe 7 de la LFSS 2013. Ils ne sont pas le résultat du rapport entre les chiffres des deux colonnes précédentes.

Source : Cour des comptes

1 - Un ONDAM ville en forte progression par rapport à 2012

La progression de l'ONDAM ville[80] voté pour 2012 ayant été de 2,1 %, le taux de 2,6 % retenu pour 2013 se situait ainsi en hausse très

80. Il recouvre les catégories de dépenses suivantes : honoraires médicaux : (des omnipraticiens, des spécialistes, des sages-femmes) ; honoraires paramédicaux : (des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes, des pédicures) ; honoraires des dentistes ; médicaments (brut et remises conventionnelles) ; biologie (dépenses de laboratoires) ; dispositifs médicaux (produits humains, LPP-liste des produits et prestations) ; transports (taxis, ambulances…) ; prestations en espèces (indemnités journalières) ; permanence des soins ; autres honoraires ; contrats et accords ; IVG ; cures ; cotisations des personnels et auxiliaires médicaux ; ALD (affections de longue durée) 31 et 32 ; FAC (Fonds d'action conventionnelle) ; aides à la télétransmission.

sensiblement plus rapide, ce qui mettait fin à une tendance pluriannuelle de ralentissement de l'objectif de dépense comme le montre le tableau suivant.

Cette prévision se fondait notamment sur l'hypothèse d'un taux de de croissance spontané de ces dépenses de 4,8 %, après majoration des provisions pour mesures nouvelles[81] (+456 M€) et application de l'effet report tel qu'estimé par les administrations[82].

Tableau n° 33 : évolution pluriannuelle de l'ONDAM ville voté

En Md€

Soins de ville		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013
Base (après opérations sur périmètre), retenue au moment du vote		71,02	73,22	75,21	77,28	78,52
Évolution tendancielle selon PLFSS	*Taux*	*5,2 %*	*5,0 %*	*4,7 %*	*4,3 %*	*4,2 %*
	Effet en montant	*3,68*	*3,66*	*3,56*	*3,35*	*3,30*
Montant (avant provisions et économies)		74,70	76,88	78,77	80,63	81,8
Dépenses		0,44	0,36	0,42	0,41	0,46
Économies*		-1,95	-1,99	-1,89	-2,15	-1,8
Montant de l'objectif		73,19	75,24	77,30	78,90	80,55
Évolution cible	*Taux*	*3,1 %*	*2,8 %*	*2,8 %*	*2,1 %*	*2,6 %*
	Effet en montant	*2,17*	*2,02*	*2,09*	*1,62*	*2,03*

**Est retenue ici la nomenclature du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), voir infra*

Source : Cour des comptes

81. Les provisions inscrites dans la construction du sous-objectif 2013 relatif aux soins de ville s'élèvent à 456 M€ au titre des mesures nouvelles que sont la revalorisation des transporteurs sanitaires dont le coût est estimé à 125 M€ ; des provisions pour revalorisations et risques divers pour un montant de 136 M€ (médecins, dentistes, pharmaciens, cures) ; une provision à hauteur de 155 M€ relative notamment aux dispositifs favorisant l'accès aux soins (soins de proximité et réduction du reste à charge des patients) et le coût de la réforme du régime spécial de retraite supplémentaire des médecins (avantage social vieillesse), estimé à 40 M€ en 2013.

82. Le détail de la construction du sous objectif « soins de ville » est présenté au chapitre VII : l'ONDAM soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster.

2 - Un taux de progression de l'ONDAM hospitalier identique en revanche à celui voté pour 2012

L'ONDAM hospitalier voté dans la LFSS 2013 devait évoluer comme en 2012 à +2,6 %, malgré un tendanciel estimé à 3,46 % soit légèrement supérieur aux trois années précédentes. Ce tendanciel devait certes inclure notamment les dépenses liées aux plans de santé publique, ainsi que les effets des modifications statutaires des personnels hospitaliers, mais il incorporait aussi le gel du point d'indice dont l'impact est très sensible sur des dépenses hospitalières majoritairement constituées de dépenses de personnel[83].

Tableau n° 34 : comparaison pluriannuelle de la construction de l'ONDAM hospitalier

En Md€

Établissements de santé		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013
Base (après opérations sur périmètre)		67,56	69,30	70,92	72,74	74,59
Évolution tendancielle	*Taux*	*3,5 %*	*3,2 %*	*3,3 %*	*3,3 %*	*3,4 %*
	Effet en montant	*2,36*	*2,22*	*2,34*	*2,41*	*2,57*
Montant (avant provisions et économies)		69,92	71,52	73,26	75,15	77,15
Économies		-0,30	-0,38	-0,37	-0,55	-0,66
Montant de l'objectif		69,92	71,21	72,89	74,60	76,50
Évolution cible	*Taux*	*3,1 %*	*2,8 %*	*2,8 %*	*2,6 %*	*2,6 %*
	Effet en montant	*2,06*	*1,91*	*1,97*	*1,86*	*1,91*

Source : Cour des comptes

L'effort d'économie a été présenté comme étant en légère augmentation par rapport à 2012 puisque les établissements de santé devaient dégager 657 M€ d'économies en 2013 contre 550 M€ en 2012, selon la répartition suivante : le renforcement de l'efficience interne dont la rationalisation des achats ainsi que l'amélioration de l'organisation des pharmacies à usage interne devait permettre de réaliser 314 M€ d'économies ; l'amélioration de la pertinence des actes et du recours à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique…) était censée procurer une économie de 193 M€ ; enfin, une économie de 150 M€ était prévue sur les produits médicaux non facturés dans le cadre tarification à l'activité mais distinctement car inscrits sur la « liste en sus » (baisse de prix des produits de santé et adaptation de la liste).

83. Cf. chapitre XIV du présent rapport : Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire.

3 - Un taux de progression de l'ONDAM médico-social identique à celui voté pour 2012

L'ONDAM médico-social comprend les contributions de l'assurance maladie d'une part aux établissements et services prenant en charge les enfants et les adultes handicapés et, d'autre part, aux établissements hébergeant des personnes âgées ou dépendantes ou leur fournissant des soins à domicile.

Depuis 2006, la gestion des crédits de l'ONDAM médico-social est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui y ajoute sa propre contribution. L'ONDAM médico-social et la contribution de la CNSA constituent ensemble l'objectif global des dépenses médico-sociales (OGD).

Tableau n° 35 : évolution pluriannuelle de l'ONDAM médico-social voté

En Md€

Établissements et services médico-sociaux		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013
Base (après opérations sur périmètre),		13,06	14,11	15,23	15,84	16,46
Évolution tendancielle	*Taux*	*6,3 %*	*5,8 %*	*5,8 %*	*3,8 %*	*4,0 %*
	Effet en montant	*0,81*	*0,82*	*0,88*	*0,61*	*0,65*
Montant (avant provisions et économies)		13,87	14,93	16,11	16,45	17,11
Économies		0,00	0,00	-0,30	-0,02	0,00
Montant de l'objectif		13,87	14,93	15,81	16,48	17,11
Évolution cible	*Taux*	*6,3 %*	*5,8 %*	*3,8 %*	*4,0 %*	*4,0 %*
	Effet en montant	*0,81*	*0,82*	*0,58*	*0,64*	*0,65*

Source : Cour des comptes

Le taux de croissance de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux s'élève à 4 %, identique à 2012, mais sans mesure d'économie associée contrairement à cette dernière année. Cette évolution traduit un effort financier supplémentaire d'environ 650 M€. Le caractère fermé de cette enveloppe prémunit toutefois contre tout risque en exécution.

4 - Les autres prises en charge

Les « autres prises en charge » comprennent les dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les dépenses de soins d'assurés français à l'étranger et les dotations au fond d'intervention pour la qualité et la coordination des

soins. Le taux d'évolution de ce sous-objectif représente 0,04 point de l'augmentation de l'ONDAM entre 2012 et 2013 soit, en volume, 73 M€.

B - En exécution 2013, un large écart par rapport à l'objectif voté, mais une dépense qui ne ralentit pas

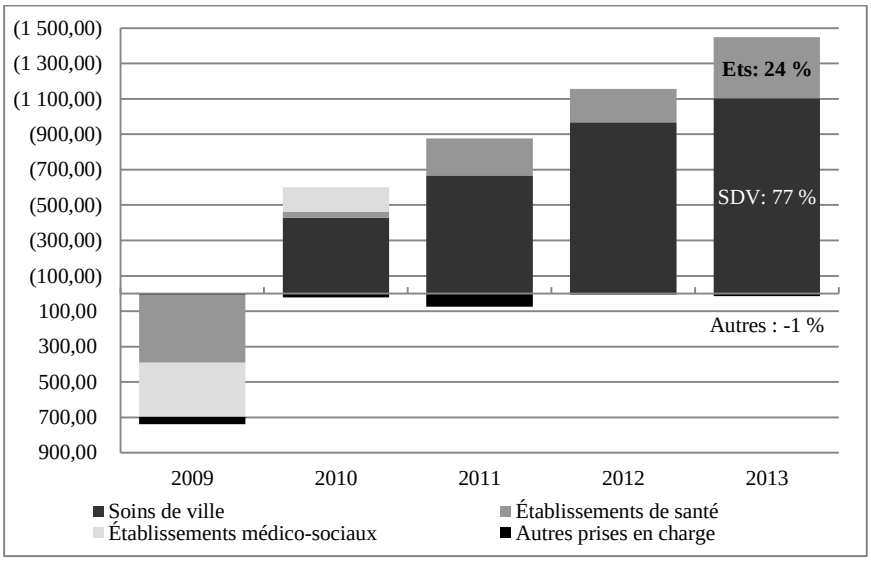
L'ONDAM exécuté en 2013 a atteint 174,0 Md€, soit un écart de -1,4 Md€ par rapport à l'objectif voté en loi de financement (175,4 Md€).

L'écart définitif s'établira très vraisemblablement au-delà de -1,4 Md€ lorsqu'auront été dénouées les provisions constituées fin 2013, à hauteur de 14,779 Md€, pour couvrir des dépenses certaines mais dont le montant exact ne pouvait être chiffré à la fin de l'exercice. Le sur-provisionnement éventuel a en effet un impact sur l'exactitude de la dépense en exécution et donc de l'écart à l'objectif, jusqu'au moment où le montant réel des provisions effectivement dénouées est connu. L'exécution 2012, prévue avant dénouement des provisions à 2,4 %, s'est ainsi trouvée ramenée à 2,2 % après ce dénouement.

Depuis 2010, l'ONDAM voté n'est plus dépassé et l'écart négatif à l'objectif, dit « sous-exécution », ne cesse de se creuser pour atteindre un niveau inégalé en 2013 comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 5 : évolution de la « sous exécution » de l'ONDAM depuis 2010

(en M€)



Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires.

Plus des trois quarts (77 %) de cet écart négatif relève de l'ONDAM ville (-1,103 Md€) et le reste de l'ONDAM établissements de santé (-0,3 Md€), comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 36 : exécution de l'ONDAM 2013 par sous-objectif.

En M€

Sous-objectifs 2013	ONDAM 2013 voté	ONDAM 2013 exécuté (provisoire)	Écart négatif à l'objectif ou sous exécution (provisoire)	Écart négatif à l'objectif ou sous exécution (provisoire) en %
Soins de ville	80 549	79 446	-1 103	
Établissements de santé tarifés à l'activité	*56 605*	*56 650*	*45*	
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	*19 877*	*19 486*	*-391*	
Total établissements de santé	76 482	76 136	-345	
Établissements et services pour les personnes âgées	*8 388*	*8 388*		
Établissements et services pour les personnes handicapées	*8 736*	*8 736*		
Total établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)	17 124	17 124		
Autres prises en charges	1 294	1 309	15	
Total	**175 449**	**174 015**	**-1 433**	**-0,8**

Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires.

1 - Pour l'objectif « soins de ville », une sous-exécution croissant très fortement qui s'accompagne d'un moindre effort sur les économies

a) Un quasi-doublement de l'écart par rapport à l'objectif prévisionnel

En 2013, l'écart par rapport à l'objectif qui avait été voté pour l'ONDAM ville est nettement plus important qu'en 2012 puisqu'il passe de -0,8 Md€ à -1,1 Md€ avant même le dénouement des provisions.

À l'exception des dispositifs médicaux qui ont dépassé de 127 M€ l'objectif, la plupart des postes connaissent une augmentation moindre que prévu, plus ou moins significative. Les postes pour lesquels l'écart est le plus fort sont les indemnités journalières (IJ), qui présentent un écart à l'objectif de -409 M€ et les médicaments, à hauteur de -449 M€.

Pour l'essentiel, les postes à croissance tendancielle récente forte (produits médicaux, transports sanitaires, kinésithérapie, soins infirmiers) se sont inscrits en exécution dans le prolongement de cette tendance dynamique. *A contrario*, parmi les autres grandes composantes de l'ONDAM ville, les dépenses d'analyses en laboratoire ont très peu augmenté (+0,7 %), ainsi que les IJ (+0,9 %), tandis que la dépense en médicaments décroissait (-0,2 % ; -0,6 % avec l'effet des remises conventionnelles).

Tableau n° 37 : écarts en exécution par rapport à l'objectif des composantes de l'ONDAM ville 2013

En M€

	Exécution (tous régimes)	Objectifs	Écart
Généralistes	6 217	6 254	-37
Spécialistes	10 460	10 461	-1
Infirmiers	6 290	6 351	-62
Masseurs-kinésithérapeutes	3 497	3 490	7
Dentistes	3 362	3 381	-19
Biologie	3 428	3 466	-38
Médicaments	22 406	22 855	-449
Produits médicaux	5 597	5 470	127
Transports	3 984	4 056	-72
Indemnités journalières	10 209	10 618	-409
Soins de ville	79 446	80 549	-1 103

Source : DSS

b) Un moindre effort d'économies

Les mesures d'économies nouvelles prévues au moment de la construction de l'ONDAM ville pour 2013 étaient évaluées à 1,8 Md€, ce qui était nettement inférieur à celles prévues pour 2012 (2,15 Md€). Les économies évaluées *ex post*[84] auraient cependant dépassé les prévisions de 160 M€, essentiellement du fait de la sous-estimation de l'effet de la rémunération sur objectif de santé publique visant à rémunérer les pharmaciens en fonction de la progression du taux de substitution des princeps par les génériques.

84. Cf. pour leur analyse le chapitre VII du présent rapport : l'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster.

2 - Une augmentation moindre que prévu de l'ONDAM hospitalier

Pour l'ensemble de l'ONDAM hospitalier, la dépense exécutée s'est montée à 76,1 Md€ en 2013, en progression de 2,4 % au lieu de l'objectif prévisionnel de 2,6 %.

Les mesures d'économies affichées ont été comme chaque année réputées être automatiquement réalisées dans la mesure où les enveloppes de financement composant l'ONDAM hospitalier sont réduites à due concurrence dans le cadre de la fixation du montant de chacun des sous-objectifs le déclinant en début de campagne. Il n'existe cependant pas de dispositif permettant d'estimer, de suivre et de centraliser la réalité des économies effectuées, notamment sur les achats obtenus par l'ensemble des établissements de santé (cf. *supra*).

L'écart à l'objectif constaté sur les établissements de santé qui s'élève ainsi à -350 M€, comme le décompose le tableau ci-après, traduit en tout état de cause des dynamiques de dépenses très déséquilibrées entre les différentes catégories d'établissements.

Tableau n° 38 : ventilation de la « sous-exécution » de l'ONDAM hospitalier en 2013

En M€

Sur-exécution des établissements de santé publics (A)	305
Sous-exécution des cliniques privées (B)	-165
Sous-consommation des enveloppes FIR dans le champ de l'ONDAM hospitalier (C)	-35
Mises en réserves de dotations hospitalières (D)	-287
dont DAF	*-185*
dont FIR	*-75*
dont crédits déchus FMESPP	*-27*
Crédits non délégués (E)	-108
dont FIR	*-65*
dont DAF	*-43*
Sous-exécution des dépenses non régulées (F)	-60
TOTAL = (A) + (B) + (C) + (D) + (E) + (F)	-350

Source : DSS

Les établissements publics de santé enregistrent un dépassement de l'objectif de 305 M€, prolongeant les dépassements déjà constatés de manière récurrente les années antérieures. En revanche, les dépenses des cliniques privées, en léger dépassement les années précédentes, ont été inférieures de 165 M€ aux prévisions.

Ces résultats différenciés posent d'autant plus question que l'administration a adopté pour ce qui concerne les activités de médecine,

chirurgie et obstétrique, de nouvelles modalités de gestion de la campagne tarifaire 2013. En effet, elle s'est fondée sur des hypothèses plus réalistes qu'antérieurement : pour la première fois, des hypothèses de progression de volume différentes entre secteurs ont été retenues afin de tenir compte des différences de dynamiques d'activité. Ainsi, pour le secteur ex-dotation globale, qui recouvre à titre principal les établissements publics de santé, une hypothèse de progression d'activité de +2,8 % a été retenue contre une hypothèse d'activité de +2 % pour les établissements dits ex-objectif quantifié national, qui sont essentiellement des cliniques à but lucratif. L'administration a ainsi rompu avec le strict parallélisme qu'elle avait retenu dans le cadre des campagnes tarifaires 2011 et 2012[85] avec une hypothèse commune de +2,4 %.

Les enveloppes du Fonds d'intervention régional entrant dans le champ de l'ONDAM hospitalier ont été sous-consommées (-35 M€) et les dépenses non régulées[86] plus faibles que prévues (60 M€).

Les mises en réserves des dotations hospitalières non libérées en fin d'année, qui ont ainsi très sensiblement contribué à l'écart d'exécution favorable constaté sur l'ONDAM hospitalier, se sont élevées à 287 M€ (185 M€ sur les dotations annuelles de financement, 75 M€ sur le fonds d'intervention régional et 27 M€ au titre des crédits déchus du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés). L'annulation de 108 M€ de crédits a eu une incidence favorable sur l'exécution de l'ONDAM hospitalier.

L'écart d'exécution ainsi constaté pourrait cependant être au moins partiellement contrebalancé par un retour au déficit des établissements hospitaliers en 2013, selon de premières indications, à un niveau qu'il ne

85. À ces hypothèses de progression d'activité s'ajoutait un coefficient prudentiel fixé à +0,35 % pour chacun des deux sous-secteurs permettant de couvrir une évolution d'activité de +3,15 % pour le secteur ex DG et de +2,35 % pour le secteur ex OQN. Ce coefficient prudentiel est un moyen d'améliorer la régulation des tarifs de prestations d'hospitalisation. Ce coefficient, fixé à 0,35 % pour les deux secteurs MCO, s'applique à l'ensemble des prestations d'hospitalisation du 1er mars 2013 au 28 février 2014

86. Ces dépenses concernent 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 ; les remboursements a posteriori aux assurés sociaux de séjours hospitaliers pour lesquels aucune ouverture de droit à prise en charge n'est justifiée, les règlements à des cliniques situées à Monaco, les unités de soins de longue durée relevant de cliniques privées ; les dépenses des cliniques privées posant des difficultés de rattachement comptable, qui portent sur des montants très limités (moins de 0,2 % de l'ONDAM hospitalier en 2008)

sera possible de préciser que lorsque leurs comptes définitifs auront pu être analysés.

3 - L'impact très faible sur l'exécution de l'ONDAM médico-social et des autres prises en charge

a) L'ONDAM médico-social

S'agissant de la contribution de l'assurance maladie au secteur médico-social, le dépassement, ou au contraire la sous-consommation des crédits prévus par l'objectif global des dépenses médico-sociales sont neutres pour l'exécution de l'ONDAM et produisent leurs effets uniquement sur les comptes de la CNSA.

Comme les années précédentes, une sous-exécution est constatée, mais limitée à 100 M€ c'est à dire moindre que pour la moyenne des exercices antérieurs, comme le montre le tableau n°8.

Tableau n° 39 : évolution de l'ONDAM médico-social en exécution (2009-2013)

En M€

	ONDAM	Personnes âgées	Personnes handicapées	Sous-consommation
	Montants fixés par arrêtés			
2013	17 124	*8 388*	*8 736*	100
2012	17 628	*8 925*	*8 703*	173
2011	17 050	*8 547*	*8 503*	270
2010	16 386	*8 182*	*8 204*	38
2009	15 602	*7 592*	*8 010*	430

Source : rapport d'activité de la CNSA 2013

Une sous-consommation de 156 M€ est constatée dans le secteur des personnes âgées et une sur-consommation de 56 M€ est en revanche observée pour les personnes handicapées. Dans les deux cas, les écarts tiendraient à des décalages dans le temps des ouvertures nouvelles d'établissements et services.

b) Les autres prises en charge

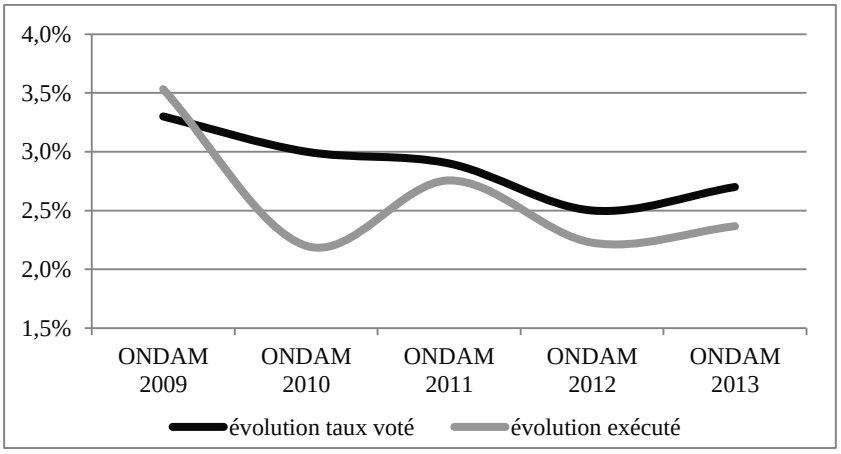
Le sous-objectif « autres prises en charge », enregistre un dépassement de 15 M€ compte tenu notamment du niveau plus élevé que prévu des dépenses au titre des soins à l'étranger, minoré par une moindre consommation des crédits au titre des dépenses pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

4 - Malgré un écart accru à l'objectif, une dépense qui ne ralentit pas entre 2012 et 2013

Si l'ONDAM 2013 tel qu'il a été voté en montant avait été réalisé, le taux effectif d'évolution des dépenses pour 2013 aurait été de 3,2 %, les dépenses réelles de 2012 ayant été inférieures à l'assiette retenue pour son calcul.

Avec un niveau provisoire de dépense exécuté de 174 Md€ en 2013, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2014, le taux de progression de l'ONDAM par rapport au montant de dépenses exécuté en 2012 (170 Md€) est limité à 2,4 %, soit le même taux d'augmentation que celui annoncé pour 2012 par la commission des comptes de juin 2013[87].

Graphique n° 6 : évolution de l'ONDAM voté et de l'ONDAM exécuté



Source : Cour des comptes

La comparaison d'exécution à exécution, pour chacun des sous-objectifs, montre également que l'exercice 2013 s'est traduit par une légère accélération des soins de ville, alors que les deux autres sous-ensembles ont vu leurs dépenses progresser moins vite en 2013 qu'en 2012.

87. La dépense effectivement constatée en 2012 après dénouement des provisions a progressé en définitif de 2,2 % par rapport à 2011.

Tableau n° 40 : évolution des sous-objectifs en exécution (2009-2013)

En M€

Exécution ONDAM 2009-2013	ONDAM 2009	ONDAM 2010	Évolution	ONDAM 2011	Évolution	ONDAM 2012	Évolution	ONDAM 2013	Évolution
Soins de ville	73 200	74 812	2,2 %	76 629	2,4 %	77 932	1,7 %	79 446	1,9 %
Établissements de santé	70 001	70 883	1,3 %	72 645	2,5 %	74 401	2,4 %	76 136	2,3 %
Établissements de santé tarifés à l'activité	51 371	52 732	2,6 %	53 875	2,2 %	55 456	2,9 %	56 650	2,2 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18 629	18 151	-2,6 %	18 770	3,4 %	18 945	0,9 %	19 486	2,9 %
Établissements médico-sociaux	14 174	15 073	6,3 %	15 839	5,1 %	16 487	4,1 %	17 124	3,9 %
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7 835	7 188	-8,3 %	7 587	5,6 %	8 044	6,0 %	8 388	4,3 %
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6 339	7 886	24,4 %	8 252	4,7 %	8 444	2,3 %	8 736	3,5 %
Autres prises en charge	970	1 061	9,3 %	1 176	10,8 %	1 171	-0,4 %	1 308	11,7 %
TOTAL	158 346	161 829	2,2 %	166 289	2,8 %	169 991	2,2 %	174 014	2,4 %

Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires. La DSS n'établissant pas de série rétrospective incluant les effets de périmètre (pro-forma), les taux d'évolution ne sont pas corrigés de ces effets (de caractère non significatif ces dernières années cf. p.205)

Par ailleurs, le poids de l'ONDAM réellement dépensé a continué d'augmenter dans le PIB comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 41 : évolution de l'ONDAM par rapport à l'évolution du PIB depuis 2008

En Md€

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PIB	(en valeur)	*1 798,1*	*1 886,8*	*1 933,2*	*1 885,8*	*1 936,7*	*2 001,4*	*2 032,3*	*2 059,9*
ONDAM voté	(en valeur)	*140,7*	*144,8*	*152,0*	*157,6*	*162,4*	*167,1*	*171,1*	*175,4*
	Part de l'ONDAM voté dans le PIB	***7,82%***	***7,67%***	***7,86%***	***8,36%***	***8,39%***	***8,35%***	***8,42%***	***8,52%***
ONDAM exécuté	(en valeur)	*141,8*	*147,8*	*153,0*	*158,2*	*161,9*	*166,6*	*170,3*	*174,0*
	Part de l'ONDAM exécuté dans le PIB	***7,89%***	***7,83%***	***7,91%***	***8,39%***	***8,36%***	***8,32%***	***8,38%***	***8,45%***

Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires.

Ces évolutions peuvent paraître paradoxales, dans le contexte conjoncturel de 2013 et alors que jouaient des facteurs exogènes qui tendaient à ralentir l'exécution de la dépense.

Impact de la conjoncture et des facteurs exogènes sur la dépense réelle dans le champ de l'ONDAM

D'après les administrations, l'augmentation moindre que prévue de l'ONDAM pourrait être expliquée par une dégradation de la conjoncture économique. Cependant, les travaux scientifiques réalisés sur ce sujet, tels que résumés par la Commission européenne[88], par la DG Trésor[89], ou encore par le Conseil d'analyse économique, tendent à relativiser cette appréciation, tout au moins à court terme : les agents seraient peu sensibles à la conjoncture dans leur consommation de soins et de biens médicaux et d'autant moins lorsque cette consommation est prise en charge par une assurance, même partielle. La dépense totale spontanée serait donc peu corrélée à la croissance à court terme alors même que les mécanismes d'assurance offrent, en France, une couverture élevée des dépenses de santé. Il en résulte que l'ONDAM pourrait être faiblement sensible aux variations des principales grandeurs conjoncturelles.

Néanmoins, en l'absence d'études statistiques consacrée exclusivement à l'analyse des corrélations et aux liens de causalité entre l'évolution de la croissance, de l'inflation et du chômage et l'évolution de l'ONDAM, il serait imprudent d'en conclure à l'absence totale de lien

88. Projecting future health care expenditure at European level : drivers, methodology and main results, EC economic papers, 2010.

89. Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050, N° 2009/11, V Albouy et alii.

entre la conjoncture et l'ONDAM Ainsi, s'agissant des indemnités journalières, qui représentent 10 % de la sous-exécution de l'ONDAM 2013, un lien de corrélation pourrait être établi avec la nature de l'emploi concerné (CDD ou CDI) pour le lien entre précarité dans l'emploi et tendanciel soins de ville. En outre, la dégradation de l'activité économique n'est plus un phénomène de trop courte durée pour infléchir les comportements.

D'autres variables exogènes peuvent contribuer à expliquer le ralentissement de l'ONDAM ville comme l'absence de nouveaux médicaments et la tombée de brevets dans le domaine public pour ce qui concerne la diminution du poids de la dépense de médicaments. Cet effet n'est que partiellement pris en compte dans la construction du tendanciel de l'ONDAM ville (cf. chapitre VII du présent rapport relatif à l'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster).

L'impact des inflexions conjoncturelles de l'économie et des variables exogènes devrait être davantage pris en compte.

II - Un ONDAM surestimé dont les règles de construction devraient être améliorées

A - Une surestimation qui résulte d'un effet base mal évalué et d'erreurs sur certaines tendances

Comme le montre le tableau n°12, la surestimation concerne principalement les soins de ville. Les biais dans le calcul de la base et du tendanciel ont été particulièrement marquées pour ce sous-objectif.

Tableau n° 42 : répartition, par sous-objectif, de l'effet de base

En M€

Sous-objectifs (2013 / 2012)	Composantes	ONDAM réalisé 2013	ONDAM objectifs 2013	ONDAM exécuté 2012	ONDAM base votée pour 2013	ONDAM objectifs 2012
Soins de ville		79 446	80 549	77 900	78 522	78 900
Établissements de santé tarifés à l'activité		56 650	56 657	74 400	55 356	55 356
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	SSR, PSY…	19 026	19 591		18 985	18 947
	FMESPP	460	247		247	285
Établissements et services pour les personnes âgées		8 388	8 387	8 044	8 017	8 045
Établissements et services pour les personnes handicapées		8 736	8 724	8 444	8 444	8 444
Autres prises en charges		1 309	1 293	1 200	1 221	1 166
TOTAL		174 015	175 448	169 988	170 792	171 143
taux d'évolution (base / objectif)				3,2 %	2,7 %	2,5 %
taux d'évolution (base / réalisé)				2,4 %	1,9 %	1,7 %
Écart (%)		-1 433		0,8 %	0,8 %	0,8 %

Source : Cour des comptes

1 - Une base surévaluée sous l'effet principal des excès de provisions

a) Un effet de base massif

La sous-exécution apparente de l'ONDAM 2013 en montant s'explique notamment par le niveau de l'ONDAM voté qui a été déterminé sur une base de dépenses prévisionnelles pour l'ONDAM 2012. Cette dernière ayant été nettement sur-évaluée, l'objectif de dépenses pour l'ONDAM 2013 l'a été encore plus, à proportion du taux retenu. L'objectif, ainsi décorrélé de l'exécution réelle de l'exercice précédent, bénéficie donc d'une base anormalement majorée, ce qui est communément appelé « l'effet de base ».

Depuis 2009 et malgré les réductions de la base, votées en loi de financement, l'écart entre le montant retenu en base et l'exécution réelle de l'ONDAM n-1, se cumule et a atteint, en 2013, un montant de 0,8 Md€.

Tableau n° 43 : comparaison de l'évolution de la base de l'ONDAM, du réalisé et du voté

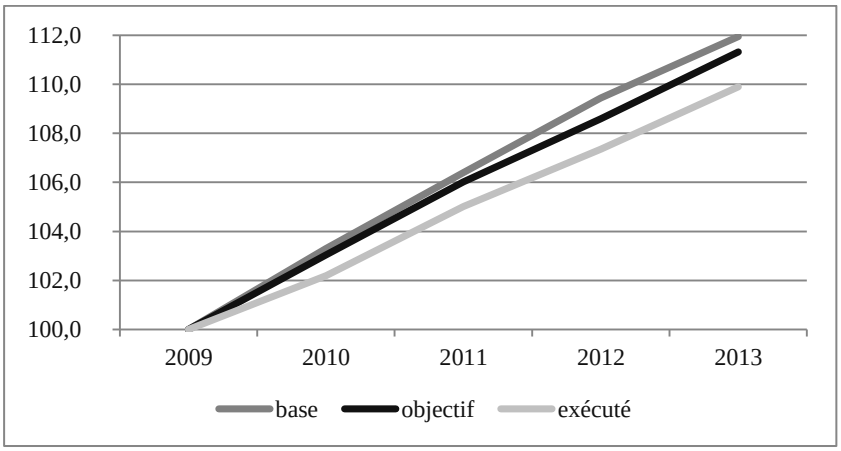
En %

	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013
Évolution base	3,3	3,0	2,9	2,3
Évolution objectif	3,0	2,9	2,4	2,5
Évolution exécuté	2,2	2,8	2,2	2,4

Source : Cour des comptes

Le graphique suivant illustre l'effet base ainsi cumulé sur cinq ans.

Graphique n° 7 : évolution de la base de l'ONDAM*, du voté et du réalisé (2009=100)



*Source : Cour des comptes *Pour 2013 avant rebasage de 350 M€*

Afin de réduire cet effet, la base de référence pour le calcul de l'ONDAM 2013 a été diminuée de 350 M€, par rapport à l'objectif de dépenses de l'ONDAM 2012, à partir d'une projection des dépenses de

l'exercice fondée sur les cinq premiers mois d'exécution connus de l'ONDAM 2012. Cette baisse a porté uniquement sur les soins de ville[90].

b) L'impact des provisions sur les dépenses de l'année de base et sur celles de l'année en cours

L'incertitude pesant sur l'évaluation des sept mois de soins non encore connus n'est pas l'unique variable prévisionnelle ayant une incidence sur le montant de la base de référence. En effet, les charges - au sens comptable du terme - de prestations prises en compte dans l'exécution de l'ONDAM 2012 sont celles dont le fait générateur des droits et obligations a eu lieu au cours de l'exercice 2012. Ce rattachement est traduit dans la comptabilité des organismes suivant les deux modalités suivantes :

- en cours d'exercice (charges courantes), les charges techniques sont comptabilisées lorsque l'organisme a une connaissance suffisamment fiable des droits et obligations et de leurs montants ;
- ce n'est qu'à la clôture de l'exercice, dans le cadre des travaux d'inventaire, que sont prises en compte deux situations : d'une part, les charges à payer pour les opérations en instance de liquidation à la date de clôture de l'exercice ; d'autre part, les provisions pour risques et charges techniques pour les opérations qui se rattachent à l'exercice, mais pour lesquelles les éléments matériels nécessaires à la liquidation ne sont pas réunis à la date de clôture de l'exercice (absence de transmission des demandes de remboursement)[91].

90. Par ailleurs, la base pour 2013 inclut les effets de champ affectant le périmètre de l'ONDAM. En 2013, trois modifications par rapport aux réalisations prévisionnelles pour 2012 ont été opérées : un transfert d'environ 45 M€ de l'ONDAM soins de ville vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » au titre des soins à l'étranger des assurés d'un régime français. En effet, une partie des dotations aux provisions au titre des dépenses n'était jusqu'alors pas identifiable dans les comptes des régimes et était comptabilisée à tort dans le sous-objectif relatif aux soins de ville ; le transfert de 18 M€ des établissements médico-sociaux pour personnes âgées vers les dépenses de soins de ville au titre du financement de médicaments inclus jusqu'alors dans les forfaits de soins de ces établissements ; le transfert de 10 M€ des établissements médico-sociaux vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » pour permettre d'abonder le financement du parcours des personnes âgées à risque de perte d'autonomie.

91. Ces provisions ne sont pas de même nature que celles évoquées dans le I A, ci-dessus. Elles concernent l'exercice en cours alors que celles mentionnées au I A concernent des dépenses supplémentaires prévisibles pour l'année suivante.

De même, les provisions prises en compte dans l'exécution de l'ONDAM 2013 ont un caractère évaluatif et incertain, puisque le montant des charges réelles n'est connu que lors de la présentation au remboursement des soins de ville et de la déclaration des prestations hospitalières des établissements « couvertes » par ces provisions, au cours des exercices suivants[92].

Si le montant des provisions comptabilisées par les organismes à la clôture de l'exercice n conditionne le respect constaté en n+1 de l'ONDAM de l'année n (une surévaluation ou sous-évaluation des provisions permettant potentiellement d'approcher l'objectif fixé), le dénouement des provisions au cours des exercices antérieurs détermine pour partie le respect réel de l'ONDAM, ainsi que son niveau final de réalisation, en taux et en montant.

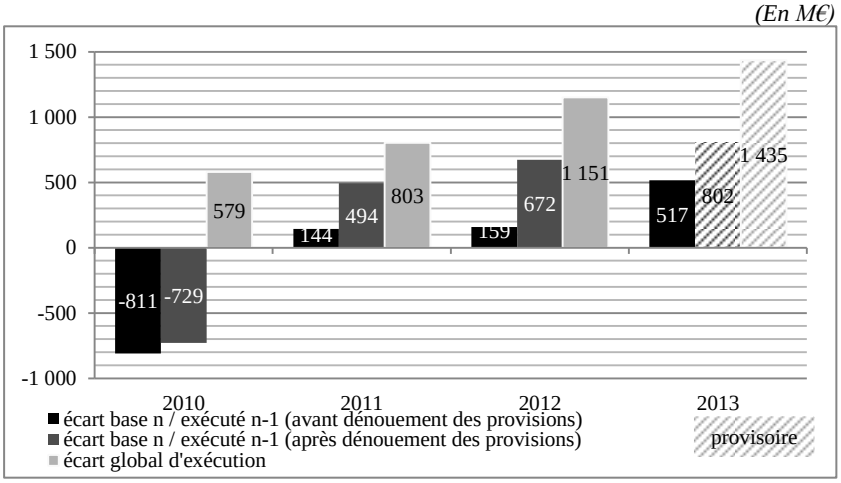
Une erreur d'évaluation de 2 % de ces provisions comptables (14,779 Md€ à fin 2013 et 14,439 Md€ à fin 2012) représente donc près de 300 M€, ce qui a un impact non négligeable sur l'évaluation de l'exécution de l'ONDAM.

Le graphique ci-dessous illustre l'incidence du dénouement des provisions sur l'exécution de l'ONDAM n-1 par comparaison à l'ONDAM de l'année n.

92. Les provisions sont calculées en janvier-février, alors même qu'une bonne partie se trouve dénouée. La rigueur comptable voudrait que, dans les comptes de l'exercice, ces derniers montants apparaissent en charges techniques et non en provisions. Les comptes doivent en effet traduire les événements en lien avec l'exercice mais connus entre la fin de celui-ci et l'arrêt définitif des comptes. Ce changement de méthode réduirait le montant de l'incertitude apparente sur les comptes.

Graphique n° 8 : écarts d'exécution sur la base induits par le dénouement des provisions et écart global d'exécution

(En M€)



Source : Cour des comptes

Les sur-provisionnements des derniers exercices ont ainsi eu un impact important sur l'effet de base à hauteur de l'évolution de la sous-exécution entre l'année n+1 et l'année où les provisions sont quasi totalement consommées soit n+2. L'incidence est massive, représentant plus de 50 % de la sous-exécution de l'ONDAM de l'année n. Ainsi, pour 2011, 61 % de la « sous-exécution » était en réalité lié aux provisions.

2 - Un mode de calcul de l'évolution tendancielle des dépenses qui contribue à la surestimation de l'ONDAM

La construction de l'ONDAM se réalise à partir d'une estimation de l'évolution tendancielle des dépenses au terme d'un processus qui aboutit à un consensus inter-administratif entre la CNAMTS, la direction de la sécurité sociale, la direction du budget, la direction générale de l'offre de soins et la direction générale du Trésor.

Comme l'a analysé la Cour, l'estimation de l'évolution tendancielle des dépenses pose de nombreuses difficultés méthodologiques, qu'il s'agisse du tendanciel hospitalier[93], de nature

93. Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, La Documentation française, septembre 2013, p. 175-198, disponible sur www.ccomptes.fr

budgétaire, ou de celui portant sur les soins de ville[94]. Ce dernier est construit en estimant en volume l'augmentation des dépenses à venir à partir d'une analyse rétrospective des séries statistiques depuis 1994. À cet égard, la manière dont sont prises en compte des évolutions exogènes comme la structure de l'emploi (pour le tendanciel des indemnités journalières), ou comme le rythme de l'innovation pour le médicament apparaît insuffisante.

Bien que d'inspiration très différente, ces modes d'estimation des tendanciels des deux champs de dépenses qui représentent 90 % du poids de la dépense conduisent à majorer l'ONDAM en construction

B - Un ONDAM à mieux construire pour une régulation plus efficace

1 - Une amélioration du calcul de l'ONDAM 2014

Pour le calcul de l'ONDAM 2014, la base de construction a été l'ONDAM voté en 2013, soit 175,4 Md€. Dans la réalité, les dépenses de soins de ville ont été inférieures cependant, de 1,1 Md€ à cet objectif.

Or, l'effet de base sur l'ONDAM 2013 retenu pour la construction de l'ONDAM 2014 n'a été que de 650 M€, soit un niveau inférieur même aux 804 M€ qui auraient correspondu au cumul des effets base des années antérieures, ce qui était révélateur d'un souhait de conserver une marge de précaution.

Dans son avis du 27 mai 2014, le comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM a cependant estimé que l'effet base supplémentaire lié à la sous-exécution en 2013 sur les soins de ville, soit 450 M€, pourrait être conservé en 2014, l'épidémie grippale ayant été d'ampleur modérée. Il a considéré par ailleurs que le rendement des mesures d'économies intégrées à la construction de l'ONDAM 2014 devrait être conforme aux évaluations initiales, moyennant quelques incertitudes sur les prix de certains produits de santé.

Dans ces conditions la loi de financement rectificative du 8 août 2014 a pris en compte le reste de la sous-exécution, ce qui a diminué en conséquence l'ONDAM 2014 à hauteur de près de 800 M€, soit la totalité de l'effet de base hors dénouement des provisions, au motif que celui-ci n'était pas encore totalement connu.

94. Cf. chapitre VII - l'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à ajuster.

Cette rectification de la base permet de maintenir le taux de progression de l'ONDAM en 2014 à un niveau au plus égal au taux de 2,4 % qui avait été voté en loi de financement. Les taux de progression de l'ONDAM au-delà de 2014 (2,1 % en 2015, 2 % en 2016, 1,9 % en 2017, soit encore 3,6 Md€ de dépense supplémentaire chaque année) seront recalculés à partir de ce montant rectifié. Cette mesure contribue donc à arrêter pour l'avenir dans des conditions plus rigoureuses sur une base recalée le montant prévisionnel des dépenses d'assurance maladie dans les prochaines lois de financement. Un rebasage demeurera cependant nécessaire si le dénouement des provisions de 2013 fait apparaître qu'il y a eu un sur-provisionnement à la fin de cet exercice. Les provisions constituées à fin 2013 (14,779 Md€) ayant augmenté, par rapport à celles à fin 2012 (14,439 Md€) de manière homothétique (environ +2,4 %) à la progression de l'ONDAM, le dénouement des provisions conduirait, à fiabilité comparable de leur calcul, à ce qu'elles puissent être reprises à hauteur d'environ 350 M€ (la reprise a été de 344 M€ pour l'exercice 2012). Cette hypothèse est à ce stade incertaine mais ne peut pas être exclue en raison notamment de l'absence d'événement épidémiologique significatif dans les dernières semaines de 2013. Elle conduirait à ce que l'écart entre l'ONDAM voté et la dépense effective soit en définitive de l'ordre de 1,7 Md€. Quel que soit le chiffre exact, il est vraisemblable, d'une part, qu'une marge de manœuvre subsiste ainsi malgré les rectifications effectuées dans la LFRSS et, d'autre part, qu'un effet de base restera à corriger pour le calcul de l'ONDAM 2015.

2 - Améliorer l'efficacité de l'ONDAM comme outil de gestion infra et pluriannuel de la dépense

Pour éviter que de semblables difficultés ne se recréent, il conviendrait cependant de modifier de manière structurelle le mode de calcul de l'ONDAM de manière à limiter l'impact de l'effet de base en modifiant la base de référence dans son processus de construction de l'ONDAM.

Il devrait ainsi être tenu compte des données de l'exécution de l'ONDAM en n-2, disponibles en septembre n-1 et corrigées de l'essentiel du dénouement des provisions. La nouvelle base pourrait être calculée à partir de l'exécution de l'année n-2 après dénouement des provisions (en septembre n-1)[95] multiplié par l'ONDAM voté pour l'année n-1. Cette formule protègerait contre les effets de cumul de l'effet

95. Au moment de l'adoption du projet de loi par le Conseil des ministres, le chiffre retenu pourrait être celui à fin août, une correction étant alors effectuée au moment du débat parlementaire sur la base du chiffre de septembre.

base et éviterait un gonflement de l'ONDAM dû au délai nécessaire pour obtenir les données d'exécution corrigées du dénouement des provisions.

L'instauration de ce nouveau mode de calcul pour déterminer la base de l'ONDAM pourrait être de nature à améliorer l'efficacité du pilotage pluriannuel et infra-annuel de la dépense de l'assurance maladie.

En effet, le suivi de la dépense reposerait sur la détermination d'un ONDAM plus rigoureux : le comité d'alerte[96], chargé de prévenir lorsque existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent de plus de 0,5 %[97] l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fonderait son suivi sur des données mieux assurées.

Plus généralement cependant, la question du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte se pose de manière renouvelée, avec la redéfinition à la baisse des objectifs d'évolution de l'ONDAM pour les années 2015- 2017. Le maintien d'un seuil d'alerte à 0,5 % sur un ONDAM fixé à 2 %, dans un contexte de croissance et d'inflation faibles, assouplit la contrainte et l'efficacité de la surveillance du comité d'alerte.

Actuellement, avec un ONDAM à 2,4 %, le seuil d'alerte de 0,5 % de dépassement représente 20 % de l'accroissement de l'ONDAM. Dans le cas d'un ONDAM à 2 %, le maintien d'un ratio comparable suppose ainsi que l'on abaisse le seuil d'alerte à 0,4 %.

S'agissant du pilotage pluriannuel de la dépense, l'application d'une nouvelle base à l'ONDAM permettrait également de redéfinir avec plus d'ambition la trajectoire de maîtrise de la dépense d'assurance maladie.

---

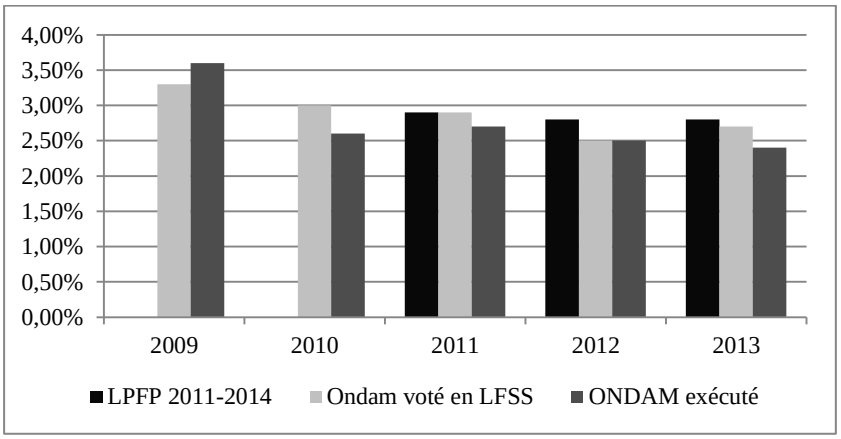
96. En vertu des dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, ce comité se voit confier la mission « d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ». Composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social, le comité d'alerte rend chaque année obligatoirement au moins un avis avant le 1er juin sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. Lorsque le comité estime qu'il existe « un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM avec une ampleur supérieure » à un seuil fixé par décret il notifie un avis d'alerte au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

97. Ce seuil, initialement de 0,75 %, a été abaissé à 0,5 % depuis 2013.

Actuellement, les lois de financement prévoient l'ONDAM pour les quatre années à venir. Les tableaux d'équilibre des branches et les objectifs de dépenses s'inscrivent également dans le cadre des limites fixées par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) et par le programme de stabilité et de croissance 2014-2017.

Dans l'état actuel de la méthode de construction de l'ONDAM, le plafond prévu en loi de programmation des finances publiques a toujours été respecté, en dépit d'une augmentation réelle de la dépense, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 9 : évolution de l'ONDAM voté et exécuté par rapport à la loi de programmation



Source : Cour des comptes

Si l'ONDAM voté était calculé en évitant les effets de surévaluation qui résultent de l'effet de base, la programmation pluriannuelle des finances publiques disposerait d'un outil plus proche de la réalité, ce qui permettrait d'améliorer l'efficacité du pilotage de la dépense.

Enfin, la déclinaison pluriannuelle de l'ONDAM en sous-objectifs[98] pourrait, si elle se réalisait à partir d'un ONDAM calculé selon ces nouvelles méthodes, améliorer la fiabilité de la perspective pluriannuelle des lois de financement.

Les résultats de 2014 risquent de confirmer la nécessité d'un pilotage et d'une maîtrise plus rigoureux de la dépense. En effet,

98. Cf. chapitre V du présent rapport : les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir.

l'inflation et la croissance du PIB étant plus faibles qu'attendu, l'ONDAM, même exécuté comme prévu par la loi de financement rectificative pour 2014, aura vraisemblablement continué d'évoluer plus vite que le PIB.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'ONDAM a été voté en 2013 en nette augmentation par rapport à 2012, cette progression, supérieure encore une fois à l'évolution du PIB, étant principalement due à la forte accélération prévue pour l'ONDAM ville. Dans la réalité, les dépenses du champ de l'ONDAM ont moins augmenté que prévu lors du vote du Parlement et l'écart à l'objectif a presque doublé d'une année sur l'autre pour atteindre -1,4 Md€ (chiffre qui se trouvera sans doute accru quand les résultats définitifs seront connus).

Si 77 % de cet écart de réalisation porte sur l'ONDAM ville et en particulier les postes médicaments et indemnités journalières, globalement, cette augmentation de la dépense moindre que prévu n'est pas significative d'une amélioration de la régulation de la dépense.

Au contraire, l'ampleur de cette « sous-exécution » masque la poursuite d'une hausse de la dépense d'assurance maladie sans doute autant, voire un peu plus rapide en 2013 qu'en 2012. Elle s'explique en effet, non pas par des économies supplémentaires - elles ont été inférieures à celles de 2012 - mais par des biais de construction de l'ONDAM que sont l'effet de base cumulé et la surestimation des tendanciels.

Une construction plus rigoureuse de l'ONDAM s'impose ainsi. Elle est indispensable à la restauration d'un pilotage infra-annuel et pluriannuel plus efficace de la dépense. La correction des effets de base négatifs et des erreurs sur les tendanciels doit ainsi permettre d'éviter, en cours d'année, la reconstitution de marges de dépenses supplémentaires non justifiées au regard des données disponibles sur l'exécution. Cette modification des méthodes est d'autant plus nécessaire dans le contexte où le taux d'évolution de l'ONDAM est progressivement plus resserré sur la période 2015-2017. En tout état de cause, le seuil de déclenchement au-delà duquel des mesures supplémentaires doivent être prises en fonction du suivi assuré par le comité d'alerte devra être à nouveau abaissé. Du point de vue de la programmation pluriannuelle des finances publiques, une méthode plus solide faciliterait aussi la réalisation de la trajectoire plus ambitieuse de maîtrise de la dépense que les déficits récurrents de l'assurance maladie rendent impérative.

La Cour formule les recommandations suivantes[99] :

6. déterminer la base de référence de l'ONDAM à partir du résultat de l'exécution de l'année n-2 après dénouement des provisions ;

7. insérer, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe consacrée à la méthode de construction de l'ONDAM comportant toutes les informations nécessaires sur les choix ayant conduit à la détermination de la base et à la fixation des tendanciels par sous-objectif ainsi qu'une présentation des méthodes d'évaluation des économies prévues et de leur réalisation ;

8. en fonction des tendances observées, différencier davantage les taux d'évolution des sous-objectifs ONDAM ville et ONDAM hospitalier ;

9. abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie.

99. Elle formule par ailleurs des recommandations spécifiques à l'objectif soins de ville à la fin du chapitre VII.

Chapitre IV

La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

PRÉSENTATION

Atteignant selon les comptes de la protection sociale 346,2 Md€ en 2012, soit 17 % du PIB, les cotisations sociales[100], représentent plus de la moitié des ressources de la protection sociale en France.

Leur collecte repose sur un système déclaratif complexe et donne lieu à versement soit à l'initiative de l'employeur pour les salariés (sauf pour une partie des salariés agricoles) soit sur appel en fonction des revenus communiqués principalement pour les travailleurs indépendants. Elle est donc exposée à de nombreux risques d'erreurs, comme la Cour le constate notamment dans sa mission de certification des comptes annuels de l'activité de recouvrement du régime général et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Mais au-delà, elle est confrontée à des tentatives de fraude, consistant en une irrégularité commise intentionnellement par le cotisant qui se traduit par un préjudice pour les finances sociales, dont les formes se renouvellent avec l'évolution de l'économie, des techniques et du droit.

En sus de ses effets sur l'équilibre des comptes sociaux, la fraude aux cotisations minore les droits sociaux des salariés, notamment dans le cas du travail dissimulé et constitue une atteinte à la loyauté de la concurrence.

La Cour a cherché à apprécier son ampleur en réactualisant des estimations déjà anciennes. Elle a constaté que son importance financière était considérable, de l'ordre de 20 Md€ selon une nouvelle estimation et que malgré certains progrès dans la lutte menée contre elle, les redressements notifiés à ce titre par les organismes sociaux et, plus encore, les sommes réellement recouvrées ne représentent qu'une très faible part des cotisations éludées (I).

Un renforcement de la lutte contre la fraude aux cotisations s'impose ainsi. Elle passe par une professionnalisation des équipes, une diffusion de l'usage de techniques plus modernes, des moyens d'action et des sanctions accrus ainsi que par une coopération et des mutualisations des tâches et des pratiques entre les réseaux de recouvrement (II).

100. Assises selon les cas sur les salaires bruts, les revenus non salariaux et certaines prestations que versent les régimes obligatoires de base ou complémentaires de retraite ainsi que l'assurance chômage.

I - Une fraude à l'importance sous-estimée et trop peu détectée

A - Un manque à gagner de plus de 20 Md€ en 2012, mais encore sous-estimé

1 - De l'ordre de 5 % des cotisations et contributions sociales éludées

Comme le souligne le Conseil des prélèvements obligatoire (CPO)[101], la distinction entre la fraude et la simple irrégularité (erreurs et omissions involontaires, ignorance ou mauvaise interprétation du droit…) est complexe à établir.

Une distinction parfois délicate entre fraude et erreur

Dans le cas du travail dissimulé, le caractère intentionnel de la fraude peut être souvent démontré. Dans les autres cas, la caractérisation de la fraude aux cotisations sur la base du constat d'une irrégularité apparaît souvent délicate, la preuve de l'intentionnalité étant souvent difficile à administrer. La complexité du droit applicable, sa variabilité, ou parfois le manque de moyens ou de compétences en la matière de certains acteurs de l'économie (notamment les travailleurs indépendants et les PME) peuvent expliquer un certain nombre d'anomalies. Leur rectification, à l'occasion des contrôles, peut donner lieu aussi bien à des redressements, au détriment du cotisant qu'à des restitutions en sa faveur. Cependant, cette complexité peut aussi favoriser un certain nombre d'irrégularités de nature volontaire.

Certaines réglementations, particulièrement complexes, semblent concentrer davantage d'irrégularités. À cet égard, l'ensemble des mesures dérogatoires en faveur de l'emploi a représenté 24,1 % des redressements notifiés en 2012, dont près de 17 % pour les allègements de cotisations sur les bas salaires. Par ailleurs, les principaux motifs de redressement sont : le travail dissimulé (15,2 %), les frais professionnels et les déductions non-justifiées (9,4 %), les primes, gratifications et indemnités (8,5 %).

Dans ce contexte, une réflexion est menée depuis plusieurs années sur l'élargissement de la notion de fraude, au-delà du seul travail dissimulé, qui a longtemps été, en pratique, le seul motif d'une telle qualification. Elle figure aux programmes des conventions d'objectifs et

101. Dans son rapport sur la fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle (2007).

de gestion entre l'État d'une part, l'ACOSS et la mutualité sociale agricole d'autre part. La principale orientation consiste à faire jouer le critère de répétition ou de non mise en conformité, une irrégularité renouvelée tendant à attester une intention frauduleuse. La loi de financement de sécurité sociale pour 2013 a ainsi prévu une majoration de 10 % en cas de réitération d'une irrégularité.

La Cour a demandé à l'ACOSS de procéder à une nouvelle évaluation de la fraude sur la base des contrôles réalisés par les URSSAF en 2012, en reprenant la méthode précédemment mise en œuvre en 2007 sur la base des contrôles effectués en 2004 par le Conseil des prélèvements obligatoires.

Malgré les précautions méthodologiques prises, les résultats obtenus ne sont que des estimations statistiques, par nature imprécises, mais qui permettent de fournir des ordres de grandeur.

Les méthodes d'estimation de la fraude aux cotisations

Trois méthodes principales peuvent être utilisées, qui sont fondées :

- sur les contrôles effectivement réalisés, ce qui permet de s'appuyer sur une masse de données importante. À cet égard, on ne peut se contenter d'une simple extrapolation des résultats de ces contrôles. En effet, dans un souci d'efficacité, les organismes compétents tendent à les concentrer sur les agents économiques les plus susceptibles de frauder ou de le faire pour les montants les plus importants. Une solution consiste à prendre la mesure de ce biais afin de le neutraliser. Dans cette optique, on définit des classes homogènes d'entreprises, par exemple par taille et secteur d'activité, qui représentent deux critères de ciblage évidents, puis on pondère les moyennes calculées par leur poids réel dans l'économie. On parle d'une évaluation par « post-stratification », visant à rendre représentatif, a posteriori, l'échantillon des entreprises contrôlées[102].

Cette méthode est celle retenue par le rapport du Conseil des prélèvements obligatoires en 2007 sur la base des contrôles réalisés en 2004 et que la Cour a demandé à l'ACOSS de reprendre, sur la base de ceux effectués en 2012 ;

102 Elle comporte un biais de sélection tendant à une certaine surestimation de la fraude, toutes choses égales par ailleurs, dans la mesure où il est difficile de neutraliser entièrement l'effet des critères de ciblage, imparfaitement connus, utilisés par les agents. Cette méthode entraîne cependant aussi un biais de détection conduisant à une sous-estimation, puisque les vérifications effectuées ne permettent pas d'appréhender toutes les fraudes commises dans les établissements contrôlés.

- sur des contrôles aléatoires (auprès d'établissements choisis au hasard dans le fichier des organismes). Cette méthode requiert un nombre élevé de contrôles, afin d'obtenir des résultats statistiquement valables. L'ACOSS met en œuvre cette démarche pour estimer certains taux de fraude (selon les régions, dans certains secteurs etc.) mais non son montant global, ce qui exigerait de l'appliquer à un champ exhaustif d'entreprises ;

- sur des sondages menés auprès des Français quant à leur recours au travail dissimulé, à la fois en tant que clients et en tant que prestataires de tels services, ce qui permet de croiser les approches. Cette méthode évite le biais lié au « ciblage » des contrôles et tend à compenser la sous-estimation par les organismes de recouvrement de la fraude liée aux activités et établissements totalement non-déclarés.. Cependant, cette approche ne permet pas de faire des analyses fines (par secteur ou type d'entreprises), sauf à utiliser un échantillon extrêmement large. En outre, elle repose sur les dires des personnes interrogées, supposées éprouver moins de réticences que dans le cadre de contrôles mais sans qu'on ait de certitudes à cet égard. La délégation nationale à la lutte contre la fraude[103] envisage de réaliser une telle enquête par sondage en 2014.

Estimé sur le champ des cotisations de sécurité sociale, mais également sur celui de la CSG-CRDS, le manque à gagner, lié à la fraude proprement dite (essentiellement au travail dissimulé) et aux irrégularités (sans intention de fraude) aurait atteint en 2012 entre 16,8 Md€ et 20,8 Md€, contre 6,6 à 11,7 Md€ en 2004, soit un quasi doublement en huit ans.

Élargie à l'assurance-chômage et aux retraites complémentaires obligatoires, cette estimation s'établit entre 20,1 à 24,9 Md€[104]. Elle représenterait ainsi environ 5 % des cotisations et contributions sociales, y compris la CSG et la CRDS.

103. Ou DNLF. Créée en avril 2008, elle assure la mise en œuvre du plan national de lutte contre la fraude (sous toutes ses formes, aux recettes et aux dépenses publiques), en associant les administrations ainsi que les organismes sociaux concernés et coordonne l'action des comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF).

104. Les taux de cotisation UNEDIC + retraite complémentaire représentent 20 % du total formé par les cotisations de sécurité sociale et la CSG. Cependant, on tient aussi compte, en faisant cette extrapolation, du fait que certains allègements de charges ne s'appliquent qu'à celles du régime général et donc que certains redressements ne sont pas transposables.

Tableau n° 44 : évaluations des cotisations et contributions sociales éludées[105]

En Md€

	CPO (année 2004)		ACOSS (année 2012)	
	Champ sécurité sociale*	Champ large**	Champ sécurité sociale*	Champ large**
1- Travail dissimulé	5,1 à 10,2	6,2 à 12,4	15,4 à 19,1	18,5 à 22,9
2- Hors travail dissimulé	1,5	1,8	1,4 à 1,7	1,7 à 2,0
dont redressements	*1,9*	*2,2*	*1,7 à 2,1*	*2,0 à 2,4*
dont restitutions	*-0,4*	*-0,4*	*-0,4 à -0,3*	*-0,4 à -0,3*
3- Total manque à gagner (1+2)	6,6 à 11,7	8,0 à 14,2	16,8 à 20,8	20,1 à 24,9

** champ sécurité sociale : cotisations sociales, CSG, CRDS*

*** extrapolation à l'Unédic et aux cotisations de retraite complémentaire obligatoire*

Source : ACOSS

À eux seuls, les secteurs de la construction et du commerce représenteraient respectivement 3,8 Md€ et 3,3 Md€ de cotisations éludées, combinant un poids économique et un taux de fraude (22 % et 12 %) importants[106]. Ce dernier dépasserait également 10 % dans les transports, mais ne serait que de 4 % dans l'industrie et la finance. La fraude constatée peut consister dans des cas de travail dissimulé[107] mis au jour à l'occasion d'actions de lutte contre le travail illégal. Il s'agit d'interventions dans une entreprise, en principe sans avis préalable, d'inspecteurs du recouvrement, éventuellement en collaboration avec d'autres corps de contrôle, dans le but de constater une telle situation et donnant lieu le cas échéant à l'établissement d'un procès-verbal.

Par ailleurs, depuis 2011, les inspecteurs du recouvrement peuvent qualifier de fraude tout ou partie des montants redressés lorsqu'ils prêtent un caractère intentionnel à une irrégularité constatée à l'occasion d'un

105. Ces montants ne sont pas entièrement récupérables dans la mesure où la fraude peut constituer la condition nécessaire du développement d'une partie, indéterminée, des activités concernées. Si la fraude était éradiquée, ces activités et l'assiette de cotisations correspondante disparaîtraient aussi.

106. Dans le secteur de la distribution, du fait du commerce de détail alimentaire (10 %) et non-alimentaire (12 %), plutôt que dans le commerce de gros (7 %).

107. Le travail dissimulé consiste dans la dissimulation intentionnelle de tout ou partie d'une activité exercée à titre indépendant dans un but lucratif ainsi que de tout ou partie de l'emploi salarié, en l'absence de déclaration préalable à l'embauche, de bulletin de paie ou en cas de sous-déclaration des heures effectuées. Il constitue un cas particulier d'un délit plus large défini dans le code du travail, le travail illégal, dont les autres formes n'ont en soi que peu ou pas d'impact sur les cotisations dues.

contrôle comptable d'assiette[108] (CCA). Toutefois, il s'avère que seuls 4,5% des redressements prononcés à l'issue de tels CCA relèvent de la qualification de fraude, de sorte que les actions de lutte contre le travail illégal sont toujours à l'origine de l'essentiel des redressements notifiés.

2 - Une évaluation menée sur un champ encore incomplet

Le champ ne comprend pas certaines contributions, relatives au logement et à la formation notamment, ni les secteurs qui ne sont pas contrôlés par les URSSAF, comme l'agriculture (exploitants et salariés). La mutualité sociale agricole (MSA) n'a encore diligenté aucune évaluation de ce type, mais seulement par filière. L'estimation omet aussi la fraude commise par les travailleurs indépendants non-agricoles, en raison de la faiblesse des contrôles sur ce segment (cf. *infra*).

Des travaux normalisés et réguliers s'avèrent indispensables à une bonne connaissance de ce phénomène et de son évolution, à la mise en œuvre d'une politique ciblée et à l'appréciation de l'efficacité de cette dernière. Il convient donc de produire des évaluations régulières et réellement globales, reposant une méthodologie harmonisée et reconductible.

La délégation nationale à la lutte contre la fraude a prévu à cet égard de piloter un groupe de travail interministériel, réunissant l'ACOSS, la caisse centrale de mutualité sociale agricole et la délégation générale du travail.

B - Des formes nouvelles de fraude peu aisées à combattre

La mondialisation des échanges et la segmentation croissante des chaînes de valeur ajoutée, le développement du marché unique européen, réunissant des États dont les niveaux de protection sociale sont très inégaux, l'augmentation des possibilités de transactions dématérialisées créent des nouvelles opportunités de fraude ou facilitent le renouvellement de formes anciennes. La fraude transnationale, la sous-traitance en cascade, les faux statuts, les circuits de financement occultes compliquent la tâche des agents chargés du contrôle des cotisations.

108. Il s'agit de contrôles sur place, notifiés à l'avance, de cotisants dont la situation est vue dans son ensemble. Ils visent en principe à de simples régularisations, qui peuvent se faire a priori aussi bien au détriment qu'à l'avantage de ces derniers.

1 - Une fraude renouvelée

a) Les difficultés créées par le statut de travailleur détaché

Dans le cas d'un travailleur détaché à l'étranger, s'appliquent pour l'essentiel le droit du travail du pays d'accueil et celui de la sécurité sociale du pays d'origine. Il peut donc exister la tentation de présenter certains salariés comme des travailleurs détachés, pour payer des cotisations dans le pays d'origine à des taux bien moins élevés qu'en France, s'établissant par exemple à environ 14 % au Luxembourg et 20 % en Pologne, alors que ces salariés n'y ont jamais travaillé[109] ou que leurs employeurs supposés n'y ont pas d'activité réelle. Ces pratiques pourraient expliquer en partie, conjointement à d'autres facteurs comme l'internationalisation des économies, la hausse du nombre de travailleurs détachés en France, passé de 7 500 en 2000 à 170 000 en 2012.

Ainsi, des sociétés d'intérim basées à l'étranger permettent, grâce au statut de salarié détaché, d'embaucher des travailleurs sans lien avec le pays d'origine supposé, en minorant les cotisations sociales. Les entreprises de travail temporaire établissent 30 % des déclarations de détachement (aux 3/4 dans les secteurs du BTP et de l'agriculture). Ceci explique notamment que les Français occupent la quatrième place des contingents de salariés détachés en France (16 900 en 2012, soit 10 %), dont deux-tiers de Lorrains, derrière les Polonais (31 700), les Portugais (20 100) et les Roumains (17 500)[110]. Cette fraude, qui porte préjudice à une main d'œuvre fragilisée par un statut d'emploi incertain et ainsi plus facilement soumise à des violations du droit du travail, peut prendre un caractère organisé et une ampleur qui nécessitent l'emploi des moyens de la police judiciaire. Comme souvent dans ce type de situations, les conditions de travail et d'hébergement s'avèrent déplorables et constituent en soi des atteintes au droit du travail[111].

Si on se limite à la fraude liée aux travailleurs détachés non déclarés, estimés à 300 000 en 2010 selon un récent rapport d'information du Sénat sur les normes européennes en la matière, la perte de recettes sociales atteindrait 380 M€, sous l'hypothèse conventionnelle que ces

109. Voire n'y sont même pas affiliés à un régime de sécurité sociale, ce qui permet d'éviter d'acquitter la moindre cotisation.

110. Globalement, les 170 000 salariés détachés et déclarés en 2012 proviennent pour 80 000 d'entre eux des « anciens » pays de l'Union, pour 70 000 des États qui y sont entrés en 2004 ou 2007 et environ 20 000 de pays tiers.

111. Rapport de la Direction générale du travail : *Analyse des déclarations de détachement des entreprises prestataires de service en France en 2012*.

emplois reviendraient, en l'absence de fraude, à des travailleurs non-détachés rémunérés au SMIC.

Cette estimation ne comprend pas le manque à gagner lié aux travailleurs détachés déclarés mais placés indûment sous ce statut. La lutte contre cette forme de fraude s'avère difficile, car elle suppose de mener des vérifications relatives à l'authenticité des documents censés attester le rattachement à un régime étranger, à la réalité de l'activité économique et de l'emploi dans un autre État dans un délai limité du fait de la brièveté des détachements. Or seul l'État d'origine a le droit de retirer les certificats attestant faussement le rattachement du salarié détaché à son régime de sécurité sociale, alors que c'est le pays d'accueil qui mène les investigations.

Après l'accord trouvé entre la Commission, le Conseil et le Parlement européens puis son adoption par ce dernier en avril 2014, la directive relative à l'exécution de la directive européenne de 1996, qui définit le droit communautaire en la matière, pourrait permettre d'améliorer en partie cette situation principalement, dans le cas de notre pays, en renforçant la coopération administrative entre États. En particulier, les délais maxima de réponse aux demandes d'information formulées par les services français se trouveraient raccourcis à 25 jours ouvrables, voire à deux seulement dans les cas urgents. Par ailleurs, un certain nombre d'accords bilatéraux ont pour vocation de faciliter cette coopération. À cet égard, les retards apportés à la ratification des accords signés en la matière avec la Belgique (en 2008) et avec le Luxembourg (en 2011) apparaissent préjudiciables.

En outre, de nombreux cas ne mettent pas en cause la procédure de détachement mais la localisation des activités, qui peuvent être déclarées dans le pays où le régime des cotisations sociales s'avère le plus avantageux. Cette possibilité existe particulièrement dans le secteur des transports, aérien et routier, comme l'a montré l'affaire ayant impliqué la compagnie Ryanair, condamnée en 2013 pour le travail dissimulé de 127 salariés embauchés sous contrat irlandais alors qu'ils habitaient le Midi de la France.

b) Les fraudes liées au statut de travailleur indépendant

Cette pratique consiste pour un employeur à dissimuler l'emploi de salariés sous l'apparence d'une relation commerciale, aux fins d'échapper à certaines dispositions du droit du travail et de la sécurité sociale. Elle permet notamment de verser des rémunérations moins élevées, ou de se voir appliquer des taux de cotisations plus faibles. Elle peut aussi servir à justifier, en cas de contrôle, la présence sur les lieux de production d'un

travailleur non déclaré, mais préalablement enregistré en tant qu'indépendant. Pour en établir la preuve, il convient d'examiner la réalité de chaque relation de travail et de montrer que le donneur d'ordre contrôle l'exécution de ses tâches par l'intéressé de la même manière que pour un salarié. Il s'agit ainsi d'évaluer l'autonomie dont il bénéficie, la diversité de sa clientèle, en utilisant la technique du faisceau d'indices.

La création du statut d'auto-entrepreneur [112] a pu faciliter le développement de ce type de fraude et certains salariés ont pu être contraints de l'adopter par leur employeur, tout en poursuivant la même activité dans la même situation de dépendance, mais sans les mêmes droits sociaux. Un plan national d'action mis en œuvre par les URSSAF en 2011, qui comportait notamment l'examen d'un échantillon aléatoire de 1 500 comptes d'auto-entrepreneurs, a abouti à un taux de redressement de 31,3 % des personnes contrôlées et de 45,7 % des cotisations contrôlées, pour des redressements unitaires limités il est vrai (577 € en moyenne par auto-entrepreneur contrôlé et 1 843 € par auto-entrepreneur ayant fait l'objet d'un redressement).

2 - Des pratiques persistantes difficiles à détecter

À côté des nouvelles formes de fraude, perdurent des pratiques plus anciennes, mais souvent tout aussi difficiles à détecter, comme la sous-déclaration d'activité ou d'heures de travail.

Ainsi, les agents chargés du contrôle font souvent état de manquements à l'égard de l'obligation de déclarer toutes les heures de travail des salariés mais aussi de la difficulté à prouver leur caractère intentionnel et l'existence d'une rémunération occulte d'heures de travail non-déclarées. Le principal moyen de détection consiste dans la comparaison avec des ratios moyens par secteur entre chiffre d'affaires et durée de travail. Le caractère imprécis de cette approche ne permet de suspecter la possibilité de fraude, conduisant à des vérifications plus approfondies à la recherche de preuves, que lorsque l'écart à la norme dépasse 50 %, c'est-à-dire quand la sous-déclaration devient très importante.

112 . Le nombre d'auto-entrepreneurs atteignait 895 000 fin février 2013, dont 410 000 ont déclaré un chiffre d'affaires positif au dernier trimestre 2012.

La fraude des particuliers employeurs

Cette forme de fraude reste difficile à détecter et à réprimer. Dans le cas du travail au domicile, seuls les policiers et les gendarmes peuvent être autorisés par la justice à effectuer des perquisitions et ce, seulement pour des chefs d'accusation plus graves que de simples fraudes.

Sans que les particuliers employeurs soient écartés des plans de contrôle, ils ne donnent pas lieu à la définition d'indicateurs ou d'objectifs spécifiques aux URSSAF. Cette forme de fraude n'a donné lieu de fait à aucune évaluation et n'a fait l'objet que d'une réflexion limitée (au cas de dispositifs subventionnés comme le CESU, par exemple) sur les moyens de la faire reculer. La délégation nationale à la lutte contre la fraude étudie cependant la possibilité de réaliser en 2014 une enquête nationale auprès des ménages (cf. *supra*), afin notamment de mieux appréhender les activités totalement non déclarées.

C - Un taux de redressement très faible, des recouvrements effectifs d'un montant dérisoire

L'activité de contrôle n'aboutit à redresser qu'environ 1,5 % de la fraude liée au travail dissimulé dans le champ de la sécurité sociale, alors qu'elle permet de corriger plus de la moitié des irrégularités hors travail illégal.

Tableau n° 45 : manque à gagner et redressements en 2012 (champ sécurité sociale)

En Md€

	Manque à gagner	Redressements	Taux de redressement en % des erreurs et de la fraude
Lié au travail illégal	15,4 à 19,1	0,26	1,4 % à 1,7 %
Hors travail illégal	1,4 à 1,7 (nets)	0,964 (nets)	57 % à 69 %
Total (net)	16,8 à 20,8 (nets)	1,224 (nets)	5,9 % à 7,3 %

Source : données URSSAF, calculs Cour des comptes

Dans le réseau des URSSAF, la lutte contre le travail illégal (LCTI), soit l'essentiel de la fraude au sens strict, a donné lieu à 260 M€ de redressements en 2012[113], dont 37 % pour la seule Île-de-France, puis 291 M€ en 2013[114], contre 59 M€ en 2005. Ce montant représente en 2013 29 % de l'ensemble des redressements (le reste provenant des simples irrégularités), alors qu'il n'en représentait que 10 % en 2005.

113. Ce total ne comprend pas les pénalités et majorations de retard.
114. 320 M€ y compris cotisations d'assurance-chômage.

Tableau n° 46 : évolution du montant des redressements depuis 1998 (régime général)

En M€

	1998	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1- Redressements dans le cadre de la lutte contre le travail illégal	34	59	108	130	185	216	260	291
2- Redressements nets après contrôles comptables d'assiette	411	536	242	568	636	773	964	707
dont redressements au profit des URSSAF et des CGSS	*443*	*682*	*497*	*781*	*806*	*933*	*1 104*	*820*
dont restitutions aux cotisants	*-33*	*-146*	*-254*	*-214*	*-170*	*-160*	*-140*	*113*
3- Total des redressements (1+2)	445	595	350	698	821	989	1 224	998

Source : ACOSS

Toutefois, ces progrès en matière de lutte contre la fraude liée au travail illégal concernent essentiellement le contrôle par les URSSAF des entreprises employant des salariés. Si les redressements au titre des cotisations dues au régime général ont atteint 291 M€ en 2013, ceux qui concernent les cotisations éludées par des travailleurs indépendants n'ont été que de 7,5 M€. Les redressements notifiés par la mutualité sociale agricole au titre du travail illégal et de la fraude aux cotisations ne s'élevaient pour leur part qu'à 13,1 M€ en 2013.Le taux de recouvrement des redressements notifiés à raison de situations de travail dissimulé est lui aussi limité, de l'ordre de 10 à 15 %[115], alors qu'il atteint 43 % en 2012 pour les impôts. La combinaison d'un taux de redressement peu élevé et d'un faible taux de recouvrement fait que les sommes effectivement collectées s'avèrent dérisoires au regard de la fraude totale. Elles se chiffrent en dizaines de millions et la fraude, en dizaine de milliards d'euros, ce qui correspond à un taux de recouvrement des cotisations éludées d'environ 0,2 %.

II - Une lutte contre la fraude à renforcer considérablement et à moderniser

La lutte contre la fraude a connu des avancées et constitue désormais une préoccupation partagée par l'ensemble des organismes chargés du recouvrement, notamment dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG), dont elle est devenue une priorité. De

115. 11,6 % au titre des mises en recouvrement de 2010, selon l'indicateur figurant dans la COG signée par l'État et l'ACOSS, soit 18,5 M€ encaissés sur 160 M€ de cotisations redressées et mises en recouvrement.

même, les lois de financement de la sécurité sociale renforcent année après année ses moyens d'actions. Enfin, la création en 2010 des comités opérationnels départementaux anti-fraude, ou CODAF [116], dont le secrétariat permanent comprend un agent en charge du travail illégal, a visé à mieux coordonner et à dynamiser cette lutte sur le terrain.

Toutefois, ces moyens restent à compléter et à mieux exploiter. Les objectifs fixés dans les COG demeurent souvent trop peu ambitieux. Par ailleurs, si une certaine professionnalisation est en cours dans les URSSAF, il n'en va pas de même à la MSA et elle n'empêche pas la faiblesse des contrôles des travailleurs indépendants non-agricoles, qui incombent aussi aux URSSAF.

A - Une professionnalisation du contrôle encore très inégale selon les réseaux

1 - Des progrès encore nécessaires au sein du réseau de l'ACOSS et des URSSAF

Dans les URSSAF, le nombre d'inspecteurs du recouvrement atteignait 1 420 ETP et celui des contrôleurs[117], 171, soit 1 591 ETP au total et 13,5 % des effectifs de la branche. La lutte contre le travail illégal entre pour seulement 15 % dans leur activité de contrôle et représente 4 % de l'activité totale de la branche. Préservée de la politique de réduction des effectifs menée à l'échelle de la branche, cette fonction n'a pas bénéficié pour autant de réallocation de moyens.

Une orientation essentielle mise en œuvre au cours de ces dernières années a consisté dans la création de structures régionales spécialisées dans la lutte contre le travail illégal[118], afin de former des équipes d'une taille suffisante. L'examen de la répartition des agents de contrôle fait apparaître la faiblesse de ces effectifs dans certaines régions ; en-dehors des régions les plus peuplées - on compte 64 agents dévolus à cette

116. Compétents en matière de fraude fiscale, sociale, douanière et de travail illégal, les CODAF réunissent sous la co-présidence du préfet et du procureur de la République du chef-lieu de département, les services de l'État (police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail) et les différents organismes locaux de protection sociale (Pôle emploi, URSSAF, CAF, CPAM, CARSAT, RSI et MSA), afin d'apporter une réponse globale à ces phénomènes.

117. Les inspecteurs sont chargés des contrôles comptables d'assiette sur place et des opérations de lutte contre le travail illégal, tandis que les contrôleurs effectuent des contrôles sur pièces.

118. Sans attendre la régionalisation des URSSAF, achevée le 1er janvier 2014.

fonction en Île-de-France -, le nombre d'agents dédiés à la lutte contre le travail illégal ne dépasse généralement pas la dizaine. Or, des effectifs aussi réduits ne permettent pas d'exploiter tous les avantages du travail en équipe. Dans certains cas, la constitution de formations spécialisées à un niveau inter-régional, comme à la DGFiP, pourrait ainsi s'avérer pertinente.

Cependant, les fraudes classiques peuvent désormais impliquer des mécanismes complexes, des enjeux financiers importants, voire une dimension internationale. La prise en charge des dossiers à forts enjeux et/ou les plus complexes, notamment en lien avec le dispositif du versement des cotisations en lieu unique dans le cas des grandes entreprises, devrait faire l'objet d'une approche repensée. Les services fiscaux comprennent de leur côté une direction à vocation nationale chargée du contrôle des très grandes entreprises (la direction des vérifications nationales et internationales). À ce jour, l'ACOSS ne dispose pas d'unité de cette nature.

À effectifs constants pour l'ensemble des activités de contrôle, se trouve posée la question d'un redéploiement d'une partie de ces derniers en faveur de la lutte contre le travail illégal. Il permettrait notamment aux équipes d'atteindre une taille critique suffisante. Certes, la durée moyenne des actions ciblées de lutte contre le travail illégal est plus longue que celle des contrôles comptables mais elles permettent bien davantage de détecter la fraude au sens strict, plus grave et plus coûteuse pour les finances sociales que les simples irrégularités, avec un plus grand effet dissuasif.

En tout état de cause les critères de fixation des indicateurs de suivi et de résultat au sein de l'activité de recouvrement ne reposent pas sur une appréciation objective des possibilités de redressement, au niveau global et pour chacune des URSSAF, mais plutôt sur les résultats passés ou sur une norme nationale. Cette approche ne met pas assez sous tension l'ensemble du réseau, y compris des URSSAF les mieux classées. Les résultats atteints en matière de lutte contre le travail illégal dépassent précocement les objectifs fixés[119], qui dès lors peuvent difficilement jouer leur rôle incitatif durant toute la durée de la COG. Il importe ainsi de mieux spécifier les objectifs fixés à chacun des organismes dans une perspective de renforcement de la lutte contre la fraude, tout en préservant l'équilibre entre les différentes finalités du contrôle (équité, dissuasion, rendement).

119. L'objectif de redressements fixé à l'horizon de 2013 (200 M€) a été dépassé dès 2011 (219 M€).

2 - Une absence quasi totale de contrôles sur les travailleurs indépendants non-agricoles

Il n'est pas prévu d'indicateurs en matière de fraude aux cotisations dans la COG du régime social des indépendants (RSI)[120], ni d'objectif spécifique aux travailleurs indépendants dans celle de l'activité de recouvrement du régime général. À la faiblesse des redressements notifiés au titre de la lutte contre le travail illégal sur ce segment s'ajoute l'absence de contrôles comptables d'assiette.

Le partage des tâches en matière de recouvrement et de contrôle, tel qu'il a été mis en place dans le cadre de l'interlocuteur social unique (ISU), entre le réseau des URSSAF et celui du RSI, crée d'importantes difficultés opérationnelles. Ainsi, en cas de verbalisation d'un travailleur indépendant inconnu des organismes de recouvrement, il n'y a pas moins d'une dizaine d'étapes entre ce constat et l'encaissement des sommes dues impliquant plusieurs allers et retours entre URSSAF et caisses de RSI.

Au total, seules 603 actions ont été entreprises en 2012 pour 2,8 millions de cotisants ; elles ont débouché sur 357 redressements qui n'ont pas pu être mis en recouvrement. De fait, il n'existe toujours pas de procédure opérationnelle pour tirer les conséquences des constats de dissimulation partielle d'activité. En conséquence, des informations disponibles, transmises notamment par les services fiscaux ne sont pas utilisées. Par ailleurs, des dysfonctionnements techniques, relatifs aux relations entre les systèmes d'information de l'ACOSS et du RSI, ont longtemps empêché d'affilier les travailleurs indépendants non-déclarés et donc de leur notifier des redressements. De ce fait, il a pu arriver que des tribunaux prononcent des condamnations pour travail illégal sans que les régimes sociaux ne s'efforcent de leur côté de recouvrer les cotisations éludées.

En 2013, le RSI indiquait que « la nécessité d'adapter les systèmes d'information pour assurer les mises en recouvrement suite à contrôles n'a pas permis et ne permet pas encore de développer une politique active de contrôle des travailleurs indépendants ». En pratique, ces difficultés ont conduit à la suspension pure et simple des actions, sauf dans le cas des auto-entrepreneurs, auxquels s'applique notamment depuis 2011 un plan national de contrôles aléatoires.

120. Mais seulement un indicateur quant au taux d'affiliations réalisées par le RSI suite à l'exploitation des signalements de dissimulation totale d'activité, qui n'a en pratique pas pu être suivi jusqu'à une date récente.

Cette situation est d'autant plus anormale que les pratiques de sous-déclaration de leurs revenus par les travailleurs indépendants demeurent importantes ; selon l'INSEE[121], les entreprises individuelles déclarant des bénéfices non commerciaux représentaient 30 % de la fraude aux résultats, estimée par elle pour 2006 à 20 Md€ pour l'ensemble des entreprises individuelles non agricoles.

La lutte contre la fraude chez les travailleurs indépendants apparaît ainsi quasi inexistante et ne donne toujours pas lieu à la fixation d'aucun objectif quantitatif, ce que ne sauraient plus longtemps expliquer les difficultés de la mise en place en 2008 de l'interlocuteur social unique[122]. Le RSI et l'ACOSS doivent désormais être soumis en ce domaine à obligation de résultats par des avenants à leurs COG respectives.

Les professions libérales n'entrent pas dans le champ de l'interlocuteur social unique. Des sections professionnelles prennent en charge le versement des pensions de base et le recouvrement des cotisations afférentes, pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et gèrent des régimes complémentaires. Un croisement de fichiers devrait bientôt permettre de détecter les cotisants libéraux à la caisse maladie du RSI inconnus de la CNAVPL et réciproquement. Un rapprochement avec les données des URSSAF semble également nécessaire. Par ailleurs, les redressements prononcés par les URSSAF et/ou le RSI n'entraînent aujourd'hui aucun examen des cotisations de retraite des intéressés, souvent éludées parallèlement.

La future COG à signer par la CNAVPL et l'État, complétée par des contrats de gestion entre la CNAVPL et les sections professionnelles, telle que la prévoit la LFSS pour 2014, devrait donc fixer des objectifs de lutte contre la fraude et les omissions à ces régimes, complémentaires comme de base. Elle devrait aussi instaurer les procédures et les échanges d'information nécessaires au calcul et à la mise en recouvrement de cotisations de retraite éludées.

---

121. INSEE, Document de travail de la Direction des études et de la synthèse, *L'évaluation de l'activité dissimulée des entreprises sur la base des contrôles fiscaux,* 2011.

122. Sur les difficultés de cette mise en place, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique, La Documentation française, septembre 2012, p. 198-230, disponible sur www.ccomptes.fr.

3 - Un contrôle trop peu professionnalisé à la Mutualité sociale agricole

La Cour[123] avait constaté une coordination très insuffisante entre la direction générale des finances publiques et la MSA, qu'il s'agisse de la transmission des résultats des contrôles fiscaux ou de la vérification de la cohérence entre le revenu fiscal déclaré par les exploitants et le revenu porté sur leur déclaration sociale. À cet égard, les deux réseaux concernés ont trouvé depuis lors un accord par lequel, notamment, les services fiscaux communiqueront aux caisses de MSA, à partir de 2015, les bénéfices forfaitaires des non-salariés agricoles qui relèvent de ce mode de calcul. Ceci permettra un pré-remplissage des déclarations sociales de revenus professionnels. Par ailleurs, un projet mis à l'étude avec le Centre national de transfert des données fiscales vise à faciliter le contrôle *a posteriori* des revenus déclarés par les exploitants.

Cependant, la perspective de ces avancées se limite à la transmission de données et à des contrôles de cohérence. Or la Cour notait également que la caisse centrale de MSA n'avait pas établi de méthodologie commune de contrôle, de liste des vérifications clés à réaliser ni prescrit d'analyse de risques préalables.

De fait, le nombre de procès-verbaux de travail dissimulé dressés par des agents de contrôle de la MSA, co-signés par eux ou auxquels ils ont participé n'a été que de 468 en 2012, pour 671 000 salariés et 530 000 exploitants affiliés. Bien que chacune de ses caisses comprenne un référent « travail illégal », la MSA n'a pas spécialisé d'agents dans le contrôle des cotisations. L'activité du « contrôle externe » porte tant sur l'affiliation que sur le parcellaire agricole, les assiettes de cotisations, les prestations maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), famille, retraite etc. La MSA présente cette polyvalence comme un atout, permettant notamment de mettre plus facilement en relation la fraude aux cotisations et aux prestations.

Plaident pourtant pour la spécialisation la technicité de chacune des cotisations et prestations, les spécificités inhérentes à la lutte contre la fraude, qu'il s'agisse des méthodes de détection (contrôles inopinés, pouvoirs d'investigation) ou de répression (application de pénalités, de mesures administratives), les besoins de formation qui en découlent, la difficulté de piloter une telle politique si les personnels se livrent à

123. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XV : Les retraites des exploitants agricoles, La Documentation française, septembre 2013, p. 423-450, disponible sur www.ccomptes.fr.

plusieurs types de tâches, les nécessités d'opérations concertées avec des partenaires. C'est ce qui a conduit le réseau des URSSAF à opter pour ce schéma et ce qui explique la progression de ses résultats. Des adaptations organisationnelles, voire juridiques, de même ordre sont indispensables dans le régime agricole.

La mise en œuvre de la déclaration sociale nominative[124], avec sa généralisation d'ici 2016, va, en tout état de cause, remettre en question l'organisation des caisses quand celles-ci procèdent aujourd'hui à un appel chiffré des cotisations, comme c'est le cas à la MSA. Ce changement conduit nécessairement à une évolution de la nature et de l'intensité des contrôles, facilitée par les gains de productivité liés à ce dispositif. À cet égard, la MSA devrait se doter d'un plan précis d'adaptation de ses actions et de redéploiement de ses moyens, de manière à renforcer non seulement les contrôles comptables mais aussi la lutte contre la fraude au sens strict.

B - Des moyens d'investigation et d'action à fortement amplifier

1 - Un ciblage des contrôles encore à améliorer

Le ciblage des contrôles comptables d'assiette et des actions de lutte contre le travail illégal menés par les URSSAF s'est accompagné d'un accroissement de la fréquence des redressements. Celle-ci a doublé dans le cas de la lutte contre le travail illégal, puisqu'elle atteignait 79 % en 2013, contre 40,8 % en 2006, avec pour conséquence une augmentation sensible du montant des redressements.

Des marges de progression importantes demeurent néanmoins au vu du faible recours aux méthodes les plus modernes de détection et d'exploitation des bases de données. Celles-ci consistent dans le « *datamining* », technique de balayage d'un ensemble de données à l'aide

124. Ou DSN. Aujourd'hui, une entreprise doit envoyer en moyenne une trentaine de déclarations sociales. La DSN doit remplacer par un dispositif unique et dématérialisé la plupart d'entre elles, notamment la déclaration unique de cotisations sociales, qui accompagne le règlement mensuel ou trimestriel des cotisations. Elle repose sur la transmission mensuelle des données individuelles des salariés à l'issue de la paie et le signalement des événements pertinents pour les organismes sociaux (exemple : ruptures de contrat de travail).

de fonctions de recherche paramétrées [125] et de « *datamatching* », technique de comparaison et de mise en correspondance de données, permettant en particulier de déceler des anomalies. Ces instruments permettent de mieux identifier les dossiers « à risque ». Ainsi, comme le souligne la délégation nationale à la lutte contre la fraude, le rapprochement des déclarations annuelles de données sociales et des bordereaux récapitulatifs de cotisations n'a pu encore aboutir. Les services fiscaux pour leur part se sont récemment dotés d'un outil interconnectant onze bases de données sur la base d'identifiants personnels pour chaque individu et entreprise.

En 2014, l'ACOSS envisage cependant d'identifier des profils à risque tant en matière d'irrégularités, relevant de contrôles comptables d'assiette, que de travail illégal, en s'appuyant sur ses services statistiques. Elle prévoit également des démarches visant au rapprochement de données nominatives, notamment issues des déclarations préalables à l'embauche et des déclarations annuelles de données sociales. Pour autant elle devrait également se préparer d'ores et déjà à exploiter aussi les potentialités liées à la généralisation au 1er janvier 2016 de la déclaration sociale nominative en engageant dès aujourd'hui les procédures requises, notamment auprès de la CNIL.

L'usage de ces techniques est encore moins avancé à la MSA, qui ne mène pas de politique fondée sur une analyse complète des risques. Elle n'a pas non plus renforcé le ciblage de ses actions de contrôle sur certains points méritant une attention particulière. Ainsi, elle n'a pas de stratégie spécifique en matière de fraude au détachement, malgré l'importance du recours à des travailleurs saisonniers étrangers dans le secteur agricole.

2 - Des moyens d'investigation à renforcer

Les moyens d'enquête en matière de fraude aux cotisations demeurent largement en-deçà des dispositifs prévus en cas de fraude fiscale. Seuls compétents pour le redressement des assiettes de cotisation sociale, les agents des URSSAF chargés du contrôle demeurent souvent dépendants de partenaires disposant de pouvoirs plus étendus. En outre, il n'existe pas dans ce domaine l'équivalent de la « police fiscale ».

La loi de lutte contre la fraude et la grande délinquance économique et financière a fait bénéficier les services fiscaux d'avancées

125. Notamment d'après des « profils » de fraudes et de fraudeurs potentiels, ou des « modèles comportementaux », établis à partir des contrôles et redressements antérieurs.

importantes, comme l'élargissement des moyens de preuves à toute information obtenue régulièrement par l'administration et l'accès au code source des logiciels de comptabilité, aux fins de déjouer les systèmes de caisse frauduleux. Dans le cadre des procédures judiciaires, les enquêteurs auront la possibilité de recourir à des techniques dites « spéciales » (par exemple : infiltration, mise sur écoute) en cas de fraude fiscale aggravée, cette qualification s'appliquant depuis cette loi aux infractions commises en bande organisée ou par le moyen d'entités détenues à l'étranger. Ont été instaurés une protection pour les « lanceurs d'alerte » et un statut de « repenti », qui peut avoir un rôle important à jouer dans le combat contre la fraude organisée[126].

Il importe d'examiner l'opportunité de transposer dans le domaine de la lutte contre la fraude aux cotisations certaines de ces dispositions afin de renforcer la capacité d'action des agents qui en sont chargés. La possibilité d'un accès aux codes sources des logiciels de comptabilité constitue notamment un levier déterminant pour pouvoir mieux détecter les fraudes aux cotisations.

3 - Des modalités de redressement à moderniser

Depuis 2008, les organismes chargés du recouvrement peuvent établir des redressements forfaitaires, quand le montant des cotisations éludées ne peut être précisément calculé, ce qui se produit fréquemment. Le contrôleur peut désormais appliquer un redressement forfaitaire sur la base de six SMIC mensuels, lorsque l'employeur n'apporte pas la preuve de la date d'embauche du salarié. Cependant, il ne peut appeler dans ce cadre aucune cotisation d'assurance chômage et le redressement forfaitaire auquel il est procédé n'a pas d'impact sur les droits à indemnités en la matière. Le champ de cette disposition mériterait d'être élargi.

Depuis 2007, les inspecteurs des URSSAF peuvent utiliser pour le calcul des redressements de cotisations des techniques d'échantillonnage et d'extrapolation, c'est-à-dire des méthodes statistiques. De fait, dans les très grandes entreprises, la vérification de certains points de législation, comme les frais professionnels, ne peut être réalisée de manière exhaustive compte tenu de la masse des documents requis.

126. S'y ajoute l'institution d'un procureur de la République financier exerçant une compétence nationale.

L'ACOSS n'a toutefois pas été en mesure de fournir de données sur le recours à ce mode de faire[127]. Au regard de la pertinence de ces instruments, elle devrait veiller à organiser leur montée en puissance, en fixant des objectifs appropriés, à l'échelle de l'ensemble de l'activité de recouvrement et pour chacune des URSSAF, en les accompagnant des actions de formation des inspecteurs concernés.

4 - Des majorations à rendre beaucoup plus dissuasives

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a porté à 25 % la majoration des redressements en cas de constat de travail dissimulé établi par procès-verbal, dans la limite de la prescription applicable en la matière (cinq ans). Cette majoration reste significativement en-deçà des sanctions applicables dans le cadre du contrôle fiscal : 40 % en cas de manquements délibérés (mauvaise foi) et 80 % en cas de « manœuvres frauduleuses »[128].

En définitive, les majorations restent relativement modestes. Ainsi, s'agissant d'un redressement forfaitaire correspondant à six mois de rémunération au SMIC, faute d'autres informations, la majoration faisant suite au constat de dissimulation totale d'un salarié s'élève à environ 4 300 €, si l'on se restreint au champ de la sécurité sociale et de l'assurance-chômage.

Ces sanctions apparaissent d'autant plus indispensables que les redressements prononcés ne portent souvent pas sur toutes les cotisations éludées. Sans ces majorations, le redressement pourrait rester inférieur au gain réalisé. Par ailleurs, les organismes chargés du recouvrement doivent procéder à l'annulation des exonérations ou réductions de cotisations auxquelles l'entreprise a eu droit pendant la même période[129].

Le renforcement nécessaire de la lutte contre la fraude aux cotisations suppose donc de renforcer le caractère dissuasif des sanctions

127. L'ACOSS a réalisé en 2007/2008 une enquête spécifique auprès de son réseau, soit alors 96 URSSAF et quatre caisses générales de sécurité sociale dans les DOM. Parmi elles, seules 30 ont lancé au moins une telle procédure de chiffrage, ces procédures n'ayant d'ailleurs pas toutes abouti.

128. Comme on l'a vu, la récente loi de lutte contre la fraude et la grande délinquance économique et financière a élargi la qualification de circonstance aggravante. Elle a également alourdi les sanctions correctionnelles.

129. Indépendamment des sanctions pénales (jusqu'à trois ans d'emprisonnement et une amende de 45 000 € pour les personnes physiques, jusqu'à la dissolution et 225 000 € d'amende pour une personne morale) et de certaines sanctions administratives.

et de porter les pénalités à des niveaux supérieurs, pour les rapprocher des montants prévus par le droit fiscal. Par ailleurs, afin de les rendre véritablement dissuasives, il convient de prendre en compte la probabilité de détection de la fraude, en moyenne très faible. De fait, la fraude aux cotisations sociales ne met pas moins en péril que la fraude fiscale l'ordre public qu'il soit économique (concurrence déloyale) ou financier (déséquilibres des comptes sociaux). De surcroît, elle porte atteinte aux droits sociaux des personnes concernées.

5 - Le besoin de nouveaux outils pour mieux assurer le recouvrement des redressements pour fraude

Le faible taux de recouvrement des redressements notifiés au titre du travail dissimulé tient au fait que plus d'une entreprise concernée sur deux cesse d'exister dans les deux ans, à la suite d'un dépôt de bilan ou d'une mise en liquidation judiciaire. Dans certains cas, le contrôle peut n'avoir fait que révéler sa non-viabilité dans des conditions normales, c'est-à-dire sans recours à la fraude.

Toutefois, la faiblesse du recouvrement est souvent la conséquence de stratégies menées par les responsables de la fraude pour ne pas honorer leurs obligations. Ainsi, du fait des fréquentes oppositions à contrainte demandées au tribunal des affaires de sécurité sociale, le jugement peut n'être prononcé qu'au bout de deux ans. Certains fraudeurs, profitant de ces délais, s'organisent pour ne pas régler leurs dettes alors qu'ils en auraient la capacité financière.

Différentes mesures ont cependant été prises pour permettre de saisir ou mettre sous séquestre des actifs, qu'il s'agisse de la procédure de flagrance sociale, de l'opposition à tiers détenteur (OTD) ou tendant à mettre en jeu la responsabilité du chef d'entreprise et du donneur d'ordre (renforcement des obligations de vigilance et de diligence). À ce jour, leur efficacité semble limitée. Ainsi la procédure d'OTD n'a pas la même efficacité que l'avis à tiers détenteur (ATD) dont disposent les services fiscaux. À la différence de celui-ci, l'opposition à tiers détenteur des organismes sociaux ne permet pas d'agir dans l'urgence, sa mise en œuvre se caractérisant par un formalisme plus lourd et par l'enchaînement de nombreuses étapes. La réflexion devrait porter non seulement sur l'amélioration de ces instruments, prévue par la COG État-ACOSS, mais aussi sur l'opportunité de dispositions complémentaires, par exemple en envisageant de ne plus subordonner la mise en jeu de la responsabilité du donneur d'ordre au manquement à une obligation de moyens, s'il est avéré qu'il a tiré profit de cette fraude, en particulier en cas de prix anormalement bas.

En tout état de cause, la mise en oeuvre de la COG devrait s'accompagner de la fixation d'un objectif en matière de recouvrement des redressements notifiés à la suite de constats de fraude, l'indicateur actuel étant dépourvu de valeur cible, avec ensuite une déclinaison dans les contrats particuliers de gestion avec les différentes URSSAF, les résultats actuels étant très inégaux d'un organisme à l'autre (de 4,6 % à 51,2 %).

C - Des coopérations et des mutualisations entre réseaux de recouvrement à systématiser

1 - La nécessité d'un partage accru de données et de bonnes pratiques

La fraude aux cotisations se combine fréquemment à la fraude fiscale (exemple : sous-déclaration d'activité d'un indépendant ou d'une entreprise), à la fraude aux prestations (exemple : travailleur non-déclaré percevant des indemnités de chômage), à des infractions à la législation du travail (en matière de salaire minimum, de conditions de travail, de licenciement etc.), à des infractions au droit au séjour en France ou au droit commercial (exemple : activité non déclarée permettant d'éviter l'application de certaines règlementations professionnelles). Aussi, les agents habilités à établir des procès-verbaux sont-ils, outre les inspecteurs du recouvrement, les inspecteurs du travail et les agents de police judiciaire, notamment.

À cet égard, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a introduit une disposition importante : la possibilité pour les organismes chargés du recouvrement de procéder au redressement « au réel » des cotisations dues sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis par les agents des différents corps compétents pour en dresser. Les URSSAF, malgré l'augmentation de leur part, ne sont à l'origine que de moins du quart des procès-verbaux de travail illégal.

De fait, cette forme de fraude n'est pas toujours motivée par le seul souci de limiter le montant des cotisations dues, mais aussi et parfois principalement, par la volonté d'éviter l'impôt, de contourner les règles du droit du travail, en matière d'horaires, de représentation collective etc. Outre les agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de MSA agréés et assermentés, peuvent établir des procès-verbaux de travail illégal, notamment : les inspecteurs et contrôleurs du travail, les officiers et agents de la police judiciaire, les agents des impôts et des douanes.

Afin que les procès-verbaux dressés par les autres corps de contrôle constituent une source plus importante de redressements[130], les dispositions nécessaires devraient être prises pour que le maximum d'entre eux soit directement exploitables et exploités.

Cette mission de partage des informations relatives aux procédures de travail illégal incombe aux comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF), qui ont connaissance de l'ensemble d'entre elles[131]. Cependant, ce type de transmission ne saurait garantir, en temps réel, une information sûre et complète. La constitution d'une base de données nationale, dont le projet avait été lancé en 2008[132], constituerait à cet égard un réel progrès en permettant aux différents partenaires de mettre en partage, renseigner, rechercher et suivre l'ensemble des procédures de travail illégal.

Les institutions concernées se transmettent au demeurant un ensemble de « signalements » qui ne se limitent pas à des procès-verbaux de travail illégal. Toutefois, au-delà d'échanges ponctuels, relatifs à des anomalies identifiées, la possibilité de croisements de fichiers, qui permettraient aux techniques de « *datamining* » et de « *datamatching* » évoquées plus haut de donner leur pleine mesure, devrait être promue, dans le respect des dispositions relatives à la protection des libertés individuelles et de la vie privée.

2 - Une mutualisation indispensable du contrôle des cotisations et de leur assiette

Les URSSAF, en sus des principaux prélèvements destinés au régime général, recouvrent et contrôlent des cotisations et contributions pour le compte de très nombreux autres organismes, parmi lesquels, en particulier, l'assurance-chômage depuis 2011. Le montant des redressements notifiés au titre des cotisations d'assurance-chômage est ainsi passé de 58,3 M€ en 2010 à 131,1 M€ en 2012.

Dans d'autres cas, elles se sont vu confier non la collecte mais la seule fonction de contrôle. De fait, il est plus expédient de contrôler toutes les cotisations en même temps, la fraude portant généralement sur

130. L'exploitation de procès-verbaux établis par des partenaires a donné lieu en 2013 à 1 094 actions ciblées de la part des URSSAF, sur un total de 8 073.

131. Par ailleurs, les CODAF servent de cadre à la réalisation de différents types de signalements entre partenaires et à l'organisation d'opérations de contrôle en commun. Ils sont à l'origine, en 2012, de la moitié de ces actions conjointes.

132. Baptisé « Suptil » (Suivi partagé des procédures de travail illégal). L'URSSAF de Paris-Région parisienne était alors censée en assurer la maîtrise d'œuvre.

plusieurs d'entre elles, voire sur toutes. Pour autant subsistent aujourd'hui des cotisations ne faisant l'objet d'aucun contrôle.

Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a étendu la compétence des agents des URSSAF à la vérification des cotisations dues aux institutions de retraite complémentaires des salariés. Plus de sept ans après le vote de cette disposition législative, elle n'a toutefois fait l'objet d'aucune mise en œuvre effective, les 56 Md€ annuels de cotisations concernées ne faisant dans les faits l'objet d'aucun contrôle. Les institutions de retraite complémentaires n'ont pas la capacité juridique d'y procéder et n'ont pas connaissance des constats de fraude dressés par les URSSAF.

Les spécificités de ce contrôle, liées à la nécessité d'individualiser les assiettes et les droits correspondants[133], ont exigé une discussion technique approfondie entre l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO. Toutefois rien ne justifie un retard aussi prolongé de mise en œuvre, d'autant qu'un projet a reçu l'accord de l'ACOSS et de l'AGIRC-ARRCO en 2009, puis en 2012. Il est indispensable que les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale reçoivent dans les plus brefs délais une application effective.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La fraude aux cotisations sociales représente un enjeu de très grande ampleur, largement sous-estimé fautes d'évaluations régulières et en raison du renouvellement rapide de ses formes, notamment par le biais des travailleurs détachés, dont l'impact est particulièrement difficile à apprécier.

Réalisée à la demande de la Cour, une étude de l'ACOSS en estime le montant à 20 Md€ en 2012, soit un quasi doublement en huit ans.

Des progrès ont certes été accomplis au cours de la période récente dans la lutte contre la fraude aux cotisations. Cette préoccupation est davantage présente dans le pilotage des organismes chargés du recouvrement, la détection et la répression se sont renforcées et les redressements notifiés à ce titre ont quelque peu augmenté.

Toutefois, les résultats obtenus restent extrêmement modestes. Les redressements ne représentent qu'environ 1,5 % de la fraude estimée dans

133 . Elles impliquent notamment de classer ce dernier dans une catégorie professionnelle (cadre, non-cadre), d'évaluer une assiette selon des règles présentant d'importantes différences avec celles du régime général, de la découper en tranches, puis d'appliquer des taux parfois propres aux secteurs concernés, afin de calculer les cotisations dues et de valider les droits acquis par chaque participant.

le champ de la sécurité sociale et les montants effectivement recouvrés sont dérisoires.

Certaines cotisations, comme celles des régimes de retraite complémentaire obligatoire de salariés, ne font toujours l'objet d'aucun contrôle, la lutte contre la fraude aux cotisations dues au régime social des indépendants reste inexistante alors même que la sous-déclaration des revenus reste importante chez les travailleurs indépendants et, dans le secteur agricole, insuffisamment professionnalisée. Les techniques modernes de détection de la fraude ne sont pas généralisées. Les moyens d'investigation et de sanction demeurent très largement en retard sur ceux dont disposent les services fiscaux. Dans un contexte de multiplicité des organismes chargés du recouvrement, la coopération entre services au niveau national et local se développe mais les signalements transmis d'une institution à l'autre ne sont pas automatisés et les outils de croisement de fichiers notamment entre services fiscaux et sociaux restent sous-utilisés.

Dans un contexte où doivent être pleinement mobilisés tous les leviers nécessaires au redressement des comptes sociaux selon une logique d'efforts justement partagés, la lutte contre la fraude doit considérablement se renforcer et se moderniser. Elle minore les droits sociaux des personnes concernées au risque d'une précarisation sociale grandissante. Elle introduit des distorsions de concurrence entre agents économiques et affaiblit l'adhésion aux régimes sociaux. À tous égards, elle doit constituer une priorité nettement accrue de l'action publique.

La Cour formule les recommandations suivantes :

10. procéder à intervalle régulier à une estimation de la fraude aux cotisations sociales, selon une méthodologie rigoureuse et harmonisée appliquée à un champ exhaustif ;

11. renforcer les moyens d'action des organismes sociaux contre la fraude aux cotisations, notamment en renforçant leurs pouvoirs d'investigation, en les dotant de nouveaux outils plus efficaces en matière de recouvrement des montants redressés et en augmentant fortement les pénalités ;

12. mettre en place sans délai le contrôle par les URSSAF des cotisations aux régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés ;

13. mobiliser fortement la MSA sur les enjeux de la lutte contre la fraude aux cotisations par la fixation d'objectifs spécifiques, accompagnée de la révision de ses procédures et d'une réorganisation de ses moyens ;

14. faire de la lutte contre la fraude aux cotisations une priorité du RSI, en restaurant sans délai une politique d'ensemble fixant aux caisses locales des objectifs de taux de contrôle, de redressement et de recouvrement ;

15. constituer dans la branche recouvrement du régime général, en tant que de besoin, des équipes inter-régionales de lutte contre la fraude et créer une direction nationale d'enquête chargée de combattre la « grande fraude » celle qui concerne les grandes entreprises.

DEUXIÈME PARTIE

DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À MODERNISER POUR UN PILOTAGE PLUS EFFICACE DES FINANCES SOCIALES

Chapitre V

Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir

PRÉSENTATION

Depuis l'institution des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) par la révision constitutionnelle du 22 février 1996, complétée par la loi organique du 22 juillet 1996 qui en précisait le contenu, c'est à partir d'elles que s'est organisé le pilotage financier de la sécurité sociale.

Par le vote de la loi de financement, le Parlement se prononce en effet chaque année sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et fixe ses objectifs de dépenses, en particulier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce texte lui permet en outre de disposer d'une information qui n'a cessé de s'enrichir au fil des années sur les grandes orientations des politiques suivies en matière de santé, de famille et de retraite et leurs modes de financement ainsi que sur la gestion des organismes de sécurité sociale.

À l'approche des dix ans de la loi organique du 2 août 2005 qui en avait rénové le cadre, la Cour a cherché à évaluer l'adaptation de ce dispositif à un contexte profondément renouvelé par l'instauration des lois de programmation des finances publiques (LPFP) en 2008 et la transposition, par la loi organique du 17 décembre 2012 des dispositions du traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire (TSCG).

Elle a constaté que le cadre fourni par les lois de financement de sécurité sociale se révèle désormais mal adapté au nouveau contexte de pilotage des finances publiques (I). Une rénovation des principaux instruments qu'elles comportent pour agir sur les dépenses et pour maîtriser la dette est devenue nécessaire (II). Une meilleure articulation de leur examen par le Parlement avec celui des autres lois financières apparaît également souhaitable (III).

I - Un cadre mal adapté au nouveau contexte de pilotage des finances publiques

Les lois de financement sont toujours largement déterminées par le cadre qui leur avait été donné par les deux lois organiques de 1996 et 2005, seulement ajusté à la marge depuis. Leur périmètre reste ainsi plus restreint que celui de la protection sociale dans sa globalité qui est maintenant retenu pour le découpage des finances publiques en sous-ensembles. Leur mise en cohérence avec la logique de solde et d'effort structurels de la loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques n'est que

partielle. Leur approche pluriannuelle en matière de dépenses apparaît limitée.

L'architecture des lois de financement de la sécurité sociale

La première des quatre parties de la LFSS couvre l'exercice écoulé. Elle est comparable, dans le domaine social, à la loi de règlement du budget de l'État.

Une deuxième partie contient les dispositions affectant l'exercice en cours, appuyée sur des prévisions mises à jour au moment de la préparation du projet de loi en septembre. Elle se rapproche d'une loi de financement rectificative.

La troisième partie porte sur l'exercice à venir. Elle « détermine (…) de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible[134]. » Elle comporte des tableaux d'équilibre présentant recettes, objectifs de dépenses et soldes pour tous les régimes de base de sécurité sociale ou pour le seul régime général, par branche ou pour l'ensemble. Les différentes catégories de recettes sont retracées dans cette section, qui s'apparente ainsi à ce qu'est pour l'État la première partie des lois de finances.

La dernière section, qui ressemble, sans avoir le même degré de précision, à la deuxième partie des lois de finances, comporte les articles décrivant les prévisions de dépenses et les dispositions les affectant.

Onze annexes et trois rapports joints, dont l'un contient des projections pluriannuelles, complètent l'information du Parlement.

Des lois de financement rectificatives de la sécurité sociale (LFRSS) peuvent en cours d'année corriger l'équilibre attendu ou décider de mesures nouvelles.

A - Un champ à élargir à l'ensemble de la protection sociale obligatoire

Les lois de programmation des finances publiques et les programmes de stabilité et de croissance présentés désormais chaque année aux institutions européennes portent sur l'ensemble des administrations publiques (APU), c'est-à-dire des administrations publiques centrales (APUC), des administrations publiques locales (APUL) et des administrations de sécurité sociale (ASSO).

Le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale n'englobe pour sa part que les régimes obligatoires de sécurité sociale et

134. Article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

les organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit.

Leur champ ne recouvre ainsi qu'une partie seulement, certes la plus importante, des administrations de sécurité sociales au sens de la comptabilité nationale[135]. Certains organismes de protection sociale obligatoire entrant dans le périmètre de ces dernières font ainsi l'objet d'engagements auprès des institutions européennes en dehors de tout cadre formalisé national.

Il en est ainsi notamment des régimes sociaux conventionnels que sont d'une part les régimes de retraite complémentaire obligatoire[136] et d'autre part l'assurance chômage gérée par l'Unédic. Les masses financières en cause sont importantes, tant en valeur absolue (101,8 Md€ de dépenses en 2012 au total) qu'en proportion de celles retracées par les lois de financement (451,4 Md€ de dépenses cette même année[137]).

Les programmes de stabilité et de croissance comportent ainsi des engagements d'économies[138] qui n'ont pas été débattus préalablement avec les gestionnaires de ces régimes, ne sont pas insérées dans une perspective claire et transparente de pilotage des finances publiques au regard en particulier de la contribution respective des différentes composantes du sous-secteur des administrations sociales à la maîtrise de l'évolution des dépenses et ne sont assortis d'aucun dispositif de suivi ou d'intervention[139].

135. Au sein du périmètre administrations de sécurité sociale, l'INSEE ne publie pas la répartition des recettes et des dépenses des régimes d'assurance sociale.

136. Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) ; association des régimes de retraite complémentaires (ARRCO) ; institution de retraite complémentaire des agents non-titulaires de l'État (IRCANTEC).

137. 66,6 Md€ pour les régimes complémentaires de retraite obligatoire, 35,2 Md€ pour l'assurance chômage en 2012, soit un total de 101,8 Md€ représentant 18,4 % du total des dépenses retracées en loi de financement et de celles des régimes sociaux conventionnels en 2012.

138. Dans celui de 2014 : Unédic, 1,5 Md€ au-delà de celles prévues dans la convention d'assurance chômage signée au printemps 2014 ; régimes de retraites complémentaires, 2 Md€ au-delà de celles prévues dans l'accord signé par les partenaires sociaux en mars 2013.

139. Les conventions négociées par les partenaires sociaux sont toutefois soumises à l'agrément de l'État, qui garantit en outre la dette de l'Unédic. Les accords paritaires relatifs à l'AGIRC ARRCO donnent lieu à des arrêtés d'extension, pour lesquels l'administration se borne essentiellement à vérifier la légalité des dispositions décidées par les partenaires sociaux.

La Cour, dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juillet 2012, avait ainsi indiqué que « des réflexions pourraient être engagées sur une éventuelle extension du champ des lois de financement de la sécurité sociale à l'ensemble des organismes de protection sociale obligatoire pour les transformer en « lois de financement de la protection sociale obligatoire ». Elle ajoutait que, « s'agissant des régimes sociaux conventionnels (essentiellement l'Unédic et l'AGIRC-ARRCO), la loi de financement de la protection sociale obligatoire pourrait incorporer le cadre financier dans lequel, à l'issue d'une concertation avec ces régimes, devront évoluer leurs recettes et dépenses, en cohérence avec les engagements relatifs aux administrations publiques. L'agrément ministériel pourrait être lié à ce cadre financier »[140].

Cette extension du périmètre des lois de financement permettrait de soumettre au Parlement chaque année des tableaux d'équilibre, des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses pour le régime général, les régimes obligatoires de base et les régimes sociaux conventionnels. Les projections pluriannuelles de recettes, de dépenses et de soldes, qui figurent en annexe des lois de financement pour le régime général et les régimes obligatoires de base, seraient étendues aux régimes sociaux conventionnels. Ainsi formulé, cet élargissement permettrait d'améliorer la cohérence et la solidité de la conduite des finances publiques dans son ensemble, sans porter atteinte au paritarisme ni aux spécificités du champ conventionnel.

La Cour a par ailleurs proposé en juin dernier[141] que la loi de programmation des finances publiques comprenne un objectif d'évolution des dépenses publiques décliné par catégories d'administration. S'agissant des administrations de sécurité sociale, un nouvel objectif d'évolution des dépenses de protection sociale obligatoire qui figurerait en loi de programmation pourrait trouver une traduction annuelle dans la loi de financement élargie, avec les objectifs de dépenses pour le régime général, les régimes obligatoires de base et les régimes sociaux conventionnels.

140. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, La Documentation française, juillet 2012, p. 193, disponible sur www.ccomptes.fr.

141. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, La Documentation française, juin 2014, p.190 à 196, disponible sur www.ccomptes.fr.

B - Une mise en cohérence à renforcer avec la logique de solde et d'effort structurel

Les lois de financement de la sécurité sociale ne comprennent que des indications rétrospectives et partielles sur les soldes structurels et ne détaillent pas l'effort structurel, alors même que ces notions jouent désormais un rôle déterminant dans le pilotage des finances publiques.

La portée des notions de solde et d'efforts structurels dans le pilotage des finances publiques

Les États membres européens doivent non seulement respecter le critère de déficit nominal de 3 % des administrations publiques qui est au fondement de l'Union économique et monétaire, mais également, depuis le traité sur la stabilité, la coopération et la gouvernance au sein de cette dernière, observer un objectif de moyen terme d'équilibre structurel des administrations publiques 142 ou, à défaut, se donner une trajectoire pluriannuelle de retour vers cet objectif.

La notion de solde structurel a été construite pour caractériser l'équilibre des finances publiques d'un État indépendamment de la position de son économie dans le cycle économique. Son calcul repose donc sur l'écart entre le PIB et le PIB potentiel, c'est-à-dire la production qu'il est possible de réaliser, les grandeurs fondamentales de l'économie considérée (emploi, capital, productivité) étant données, sans tension sur les facteurs de production. Une décomposition du solde public en une composante conjoncturelle, captant les postes de recettes et de dépenses affectés par le cycle économique, une composante structurelle, correspondant à ce qui serait observé si le PIB était égal à son potentiel et des mesures ponctuelles et temporaires est ainsi rendue possible.

Les variations du solde structurel d'une année sur l'autre ne permettent cependant pas de mesurer exactement la dimension de l'effort « discrétionnaire », c'est-à-dire réalisé sous forme de mesures nouvelles pérennes, qui a été consenti. La notion d'effort structurel a donc été développée en complément de celle de solde structurel. Elle a été consacrée par l'article premier de la loi organique du 17 décembre 2012 qui la définit comme « l'incidence des mesures nouvelles sur les recettes et la contribution des dépenses à l'évolution du solde structurel ».

Une meilleure prise en compte dans la loi de financement de la sécurité sociale de la composante « discrétionnaire » des soldes et de leur projection pluriannuelle permettrait de renforcer la conduite de la trajectoire de redressement des comptes sociaux.

142. Cet objectif à moyen terme (OMT) ne peut être, dans le cas général, supérieur à 0,5 %.

1 - Un effort structurel imparfaitement documenté

La loi organique du 17 décembre 2012 a introduit l'obligation d'indiquer dans un rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale « pour l'année à laquelle il se rapporte, l'évaluation prévisionnelle de l'effort structurel (…) des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale »[143].

Cette disposition a trouvé à s'appliquer pour la première fois dans le projet de loi de financement pour 2014. L'effort structurel y est estimé globalement, à 0,4 point de PIB ou à 8,5 Md€, mais la présentation qui est faite dans son annexe 9 de l'impact financier des mesures nouvelles ne permet pas de justifier précisément ces montants, notamment parce que la distinction entre mesures structurelles et mesures exceptionnelles n'est ni explicite ni documentée.

Il apparaît ainsi nécessaire de justifier de façon beaucoup plus nette la décomposition de l'effort structurel relevant des lois de financement de la sécurité sociale en application des dispositions de la loi organique précitée.

2 - Une absence de prévision du solde structurel

S'agissant du sous-secteur des administrations de sécurité sociale (ASSO), le solde et l'effort structurel apparaissent dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, pour l'année passée, l'année en cours et l'année à venir. Dans ce périmètre, une projection pluriannuelle des soldes structurels est annexée à la loi de programmation des finances publiques, qui permet ainsi une vision prévisionnelle.

En revanche, le projet de loi de financement de la sécurité sociale se limite dans son annexe 1 à présenter des séries rétrospectives sur les soldes structurels du régime général, sur la base de travaux de la direction générale du Trésor[144], mais ne comporte pas de données prospectives.

Certes, l'élargissement proposé *supra* du champ de la loi de financement à l'ensemble de la protection sociale obligatoire ferait disparaître l'essentiel des difficultés issues de ces différences de périmètre.

---

143. LO n° 2012-1403 du 17 décembre 2012, article 9-II.

144. Emmanuel Bretin et Raphaël Soulignac, *Le solde structurel des administrations de sécurité sociale : méthode et évaluation*, Cahier de la DG Trésor, 2009/12, décembre 2009.

Dans l'immédiat toutefois, la loi de financement pourrait comprendre des projections de soldes et d'efforts structurels pour les régimes obligatoires de base qui complèteraient et prolongeraient les informations rétrospectives actuelles. Ces données permettraient d'associer à la trajectoire de retour à l'équilibre effectif une information de moyen terme affranchie des fluctuations conjoncturelles, qui illustrerait la part discrétionnaire des projections de soldes relevant du périmètre de la loi de financement. Cette décomposition plus fine des projections de soldes renforcerait le pilotage des finances sociales.

Rien ne s'y oppose d'ailleurs sur un plan technique, les études précitées de la direction générale du Trésor montrant qu'en dépit des difficultés posées par les variations de périmètre et les transferts entre État et sécurité sociale, aucun obstacle insurmontable n'empêche une évaluation prospective du solde structurel portant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Un passage entre comptabilités de loi de financement et loi de programmation à mieux expliciter

Les tableaux d'équilibre, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de la loi de financement de la sécurité sociale sont exprimés en comptabilité générale en droits constatés, alors que les trajectoires de soldes effectifs et structurels de la loi de programmation des finances publiques sont exprimées en comptabilité nationale[145], en particulier pour le sous-secteur des administrations de sécurité sociale (ASSO).

Or ni la loi de financement, ni la loi de programmation ne contiennent, dans leurs annexes, de tableaux permettant de comprendre le cheminement entre ces deux présentations[146]. Des clefs de passage explicites entre ces trajectoires devraient donc être construites, malgré certains obstacles techniques qui ne semblent pas insurmontables[147]. Les

145. Selon la norme européenne SEC95, puis SEC 2010 pour les comptes publiés à partir du 15 mai 2014.

146. Les LPFP présentent à la fois la décomposition des soldes effectifs annuels par sous-secteurs des administrations publiques (en comptabilité nationale) et les objectifs de dépenses par branche, ainsi que le montant en valeur de l'ONDAM (en comptabilité générale).

147. Le décalage dans le temps entre le programme de stabilité et de croissance, préparé en avril et le PLFSS, mis au point en septembre, est susceptible de s'accompagner d'une évolution des hypothèses macro-économiques et de l'intervention d'éléments exogènes nouveaux : ces différences peuvent être expliquées. Par ailleurs, le passage entre la comptabilité générale et la comptabilité nationale entraîne des écarts dont certains, dits « corrections de synthèse », ne sont pas calculés de façon prévisionnelle et représentent des différences modestes.

administrations concernées devraient s'attacher à présenter, dans les annexes des lois de financement, leurs principaux éléments de cadrage (dépenses, recettes, soldes) au format de la comptabilité nationale.

C - Une approche pluriannuelle des objectifs de dépenses à mieux étayer

Un rapport accompagnant le projet de loi de financement décrit, aux termes de la loi organique du 2 août 2005, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base, ainsi que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), pour les quatre années à venir. En outre, les tableaux d'équilibre des branches et les objectifs de dépenses respectent les limites fixées par les lois de programmation des finances publiques et les engagements pris dans les programmes annuels de stabilité et de croissance, sauf événement intervenu entre-temps.

Pour autant, cet emboitement entre les textes portant sur les finances publiques dans leur ensemble et les lois de financement de la sécurité sociale n'est satisfaisant qu'en apparence en matière de dépenses. Les objectifs de dépenses, instruments concrets de l'ajustement à moyen terme, ne détaillent pas en effet les mesures d'économies à prendre sur la période concernée.

1 - Un ONDAM à décliner pluriannuellement en sous-objectifs et à compléter de mesures d'économies

L'absence de perspective pluriannuelle et le primat du court terme oriente mécaniquement les politiques de réduction des déficits vers les mesures d'augmentation des ressources plutôt que vers les mesures d'économies, car les premières ont en général des effets plus rapides sur les comptes. La perspective de terme rapproché a aussi des effets sur la nature des économies préférentiellement mises en œuvre.

L'examen de celles qui l'ont été au titre de l'ONDAM pendant les dernières années montre une concentration des efforts sur le court terme, baisses de tarifs pour certaines catégories de professionnels, ajustement des prix de médicaments ou de dispositifs médicaux etc. La proportion de ce type de mesures par rapport au total oscille entre 60 % en 2014 et les deux tiers en 2012. Les économies de nature plus structurelle, portant sur le volume, l'organisation ou le mode de fonctionnement de l'offre de soins n'ont qu'un poids bien moindre. Elles ne sont en outre que peu détaillées. Par exemple, la « maîtrise médicalisée des dépenses », dans le

secteur de la médecine de ville, ne renvoie pas à une liste d'opérations chiffrables dont l'effet est individuellement et financièrement mesurable, mais à un écart par rapport à la tendance évalué globalement par la CNAMTS. Les mesures concernant l'hôpital étaient, jusqu'en 2010, présentées en bloc, sans être déclinées en mesures précises. Elles sont maintenant davantage documentées, mais renvoient en partie à des programmes généraux (achats, performance et efficacité de la prise en charge) qui correspondent davantage à des espoirs de gains qu'à des moindres dépenses exactement chiffrables.

Or, même si les possibilités de réajustements tarifaires demeurent considérables ainsi que la Cour le met régulièrement en lumière[148], les marges d'économies pérennes pour le futur se situent davantage encore du côté de l'adaptation de l'offre de soins et exigent des réformes de nature structurelle qui par leur complexité même ne peuvent que s'inscrire dans une approche pluriannuelle en termes de déclinaison des actions nécessaires et de dégagement progressif des économies recherchées.

La formulation actuelle de l'ONDAM, dont la programmation pluriannuelle porte seulement, dans le rapport B joint à la LFSS, sur l'évolution en pourcentage de la valeur totale de l'objectif, sans aucune précision sur ses composantes, est à cet égard insuffisante. Elle ne précise ni les leviers à mobiliser dans les principaux champs de dépenses ni les objectifs d'économies qui leur sont liés.

Il conviendrait ainsi de décliner beaucoup plus finement, dans le rapport B joint au PLFSS, la trajectoire pluriannuelle présentée pour l'ONDAM en documentant l'évolution prévue des différents sous-objectifs au-delà du seul exercice à venir et en précisant les mesures associées à leur respect et les objectifs d'économies prévus à cet égard pour chacun des exercices concernés sur la période de programmation.

2 - Mieux suivre la réalisation des objectifs pluriannuels de dépenses des branches vieillesse et famille

Les objectifs pluriannuels de dépenses des branches de la famille et de la vieillesse figurant en loi de financement ne sont pas non plus soutenus par la présentation des mesures visant à permettre de les atteindre. Si la mise en œuvre du plan annoncé par le Gouvernement le 3 juin 2013 pour réformer la politique familiale a bien été, pour les

148. Cf. en particulier dans ce rapport le chapitre IX, la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés et le chapitre X, les dispositifs médicaux : une dépenses non maîtrisée.

dispositions qui le concernaient, reprises dans le projet de loi de financement pour 2014, il n'en est pas de même pour la réforme des retraites, qui a été portée par un véhicule particulier, la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites du 20 janvier 2014.

Il n'est certes pas dans la nature des lois de financement de se substituer aux lois de réforme sectorielles. En revanche, la comparaison régulière des objectifs d'évolution pluriannuelle de la branche vieillesse et de son équilibre avec les effets prévisionnels de la loi concernée en termes de maîtrise de la dépense et de soutenabilité et les résultats réellement observés tels que mis en lumière par le comité de suivi de la réforme des retraites institué par ce texte devrait figurer dans les lois de financement de la sécurité sociale. Le Parlement disposerait ainsi d'une vue complète le mettant en situation d'apprécier la nécessité d'éventuelles mesures destinées à corriger les difficultés le cas échéant ainsi mises en évidence Un dispositif analogue pourrait être envisagé pour la branche famille.

II - Des instruments à rénover pour affermir la maîtrise de la dépense sociale

La réalisation des objectifs d'équilibre qui sont assignés aux lois de financement est tributaire de l'efficacité des instruments d'action dont elles sont dotées. Dans les deux domaines les plus importants, celui de la maîtrise du niveau effectif des dépenses et celui des mécanismes limitant le recours à l'emprunt, les disciplines se sont renforcées au cours des dernières années. L'impact réel des objectifs de dépenses reste cependant encore trop faible et les plafonds d'endettement autorisés par les lois de financement ont été largement détournés de leurs objectifs.

A - Accroître la portée des objectifs de dépenses

1 - Un ONDAM à élargir et à compléter

Les dépenses couvertes par l'ONDAM [149] ne recouvrent pas exactement le champ des dépenses des branches maladie et accident du travail-maladie professionnelles. Leur périmètre est de fait plus limité.

149. L'ONDAM couvre en 2014 plus de 179 Md€ de prestations, soit près de 40 % du total des charges recensées par la loi de financement.

S'agissant des seules prestations[150], la commission des comptes de la sécurité sociale identifie 16,2 Md€ de dépenses du régime général maladie et AT-MP en 2014 qui ne sont pas repris dans l'ONDAM, soit un dixième du total de l'objectif. Elles comprennent en particulier les prestations d'invalidité (5,4 Md€), les indemnités journalière maternité et paternité (3 Md€), certaines dépenses des établissements médico-sociaux qui font partie de l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social (1,0 Md€) et les prestations d'incapacité permanente au titre des AT-MP (4,4 Md€).

Ces prestations ont évolué, au cours des dernières années, à un rythme supérieur à celui de l'ONDAM.

Tableau n° 47 : taux d'évolution comparée des prestations maladie et AT-MP du régime général dans et hors de l'ONDAM

En %

Prestations maladie et AT-MP	2012/2011	2013/2012	2014/2013 (prévision)	2014/2011
Champ ONDAM	2,7	2,1	2,7	7,7
Champ hors ONDAM	7,4	2,3	3,5	13,8

Source : rapport CCSS, juin 2014

Ce dynamisme est en particulier dû à la croissance des prestations d'invalidité (+19,8 % entre 2011 et 2014, dont +8,4 % en 2012 par rapport à 2011), qui représentent un tiers des dépenses hors ONDAM et 45 % de leur progression de 2011 à 2014. Comme la Cour l'a déjà souligné[151], l'assurance invalidité n'a été adaptée ni à l'évolution des besoins des assurés ni à un contexte institutionnel qui a fortement changé, avec pour conséquence de ce défaut de pilotage, une dépense difficile à évaluer et peu analysée malgré son poids. Le fait que ce champ ne soit

150. Hors prestations, ne figurent pas aussi dans l'ONDAM certaines dépenses de fonds et d'organismes pour un total de l'ordre d'1 Md€ (prévention, action sanitaire et sociale, subventions à certains organismes comme l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux –ANAP-, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation -ATIH-, la Haute Autorité de santé –HAS- ou encore l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux –ONIAM- et certaines dotations ou frais de gestion, principalement les charges de gestion administrative qui sont régulées par une convention d'objectifs et de gestion entre la branche maladie et l'État.

151. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XV : l'invalidité et l'inaptitude dans le régime général, septembre 2010, p. 395-425, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

pas intégré à l'ONDAM a facilité des retards de modernisation préjudiciables.

Le maintien d'un écart significatif entre les dépenses réelles de la sécurité sociale et l'ONDAM réduit l'efficacité du pilotage de celles-là par celui-ci. Une plus forte cohérence est souhaitable en intégrant à terme dans l'ONDAM la totalité des dépenses d'assurance maladie et AT-MP. Pourraient être intégrées au moins dans une première étape, les prestations d'invalidité (qui prennent le relais des indemnités journalières maladie, qui sont dans l'ONDAM), les indemnités journalières maternité et paternité[152] ainsi que la partie des dépenses de l'OGD médico-social aujourd'hui hors ONDAM. Ces dépenses représentent près de 60% de ces prestations hors ONDAM et de leur progression estimée sur la période 2011-2014.

2 - Etendre le pilotage infra-annuel à la branche famille

Les objectifs de dépenses que comporte la loi de financement sont au nombre de cinq, un pour chacune des quatre branches de la sécurité sociale (maladie, vieillesse, accidents du travail-maladies professionnelles - AT-MP -, famille), auxquels s'ajoute l'ONDAM, décliné lui-même en sous-objectifs[153]. Le respect de ces objectifs de dépenses dans la durée appelle à privilégier les réformes structurelles de nature à dégager des gains d'efficience durables. Néanmoins, elles ne sont pas exclusives d'un suivi attentif de la dépense en cours d'année et, le cas échéant, de mesures de freinage à effet immédiat sur certaines d'entre elles afin de conforter une trajectoire de dépenses et de solde.

De fait, la portée concrète en gestion des objectifs de dépenses autres que l'ONDAM apparaît très réduite, ce qui appelle une réflexion sur les modalités de leur renforcement.

S'agissant de l'ONDAM, un ensemble d'instruments permettant de suivre de près son exécution et de prendre des mesures rapides de correction si la trajectoire attendue n'est pas respectée s'est développé depuis plusieurs années. Un comité de pilotage de l'ONDAM a été mis en place depuis 2011, appuyé, pour le sous-objectif des dépenses

152. La Cour propose dans le présent rapport d'inclure la totalité de la dépense de maternité à l'ONDAM pour garantir l'effectivité du pilotage du parcours de soins associé à la grossesse et à la naissance. Voir dans le présent rapport chapitre XIII : l'assurance maternité : une place à clarifier

153. Ils se montent dans la LFSS 2014 à 194,1 Md€ pour la maladie, 221,0 Md€ pour la vieillesse, 59,2 Md€ pour la famille, 23,3 Md€ pour les AT-MP et 179,2 Md€ pour l'ONDAM.

hospitalières, sur un gel de 0,30 % de sa valeur, positionné sur des dépenses non obligatoires. Un coefficient prudentiel de régulation sur les tarifs hospitaliers s'est substitué à une partie du gel en 2013, après que le sous-objectif correspondant avait été plusieurs fois dépassé. Ce dispositif de suivi conduit à analyser l'ONDAM comme une règle budgétaire nationale au sens de la réglementation communautaire[154].

En revanche, ce pilotage infra-annuel est inexistant pour les autres objectifs de dépenses de la loi de financement. Il pourrait être envisagé de l'étendre sous une forme adaptée à la branche famille afin de s'assurer que les charges de l'exercice ne dépassent pas ce qui a été prévu dans la loi de financement.

Plusieurs leviers sont envisageables pour infléchir une évolution de la dépense qui apparaîtrait trop rapide au regard des objectifs votés. Rendre conditionnelle la mise en œuvre de certaines mesures positives contenues dans la loi de financement serait une première possibilité. Une seconde voie se traduirait, comme pour l'ONDAM, par un gel *ex ante* de certaines dépenses, permettant la constitution de réserves de précaution qui ne seraient libérées que dans la mesure où les objectifs de dépenses seraient tenus. Ce gel de précaution ne porterait pas sur les dépenses obligatoires de prestations, mais pourrait affecter une part des prestations extra légales, les crédits affectés aux dépenses administratives et à l'action sociale.

Cette seconde méthode de maîtrise infra-annuelle permettrait de mobiliser des montants financiers importants. La masse des dépenses hors prestations représentait en effet plus de 12 % des dépenses pour la branche famille en 2012. Au regard de ces chiffres, les dépassements des objectifs de dépenses initialement fixés sont modestes, puisqu'ils n'ont jamais atteint 2 % au cours des huit dernières années et sont en général restés très en deçà de ce niveau[155]. Une régulation appuyée sur un gel de certaines dépenses pourrait ainsi se concrétiser sans compromettre l'essentiel de l'action sociale ou du fonctionnement.

154. Voir les développements sur les objectifs et les règles budgétaires nationales dans le rapport Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2014, p. 182 à 186, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

155. Cf. chapitre VI, les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer.

B - Rendre plus responsabilisant le financement des déficits sociaux

1 - Un traitement de la dette détourné de ses objectifs

Comme la Cour l'a déjà souligné[156], la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), créée[157] en 1996 avec un terme initial fixé à 2009 pour cantonner et amortir progressivement par un prélèvement spécifique au champ très large la contribution au remboursement de la dette sociale, n'a pas été l'instrument de maîtrise des déficits qu'elle entendait originellement constituer. Elle a bien au contraire facilité leur succession presqu'ininterrompue depuis cette date en permettant l'accumulation au fil des années d'une dette sociale considérable à l'amortissement régulièrement reporté dans le temps.

Pour tenter de mettre un frein à ce processus, la loi organique du 2 août 2005 a subordonné tout nouveau transfert à la CADES à une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale. Pour autant, un allongement de quatre ans de la durée d'amortissement de la dette a été décidé par la loi organique du 13 novembre 2010, par dérogation aux dispositions précédentes. La loi de financement pour 2011, consécutive à la loi de réforme des retraites de 2010, a décidé aussi d'importants transferts, accompagnés cependant des ressources correspondantes.

Le frein à l'accumulation de la dette mis en place en 2005 n'a donc montré qu'une efficacité très relative, même si la nécessité de l'affectation d'une ressource nouvelle en cas de nouveau transfert est d'autant plus exigeante que la date de fin d'amortissement de la Caisse se rapproche.

De ce fait, un endettement à court terme important s'est développé à l'ACOSS, chargée de centraliser les besoins de trésorerie du régime général. Cela a entraîné de fréquents relèvements du plafond d'endettement de cette agence en loi de financement.

156. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre III : le financement des déficits sociaux, La Documentation française, septembre 2011, p. 77-105, disponible sur www.ccomptes.fr.

157. Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996.

Tableau n° 48 : somme de la dette CADES restant à amortir et de la dette courante des organismes de sécurité sociale

En Md€ et en points de PIB

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dette CADES	72,7	75,6	73	80,1	91,8	86,7	142,8	137,5	132
Dette « courante »[158]	9,3	14,8	25,7	37,7	27,5	56,2	11,5	23,2	32,4
Total	82	90,4	98,7	117,8	119,3	142,9	154,3	160,7	164,4
Proportion par rapport au PIB	4,8	5	5,2	6,1	6,3	7,4	7,7	7,9	8

Source : PLFSS

Comme la Cour l'a déjà signalé, cette situation porteuse de dangers, qu'il s'agisse de la liquidité ou du risque de remontée des taux, procède d'une lecture extensive des textes, puisque la loi organique entendait couvrir, en autorisant des plafonds d'endettement, de simples « besoins ponctuels de trésorerie » et non des besoins permanents de financement.

2 - Interdire à terme les reprises de la composante structurelle de la dette par la CADES

La Cour avait recommandé en 2011 que par une disposition de loi organique et dans le cadre de la trajectoire de retour à l'équilibre, un transfert automatique à la CADES soit fait en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV.

Alors même que des incertitudes pèsent sur la programmation du retour à l'équilibre projetée d'ici 2017 par la loi de financement rectificative pour 2014, du fait notamment des hypothèses d'amélioration rapide de la conjoncture, des déficits restent programmés, qui ne sont pas couverts par les autorisations de transferts à la CADES. Ils concernent principalement les branches maladie et famille du régime général[159]. Il

158. Selon le programme de qualité et d'efficience « financement », cette donnée correspond au solde cumulé du régime général net des reprises de dettes, au solde cumulé du FSV net des reprises de dettes et au solde cumulé du régime des exploitants agricoles net des reprises de dettes.

159. Cf. chapitre I du présent rapport, « les déficits et l'endettement de la sécurité sociale ». Sur la base des projections associées à la loi de financement rectificative du 8 août 2014 les déficits prévisionnels des branches du régime général et du FSV qui ne seraient pas couverts par les autorisations de transferts déjà votées s'élèveraient à un peu plus de 11 Md€ d'ici 2018.

importe donc au minimum, dans le prolongement de la recommandation de la Cour de 2011, que le transfert de ces déficits résiduels qui s'inscrivent dans une trajectoire de retour à l'équilibre soit organisé rapidement et que les ressources appropriées soient dégagées de façon à ne pas allonger la durée de vie de la caisse.

Au-delà de cette phase de retour à l'équilibre effectif des régimes obligatoires de sécurité sociale telle qu'elle ressort de la programmation actuelle, il importe de garantir pour l'avenir qu'une spirale de la dette sociale ne sera pas relancée par une nouvelle accumulation de déficits structurels. La Cour en a déjà souligné les risques : elle revient à reporter sur la génération montante la charge de transferts sociaux dont ont bénéficié celles qui l'ont précédée.

Comme la Cour l'a déjà signalé, la CADES, dispositif provisoire de cantonnement d'une dette exceptionnelle, issue de la première récession depuis la deuxième guerre mondiale et de responsabilisation collective en l'associant à un prélèvement spécifique pour en assurer l'amortissement sur une période relativement courte, ne doit pas devenir un mécanisme pérenne de financements de déficits structurels

Dès lors, en régime de croisière, la possibilité de faire reprendre des déficits de nature structurelle devrait être supprimée de manière à obliger à la prise rapide de mesures de redressement en cas de risque de déficit pour prévenir, comme chez nos voisins, toute nouvelle dynamique de la dette sociale. Comme la Cour l'a déjà souligné, il apparaît indispensable de mettre en place un pilotage rigoureux de la sécurité sociale par les soldes et non pas seulement par la régulation de la dépense de manière à faire disparaître au plus tôt la dimension structurelle des déficits sociaux.

III - Un examen par le Parlement à mieux articuler avec celui des autres lois financières

Pour pouvoir mieux apprécier la trajectoire de soldes et les objectifs de dépenses que présente pour l'année suivante la loi de financement, le Parlement doit disposer suffisamment tôt d'une analyse rétrospective fiable et détaillée des dépenses et des recettes de l'exercice précédent. Il doit aussi être en mesure d'avoir une vision plus intégrée des prévisions de recettes de la sécurité sociale, qui au-delà des cotisations sociales reposent de plus en plus largement sur l'apport de ressources fiscales. L'agencement des deux lois financières, loi de financement de la

sécurité sociale et loi de finances et leurs modalités d'examen sont ainsi à réorganiser.

A - Anticiper et renforcer l'analyse des résultats de l'exécution

Pour le budget de l'État, selon l'article 46 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), le projet de loi de règlement de l'exercice précédent, auquel est annexé l'acte de certification des comptes de l'État par la Cour, doit être présenté avant le premier juin, de façon à permettre son examen avant le débat d'orientation sur les finances publiques. En vue de ce débat, la Cour remet au Parlement son rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'État, conjointement au dépôt du projet de loi de règlement[160].

En matière de sécurité sociale, le calendrier est différent. La Cour remet au Parlement, avant le 30 juin, son rapport sur la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale pour le dernier exercice clos, en application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières. C'est la première partie du projet de loi de financement qui revient sur l'exécution de la loi de financement précédente et qui porte, à la mi-octobre, les tableaux d'équilibre définitifs par branches et le tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos. Un peu avant cette date, la Cour rend, dans son rapport sur l'application des lois de financement, en application de l'article LO 132-3 du code des juridictions financières, son avis sur la cohérence de ces tableaux.

Comme la Cour l'a déjà mis en lumière[161], cet enchaînement n'est pas logique, les données sur l'exécution de la loi de financement de l'exercice précédent étant présentées très postérieurement par rapport au débat sur l'orientation des finances publiques.

160. S'agissant de la loi de règlement et afin de compléter l'information du Parlement, la Cour a recommandé d'établir un lien entre le solde budgétaire de l'État et son résultat en comptabilité nationale retracé par l'article liminaire. Il présente en effet pour le dernier exercice clos le solde effectif et le solde structurel dans le périmètre de comptabilité nationale le plus large, celui de l'ensemble des administrations publiques. La Cour a estimé souhaitable de faire figurer dans l'article liminaire une décomposition des soldes par sous-secteur d'administration publique (administrations publiques centrales, locales et de sécurité sociale). Cf. Cour des comptes, *Rapport sur les résultats et la gestion du budget de l'État en 2013*, La documentation française, mai 2014, p. 31 à 33, disponible sur www. ccomptes.fr

161. Cour des comptes, *La mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : un bilan pour de nouvelles perspectives*, La Documentation française, novembre 2011, p. 142 à 147, disponible sur www.ccomptes.fr.

Il serait ainsi souhaitable que les deux textes, budgétaire et social, de compte rendu de la gestion passée soient présentés simultanément.

Une réorganisation des dates et des formes du compte rendu de la gestion de l'exercice précédent permettrait en effet d'envisager une nouvelle organisation de la discussion des problématiques de financement de la sécurité sociale qui séparerait, à l'instar de ce qui est fait pour la loi de finances de l'État, un temps d'analyse de l'exécution, au début du mois de juin sous forme de l'examen d'un projet de loi de résultat de la protection sociale, de la discussion des perspectives et des mesures relatives à l'année suivante, à partir d'octobre.

Cette mise en valeur d'une étape d'analyse rétrospective pourrait permettre de mieux apprécier la qualité des prévisions qui étaient à la base des lois de financement précédentes. Elle devrait s'accompagner d'une évaluation plus précise de l'impact des mesures nouvelles qui y figuraient. Elle pourrait plus généralement, en s'inspirant des rapports annuels de performance des lois de règlement, revenir sur la formation des recettes et des dépenses et des différences constatées avec ce qui avait été prévu. Ce bilan critique et suffisamment précoce, pourrait être la base d'une préparation plus efficace de la loi de financement à venir[162].

Pour parvenir à compléter et à anticiper de plusieurs mois le compte rendu de la gestion de l'exercice précédent, il serait nécessaire d'avancer la date de l'arrêté et de la certification des comptes concernés et d'accélérer les travaux demandés par leur analyse.

L'avancement expérimental du calendrier de l'arrêté des comptes 2013, qui a eu lieu le 17 mars 2014, deux semaines avant la date habituelle, a déjà conduit la Cour à avancer au 12 juin la date d'adoption du rapport de certification des comptes du régime général. Un gain supplémentaire d'une dizaine de jours serait nécessaire pour mieux faire coïncider son calendrier avec celui de l'acte de certification des comptes de l'État. Cette anticipation supposerait à la fois un effort supplémentaire des producteurs des comptes, notamment pour avancer la production de leurs annexes aux comptes[163] et une nouvelle accélération du calendrier des procédures de la Cour en tant que certificateur. Elle semblerait, en dépit des difficultés qu'il faudrait surmonter et au regard des enjeux, réalisable. Elle devrait cependant être programmée et préparée suffisamment afin de ne pas dégrader la qualité des comptes et étendue aux autres régimes de sécurité sociale

162. Cf. chapitre VI : les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer.

163. Les dates de leurs annexes, aujourd'hui produites le 31 mars et définitivement arrêtées le 15 avril, devraient être avancées d'au moins une semaine.

Les comptes ne sont qu'une partie, certes essentielle puisque nombre d'autres données sont fondées sur eux, du compte rendu de la gestion d'un exercice. D'autres éléments y concourent, principalement contenus dans les annexes au projet de loi de financement[164]. La production de ces informations nécessaires à leur élaboration, qui devraient couvrir l'ensemble des régimes, devrait donc être anticipée[165].

Ces évolutions supposent ainsi une profonde réorganisation du calendrier tant de l'arrêté des comptes et de leur certification que du travail de préparation des annexes consacrées à l'analyse rétrospective de l'exécution des recettes et des dépenses.

L'enjeu majeur que représenterait pour le pilotage des finances publiques un examen conjoint de la loi de règlement du budget de l'État et d'une nouvelle loi, à instituer en conséquence, de résultat de la protection sociale exige de l'engager sans tarder de manière à procéder par étapes selon une trajectoire pluriannuelle sur une durée qui pourrait être de l'ordre de trois ans.

B - Articuler plus étroitement la loi de financement avec la loi de finances

La fiscalisation croissante du financement de la sécurité sociale par des impôts et des taxes affectés, qui ont en 2014 atteint 50,5 Md€, soit 11 % du total des produits des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse, contribue à une imbrication des sources de financement de l'État et de la sécurité sociale et affaiblit la lisibilité d'ensemble des finances publiques.

164. En particulier l'annexe 1 sur les programmes de qualité et d'efficience, qui met notamment à jour les indicateurs de performance et les documents portant sur les ressources (annexe 5 sur les exonérations et leur compensation), le périmètre (annexe 3) ou certaines dépenses (annexe 7 sur l'ONDAM).

165. À cet effet, la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin, actuellement largement consacrée à l'examen des comptes du régime général, pourrait être avancée et enrichie des analyses des comptes des autres régimes, actuellement examinés lors de sa réunion de rentrée, au mois de septembre-octobre (cette commission, présidée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, rassemble ministres, parlementaires et représentants des institutions de sécurité sociale. Elle se réunit deux fois l'an pour examiner les comptes du régime général, en juin et des autres régimes, en septembre, ainsi que les prévisions pour les années à venir. Les rapports préparés à cette occasion par les administrations sont transmis au Parlement.

Un mouvement de simplification s'est certes opéré dans les années récentes pour limiter le partage de mêmes ressources entre les deux entités, qui se réduit aujourd'hui à la seule TVA nette. Mais le nombre des impôts et des taxes concernés[166], la nécessité de voter en loi de finances les ressources fiscales[167] et en loi de financement la répartition de leur produit entre les branches et organismes de la sécurité sociale[168], l'insuffisante connaissance des niches fiscales qui pèsent sur les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale [169] ne facilitent pas pour la représentation nationale une vue d'ensemble des enjeux du financement de la protection sociale.

La Cour a ainsi recommandé, dans son rapport sur la sécurité sociale de 2012[170], que les procédures de vote de la loi de finances et de la loi de financement soient revues.

Il apparaîtrait souhaitable en effet d'organiser une discussion générale unique suivie d'un examen des volets respectifs des deux textes relatifs aux recettes, puis de passer à l'examen des dépenses. Cette réforme du débat parlementaire permettrait une approche plus globale et plus cohérente, évitant par exemple que des recettes non encore votées en loi de finances soient considérées comme des ressources en loi de financement.

166. Plus de 30 en 2014.

167. L'article 36 de la LOLF dispose en effet que « l'affectation (…) à une autre personne morale d'une ressource établie au profit de l'État ne peut résulter que d'une loi de finances ».

168. L'article LO. 111-3 III du code de la sécurité sociale précise en effet que « l'affectation (…) d'une recette exclusive des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (…) à toute autre personne morale ne peut résulter que d'une disposition de loi de financement.

169 . Comme l'a relevé la Cour, les niches fiscales restent insuffisamment documentées en loi de financement de la sécurité sociale, malgré quelques progrès récents, au risque d'entretenir un angle mort, le fascicule voies et moyens annexé aux lois de finances ne donnant plus d'informations à ce titre. Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre V : La maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur, La Documentation française, septembre 2013, p. 143 à 172, disponible sur www.ccomptes.fr.

170. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre V : le financement de la sécurité sociale par l'impôt, La Documentation française, septembre 2012, p. 137 à 166, disponible sur www.ccomptes.fr.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les lois de financement de la sécurité sociale ont marqué, par leur création, un changement radical dans le pilotage financier de la sécurité sociale, mais cet outil paraît aujourd'hui, dans un contexte institutionnel et financier profondément renouvelé, avoir vieilli.

Pour rendre ces lois plus efficaces et développer leur contribution à la maîtrise des finances sociales, il convient de tirer toutes les conséquences de l'affirmation d'un pilotage d'ensemble des finances publiques en étendant le champ au-delà des régimes de base à l'ensemble de la protection sociale obligatoire, en y intégrant les régimes sociaux conventionnels, en renforçant l'approche par les soldes et l'effort structurels et en étayant beaucoup plus fortement la dimension pluriannuelle des objectifs de dépenses.

Le retour projeté à l'équilibre des comptes sociaux doit en outre être servi par un indispensable renforcement des instruments de maîtrise de la dépense et de l'endettement. Le périmètre de l'ONDAM est ainsi à élargir aux dépenses d'assurance maladie et AT-MP qu'ils ne couvrent pas, à commencer par les indemnités journalières maternité et paternité et les prestations d'invalidité. Des modes efficaces de régulation infra-annuelle devraient être envisagés pour la branche famille, comme cela a été récemment le cas pour l'ONDAM. Une fois l'équilibre des comptes sociaux retrouvé, la possibilité de faire reprendre des déficits structurels par la CADES est à supprimer, de façon à éviter de relancer une spirale de la dette sociale.

Ces progrès doivent être mis au service d'un renforcement des capacités de contrôle et d'orientation dont disposent les assemblées parlementaires. En ce sens, l'institution d'une loi de résultats portant sur l'exécution de la loi de financement précédente, examinée avant l'été dans le même calendrier que la loi de règlement de l'État, constituerait une avancée majeure pour un meilleur pilotage des finances publiques. Sur un plan technique, la réorganisation des procédures de clôture et de certification des comptes sont en tout état de cause à engager sans attendre pour pouvoir disposer plus tôt des résultats d'exécution des différents régimes. Le débat parlementaire de l'automne pourrait ainsi être davantage centré sur les perspectives d'évolution des recettes et des dépenses de l'année à venir et des suivantes et à l'analyse des mesures nécessaires au respect de la trajectoire pluriannuelle retenue. De ce point de vue il apparaitrait souhaitable de mieux articuler l'examen du projet de loi de financement et du projet de loi de finances en organisant une discussion générale unique suivie d'un examen des volets respectifs des deux textes relatifs aux recettes, puis de passer à l'examen des dépenses.

Les lois de financement reposent sur l'affirmation de la légitimité du Parlement comme clef de voûte d'un système de responsabilité de tous les acteurs de la sécurité sociale et de cohérence des orientations prises. C'est au renforcement de ce rôle prééminent que devrait conduire, après les lois organiques de 1996 et 2005, la nouvelle réforme des lois de financement de sécurité sociale qui apparaît souhaitable dans le nouveau contexte des finances publiques.

La Cour formule les recommandations suivantes :

16. transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels pour couvrir l'ensemble du champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) ;

17. distinguer une « loi de résultat » de la sécurité sociale, présentée dans un calendrier convergeant avec celui de la loi de règlement et une loi de financement à l'automne portant sur l'exercice en cours et à venir ;

18. articuler plus étroitement l'examen par le Parlement des lois financières, notamment en organisant un volet commun de discussion des volets recettes du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) ;

19. supprimer la possibilité de faire reprendre les déficits structurels de la sécurité sociale par un organisme comme la CADES, une fois les comptes sociaux revenus à l'équilibre ;

20. décliner l'ONDAM pluriannuel en sous-objectifs assortis des mesures nécessaires à leur respect ;

21. mettre en œuvre un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille ;

22. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale des projections pluriannuelles en termes de soldes et d'efforts structurels pour les régimes obligatoires de base.

Chapitre VI

Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer

PRÉSENTATION

Aux termes de l'article 34 de la Constitution tel qu'issu de la révision constitutionnelle du 22 février 1996 qui a créé cette catégorie législative nouvelle, « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses ».

À la différence de la loi de finances pour le budget de l'État, la loi de financement de la sécurité sociale n'autorise pas la perception des recettes, elle ne fait que les prévoir. De même, les objectifs de dépenses, votés par le Parlement, évaluent les dépenses mais ne les limitent pas.

La qualité des prévisions annuelles intégrées à la loi de financement revêt ainsi une importance toute particulière. Leur robustesse conditionne la capacité à atteindre les objectifs de soldes votés par le Parlement et le bon dimensionnement des efforts à réaliser. Dans le cadre fixé par le traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance des finances publiques, leur fiabilité et le suivi précis de leur réalisation sont une condition déterminante pour un pilotage approprié des comptes sociaux et le respect de la trajectoire d'ensemble de redressement des comptes publics auquel la sécurité sociale, comme l'ensemble des administrations publiques, doit contribuer.

Ce caractère essentiel des prévisions pour le cadrage et le pilotage des finances sociales a amené la Cour à analyser l'organisation et les méthodes mises en œuvre en ce domaine et à apprécier les résultats atteints en procédant à un examen sur les huit dernières années des dispositifs de projection et de suivi mis en place dans les principales administrations qui, à un titre ou à un autre, y apportent une contribution[171].

Elle a constaté le caractère éclaté du dispositif mis en œuvre, conduisant à certaines difficultés d'agrégation et de consolidation des différents travaux (I). La fiabilité encore limitée des prévisions se traduit par des écarts de solde non négligeables au regard de l'exécution constatée, sans que les causes de ces derniers en matière de recettes

171. L'enquête a porté sur la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale du Trésor, la direction du budget, la direction générale des finances publiques (DGFiP) et le service des retraites de l'État (SRE), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (MSA), la Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI), la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH).

comme de dépenses fassent a posteriori l'objet d'analyses précises et systématiques (II). La nécessité d'un pilotage réactif de l'exécution des lois de financement suppose de perfectionner fortement leur suivi infra-annuel (III).

I - Un dispositif éclaté

A - Des processus dispersés

1 - Des sources d'expertise nombreuses

La structure même de la sécurité sociale dicte la forme que prend la construction des prévisions. La multiplicité des sources de financement - plus de cinquante impôts et taxes affectés, de nombreux modes de cotisations et contributions - , des assiettes variables, une palette étendue d'exonérations de toutes natures, le grand nombre de prestations servies, font que chaque entité doit développer des instruments adaptés.

L'essentiel du travail est ainsi effectué par les têtes de réseau des différentes branches et régimes, avec leurs équipes propres, à partir des données qu'elles produisent et selon les méthodes et instruments que chacune a développés de manière autonome. Certaines administrations y concourent, notamment pour l'évolution prévisionnelle des pensions des fonctionnaires de l'État ou encore l'élaboration des tendanciels qui sont au fondement de la fixation de l'ONDAM.

Des moyens fractionnés

La nécessité de consacrer, dans chaque entité jouant un rôle dans le processus, une équipe de statisticiens et d'économistes pour construire les prévisions et effectuer leur suivi conduit à une grande dispersion des moyens.

Les services en charge de ces questions atteignent presque, dans les plus importants organismes, une douzaine de personnes[172]. Il est vrai que ces derniers ont souvent la charge d'opérations lourdes : par exemple l'ACOSS est amenée à vérifier trimestriellement 600 000 bordereaux

172. 12 personnes à la CNAMTS, 11 à la CNAV, 9 à l'ACOSS, 10 à la MSA. Ces agents peuvent se consacrer également à d'autres tâches.

récapitulatifs des cotisations déposés par les entreprises pour affiner sa vision des effectifs employés. Ailleurs se constatent des effectifs très réduits, de l'ordre de quelques agents[173].

À certains égards, la répartition des forces apparaît dépendre plus des ressources de la structure que de la complexité des problèmes à résoudre. Ainsi la CCMSA, en dépit d'une équipe du même ordre que celle de la CNAMTS, doit suivre deux régimes distincts (exploitants agricoles d'une part, salariés agricoles d'autre part) qui intègrent chacun toutes les branches de la sécurité sociale : recouvrement, famille, maladie, accidents du travail, vieillesse.

La direction de la sécurité sociale (DSS), dans son rôle de coordination et de supervision, se consacre essentiellement à la discussion avec chaque contributeur des hypothèses et des résultats[174], puis à la centralisation et à l'appréciation du suivi. Elle ne produit elle-même que peu de projections, même si celles-ci sont très importantes du point de vue financier : cotisations sociales du secteur privé et du secteur public, rendement de la contribution sociale généralisée sur les revenus d'activité et de remplacement, transferts, dépenses d'action sociale, dépenses de gestion administrative et provisions nettes sur les produits notamment.

Sur certains sujets, des expertises émanent en parallèle de plusieurs ministères. La direction générale du Trésor établit ses propres prévisions de recettes et un tendanciel de dépenses des soins de ville. La direction du budget élabore des simulations particulières pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale, en mettant particulièrement l'accent sur l'ONDAM. Les projections de recettes fiscales sont préparées concurremment par la direction de la sécurité sociale, la direction générale des finances publiques et la direction générale des douanes et des droits indirects.

2 - Une approche croisée encore limitée

La diversité des contributeurs autorise dans certains cas une multiplication utile des points de vue sur une même problématique. Encore faut-il que leurs méthodes permettent une approche comparative suffisamment probante.

173. 4 personnes à la CNAF et au RSI, 6 à l'ATIH, 2,5 équivalents temps plein (ETP) à la CDC et 1,8 ETP au SRE.

174. Les projections de rendement fiscal, en principe de nature technique, sont toutefois arbitrées par les cabinets. La DSS n'a pas par ailleurs un accès direct aux données du SRE, contrairement aux autres régimes de retraite.

Les différents modèles employés en matière de retraite n'ont pas atteint un même degré de maturité, ce qui limite la portée de la confrontation des résultats et des chiffrages. Le modèle de micro-simulation PRISME de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) dispose, notamment pour les mesures nouvelles, de plus grandes possibilités de prédiction que les modèles générationnels moyens[175] utilisés ailleurs. Le service des retraites de l'État se dote, avec le projet PABLO[176], de capacités de même ordre. Les améliorations en cours à la Caisse des dépôts et consignations se limitent en revanche à ce stade à la constitution d'un référentiel de cas-types[177]. Les autres caisses, notamment la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, n'ont pas engagé de chantiers analogues.

Dans le domaine de l'assurance maladie, plusieurs utilisateurs ont développé des méthodes de prévision différentes, souvent proches, dont il est difficile de déceler la valeur ajoutée respective alors qu'elles se fondent sur une même source de données. À partir des séries historiques en dates de soins constituées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), quatre entités au moins, la caisse nationale elle-même, la direction de la sécurité sociale, la direction du budget et la direction générale du trésor, élaborent leurs propres prévisions, qui sont toutes fondées sur les mêmes séries et la même méthode sous-jacente.

3 - Des difficultés d'intégration au niveau central

La DSS agrège les données issues des projections particulières mises au point par chaque régime en additionnant leurs résultats après retraitement des mouvements croisés. L'intégration de sources diverses est toutefois susceptible d'entraîner des difficultés en raison soit d'un décalage dans les hypothèses économiques utilisées, soit d'une difficulté à modéliser l'impact des mesures inter-régimes.

175. Ces modèles reposent sur la réduction de toute une population à un individu moyen à qui sont appliquées les évolutions envisagées. Ils s'opposent aux modèles de micro-simulation, introduits plus récemment, qui appliquent ces mêmes évolutions à un très large échantillon représentatif de la population.

176. Ce projet, dont le SRE annonce l'aboutissement pour 2015, devrait permettre de représenter la totalité de la population concernée, au contraire du modèle actuellement employé, qui adopte l'approche générationnelle moyenne.

177. La Caisse des dépôts et consignations prévoit toutefois le développement d'un modèle de micro-simulation dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale de retraite des collectivités locales.

La cohérence des hypothèses générales utilisées dans chacune des projections de base est en général assurée. L'existence du cadre macroéconomique de référence s'imposant à la fois à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale y concourt en tout état de cause. Les quelques adaptations introduites, lorsque certains régimes, intervenant sur une base sectorielle, doivent faire des hypothèses supplémentaires spécifiques sans que le bouclage *ex-post* de l'ensemble de ces décisions ne soit possible[178], n'ont qu'une incidence très limitée. Sur le plan démographique, la parfaite additionnalité des hypothèses retenues n'est pas toujours assurée[179], mais ces imperfections n'ont pas d'impact important avéré.

Pour établir la prévision de la branche famille en ce qui concerne la population agricole, la CNAF, plutôt que de faire appel aux projections de la MSA, plus détaillées, extrapole à l'aide de clefs historiques les données issues de ses propres caisses. Même si l'impact est limité, cette façon de faire peut poser un problème de rapprochement entre la prévision ainsi construite et le suivi, assuré par la MSA. Il n'est pas encore certain que l'intégration financière, désormais totale[180] entre les deux régimes, conduira à cet égard à des évolutions significatives.

Dans le domaine de l'assurance maladie, les sources utilisées pour établir les séries historiques qui sont la base des prévisions d'une grande partie des dépenses, le système national inter-régime de l'assurance maladie (SNIIR-AM) et les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), communes à tous les régimes, sont exploitées séparément par chacun d'entre eux, mais sans guère d'échanges sur les méthodes que chacun emploie et sans faire l'objet d'une exploitation inter-régime. La CNAMTS élabore en particulier des modèles de complétude[181] appuyés sur des séries de vingt ans dont ne disposent pas les autres caisses.

178. L'estimation du revenu agricole sur des bases autonomes en est un exemple.
179. Dans le domaine des prestations familiales, la CNAF fonde ses estimations sur les données de natalité de l'INSEE et sur leurs corrections ultérieures éventuelles. La MSA assied ses prévisions d'assurés, pour toutes les branches, sur des hypothèses propres au secteur (le nombre d'installations d'agriculteurs notamment). La CNAV, dans le cadre de son modèle PRISME, constitue son propre échantillon. Le RSI est amené à mesurer de façon particulière la population croissante des auto-entrepreneurs.
180. En vertu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.
181. Cette méthode, empruntée aux techniques de l'assurance, permet, en s'appuyant sur l'observation de séries temporelles, de construire des tableaux de coefficients de passage entre les données en date de soins et en date d'enregistrement.

B - Une coordination des méthodes et des outils à améliorer

Le caractère très modulaire et décentralisé des processus de projections et de suivi, indissolublement lié à l'organisation même de la sécurité sociale, suppose une coordination forte du dispositif par la direction de la sécurité sociale. Les moyens [182] que cette administration y consacre sont toutefois aujourd'hui très absorbés dans les tâches de production et de discussion des statistiques.

Agir davantage sur les méthodes développées dans les têtes de réseau et développer des outils inter-régimes permettrait des progrès de coordination et d'efficience de nature à sécuriser les processus de prévision et de suivi.

1 - Mieux documenter les méthodes développées dans les caisses nationales

Un référentiel des méthodes utilisées, que la Cour avait déjà préconisé pour les prévisions des recettes fiscales de l'État dans son référé sur ce sujet[183] et un descriptif précis des rôles et des obligations de chacun seraient de nature à remédier à une partie des risques que l'organisation très éclatée du système fait courir. Des documents actualisés sur ces points ne sont disponibles que très inégalement dans les entités responsables des prévisions de base. Ils n'existent pas au niveau central.

Un tel recensement devrait s'accompagner d'un diagnostic étayé sur la qualité des outils et modèles employés, de manière à apprécier leur qualité et leur fiabilité et à programmer les actions d'amélioration nécessaires.

182. Huit personnes travaillent dans le bureau chargé des prévisions et analyses des comptes, quatre dans celui qui suit l'ONDAM et autant dans celui qui analyse les recettes fiscales.
183. Référé n° 68 282 du 16 décembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

L'intégration de la conjoncture économique dans la modélisation des dépenses

Alors qu'elle participe de nombreux aspects de la représentation des charges prévues dans le domaine de la famille, la conjoncture économique est en revanche peu présente dans les méthodes de projection des dépenses de santé, qu'il s'agisse de la construction des tendanciels pour l'année suivante ou des prévisions infra-annuelles. Seul le domaine comparativement réduit des indemnités journalières s'appuie sur une équation économétrique faisant intervenir l'emploi et le chômage. De nombreux sous-objectifs de l'ONDAM font en revanche appel à la prolongation de tendances. Cette faible prise en compte peut étonner pour une telle masse de dépenses, d'autant plus que les notes de la Commission des comptes de la sécurité sociale reconnaissent a posteriori un impact. Celui, négatif, de la situation économique difficile de 2008 a ainsi été évalué à 150 M€ pour le régime général. Dans la branche vieillesse, la situation est plus contrastée : la CNAVTS prend parfois en compte ce facteur dans la formulation de ses estimations, alors que certains régimes s'appuient davantage sur des appréciations globales ou des dires d'expert (SRE notamment) et que d'autres semblent largement l'ignorer.

Les conventions d'objectifs et de gestion devraient systématiquement intégrer cette préoccupation, comme certaines d'entre elles ont commencé à le faire en prévoyant des dispositions dans le domaine des prévisions et du suivi[184]. Elles ont permis, dans certains cas comme celui des retraites avec la mise en place progressive d'une nouvelle génération de modèles, des progrès très sensibles, qui ont pu être capitalisés dans la construction d'ensemble. Mais cette démarche n'est pas toujours présente.·

2 - Finaliser rapidement la mise en place d'outils inter-régimes

La mise en place d'outils inter-régimes permet d'envisager la réalisation, à terme, de prévisions et de simulations unifiées pour l'ensemble des régimes alors que la pratique actuelle consiste à additionner les estimations de dépenses élaborées par chacun d'entre eux. À cet égard, de premiers efforts ont été déployés ces dernières années dans le domaine des retraites afin de pallier l'inexistence de réservoirs de données de carrière communes à l'ensemble des régimes de retraite, qui est à la racine de nombreuses difficultés. La base Echanges inter-régime de retraite (EIRR) doit être ainsi étendue à des fins statistiques, avec des résultats attendus pour 2014- 2015, ce qui constituerait un premier pas.

184. Notamment celles passées avec la CNAF et la CNAV, même si l'avenant prévu à la COG 2009-2013 de la CNAV sur ce sujet n'a jamais vu le jour.

Un autre processus, de plus grande ampleur, est en cours. Il s'agit du répertoire de gestion des carrières unique, qui découle de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et dont la CNAV est l'opérateur technique. Ce répertoire, auquel tous les régimes de retraites de base doivent adhérer, y compris ceux du secteur public, permettra de disposer d'un historique complet des carrières de l'ensemble des personnes couvertes.

Enfin, l'exploitation des déclarations sociales nominatives automatisées, qui doivent en 2016 remplacer les actuelles déclarations issues de la paie, devrait achever de sécuriser les données de carrière et donc l'information statistique utile pour la prévision.

Ces évolutions permettent d'envisager la réalisation, à terme, de prévisions et de simulations portant sur l'ensemble des régimes, alors que la pratique actuelle consiste à additionner les estimations de dépenses élaborées par chacun d'entre eux.

Les obligations européennes de la France rendent désormais nécessaires la consolidation et une meilleure organisation du dispositif de projection et de suivi mis en place depuis l'institution des lois de financement de la sécurité sociale. Sa fiabilité est désormais un enjeu majeur.

II - Une fiabilité encore inégale

A - Des écarts de solde non négligeables entre prévisions et réalisations

1 - Des décalages significatifs sur les recettes en partie dus aux variations de la conjoncture économique

Les administrations de sécurité sociale se fondent, pour élaborer leurs projections de recettes, sur les hypothèses macroéconomiques[185] détaillées dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances, qui constituent la base commune de la préparation de la loi de finances et de celle de la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces prévisions sont déterminantes pour l'évolution des recettes sociales, dès lors que ces dernières sont, au contraire de la plupart des prestations, très liées à l'évolution de la conjoncture. Les cotisations sur

185. Notamment le PIB, l'emploi, la masse salariale, le salaire moyen, la hausse des prix.

les salaires, qui en représentent près des deux tiers, sont proportionnelles à la masse salariale, ainsi qu'une grande part de la CSG, qui apporte à la sécurité sociale 17 % de ses ressources. Les autres contributions, ainsi que les impôts et taxes affectés, reposent eux-mêmes sur des assiettes (salaires et revenus du capital notamment) qui varient en fonction de la situation économique.

Ce mode de construction explique pour une part que les prévisions de recettes de la sécurité sociale, pourtant essentielles pour déterminer les objectifs de dépenses de la sécurité sociale, ne soient guère discutées en tant que telles dans le cadre des débats au Parlement sur la loi de financement de la sécurité sociale, ni dans leur dimension prospective ni au regard de la fiabilité des prévisions passées.

Les écarts entre les prévisions et les réalisations sont cependant non négligeables. Le tableau suivant permet de les estimer à 2,3 % en moyenne sur la période 2006-2013[186], les différences les plus fortes coïncidant avec les années d'inflexion de la situation conjoncturelle, soit positivement comme en 2006 soit négativement comme du fait de la crise en 2008.

Tableau n° 49 : comparaison des recettes de toutes les branches prévues et réalisées

En Md€ et en %

Année	Prévisions de la LFSS	Données d'exécution	Écart	Écart LFSS et exécution en %
2006	363,6	381,4	17,8	4,9
2007	394,8	398,3	3,5	0,9
2008	414,8	404,2	-10,6	2,6
2009	430,0	405,6	-24,4	5,7
2010	403,7	401,9	-1,8	0,4
2011	427,3	421,7	-5,6	1,3
2012	440,2	436,3	-3,9	0,9
2013	457,0	449,8	-7,2	1,6

Source : LFSS et direction de la sécurité sociale

2 - Des différences limitées sur les dépenses

Mesurées pour les principales branches de la sécurité sociale, les différences entre les objectifs affichés dans la loi de financement de la sécurité sociale votée et les résultats enregistrés à l'issue de l'exercice restent modérées.

186. 1,8 % si l'on élimine l'année 2009, atypique en raison de l'ampleur difficilement prévisible à la date des prévisions du retournement de la situation économique.

Ce constat vaut en particulier pour la branche vieillesse. L'écart moyen sur la période 2006-2013, qui se monte à 0,8 %[187], est faible. La différence est encore plus réduite pour la période 2010-2013, puisqu'elle n'atteint que 0,65 %. Il est vrai que les principaux déterminants des dépenses sont très stables dans le domaine des retraites. La masse des pensionnés étant bien connue, les tables de mortalité précises, les incertitudes ne portent principalement que sur deux éléments: il s'agit, pour le niveau de revalorisation des pensions, de la différence entre l'inflation prévue et la réalité constatée et, pour l'effectif couvert, du nombre observé des départs à la retraite par rapport à la prévision, qui peut cependant s'avérer délicat.

Tableau n° 50 : comparaison des dépenses de la branche vieillesse, tous régimes de base, prévues et réalisées

En Md€ et en %

Année	Prévisions de la LFSS	Données d'exécution	Écart	Écart LFSS et exécution en %
2006	161,0	163,2	2,2	1,4
2007	170,6	172,9	2,3	1,3
2008	181,2	180,9	-0,3	0,2
2009	189,7	188,4	-1,3	0,7
2010	195,5	194,1	-1,4	0,7
2011	202	202,5	+0,5	0,2
2012	210,4	209,5	-0,9	0,4
2013	218,6	215,8	-2,8	1,3

Source : LFSS et direction de la sécurité sociale

S'agissant de la branche famille, les formules utilisées pour prévoir les dépenses, fondées sur des modèles économétriques et sur des prolongations de tendances, donnent par nature des résultats moins précis qui doivent en outre prendre en compte, de façon limitée mais significative, des paramètres dépendants de l'évolution conjoncturelle[188]. L'écart moyen sur la période 2006-2013 est cependant limité à 1,1 %[189].

187. Le chiffre reste inchangé si l'on élimine l'année 2009.

188. Du fait notamment de l'existence de plafonds de ressources pour un grand nombre d'allocations, dont l'effet sur le volume des prestations versées est en particulier sensible à l'évolution des salaires.

189. Le chiffre reste inchangé si l'on élimine l'année 2009.

Tableau n° 51 : comparaison des dépenses de la branche famille, tous régimes de base, prévues et réalisées

En Md€ et en %

Année	Prévisions de la LFSS	Données d'exécution	Écart	Écart LFSS et exécution en %
2006	53,3	53,7	0,4	0,8
2007	55,3	54,9	-0,4	0,7
2008	56,9	58,0	+1,1	1,9
2009	59,2	58,4	-0,8	1,4
2010	54,5	53,5	-1	1,8
2011	55,6	54,9	-0,7	1,3
2012	56,5	56,6	+0,1	0,2
2013	58,6	58,2	-0,4	0,7

Source : LFSS et direction de la sécurité sociale

La prévision des charges pesant sur la branche maladie pose des problèmes plus complexes. Il faut en effet, pour l'essentiel d'entre elles, projeter les comportements d'un très grand nombre d'acteurs, professionnels de santé, établissements, patients, pouvant mobiliser un large éventail de dispositifs de soins.

Tableau n° 52 : comparaison des dépenses de la branche maladie, tous régimes de base, prévues et réalisées

En Md€ et en %

Année	Prévisions de la LFSS	Données d'exécution	Écart	Écart LFSS et exécution en %
2006	153,4	166,0	12,6	8,2
2007	170,1	172,7	2,6	1,5
2008	175,4	168,1	-7,3	4,2
2009	185,6	173,6	-12,0	6,5
2010	179,1	176,5	-2,6	1,5
2011	183,5	180,3	-3,2	1,7
2012	186,2	184,7	-1,5	0,8
2013	190,1	189,1	-1,0	0,5

Source : LFSS et direction de la sécurité sociale

L'écart moyen sur la période 2006-2013 (hors 2009, année exceptionnelle) est plus élevé (2,6 %) que les écarts constatés sur les recettes mais il diminue à partir de 2010 (1,1% en moyenne sur la période 2010-2013). S'agissant plus spécifiquement de l'ONDAM, se note une amélioration de la qualité de la prévision de l'ONDAM, qui représente plus de 90 % des dépenses de la branche. La mise en œuvre depuis 2011 de dispositifs de suivi et de pilotage infra-annuel de la dépense, notamment hospitalière, permet de neutraliser une partie de l'imperfection du calibrage initial.

Tableau n° 53 : prévision, dépassement (+) ou sous-exécution (-) de l'ONDAM

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013(p)
Taux prévisionnel	+2,5	+2,5	+2,8	+3,3	+3,0	+2,9	+2,5	+2,7
Écart d'exécution en taux	+1,0	+1,9	+0,6	+0,3	-0,4	-0,5	-0,6	-0,8
Écart d'exécution en Md€	+1,4	+2,8	+0,9	+0,6	-0,5	-0,8	-1,0	-1,4

Source : PLFSS 2006 à 2013, PLFSS 2014, annexe 1 et Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires

3 - Un effet amplifié sur le solde

La combinaison de résultats assez proches des estimations initiales sur les dépenses et d'écarts plus significatifs sur les recettes a mécaniquement une incidence amplifiée, en proportion, sur le solde. En valeur absolue, ce dernier présente un écart par rapport à la prévision de 3,5 Md€ en moyenne sur la période 2006-2013[190], soit l'équivalent de près de 0,2 point de PIB[191].

Tableau n° 54 : comparaison des soldes tous régimes de base prévus et réalisés

En Md€ et en %

Année	Prévisions de la LFSS	Données d'exécution	Écart	Écart LFSS et exécution en %
2006	-10,1	-7,8	2,3	22,8
2007	-7,5	-9,1	-1,4	21,3
2008	-7,7	-9,7	-2,0	26,0
2009	-11,4	-21,7	-10,3	90,4
2010	-32,2	-25,5	6,7	20,8
2011	-22,4	-19,1	3,3	14,7
2012	-15,6	-15,1	0,5	3,2
2013	-12,9	-13,1	-0,2	1,6

Source : LFSS et direction de la sécurité sociale

B - Une absence préjudiciable d'analyse des écarts

Les rapprochements entre prévisions et réalisations synthétisés dans les tableaux qui précèdent ne suffisent pas à donner une image précise de la qualité des projections. Des changements de normes

190. 2,5 Md€ seulement hors année 2009.
191. 0,12 % hors année 2009.

comptables ou de périmètre ont généralement lieu d'un exercice à l'autre ; des événements imprévus peuvent se produire[192] ; des mesures sont décidées en cours d'année pour tenir les objectifs de dépenses, comme dans le cas de l'ONDAM. L'évolution de la conjoncture depuis la date de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale peut avoir des conséquences majeures.

Apprécier la qualité intrinsèque des modèles, des méthodes et des données utilisées suppose de neutraliser l'effet de ces facteurs exogènes.

L'administration ne fait pas ce type d'analyse. La direction de la sécurité sociale se borne à préparer pour la commission des comptes de la sécurité sociale, une fois par an et uniquement pour le régime général, une note détaillant les différences portant sur les seuls soldes. Des analyses de cette nature ne sont disponibles que de façon inégale dans les organismes chargés de construire les projections de base. Ce qui peut exister n'est en tout état de cause ni centralisé, ni exploité de façon coordonnée.

Ce manque, que la Cour avait déjà pointé pour les recettes fiscales de l'État dans son référé sur le sujet, est regrettable car il obère les capacités des services à améliorer leurs méthodes, faute de documenter précisément les difficultés rencontrées et leur impact, alors même que certaines sont récurrentes.

Il en est ainsi notamment de l'anticipation du comportement des assurés, notamment lorsqu'il s'agit de mesures nouvelles impliquant pour eux des possibilités de choix. Les difficultés rencontrées à cet égard sont illustrées par l'incapacité persistante à évaluer correctement le nombre des départs à la retraite pour l'année suivante, dans un contexte rendu beaucoup plus mouvant par la multiplication des réformes. Celles-ci ont ouvert de plus en plus largement des possibilités d'option en termes d'âge de liquidation (décote et surcote, carrières longues, prise en compte de la pénibilité)[193]. L'utilisation de la surcote instaurée par la réforme de 2003 a été ainsi très inférieure aux prévisions. Les départs anticipés pour les

192. Ainsi, en 2012, le relèvement plus important qu'escompté du SMIC a entraîné une augmentation très significative du coût final des exonérations sur les bas salaires par rapport à ce qui avait été prévu. En 2008 et 2009, des changements d'affectation des droits sur le tabac ont été décidés en cours d'exercice.

193. La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite prévoit la constitution d'un comité de suivi chargé de rendre un avis annuel sur la situation de ce dernier et de formuler des recommandations si le ce dernier s'écarte significativement de ses objectifs. Sa constitution est susceptible d'amener à préciser davantage les projections, d'autant qu'il peut faire prendre en compte ses besoins de travaux statistiques par les administrations, organismes et établissements concernés.

carrières longues permis par la même réforme ont au contraire été, d'après une étude rétrospective menée à la CNAV, fortement sous-évaluées (de 90 000 départs environ). Le flux total de départs pour l'année 2011, après la réforme de 2010, s'est avéré surestimé de plus de 30 000 pour le régime général. Des incertitudes de même nature se rencontrent dans d'autres secteurs, qu'il s'agisse de l'estimation de certaines prestations familiales (écarts de 220 et 273 M€ par rapport aux prévisions sur la prestation d'accueil au jeune enfant en 2008 et 2009), de l'évaluation de différentes niches sociales (écart par exemple de 205 M€ en 2010 et 146 M€ en 2011 sur l'incidence des dispositifs d'allègement de charges sur les heures supplémentaires) ou encore au regard des possibilités d'optimisation ouvertes à certains assurés (écart, dans le sens d'une sous-estimation, de 155 M€ en 2012 dans l'estimation de l'impact du choix des exploitants agricoles entre les deux modes de calcul de leurs cotisations[194]).

D'une manière générale, l'appréciation de la montée en charge des mesures nouvelles apparaît particulièrement délicate. Ainsi par exemple de l'effet de la suppression des avantages liés au troisième enfant pour les départs à la retraite des agents de la fonction publique, qui explique, selon le Service des retraites de l'État, une bonne part de l'écart de 115 M€ enregistré en 2011.

L'absence d'analyse rétrospective fait obstacle à la juste appréciation par le Parlement de la pertinence des processus fondant les estimations des recettes et des dépenses. La qualité de son information serait considérablement améliorée par la publication dans une annexe à la loi de financement de la sécurité sociale d'analyses précises et documentées sur les écarts constatés et, en ce qui concerne les mesures nouvelles, sur les études d'impact initiales, puis, les années suivantes, sur les effets réels qu'ont eus les dispositions en cause.

194. Ils pouvaient jusqu'en 2013 choisir entre une assiette représentant la moyenne des trois dernières années de leur revenu et une option où seule la dernière année était prise en compte.

III - Un suivi à perfectionner

A - Des obstacles structurels à surmonter

1 - Un décalage temporel important pour le régime général

Pour obtenir, sur le régime général, des données de suivi en droits constatés, il faut attendre trois mois environ. La cause principale de ce délai est la nécessité de convertir des informations disponibles, dans les systèmes d'information et de gestion, en dates d'encaissement ou de versement en données en date correspondant à la naissance de l'obligation (date de soins ou période de versement du revenu).

Du côté des dépenses, la CNAMTS comme l'ATIH ne produisent des données en date de soins qu'avec un délai proche de 90 jours. La CNAF a besoin de deux mois pour traiter les données remontant des comptabilités locales. Les caractéristiques des retraites, qui font que le versement est décalé d'un délai approximativement constant de la période pour laquelle la pension est due, permettent à la CNAVTS de produire beaucoup plus tôt des données fiables (huit à dix jours).

Pour ce qui concerne les recettes, l'ACOSS met 70 jours à établir les assiettes salariales plafonnées en périodes d'emploi et ne produit les assiettes déplafonnées, avec un décalage comparable, que tous les trois mois. Les tableaux de suivi des exonérations sont élaborés avec la même fréquence.

2 - Des données de moindre qualité pour les autres régimes

Si, pour le régime général, un suivi en droits constatés est possible, même s'il est décalé, ce n'est pour l'essentiel pas le cas pour les autres régimes. La CNRSI et la CCMSA fournissent ainsi mensuellement des statistiques de suivi, mais elles sont uniquement produites en dates de remboursement, c'est-à-dire selon un format incompatible avec celui des lois de financement.

Les autres régimes n'élaborent pas non plus, dans le domaine de la maladie, de données en dates de soins et ne les transmettent pas toujours aussi régulièrement. Pour les retraites, le service des retraites de l'État et la direction du budget ne font pas parvenir de données d'exécution à intervalles réguliers.

En dehors de travaux réguliers sur les assiettes des cotisations, certes importantes, l'ACOSS transmet essentiellement des données de

suivi et de prévision intra-annuelles en trésorerie. Les notifications comptables qu'elle prépare ne sont pas exploitées par l'administration.

3 - Un suivi d'ensemble insuffisamment précis

Deux séries de réunions rassemblant, sous l'égide de la direction de la sécurité sociale, les principales entités concernées se tiennent mensuellement pour apprécier l'évolution de l'exécution de la loi de financement. Il s'agit, pour le suivi général des comptes de la sécurité sociale, de la réunion dite de conjoncture[195] et, pour les dépenses de l'assurance maladie, du comité de pilotage de l'ONDAM[196], appuyé par un groupe de suivi statistique.

Les tableaux de bord produits à ces occasions sont d'une qualité et d'une précision très différente. Alors que, dans le cas de l'ONDAM, ils font apparaître chaque mois, en regard des objectifs et sous-objectifs arrêtés par la loi de financement des estimations chiffrées de l'écart à la cible, accompagnées dans certains cas, de fourchettes haute et basse[197], ils sont beaucoup moins documentés pour le suivi général. La direction de la sécurité sociale s'attache plutôt à suivre l'évolution des principaux sous-jacents. Sont ainsi observées, pour les ressources, les prévisions d'emploi, de salaires[198], de masse salariale publique et d'exonérations. L'évolution de quelques recettes est recensée[199], sans vision de synthèse des rentrées fiscales et de leurs perspectives. Les produits des cotisations ou de la CSG ne sont pas recalculés, alors que la plupart des informations nécessaires pour le faire existent. Les prévisions fournies par la CNAV, la CNAF et la MSA sont reprises en dépenses ou en soldes, celles sur les liquidations de retraites étant toutefois individualisées. Lorsqu'elles sont

195. Cette instance réunit, sous la présidence du directeur de la sécurité sociale, ceux des caisses du régime général de la MSA et du RSI, ainsi que les autres administrations concernées comme la direction du budget.

196. Ce comité, également présidé par la DSS, réunit les administrations (directions générales de l'offre de soins, de la cohésion sociale, du budget notamment) et les principaux organismes concernés par l'ONDAM comme la CNAMTS, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou le Conseil économique des produits de santé (CEPS).

197. C'est notamment le cas des données transmises par l'ATIH.

198. L'ACOSS établit à partir de l'été ses propres prévisions d'assiette salariale pour l'année en cours et les met à jour mensuellement. La plupart des autres organismes concernés ne produisent pas de projections infra-annuelles.

199. La contribution sur les préretraites, les prélèvements sur les retraites chapeau ou sur les stock-options par exemple.

envoyées[200], les informations sur les comptes intermédiaires des petits régimes ne sont pas exploitées.

B - La nécessité d'un pilotage réactif

1 - Des indicateurs avancés à développer

Le retard de deux à trois mois pour la production d'une majorité de données en droits constatés pour le régime général, leur absence ailleurs, constituent la principale difficulté sur la voie d'un suivi des recettes et des dépenses à la fois plus rapproché et plus efficace.

Les procédures de transmission électronique aux organismes sociaux d'un nombre sans cesse croissant de données, qui accélèrent et fiabilisent par ailleurs les processus de traitement, constituent un levier de progrès importants à terme en cette direction. Devraient aussi y contribuer des expérimentations en cours comme la facturation individuelle des établissements de santé destinée à se substituer au système actuel de transmission séquentielle par les hôpitaux de données mensuelles vérifiées ensuite par les agences régionales de santé puis retraitées au niveau central par l'ATIH.

Les avancées à attendre de ces réformes ne se concrétiseront toutefois au mieux qu'à moyen terme. Elles ne sont au demeurant pas, en l'état actuel, susceptibles de couvrir tout le champ des dépenses et des recettes.

En parallèle, le développement d'indicateurs avancés pertinents mériterait ainsi d'être activement encouragé. Ceux-ci permettent, avant qu'une donnée d'exécution complète et parfaitement homogène ne soit établie, de disposer d'une première tendance. Les informations en dates de remboursement pour la branche maladie constituent ainsi une indication précieuse de l'évolution des dépenses, quoique d'interprétation délicate. Les données de paiement par carte vitale, presqu'immédiatement disponibles et couvrant une proportion toujours croissante de la médecine de ville, en sont un autre exemple. Ces approches restent très inégalement développées[201].

2 - Un suivi infra-annuel à renforcer

La finalité du suivi ne réside pas en lui-même, mais dans son utilisation, par les administrations ou, au-delà, par les pouvoirs publics,

200. Celles concernant le service des retraites de l'État ne le sont pas.
201. Elles sont ainsi inexistantes à la CNAF.

pour corriger les déséquilibres qui apparaissent le cas échéant en cours d'exercice, soit en gestion, soit si leur ampleur le nécessite par le biais d'une loi de financement rectificative. La tenue des objectifs financiers de la loi de financement est en effet un des points essentiels de l'appréciation de la situation des finances publiques dans leur ensemble.

Le pilotage resserré de l'ONDAM mis progressivement en œuvre ces dernières années illustre la possibilité d'une régulation efficace à partir de la publication d'avis réguliers sur le suivi de la trajectoire prévue par la loi de financement, de la détermination d'un seuil d'alerte en fonction de l'importance des écarts par rapport aux objectifs et de l'instauration de mécanismes adaptés.

Les règles européennes [202] contraignent les États membres à publier dès 2014, des statistiques mensuelles par sous-secteur des administrations publiques, c'est-à-dire notamment pour celui des administrations de sécurité sociale (ASSO). La publication régulière, au moins trimestriellement, de données de suivi de l'exécution des recettes et des dépenses dans les différents champs de la sécurité sociale, comme cela existe dans le domaine budgétaire, permettrait de compléter ces obligations communautaires et de documenter l'écart prévisionnel aux cibles de recettes, de dépenses et de solde de l'exercice et de progresser dans la voie d'un pilotage élargi de l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La qualité des prévisions financières et de leur suivi constitue un enjeu majeur pour la maîtrise des finances sociales.

Même si se constatent, globalement et dans certains domaines, des améliorations, il reste des progrès à accomplir. Ils sont possibles sans qu'il soit besoin de remettre en question l'organisation très éclatée des processus en cause, qui est indissolublement liée à celle de la sécurité sociale. Le renforcement de la solidité des méthodes mises en œuvre par les caisses, le développement des outils inter-régimes, une plus grande rigueur dans le chiffrage des mesures nouvelles sont en particulier nécessaires.

Un suivi plus efficace doit être recherché, qui débouche sur la possibilité de réagir en cours d'année pour assurer le respect de la trajectoire initiale, soit, pour des écarts mineurs, par des mesures en gestion, soit, en cas de rupture plus substantielle des conditions de l'équilibre, en loi de financement rectificative.

202. Directive 2011/85/UE du Conseil du 8 novembre 2011.

Afin d'y parvenir, un effort conjoint des administrations de tutelle et des caisses est nécessaire. Il doit en particulier porter sur une évolution des systèmes d'information permettant de lever, progressivement et en tenant compte des contraintes financières, les obstacles structurels à un suivi rapproché des dépenses, sur l'observation systématique des écarts avec les prévisions et sur des audits des méthodes utilisées. Ces actions doivent être systématiquement intégrées dans les conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les organismes de sécurité sociale.

La Cour formule les recommandations suivantes :

23. publier, comme pour le budget de l'État et au moins trimestriellement, des données relatives à l'exécution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale et développer des indicateurs avancés permettant de prendre en temps utile d'éventuelles mesures correctrices pour respecter les objectifs des lois de financement ;

24. systématiser et formaliser l'examen a posteriori des prévisions, y compris celles portant sur les mesures nouvelles, en les confrontant avec la réalité observée et en analysant les origines des écarts afin d'améliorer le processus de prévision et en en reprenant les résultats dans une annexe de la loi de financement de la sécurité sociale ;

25. procéder à l'audit des modèles de prévision et de simulation des organismes de sécurité sociale et introduire systématiquement dans les conventions d'objectifs et de gestion conclues avec eux des objectifs spécifiques d'amélioration à cet égard ;

26. préciser, dans un document de référence rendu public, le rôle et les obligations de chacun des intervenants dans le processus de prévision et de suivi et tenir à jour un répertoire des méthodes employées.

TROISIÈME PARTIE

DES DÉPENSES DE VILLE À RÉGULER BEAUCOUP PLUS VIGOUREUSEMENT

Chapitre VII

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster

PRÉSENTATION

Le sous-objectif de l'ONDAM « soins de ville »[203] (dans la suite « ONDAM ville ») est le plus important au sein de l'ONDAM dont il constitue 46 % (79,4 Md€), devant le sous-objectif « établissements de santé » (44 %).

En exécution, les dépenses ont progressé de 1,9 % dans ce périmètre en 2013, soit +1,5 Md€. Elles se sont situées ainsi à 1,1 Md€ en dessous de la prévision, poursuivant une tendance à l'œuvre depuis quatre ans.

Le taux de croissance de la dépense exécutée s'inscrit néanmoins en 2013 en légère accélération par rapport à celui constaté entre 2011 et 2012 (1,7 %) et continue d'excéder celui du PIB en valeur. De même, les économies telles qu'évaluées par l'administration en 2013 sont en retrait par rapport à celles de 2012. L'écart observé ne paraît pas apporter ainsi la preuve d'une rigueur particulière ou d'un effort supplémentaire de maîtrise de la dépense.

Dans le contexte d'un déficit persistant de l'assurance maladie, la Cour a souhaité approfondir l'examen des méthodes utilisées pour la construction de l'ONDAM ville, particulièrement à la lumière des résultats de 2013, de même qu'elle avait examiné plus particulièrement, pour 2012, la construction de l'ONDAM hospitalier et en particulier de son évolution spontanée, ou « tendanciel »[204].

Il ressort des travaux de la Cour que, aux différents stades de l'établissement de la prévision, certaines conventions de calcul (fixation de l'assiette, du tendanciel, mais aussi des effets reports et des économies) ont contribué à une surévaluation de l'ONDAM soins de ville[205].

Ces différentes étapes de construction devraient donc être revues par les administrations. Elles devraient également pouvoir être examinées

---

203. La composition détaillée de ce sous-objectif est rappelée dans le chapitre relatif à l'ONDAM 2013.

204. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI, La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, La Documentation française, septembre 2013, p. 176-199, disponible sur www.ccomptes.fr.

205. Par construction, une partie de ces constats ont eu un impact sur la construction et le respect de l'ONDAM global dont l'ONDAM ville est une composante. Certains se retrouvent donc, dans une forme résumée, dans le chapitre du rapport consacré à l'ONDAM 2013. Inversement, certains éléments du présent chapitre (en particulier les questions liées au provisionnement) ne sont que des cas particuliers de logiques valables pour l'ONDAM dans son entier : ils ne sont donc décrits que de manière succincte dans cette partie, qui renvoie alors au chapitre général.

au cours des travaux parlementaires qui précèdent l'adoption de la loi de financement. Il ne s'agit pas seulement d'un enjeu technique mais bien de contribuer à la plus grande sincérité des lois de financement de la sécurité sociale.

Le présent chapitre examine ainsi successivement les questions de fiabilité des estimations retenues pour le calcul de la base et de l'effet report des mesures des années antérieures (I), puis celles soulevées par le calcul du tendanciel (II). Il montre que ces biais fragilisent le cadrage des économies à réaliser, ce qui se double de problèmes intrinsèques de définition et de calcul de ces économies (III).

L'ONDAM soins de ville comprend notamment les honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes, les honoraires paramédicaux, les dépenses en laboratoires, les transports des malades, les médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que les indemnités journalières et autres diverses dépenses[206]

L'ONDAM pour l'année suivante est déterminé à l'automne en appliquant à une assiette de référence appelée « base », qui est l'estimation de l'exécution de l'année en cours (alors non encore totalement connue), un taux d'évolution, qui correspond à l'évaluation spontanée des dépenses (appelée « tendanciel ») et l'effet des mesures nouvelles qui donnent lieu à des « provisions » (charges supplémentaires) ou constituent des « économies » (réductions de dépenses).

Ainsi, selon la loi de financement pour 2013, les dépenses de 2012 servant de base aux calculs avaient été estimées à 78,5 Md€. L'évolution tendancielle des dépenses avait été évaluée à 4,1 %. La prise en compte des effets de reports et des provisions nouvelles portait ce chiffre à 4,8%. Des « mesures d'économies » évaluées à 456 M€ permettaient de le ramener à 2,6 %, objectif finalement arrêté pour l'ONDAM de ville.

---

206 . Composition exhaustive : honoraires médicaux (des omnipraticiens, des spécialistes, des sages-femmes) ; honoraires paramédicaux (des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes, des pédicures) ; honoraires des dentistes ; médicaments (dépenses brutes et remises conventionnelles) ; biologie (dépenses de laboratoires) ; dispositifs médicaux ; transports (taxis, ambulances…) ; prestations en espèces (indemnités journalières) ; permanence des soins ; autres honoraires ; contrats et accords ; IVG ; cures ; cotisations des personnels et assistants médicaux ; aides à la télétransmission.

Tableau n° 55 : construction de l'ONDAM ville 2013

En Md€

	Prévision ONDAM ville	ONDAM
Base		78,5
Application du tendanciel ONDAM ville en volume	4,1 %	81,7
Après effets de report de mesures déjà prises	4,2 %	81,8
Après provisions nouvelles	4,8 %	82,3
Après « mesures d'économies »	2,6 %	80,55

Source : PLFSS

Cette prévision 2013, en cela relativement cohérente avec les observations sur les années récentes, consacrait une dichotomie entre un groupe de dépenses dynamiques (dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations[207], kinésithérapie, soins infirmiers, transports) et un groupe de dépenses d'évolution plus modérée. Elle tablait par ailleurs sur le retour à une croissance un peu plus forte des indemnités journalières (IJ), des analyses en laboratoire et du médicament qu'en 2012, postulant un retour de ces postes de dépense vers leur tendance de moyenne période plutôt qu'une poursuite du ralentissement observé en 2012.

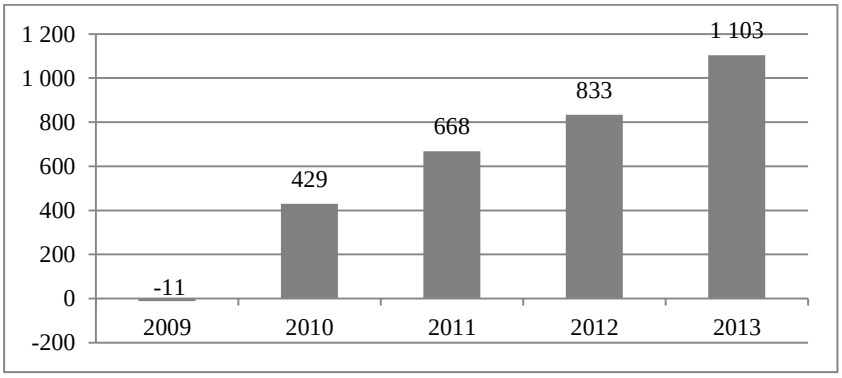
En exécution, l'ONDAM ville a été largement respecté puisqu'il atteint 79,4 Md€, en progression de 1,9 % par rapport à l'exécution 2012. Les écarts négatifs à l'objectif tiennent à 76 % au médicament et aux indemnités journalières, voire à 92 % si l'on tient compte des remises conventionnelles consenties par les laboratoires pharmaceutiques à l'assurance-maladie, alors que ces deux postes ne représentent que 40 % de la dépense.

Ce constat d'une exécution en-deçà de la prévision tend à s'amplifier d'année en année comme le montre le graphique ci-dessous.

207. Les dispositifs médicaux (DM) inscrits sur cette liste (LPP) sont définis par le code de la santé publique comme tout instrument, appareil, produit... destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques.

Graphique n° 10 : écart en exécution des dépenses de soins de ville (2009-2013)

En M€

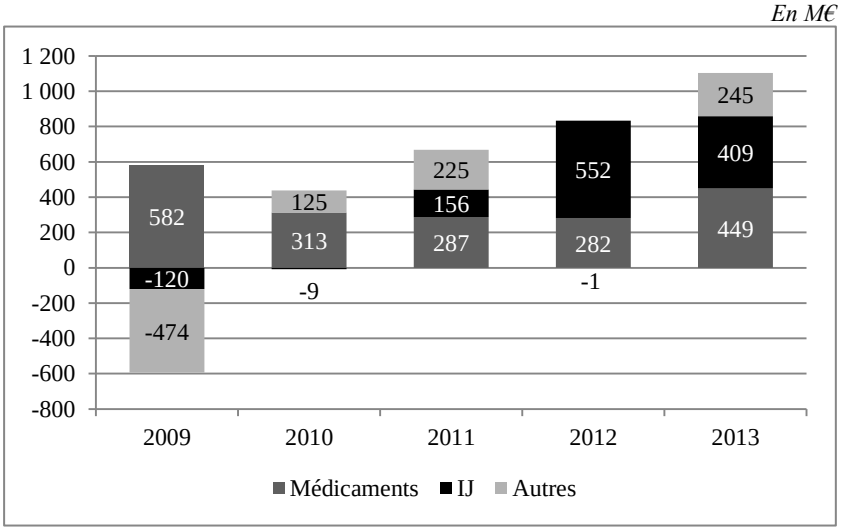


Source : DSS, Cour des comptes

L'analyse par poste montre que les indemnités journalières et le médicament sont à l'origine de cet écart croissant, non seulement en 2013, mais au cours des années précédentes : la dépense de médicament est surévaluée en prévision depuis cinq ans et la tendance à la surévaluation des indemnités journalières s'observe depuis 2011.

Graphique n° 11 : contribution des IJ et du médicament à l'écart d'exécution (2009-2012)

En M€



Source : DSS, Cour des comptes

Pour autant, le respect de l'ONDAM en 2013 ne résulte pas d'un effort plus important de régulation sur ces deux postes, mais principalement d'erreurs de prévision. Certaines tiennent à des biais dans les conventions et les méthodes de calcul retenues, qui affectent en réalité chaque année la prévision et peuvent expliquer aussi dans une certaine mesure la surévaluation des années antérieures. D'autres sont spécifiques à l'exercice 2013.

Le tableau en annexe présente en détail l'effet des différentes étapes de construction de l'objectif pour chacun des postes et permet de juger de l'effet des conventions retenues. Si cette déclinaison par objectifs ne présente pas de caractère contraignant par elle-même, ces données de construction, auxquelles le Parlement n'a pas accès pour l'instant, paraissent indispensables à une compréhension éclairée des déterminants de la fixation de l'ONDAM. Elles devraient ainsi lui être communiquées de manière transparente lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

I - Une assiette de départ surestimée : effet de base et effets reports

A - Un effet de base croissant, partiellement corrigé en 2013

La construction de l'ONDAM tient d'abord compte des changements de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM. Pour 2013, ces effets ont toutefois joué un rôle négligeable[208]. En revanche, les effets de base ont eu un impact majeur.

1 - Un effet de base qui va en s'amplifiant

Toute surévaluation de la base retenue par rapport à l'exécution réelle crée mécaniquement une surévaluation de l'objectif ou « effet base négatif ».

208. Avec un montant négatif de 27 M€, résultant du transfert d'environ 45 M€ de l'ONDAM soins de ville vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » au titre des soins à l'étranger des assurés d'un régime français et du transfert de 18 M€ des établissements médico-sociaux pour personnes âgées vers les dépenses de soins de ville au titre du financement de médicaments inclus jusqu'alors dans les forfaits de soins de ces établissements.

Cet « effet de base négatif », s'il est identifié au moment du vote de l'ONDAM pour l'année n (en décembre de l'année n-1), constitue ainsi une forme de marge de sécurité pour le respect de l'ONDAM de l'année n en montant : l'objectif en montant sera d'autant plus facile à respecter, qu'il a été surévalué, parce que l'assiette qui a permis de le calculer était elle-même surestimée. Toutefois, il est possible que les données connues sur les exécutions précédentes au moment du vote ne permettent pas d'anticiper l'existence d'un « effet base » et que celui-ci se révèle seulement a posteriori, notamment si une rupture de tendance intervient dans le dernier tiers de l'année.

Les années précédentes, l'ONDAM de ville bénéficiait déjà d'un certain « effet de base négatif » :

Tableau n° 56 : effet de base sur les soins de ville, 2009-2011

En M€

Soins de ville	2009	2010	2011	2012
ONDAM (base retenue pour n+1)	73 224,0	75 139,0	77 278,0	78 522
ONDAM exécuté n	73 200,4	74 811,8	76 628,9	77 932,1
écart base n / exécuté n-1 (effet base)	-23,6	-327,2	-649,1	-589,9

Source : Cour des comptes

2 - Une rectification partielle de la base en 2013

Au cours du processus de construction et de fixation de l'ONDAM ville à partir de juin 2012, certaines informations sont devenues disponibles. Elles concernaient tout d'abord l'exécution 2012 en cours d'année, en-deçà de la prévision. Ces informations portant sur une partie de l'année en cours doivent néanmoins être maniées avec précaution, par exemple au regard de la survenue d'épidémies à certaines périodes plutôt qu'à d'autres. L'exécution de 2011 a également été connue avec une certitude croissante.

Ces informations ont conduit à estimer que pouvait être neutralisé un effet de base de 350 M€. Ce montant n'a pas varié au cours du processus. Ainsi, lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin, puis au moment de la tenue du comité d'alerte sur l'ONDAM (le 9 octobre) et enfin début décembre 2012 pour le vote de la loi de financement, ce montant est resté inchangé, alors que des données plus complètes sur l'exécution de 2012 devenaient disponibles : en octobre, le calcul n'était fondé que sur les données de janvier à mai, en décembre, il s'appuyait sur des données de janvier à août.

La cible de dépenses arrêtée en 2011 pour 2012 (78,85 Md€) n'a donc pas été reprise intégralement comme base pour 2013, mais avec un abattement de 350 M€. Cette décision a conduit à retenir une base de

78,5 Md€. Cette rectification visait à compenser un effet de base négatif portant intégralement sur les soins de ville et essentiellement dû aux indemnités journalières et au médicament. *A contrario*, une contribution à un effet de base en sens inverse était enregistrée sur les honoraires médicaux et paramédicaux[209].

Ce n'est que plus tardivement et très progressivement que la pleine mesure de l'écart d'exécution sur 2012 a été prise en considération : le groupe statistique de suivi de l'ONDAM l'a estimé à 100 M€ supplémentaires le 24 janvier 2013, puis le comité de pilotage de l'ONDAM entre 210 et 295 M€ le 5 février, cette fois sur la base des données de janvier à octobre. En avril 2013, il était évalué à 550 M€, pour être finalement arrêté à 620 M€ en mars 2014.

Il paraît toutefois très improbable qu'un tel écart, en l'état actuel des systèmes d'information qui se sont considérablement améliorés, n'ait pas pu être mieux anticipé. Ceci est d'autant plus vrai que rien n'indique qu'un changement de tendance significatif soit intervenu dans les derniers mois de 2013.

L'absence de prise en compte, ou la prise en compte partielle, dans l'estimation des 350 M€ de rectification de la base, des effets du dénouement des provisions, a pu jouer un rôle.

La problématique des provisions

En février de l'année n, à l'occasion de l'arrêté des comptes, l'exécution de l'année n-1 n'est pas encore exhaustive, du fait de la comptabilisation en droits constatés et des délais de demande de remboursement des soins délivrés en n-1. Sont ainsi arrêtées des « provisions » qui estiment les charges encore rattachables à l'année n-1 et qui seront dénouées pour une part prépondérante en année n et pour un reliquat en année n+1. Ainsi, au moment du vote en décembre 2012, les provisions 2011 ne sont pas encore totalement dénouées (elles le seront début 2013), mais leur adéquation à la réalité de l'exécution 2011 peut être appréhendée avec une quasi-certitude, puisque l'aléa ne porte plus que sur l'infime minorité des dépenses qui n'ont toujours pas été présentées au remboursement près d'un an après la date de soins.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le dénouement des provisions explique 134 M€ (soit 22 %) de l'effet base pour 2012.

209. Le détail des effets de base estimés par poste en prévision est donné dans le tableau récapitulatif en annexe.

Tableau n° 57 : impact de la prise en compte du dénouement des provisions sur le calcul de l'effet de base

En M€

Soins de ville	2012
ONDAM (base retenue pour n+1)	78 522,0
ONDAM exécuté n (post-dénouement provision)	77 932,1
ONDAM exécuté n (hors dénouement provision)	78 066,2
écart base n / exécuté n-1 (effet base)	589,9
dont dénouement des provisions	*134,1*

Source : Cour des comptes

Dans la mesure où le calcul de l'effet de base n'est pas entièrement documenté, il n'est pas possible de savoir si la rectification de 350 M€ de la base a tenu compte de tout ou partie de ce sur-provisionnement. En tout état de cause, même si le montant en cause est significatif, il ne suffirait pas à expliquer l'ampleur de l'effet de base constaté.

Au demeurant, pour affiner encore l'estimation de la rectification de la base à effectuer, d'autres éléments auraient pu être mobilisés, telles que des informations, même partielles, sur l'exécution de septembre 2012. Dans le domaine du médicament, des bases privées, utilisées par certaines administrations, permettent de connaître les ventes en J+1 et ainsi de raccourcir les délais de détection des ruptures de tendance. En matière d'indemnités journalières, des données sur les liquidations plus récentes que celles d'août étaient disponibles ou pouvaient l'être. La prise en compte des éléments réellement disponibles aurait pu ainsi conduire à recaler la base avec davantage de rigueur[210].

Par ailleurs, une méthode alternative de détermination de la base pourrait être fondée sur l'application du taux de l'ONDAM voté en n-1 à la base n-2 calculée après dénouement des provisions (cf. chapitre général sur l'ONDAM 2013).

210. Il est à noter qu'une rectification de la base de l'ONDAM (et donc de sa composante ville) beaucoup plus approfondie a été effectué en 2014, en deux temps (PLFSS et loi de financement rectificative).

B - L'impact net des décisions antérieures : une marge de précaution

Pour la CNAMTS, la prise en compte de l'effet report net des mesures antérieures (y compris l'incidence du passage en génériques de certaines molécules[211]) et de l'augmentation des dépenses dues aux décisions déjà prises, mais prenant leurs effets à partir de 2013 (« provisions nouvelles » au sens de la loi de financement), devait avoir un effet net de 0,4 % sur la progression de l'ONDAM, dont +0,6 % d'effet report des mesures déjà prises et -0,2 % d'effet report des arrivées de génériques survenues en 2012 (soit 190 M€).

Pour autant, la méthode d'estimation de ces effets reports par la CNAMTS tend à minorer celui des génériques. En effet, elle considère que « la hausse du taux de pénétration du générique en 2013 des médicaments dont le brevet est tombé en 2012, n'est pas un effet report 2012 pour l'année 2013, mais plutôt une économie de l'année 2013 ». Elle indique en outre ne pas avoir estimé d'économies à ce titre (ce qui revient à considérer que la montée en charge des génériques 2012 était terminée à la fin de l'année). Or, le plus probable est au contraire que le taux de pénétration en 2013 des nouveaux génériques apparus en 2012 continue en réalité de croître, sans que, par ailleurs, il s'agisse d'une mesure d'économie en tant que telle, mais essentiellement de l'effet du cycle de vie des médicaments.

Dès lors, l'hypothèse prise par la CNAMTS tend en règle générale à majorer les économies, au lieu des effets reports. En outre, le fait qu'aucun report d'économie n'ait été prévu à ce titre pour 2013 tend à sous-estimer l'impact de ce facteur et peut être une cause d'exécution en-deçà de la prévision.

Par ailleurs, la direction de la sécurité sociale (DSS), qui fixe, notamment sur la base des propositions de la CNAMTS, les montants à retenir à chaque étape de la construction de l'ONDAM, a arbitré en faveur d'effets reports nets et de provisions nouvelles accroissant l'ONDAM de 0,7 % et non de 0,4 %[212]. La différence s'explique pour

211. Il convient de distinguer deux effets : la tombée du brevet qui permet une concurrence et l'inscription au répertoire, étape par laquelle un médicament est reconnu comme pouvant avoir des génériques, c'est-à-dire des produits considérés comme équivalents qui peuvent lui être substitués (cf. *infra* chapitre IX, la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés).

212. Montant obtenu par différence entre le tendanciel en volume retenu par la DSS (4,1 %) et le tendanciel en volume après effets reports nets et provisions nouvelles (4,8 %).

l'essentiel par le fait qu'elle a inclus ex-ante dans son « tendanciel » l'effet report des génériques.

Mais cet écart s'explique aussi pour partie par des conventions de calcul différentes adoptées par l'administration en ce qui concerne cet effet report [213]. Ces conventions auraient eu pour effet, selon la CNAMTS, de majorer en 2013 le tendanciel par rapport à sa propre méthode, avec un impact de 0,4 % sur le poste « médicament »[214] et de 0,1 % sur l'ONDAM ville. Enfin, les deux méthodes ont sous-évalué la combinaison de l'effet report des passages antérieurs de certaines molécules à des formes génériques et de la mesure « tiers payant contre-générique », laquelle visait à stimuler le recours aux génériques par les patients.

Le recalage partiel de la base des soins de ville en 2013, s'il doit être apprécié comme une première étape pour mettre fin à un biais d'importance croissante, laissait déjà perdurer une première marge de précaution sur la capacité à respecter l'ONDAM. Le calcul des effets reports des génériques en a ménagé une deuxième.

213. La DSS retranche au tendanciel 2012 un montant correspondant à l'écart entre les économies attendues pour 2013 sur le générique et celles attendues pour 2012 et applique le taux de progression à l'ensemble. La CNAMTS fait une prévision hors effet générique, puis estime l'effet report de la « générication » (c'est-à-dire des tombées de brevet et mises sur le marché de génériques) de l'année précédente. Par ailleurs, la DSS indique avoir des échanges avec le CEPS sur les perspectives de baisse dans la dépense de médicament.

214. Calculé ici avant effet de la « maîtrise médicalisée », cf. *infra*.

II - L'appréciation de la tendance spontanée des dépenses : des limites méthodologiques et des biais de précaution

A - La prévision de la CNAMTS : un modèle empirique, des limites multiples

1 - Une méthode empirique

Comme l'a rappelé la Cour dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012[215], la méthode de prévision du tendanciel n'est pas uniforme entre les différents sous-objectifs, du fait des particularités de chacun. La méthode de prévision du tendanciel hospitalier repose sur une démarche de type « budgétaire » consistant à appliquer à une base un taux de croissance résultant d'une série d'hypothèses, relatives d'une part à l'augmentation de la masse salariale (effet du GVT et de la valeur du point), d'autre part à celle des autres charges (essentiellement corrélées à l'inflation et à l'activité). À l'inverse, la construction du tendanciel ville repose essentiellement sur une méthode mathématique de prolongation des courbes d'évolution constatées dans le passé (depuis 1994). Sur la base des données de la CNAMTS, les administrations centrales (direction de la sécurité sociale, direction du budget, direction générale du Trésor) et la caisse nationale elle-même réalisent des projections qui sont ensuite comparées entre elles, la prévision définitive étant arrêtée par la direction de la sécurité sociale.

215. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie 2011, p. 51-80, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les modèles de prévision des dépenses de santé à court et long terme

La prévision de l'évolution des dépenses de santé peut reposer sur plusieurs types de modèles. Dans le prolongement de diverses études et du récent rapport de la Cour sur la situation et les perspectives des finances publiques[216], on peut distinguer deux grandes catégories de modèles de prévision pour les dépenses de santé :

- les méthodes historiques ou empiriques appliquent au futur une tendance constatée sur une période de référence, par exemple sur la base d'une moyenne. De manière plus sophistiquée, plutôt qu'une simple moyenne, des méthodes purement mathématiques ou empiriques de lissage et de prolongation de courbes peuvent aussi être employées.

- les modèles analytiques ou encore « déterministes » estiment sur le passé le pouvoir explicatif de différentes variables : hypothèses macro-économiques, progrès technique, démographie de l'offre de soins et des bénéficiaires, puis font des hypothèses sur le niveau futur de ces variables pour en déduire celui de la dépense. Ils sont particulièrement utilisés pour les prévisions de long terme.

Selon la classification ci-dessus, les procédés utilisés par la CNAMTS et la DSS appartiennent pour l'essentiel à la catégorie des méthodes historiques et comportent les étapes suivantes :

1. estimer, pour chacune des principales lignes qui composent l'ONDAM de ville, sa progression spontanée en volume par deux méthodes mathématiques d'extrapolation. Schématiquement, il s'agit de prolonger à l'année suivante les courbes de volume exécuté (hors maîtrise médicalisée) observées dans le passé pour le régime général en métropole. La seule exception, pour les principales lignes, est l'estimation de l'évolution des indemnités journalières, qui est réalisée sur la base d'une méthode analytique, c'est-à-dire d'une modélisation en fonction d'un jeu de variables explicatives. Cette opération est conduite sur le périmètre « France métropolitaine, régime général » ;
2. effectuer certains retraitements et corrections : prise en compte de la variation annuelle du nombre de jours ouvrables, extrapolation au périmètre « France entière tous régimes » ;
3. intégrer l'évolution tendancielle des prix au cas particulier des IJ : dans le cas général, l'évolution possible des prix n'est pas considérée

216. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, « Les méthodes d'estimation de la tendance des dépenses », p. 121-123, juin 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

comme faisant partie du tendanciel[217]. Les IJ constituent une exception à ce principe car le niveau des salaires qu'elles visent à remplacer est exogène et elles sont corrélées aux salaires. Le tendanciel inclut donc l'évolution prévisionnelle du prix des IJ.

Ainsi, en 2013, la caisse nationale anticipait un tendanciel en volume du régime général en métropole, via deux méthodes de prolongation de tendance (proches dans leur conception), selon le cas de 3,75 % ou de 3,9 % (soit un écart de 120 M€). En ne conservant plus que la borne haute de ces deux méthodes, en effectuant les corrections et changements de périmètre indiqués ci-dessus et en incluant l'effet prix anticipé des indemnités journalières (revalorisation évaluée à 2,4 %), elle évaluait le tendanciel avant effets de report et mesures nouvelles à 4,2 %.

Par construction puisqu'il prolonge les tendances passées en remontant depuis 1994, dans le détail, ce tendanciel distinguait des postes à faible croissance en volume (spécialistes et plus encore généralistes) et prévoyait au contraire une hausse beaucoup plus marquée (de l'ordre de 5 %) du volume des autres composantes (laboratoires, transports, médicament, honoraires paramédicaux, dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations). La hausse du poste des indemnités journalières était évaluée à 2,5 % en volume par la méthode analytique qui lui est propre, à quoi devaient s'ajouter 2,4% d'augmentation en prix calquée sur celle anticipée pour les salaires.

2 - Des biais de surestimation systématiques ou spécifiques à 2013

a) La longueur excessive de la période rétrospective retenue

Tout d'abord, le fait, pour la CNAMTS, de retenir la borne haute entre les deux méthodes de prévision contribue mécaniquement à favoriser une possibilité de surévaluation.

Ensuite, comme évoqué ci-dessus, la méthode de construction retenue est purement empirique (sauf pour certains postes très spécifiques dont les IJ). Le choix de ne pas se référer, dans le modèle, à l'évolution anticipée des déterminants de la consommation médicale, est néanmoins valide car il s'agit ici d'une prévision de très court terme (l'année suivante) et car cette prévision peut s'appuyer sur des données d'exécution historiques récentes assez stables pour nombre de postes.

217. En effet, il est considéré que ceux-ci étant administrés, ils résulteront a priori uniquement de décisions discrétionnaires (mesures d'économies ou au contraire revalorisations).

Ainsi, une méthode prédictive analytique serait en réalité moins adaptée, pour la plupart des postes, à une prévision de court terme. Elle cumulerait les difficultés d'estimation des variables macroéconomiques sur courte période (la conjoncture n'étant généralement pas correctement anticipée à court terme, il serait dangereux de rendre le modèle trop dépendant d'hypothèses sur son niveau) et la difficulté à relier celles-ci, sur courte période également, à la dépense de soins de ville.

Toutefois, la période rétrospective retenue dans le calcul est de toute évidence trop longue. Choisir de remonter jusqu'en 1994 conduit à inclure de nombreuses années de forte progression et contribue à un effet de surévaluation[218].

Par construction, la méthode utilisée est vouée à n'intégrer qu'avec retard certaines mutations : ralentissement de l'innovation dans le domaine des médicaments, « effet crise » (car si les agents peuvent être insensibles dans leur consommation à un à-coup ponctuel dans la conjoncture, un régime de croissance faible sur plusieurs années peut altérer certains de leurs comportements). Ces changements de comportement ne sont pris en compte que partiellement par la méthode, car celle-ci prolonge la tendance mais atténue ses inflexions par l'effet du profil antérieur des données.

b) Les limites du modèle de prévision des indemnités journalières par la CNAMTS

L'évaluation des IJ est l'une des seules de nature analytique que comporte le modèle. Elle est assise sur l'anticipation du niveau de variables explicatives : taux d'emploi, taux de chômage, taux d'emploi des plus de 50 ans, prévalence de l'épidémie de grippe, nombre de contrôles. Ce modèle a fourni des résultats relativement robustes dans le passé, avec toutefois des erreurs de prévision significatives pour certaines années. Tel est précisément le cas en 2013.

En effet, la progression spontanée des IJ en volume avait été évaluée par la CNAMTS à 2,5 %, ce qui, compte tenu de l'augmentation

218. En outre, la méthode implique de recomposer ex-post une série exécutée en volume pour chaque poste de dépense, ce qui exige un nombre significatif d'hypothèses pour déflater les effets prix. En particulier, le déflateur appliqué à chaque poste est global, c'est-à-dire qu'il postule la stabilité des tendances de déformations de structure qui peuvent, par exemple, se traduire par une tendance à l'augmentation relative de médicaments dont le prix évolue plus rapidement, alors que celles-ci peuvent s'infléchir.

prévisionnelle de leur prix, portait leur évolution tendancielle à 4,9 %[219]. En exécution, la progression en volume des indemnités journalières est évaluée par la CNAMTS à -1 %[220], les effets prix à 1,2 %.

La Cour a demandé à la caisse nationale de simuler de nouveau son modèle ex-post avec les données réelles de 2013 pour les variables explicatives[221]. Paradoxalement, il apparaît que le modèle aurait prédit un tendanciel encore plus élevé pour les indemnités journalières en 2013 (donc encore plus surévalué) si les variables conjoncturelles avaient été mieux anticipées[222]. L'erreur de prévision en 2013 sur les IJ du modèle CNAMTS provient donc entièrement de limites du modèle analytique lui-même[223].

B - La fixation du tendanciel : les insuffisances de la contre-expertise

Les prévisions techniques en volume de la CNAMTS et de la DSS sont ensuite confrontées à d'autres sources. *In fine,* c'est la direction de la sécurité sociale qui arrête le tendanciel et sa déclinaison détaillée par postes.

Le tableau ci-dessous montre que la valeur ajoutée des autres prévisions par rapport à celles de la CNAMTS et de la direction de la sécurité sociale est faible. Ces prévisions, qui appliquent des méthodes similaires et donnent des résultats très proches, ne sont donc pas soumises à une véritable contre-expertise. Dans l'ensemble, les différentes prévisions sont soit très voisines, soit au contraire affectées d'écarts qui

219. Comme on le verra, la DSS a arrêté un tendanciel un peu inférieur, à 4,1 % effet prix inclus.
220. Données métropole qui ne peuvent directement être comparées à la prévision France entière ; mais l'écart est vraisemblablement négligeable.
221. En effet l'inflation a été de 0,8 % en 2013 contre 1,8 % attendus dans le PLF et l'emploi a régressé de 30 000 postes au lieu de progresser de 145 000, de même la masse salariale n'a pas évolué comme anticipé (1,3 % au lieu 2,3 %).
222. Selon la CNAMTS, un taux de chômage plus fort et un emploi plus faible (qui tirent à la baisse le nombre d'IJ) a été plus que compensé par la hausse des personnes de plus de 50 ans dans la population en emploi et par une épidémie de grippe plus importante (facteurs qui influent à la hausse le nombre d'IJ).
223. En outre, la CNAMTS elle-même reconnaît que son modèle de prévision des indemnités journalières« suppose la constance de l'effet des variables explicatives sur la variable expliquée dans le temps. Or, les variables explicatives agissent avec retard et il est probable que les effets ne sont pas les mêmes en temps de crise qu'en temps normal ».

les discréditent, quand elles ne s'expliquent pas par de simples différences de périmètre (par exemple sur les dispositifs médicaux ou le médicament)[224].

Tableau n° 58 : différentes prévisions du tendanciel en volume 2013[225], (incluant l'effet de la maîtrise médicalisée et de la générication, CJS-CVO, régime général – métropole), mai 2012

En %

Volume	CNAMTS	DB	DG Trésor	DSS
Généralistes	-0,4	0	0	-0,3
Spécialistes	2,4	2,7	3,1	2,7
Dentistes	1,1	0,3	1	0,9
Infirmières	5,4	6,7	6,4	5,7
Kinésithérapeutes	4,5	3,1	3,5	3,4
Laboratoires	4,3	4,8	5,0	4,4
Transport	2,7	5,5	4,9	3,0
Médicaments	3,3	3,9	5,3	3,5
LPP	5,5	11	6,6	5,2
Indemnités journalières	0,8	-	1,5	1,0

Source : DSS

Remis en perspective dans le tableau ci-dessous par rapport à la moyenne des années récentes, les objectifs retenus par la DSS se distinguent surtout par une dynamique forte prévue pour le médicament et les indemnités journalières, mais aussi pour les soins infirmiers, les dispositifs médicaux, les transports et la kinésithérapie.

224. La direction du budget indique que sa prévision des dispositifs médicaux (LPP) est assise sur une série longue qui ne permet pas de rendre compte d'une rupture de tendance survenue en 2009.

225. Pour certaines prévisions (CNAMTS), les données intègrent l'effet report de la « générication » 2012 et de la maîtrise médicalisée, concept qui sera analysé *infra*. Pour la DSS, il s'agit d'une prévision intermédiaire et non de l'arbitrage définitif.

Tableau n° 59 : prévisions en volume finalement retenue et moyenne récente (y compris maîtrise médicalisée[226], mais hors effets reports et « générication »)

En %

	Évolution retenue DSS	Évolution moyenne 2006-2012	Évolution moyenne 2009-2012	Évolution prévue CNAMTS
Généralistes	-0,3 (-0,3)	-0,5	-0,3	0,1 (0,1)
Spécialistes	2,7 (2,7)	2	2,6	2,8 (2,8)
Infirmiers	5,5 (5,7)	6,5	6,2	6,9 (7,1)
Kinésithérapie	3,3 (4,5)	3,3	2,8	3,0 (4,2)
Biologie	3,9 (4,2)	4,6	4,4	5,0 (5,3)
Médicament	4,2 (5,3)	4,8	4,4	4,1 (5,2)
LPP	4,7 (6)	6,8	5,2	3,8 (5,1)
Transports	4,2 (6)	3,3	3,1	3,1 (4,9)
Indemnités journalières	3,1 (4)	3,3	1,1	4,0 (4,9)
Total ville	3,4 (4,1)	3,6	3,2	3,5 (4,2)

Source : Cour des comptes et CNAMTS-DSES

Le choix d'un tendanciel plutôt au-dessus de la moyenne de période récente (en ligne avec les extrapolations de la CNAMTS) apparaît dépourvu de fondement, alors même que sont à l'œuvre des facteurs structurants influant à la baisse sur la dépense de soins de ville (ralentissement de l'innovation, déremboursement de médicaments pour cause de service rendu insuffisant ou retrait pour cause de iatrogénie, plafonnement du dosage de certaines vitamines qui avait accéléré la croissance des frais de laboratoire, démographie médicale[227]), face, il est vrai, au facteur structurel en sens inverse que constitue le vieillissement de la population.

Certes, ces prévisions s'appuient sur des méthodes statistiques usuelles. Toutefois, les administrations pourraient chercher à en corriger les biais au vu des tendances récentes dont elles ont pleinement connaissance[228].

226. La prévision en volume hors impact prévu pour la maîtrise médicalisée est fournie entre parenthèses.

227. À titre d'exemple, la population de médecins généralistes a diminué de 5,5 % entre 2007 et 2013

228. Par exemple, la DSS participe au comité économique des produits de santé et peut avoir une vue assez complète des perspectives de tombées de brevet et d'introduction de nouveaux produits.

III - Les économies : un moindre effort en 2013, un effet d'affichage

Une fois la base et la tendance arrêtées, le quantum d'économies, leur nature et l'ONDAM pour l'année suivante qui en découlent sont fixés conjointement. Par nature, la pertinence de cet exercice est toutefois affectée par les biais de construction qui pèsent sur la base et sur la tendance.

Le projet de loi de financement pour 2013 tablait sur environ 1,8 Md€ d'« économies » sur les soins de ville, principalement du fait de baisses de prix et autres effets sur le médicament (906 M€) et d'actions dites de maîtrise médicalisée (550 M€), plus marginalement par la baisse des tarifs des radiologues et des biologistes (155 M€). Ces mesures permettaient in fine de fixer l'ONDAM soins de ville à 2,6 %, contre 2,1 % pour 2012.

A - Un ressaut de l'ONDAM ville traduisant un moindre effort d'économies

Comme le montre le tableau suivant, les « économies » annoncées pour 2013 étaient nettement en-deçà de celles prévues pour 2012 (2,15 Md€). Il s'agit même de l'effort le plus faible affiché depuis 2009.

Tableau n° 60 : comparaison pluriannuelle de la construction de l'ONDAM ville

En Md€ courants

Soins de ville		2009	2010	2011	2012	2013
Base (après opérations sur périmètre) ,		71,02	73,22	75,21	77,28	78,5
Évolution tendancielle selon PLFSS	*Taux*	*5,2 %*	*5,0 %*	*4,7 %*	*4,3 %*	*4,2 %*
	Montant	*3,68*	*3,66*	*3,56*	*3,35*	*3,30*
Montant (avant provisions et économies)		74,70	76,88	78,77	80,63	81,8
Dépenses		0,44	0,36	0,42	0,41	0,46
Économies[229]		-1,95	-1,99	-1,89	-2,15	-1,8
Montant de l'objectif		73,19	75,24	77,30	78,90	80,5
Évolution cible	*Taux*	*3,1 %*	*2,8 %*	*2,8 %*	*2,1 %*	*2,6 %*
	Montant	*2,17*	*2,02*	*2,09*	*1,62*	*2,03*

Source : PLFSS

229. On retient ici la nomenclature du PLFSS, voir *infra*.

Les « provisions nouvelles » évoquées ci-dessus (456 M€) étaient elles-mêmes en légère hausse par rapport à celles des années précédentes (310 M€ en 2010, 420 M€ en 2011, 410 M€ en 2012).

Ainsi, malgré un tendanciel en volume arrêté à un niveau plus faible que les années précédentes, la hausse des provisions nouvelles et surtout le choix d'afficher des économies moindres, ont finalement abouti à fixer un ONDAM ville en net ressaut par rapport à une tendance au ralentissement affirmée pour 2012. L'effet de signal donné, mettant fin à une dynamique pluriannuelle de ralentissement de la dépense, a été en décalage avec le contexte de déficit persistant de l'assurance maladie.

Ce ressaut en prévision (2,6 % contre 2,1 % en 2012) s'est bien concrétisé en exécution, quoique de manière atténuée, avec une progression de 1,9 % en 2013 contre 1,7 % en 2012.

B - Des amalgames dans la présentation des mesures d'économies

Les effets décrits dans le projet de loi de financement comme étant des « économies » relèvent en réalité de plusieurs types qui ne résultent pas tous d'un réel effort de mise sous tension de la dépense de soins de ville en faveur d'une plus grande efficience.

Ainsi, ces « mesures d'économies » agrègent non seulement de véritables mesures discrétionnaires, telles que des baisses de tarif (par exemple en 2012 sur la biologie) mais aussi, pour partie, l'effet de la « générication »[230]. Or, celle-ci n'a pas relevé, jusqu'ici, uniquement d'une action des pouvoirs publics[231], même si ceux-ci peuvent et doivent l'encourager et faire en sorte d'en accélérer la pénétration (exemple en 2012 de la mesure « tiers-payant contre générique », cf. *infra*).

Elles incluent également les actions dites de « maîtrise médicalisée », consistant essentiellement en efforts de pédagogie vis-à-vis des prescripteurs, visant à encourager des comportements vertueux. Or, d'une part ces actions sont répétées année après année quasiment à l'identique, d'autre part, elles relèvent, au moins en grande partie, de simples mesures de bonne gestion par la CNAMTS. Or, par principe, les mesures récurrentes de bonne gestion devraient être, ne serait-ce que

230. Une partie des effets de la « générication » est incluse dans le tendanciel par la DSS via la définition d'un « taux de pénétration » spontané des génériques, en pratique dépassé.

231 . Hors la procédure d'inscription sur la liste des génériques, de nature administrative.

partiellement, intégrées au tendanciel, plutôt que considérées comme un effort d'économies. En outre, la mesure de leurs effets réels est incertaine et peu documentée (cf. *infra*).

Certes, selon la CNAMTS, des études montrent que les actions de maîtrise médicalisée, si elles ne sont pas répétées, cessent de produire leurs effets. Pour autant, la convention retenue, tout aussi fragile, revient à considérer qu'il n'y a aucun effet durable des mesures de maîtrise médicalisée d'une année donnée sur les années suivantes et à assimiler gestion courante par l'assurance-maladie et mesures d'économie traduisant de nouveaux efforts. Elle conduit à majorer à la fois les économies et le tendanciel. Ce point est d'autant plus à relever que les économies annoncées au titre de la maîtrise médicalisée constituent une large part (31 %) du total des économies.

Enfin, comme indiqué ci-dessus, la hausse du taux de pénétration des génériques introduits l'année précédente est considérée en présentation comme une nouvelle « économie » pour 2013. Ce parti tend à majorer d'autant en présentation les économies réalisées.

C - La réalisation des objectifs d'économies, une question de convention

Depuis 2011, les économies prévues sur les soins de ville sont affichées comme étant fidèlement respectées.

Si l'on s'en tient aux évaluations ex-post, sur les trois années 2010-2012, on relève que le médicament a supporté 40 % de la baisse, les bénéficiaires de prestations 9 % sous forme de diminution de prise en charge ou d'IJ, les professionnels 12 % sous forme de baisse de tarifs (radiologie, laboratoires) [232]. Les effets de la maîtrise médicalisée, représenteraient 31 % de la baisse (pour autant que ceci puisse être mesuré) ; auxquels s'ajoutent encore 3 % au titre du ralentissement structurel de ces dépenses, facteur qui ne représente pas une économie au sens usuel du terme.

232. Sous réserve que le calcul permette de tenir compte d'une éventuelle inflation des volumes de prestations qui a pu être recherchée par les professionnels pour compenser l'effet des baisses de prix. Le tableau 7 montre à cet égard que les effets les concernant ont été moindre qu'escomptés, en 2010 et en 2012.

Tableau n° 61 : économies prévues et exécutées, 2010-2012

en M€

Économies directes / indirectes			2012		2011		2010	
			LFSS	Exécution	LFSS	Exécution	LFSS	Exécution
Soins de ville	Directes	Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	260	217	200	202	240	188
		Baisse de prix (médicaments et produits de santé)	980	974	500	525	600	673
		Diminution de la prise en charge des indemnités journalières	150	150	-	20	110	20
		Baisse des remboursements (médicaments et forfaits)	-	-	220	171		
	Indirectes	Maitrise médicalisée	575	617	550	613	740	551
		Ralentissement structurel des dépenses de médicament	80	70	70	13	145	107
		Autres	25	8	185	143		
	Total soins de ville		2 070	2 036	1 725	1 687	1 835	539

Source : Cour des comptes

Au total, les actions sur les médicaments et produits de santé, moins délicates à mettre en œuvre que celles qui augmentent le reste à charge ou freinent la rémunération des professionnels, représentent l'essentiel (près de 60 %) de la baisse de la dépense de ville par rapport au tendanciel.

S'agissant de 2013, les économies auraient dépassé les prévisions de 160 M€, essentiellement, selon la direction de la sécurité sociale, du fait de la sous-estimation de l'effet du dispositif conventionnel de rémunération sur objectifs de santé publique visant à rémunérer les pharmaciens en fonction de la progression du taux de substitution des princeps par les génériques (cf. infra). Les principaux écarts sur les mesures nouvelles concernent ainsi le médicament (-190 M€), les professionnels de santé (-90 M€) et les transports (-50 M€) (le détail est donné infra dans le tableau n° 62).

Pour autant, les évaluations ex-ante sont en partie de convention, car il est par nature difficile d'anticiper les effets par lesquels certains prestataires soumis à une régulation par les prix, cherchent à modifier leur volume d'activité ou à promouvoir de nouveaux produits, plus chers, pour compenser leur manque à gagner. Par ailleurs, s'agissant du médicament, les économies dues aux génériques sont calculées en faisant l'hypothèse que le prix du princeps serait resté constant, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

De même, a posteriori, dans une variation observée de volume d'activité sur un poste, il n'est pas possible d'isoler ce qui est véritablement dû à une mesure précise, faute d'avoir une certitude sur ce

qu'aurait été le comportement des acteurs en l'absence de la mesure et dont l'évaluation sur une base tendancielle n'est qu'une estimation. Les écarts identifiés entre les montants d'économie attendus et réalisés sont donc doublement à considérer avec une grande prudence.

En particulier, les objectifs en matière de maîtrise médicalisée qui constituent une catégorie spécifique d'économies, évaluées à 550 M€ par le projet de loi de financement pour 2013, sont eux aussi la plupart du temps réputés atteints. Ils seraient même dépassés pour les transports, ce qui compense le fait qu'ils ne soient pas respectés sur d'autres postes, principalement sur les dispositifs médicaux (30 M€ au lieu de 70 M€). Il est toutefois singulièrement difficile de s'assurer ex-post qu'un moindre volume consommé provient bien de l'action de sensibilisation qui a été conduite, plutôt que d'une surestimation du tendanciel et de modifications spontanées des comportements.

D - Médicaments : une sous-évaluation particulièrement forte de facteurs de baisse en 2013

Certaines conventions pérennes majorent à la fois le tendanciel et les économies et n'ont pas d'effet sur le respect de l'ONDAM. Elles permettent en revanche d'afficher un quantum d'économies plus significatif.

D'autres reviennent à majorer les économies de l'année considérée, cette fois au détriment des effets de report des années antérieures.

Mais par ailleurs, certaines estimations peuvent tendre à sous-évaluer l'impact d'effets pesant à la baisse sur la dépense, créant ainsi cette fois une marge de sécurité supplémentaire pour le respect de l'ONDAM en exécution.

La CNAMTS a indiqué en effet que, pour 2013, elle n'avait pas inclus d'effet générique propre à cette année, ayant jugé l'effet attendu des nouvelles tombées de brevets assez modeste. Ce postulat s'est trouvé invalidé a posteriori, la commission des comptes de la sécurité sociale faisant au contraire état d'un fort effet de nouvelles tombées de brevets en 2013[233], ce qui pouvait être anticipé car leur calendrier est en bonne partie connu à l'avance. La DSS a pu ne corriger que partiellement cette hypothèse.

233. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale « *Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2013 et prévision 2014* » (juin 2014) fait état p. 68 d'« importantes tombées de brevet en 2012 et 2013 »

Il en va de même de l'évaluation de l'impact net combiné de la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique au bénéfice des les pharmaciens et de l'effet report de la généralisation de la mesure « tiers-payant contre générique ».

L'évaluation de l'économie procurée par la rémunération sur objectifs de santé publique accordée aux pharmaciens[234]

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), créée par un accord conventionnel avec les pharmaciens, avait vocation à rémunérer les pharmaciens en proportion de l'atteinte d'objectifs de substitution de génériques aux princeps. Il était prévu dans les hypothèses sous-jacentes au PLFSS que cette prime compense tout juste les économies réalisées.

A posteriori, la direction de la sécurité sociale considère avoir sous-évalué les effets de cette mesure à hauteur de 160 M€.

En réalité, il n'est pas possible d'isoler l'effet de la ROSP d'une part et l'effet report de la mesure « tiers-payant contre générique » (généralisée mi-2012) d'autre part. Les effets reports de cette dernière mesure ont manifestement été sous-estimés initialement, ménageant ainsi une marge de sécurité (la DSS a évalué à 25 M€ seulement l'ensemble des effets reports pour le médicament). Ce parti pris initial conduit a posteriori à attribuer à la ROSP un effet disproportionné par rapport à son estimation initiale.

Cette convention a donc eu pour résultat d'aboutir à une présentation favorable en exécution des effets de la ROSP, alors qu'une mesure dont le bilan financier apparaissait comme nul en prévision pouvait présenter un caractère contestable au stade de son adoption.

Ces effets s'ajoutent donc à de nombreux autres erreurs ou biais dans le domaine de la prévision de la dépense de médicament, systématiques ou spécifiques à 2013, poste qui apparaît particulièrement affecté par les conventions retenues.

Ce n'est donc pas un hasard s'il constitue le principal cas d'exécution en-deçà de la prévision. Ainsi, en 2013, comme déjà souligné, l'évolution de la dépense de médicament a été de -0,2 %, voire -0,6 %, avec l'effet des remises conventionnelles. L'écart tient principalement à la minoration ex-ante des effets prix, reports et économies. L'effet des génériques aurait ainsi conduit à réduire la dépense de médicament de 2,2 %, davantage que les 1,3 % retenus en prévision.

*
* *

234 . À ce sujet, se reporter également au chapitre sur les conventions entre l'assurance-maladie et les professionnels libéraux.

Les développements qui précèdent identifient, parmi les sources d'écart entre la prévision et l'exécution, bien davantage qu'une recherche accrue de véritables économies, trois facteurs : l'effet base, l'erreur sur le tendanciel et l'écart sur les mesures d'économie.

Bien que ce partage relève en partie de conventions dont on a vu la fragilité, la DSS a effectué ex-post, en 2013, une tentative de décomposition de l'écart en exécution selon ces trois catégories. Selon ses calculs, les principaux écarts sur le tendanciel touchent la prévision des indemnités journalières ; les principaux écarts sur l'évaluation des mesures ont trait au médicament, confirmant les analyses précédentes.

Tableau n° 62 : décomposition des écarts en exécution total et principales lignes

En M€

	Effet base	Écart sur les tendances	Écart sur les mesures nouvelles
Soins de ville	-640	-190	-160
Généralistes	-30	20	-20
Spécialistes	20	-50	40
Dentistes	20	-20	-20
Infirmières	-50	-30	20
Laboratoires	-40	-50	10
Transports	-30	10	-50
Médicament	-200	-50	-180
Indemnités journalières	-300	-150	0
Dispositifs médicaux	-20	90	60

Source : DSS

Une analyse pluriannuelle montre que ces trois sources d'écart ont également joué les années précédentes : l'effet base s'avère bien la principale, l'exercice 2013 étant plus particulièrement marqué par une sous-évaluation de l'effet des mesures.

Tableau n° 63 : source des écarts en exécution

en M€

	Effet base	Effet tendanciel	Écart sur les mesures	Écart en exécution
2011	400	200	38	668
2012	600	450	34	853
2013	640	190	160	1 100

Source : DSS, CNAMTS-DSES

Il en ressort, que pour fiabiliser davantage et dans la durée la construction de l'ONDAM de ville, il faut agir dans ces trois domaines.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les écarts en exécution croissants constatés dans le domaine des soins de ville ne sont pas principalement la conséquence d'une meilleure gestion ou d'un effort plus important. Ils sont avant tout expliqués par un effet de base et par différents erreurs ou biais de prévision, les uns structurels, les autres spécifiques à 2013 et qui pèsent particulièrement sur la prévision des indemnités journalières et du médicament. On relève ainsi :

- *au stade de la fixation de l'assiette, la surévaluation des dépenses pour l'année en cours ;*
- *au stade de la prise en compte des effets reports des génériques: du côté de la CNAMTS, un biais de précaution spécifique ; du côté de la direction de la sécurité sociale, des conventions qui minorent cet effet par rapport au calcul de la CNAMTS;*
- *au stade de la confection du tendanciel : un biais de précaution dans le choix de celle des deux méthodes qui fournit le résultat le plus élevé, la prise en compte d'années trop éloignées où prévalaient des circonstances aujourd'hui périmées et une appréciation insuffisante de l'effet des ruptures de tendance notamment dues à un « effet crise » d'une part, au tarissement prolongé de l'innovation dans le domaine du médicament d'autre part. En outre, s'agissant des indemnités journalières, la mauvaise performance du modèle pour l'année 2013, aggravée par l'absence de retraitement de données 2012, qui avaient été impactées par des problèmes techniques.*
- *au stade de l'évaluation des « économies » nouvelles et des autres facteurs spontanés de réduction de la dépense : la sous-estimation de l'effet des nouvelles introductions de génériques en 2013 par la CNAMTS.*

Le cumul du choix d'une base surestimée et de la surévaluation du tendanciel a superposé les marges de précaution. Il a ainsi créé une situation où l'ONDAM est de facto aisément respecté, pouvant donner l'impression que les économies réalisées ont été supérieures à celles qui étaient prévues.

Par ailleurs, la qualification d'« économies » ne devrait s'appliquer qu'à des mesures discrétionnaires, par opposition à de simples mesures récurrentes de bonne gestion, ou à des évolutions indépendantes des pouvoirs publics. Elle conduit à surévaluer, en miroir, à la fois le tendanciel et les économies attendues. Ce faisant, elle ne facilite pas en elles-mêmes le respect de l'ONDAM, mais elle contribue à faire passer l'effort réel de maîtrise pour plus prononcé qu'il ne l'est réellement. Elle ne permet pas aux patients et aux professionnels de santé de prendre la

mesure véritable des enjeux. À l'heure où le gouvernement prévoit d'intensifier la recherche d'économies dans tous les secteurs de l'action publique, une plus grande rigueur dans leur définition prend d'autant plus d'importance.

L'addition de ces effets finit par constituer une marge de sécurité élevée certes favorable par construction au respect de l'ONDAM ville, mais qui affaiblit en réalité considérablement son pouvoir de régulation.

Les conditions sont créées où un ONDAM ville apparemment ambitieux peut être respecté, sans pour autant qu'un effort substantiel ne soit recherché sur les différentes composantes de la dépense, ce qui donne aux pouvoirs publics comme aux professionnels de santé le sentiment qu'un tel effort peut être différé, malgré le déficit récurrent de l'assurance-maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

27. prendre en considération les informations les plus récentes sur l'exécution en cours des soins de ville au moment de la fixation de la nouvelle base ;

28. éliminer les biais de construction pouvant conduire à une surévaluation du tendanciel et vérifier la crédibilité de la prévision au regard des ruptures de tendance observables, notamment dans les domaines du médicament et des indemnités journalières, à cette fin, utiliser des données exogènes ;

29. réserver l'appellation de « mesures d'économies » aux mesures discrétionnaires décidées par les pouvoirs publics pour la maîtrise de la dépense et ne pas l'appliquer aux écarts constatés par rapport à une croissance tendancielle de la dépense au caractère largement conventionnel, en l'absence d'une évaluation précise de l'effet des mesures prises;

30. documenter à destination des parlementaires les méthodes, les hypothèses et les conventions qui président à la fixation du tendanciel, à l'évaluation de l'effet de report des mesures antérieures et à celle des mesures d'économies nouvelles ; indiquer également la sensibilité des projections à ces hypothèses.

Annexe : déclinaison par postes de la construction de l'ONDAM ville

En M€

POSTES,	Objectifs 2012	Effet Base	Effet périmètre	Base 2013	Évolution tendancielle	Montants 2013	Effet Report(+/-)	Provisions	Économies	Maîtrise médicalisée	Objectifs 2013	Évolution cible
Soins de ville	78 899	-350	-27	78 522	4,1 %	81 741	108	456	1 206	550	80549	2,58 %
	0	0										
Total hors prestations	2 178	0		2 178	2,2 %	2 226		76	0		2 302	5,7 %
Fonds des actions conventionnelles (fac)	63	0		63	0,0 %	63					63	0,0 %
Aides a la télétransmission	86	0		86	2,0 %	88					88	2,0 %
Remises conventionnelles	-270	0		-270	0,0 %	-270					-270	0,0 %
Prise en charge cotisations sociales	2 299	0		2 299	2,0 %	2 345		76			2 421	5,3 %
Soins de ville (prestations)	76 721	-350	-27	76 344	4,2 %	79 515	108	380	1 206	550	78 247	2,5 %
Honoraires privés	19 836	53		19 889	1,5 %	20 197	-1	186	93	0	20 288	2,0 %
Généralistes	6 151	-5		6 146	-0,3 %	6 128	27	106	4		6 257	1,8 %
Spécialistes	10 204	45		10 249	2,7 %	10 526	-35	40	87		10 444	1,9 %
Sages-femmes	194	-6		187	6,8 %	200	7		0	0	206	10,3 %
Dentistes	3 288	19		3 307	1,1 %	3 343		40	2		3 381	2,2 %
Honoraires paramédicaux	9 707	157		9 863	5,2 %	10 380	197	0	6	50	10 521	6,7 %
Infirmières	5 867	76		5 942	5,7 %	6 281	71		4	10	6 339	6,7 %
Kinésitherapeutes	3 214	69		3 282	4,5 %	3 430	95		2	40	3 483	6,1 %
Orthophonistes	565	11		577	4,7 %	604	28		0	0	631	9,4 %
Orthoptistes	62	1		62	4,3 %	65	3		0	0	68	9,2 %
Laboratoires	3 473	-16		3 457	4,2 %	3 602	-8		77	10	3 507	1,4 %
Transports	3 819	23		3 841	6,0 %	4 071		125	72	70	4 053	5,5 %
Médicament	22 784	-84	18	22 718	5,3 %	23 922	-25	65	871	250	22 841	0,5 %
Indemnités journalières	10 667	-261		10 406	4,0 %	10 822	-55		7	100	10 660	2,4 %
Dispositifs médicaux	5 254	44		5 298	6,0 %	5 616			78	70	5 468	3,2 %
Ald 31 et ald 32	477	-477		0	4,0 %	0				0	0	
Autres	705	211	-45	871	4,0 %	906		4	0	0	910	4,4 %

Source : DSS

Chapitre VIII

Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense

PRÉSENTATION

La France a développé un modèle spécifique visant à concilier un exercice libéral des professions de santé avec un accès aux soins de ville généralisé, garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Les conventions nationales passées depuis 1971 entre l'assurance maladie et les différentes catégories de professionnels libéraux en constituent un outil essentiel. L'enjeu financier en est significatif : en 2013, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le sous-objectif des soins de ville[235] s'est élevé en exécution à 79,4 Md€, soit 46 % du total.

Les conventions élaborées par profession revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus d'adhésion par le praticien concerné. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés[236].

Le cadre de leur négociation a été profondément réformé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La Cour a examiné les politiques conventionnelles développées à la suite de cette réforme. Elle a centré son analyse sur cinq professions, qui représentent l'essentiel des dépenses de soins de ville: médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes.

Elle a constaté que les résultats de ces politiques sont insuffisants, que ce soit en termes d'accès aux soins ou d'efficience dans leur dispensation (I). Le système conventionnel doit être réorienté, pour le recentrer sur les besoins des assurés sociaux et pour faciliter une réorganisation des soins de proximité en développant les approches interprofessionnelles (II)[237].

235. Les dépenses de soins de ville, au sens de l'ONDAM, couvrent à la fois des dépenses liées aux professionnels de santé, comme leurs honoraires et des dépenses sur lesquelles ils exercent une influence directe, comme les médicaments.

236. 17 conventions ou accords nationaux sont actuellement en vigueur. Selon les données de la DREES, au 1er janvier 2014, environ 420 000 professionnels de santé (professions médicales, auxiliaires médicaux, professions d'appareillage médical) exercent totalement ou partiellement leur activité en libéral, dont 130 000 médecins.

237. La Cour a par ailleurs adressé le 30 juin 2014 à la commission des affaires sociales du Sénat, à sa demande, une communication sur les relations entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Cette communication, publiée le 11 juillet 2014, traite aussi d'autres aspects des politiques conventionnelles, comme l'impact sur les revenus des professions de santé.

I - Des résultats peu satisfaisants pour les patients

Au regard des préoccupations des assurés, les politiques conventionnelles n'ont pas réussi à remplir les objectifs majeurs qui sont au fondement même du dispositif depuis son institution. En effet, elles n'ont pas empêché le développement des difficultés d'accès aux soins, que ce soit en matière financière ou sur le plan géographique. Depuis 2004, l'élargissement du champ des négociations et la multiplication des incitations financières à destination des professions de santé ont débouché sur une grande complexité tarifaire sans que les gains d'efficience et de qualité des soins, escomptés en contrepartie, soient tangibles.

A - L'accès aux soins : des actions tardives et trop limitées

1 - Des dépassements de tarifs en progression continue

Alors que le fondement originel du système conventionnel était de mettre en œuvre une opposabilité des tarifs [238] des professionnels libéraux pour faire bénéficier tous les assurés d'un égal accès aux soins, la problématique des dépassements d'honoraires n'a pas fait l'objet d'une priorité d'action.

De nombreux professionnels libéraux de santé, bien que conventionnés, pratiquent en effet de façon courante des dépassements de tarifs qui peuvent être importants : les médecins principalement pour ceux qui relèvent du secteur 2, les chirurgiens-dentistes pour la partie de leur activité liée aux soins prothétiques[239].

a) Les médecins : une absence prolongée de toute régulation

Les dépassements d'honoraires des médecins, autorisés depuis 1980 pour ceux relevant du secteur 2, soit 25 % d'entre eux, représentent environ 2,4 Md€, dont 2,15 Md€ pour les spécialistes. Si la proportion des généralistes inscrits en secteur 2 est passée de 16 % en 1985 à 13 %

238. La notion de tarifs opposables correspond aux tarifs conventionnels, reconnus par l'assurance maladie obligatoire, sur la base desquels s'effectuent les remboursements aux assurés.

239. Sont communément distingués, dans les soins dentaires, d'une part les soins conservateurs permettant de soigner les dents malades ou d'entretenir les dents saines et d'autre part les soins prothétiques visant à remplacer les dents enlevées.

en 2005 et 9,5 % en 2013, celle des spécialistes est passée dans le même temps de 30 % en 1985 à 38 % en 2005 et 43 % en 2013.

Les niveaux de dépassement ont significativement augmenté : le taux de dépassement moyen a doublé depuis 1990 et s'établit à 56 % en 2013. Les dépassements ont été jusqu'alors peu contrôlés, dans la mesure où ils ont été utilisés en réalité comme un élément modérateur de la revalorisation des tarifs opposables. Les outils conventionnels ont échoué à les endiguer : l'option de coordination, mise en place par la convention de 2005, a eu très peu de succès[240] ; le secteur optionnel, prévu par la convention de 2011 pour inciter à la limitation des dépassements dans les spécialités de chirurgie, d'anesthésie et de gynécologie obstétrique, n'a même pas été mis en place.

L'avenant n° 8 à la convention médicale, conclu en 2012, a instauré un nouveau dispositif, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les médecins qui y adhèrent s'engagent à stabiliser leurs tarifs, à respecter un taux maximum de 100 % de dépassement en moyenne et à avoir une part d'activité à tarifs opposables supérieure ou égale à celle pratiquée avant l'adhésion. Ils bénéficient en contrepartie d'une prise en charge de leurs cotisations sociales, pour leurs actes à tarifs opposables, dans les mêmes conditions que les médecins de secteur 1, ainsi que des revalorisations décidées dans le cadre de la convention médicale de 2011.

Ce dispositif, entré en vigueur le 1er décembre 2013, avait recueilli environ 10 700 adhésions en mars 2014. S'il est trop tôt pour en faire un bilan, il suscite à ce stade plusieurs interrogations. Lors de son entrée en application, 27 % des signataires provenaient du secteur 1[241] : le CAS a donc paradoxalement augmenté le nombre de médecins autorisés à pratiquer des dépassements et contribue à vider le secteur 1 des spécialistes qui y restaient encore. Par ailleurs, son mécanisme est peu contraignant pour les médecins de secteur 2, en ne les engageant qu'à un gel de la moyenne de leur dépassement et à un maintien de leur activité à tarif opposable. En fixant aux médecins qui y souscrivent un plafond à 100 % pour le taux de dépassement maximum admis, il recèle un risque de demande de solvabilisation de dépassements élevés : certains syndicats de médecins sollicitent une prise en charge des dépassements effectués

240. Le praticien devait s'engager à appliquer les tarifs opposables pour les actes cliniques et à limiter les dépassements à 15 % (puis 20 %) pour les actes techniques, en contrepartie d'une prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales dans les mêmes conditions que le secteur 1.

241. Il s'agit d'une concession faite aux médecins spécialistes, anciens chefs de clinique qui, alors qu'ils disposent des titres permettant d'exercer en secteur 2, étaient bloqués en secteur 1.

dans le cadre du CAS par les assureurs complémentaires et surtout une obligation de remboursement par ceux-ci dans le cadre des « contrats responsables »[242].

L'avenant n° 8 met également en place une procédure de sanction pour les dépassements jugés excessifs. L'appréciation de ce caractère excessif reste toutefois très souple[243]. Il est à craindre que ce mécanisme ne permette qu'une action à la marge sur les cas extrêmes. La procédure est lourde et la décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie est contrainte par les avis des commissions paritaires, réunissant représentants de l'assurance maladie et syndicats médicaux signataires de l'avenant, auxquelles il revient d'indiquer la sanction maximale : cette stipulation est une limite forte à l'action de l'assurance maladie. À cet égard, le déconventionnement, temporaire ou pour la durée de la convention, ne devrait pas être écarté pour les cas abusifs.

Si la CNAMTS a enregistré en 2013, avant même sa mise en œuvre, un début de baisse des dépassements les plus élevés, la poursuite de ce mouvement dépend en effet du caractère vraiment dissuasif du nouveau dispositif. De ce point de vue les premières sanctions seront décisives pour sa crédibilité.

b) Les chirurgiens-dentistes : une couverture des soins dentaires qui ne cesse de se dégrader

La prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie, après avoir progressé jusqu'aux années 70 pour atteindre 55 %, a progressivement reculé et s'établissait à 31,5 % en 2012. La Cour avait relevé en 2010 que seulement 18 % du coût des actes prothétiques étaient pris en charge[244]. En effet, à partir des années 80, en contrepartie d'une progression faible du tarif des soins conservateurs, les honoraires ont été laissés libres sur les soins prothétiques et orthodontiques. En

242. Définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les « contrats solidaires et responsables » proposés par les organismes complémentaires d'assurance maladie doivent respecter certaines obligations et interdictions de prise en charge, en contrepartie de quoi ils bénéficient d'un régime fiscal et social favorable.

243. Le caractère excessif est apprécié au regard de tout ou partie des critères suivants : taux de dépassement, taux de croissance annuel, fréquence des actes avec dépassement, variabilité des honoraires pratiqués, dépassement moyen annuel par patient, en tenant compte de la spécialité, du lieu d'exercice et du niveau de compétence.

244. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350, La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

conséquence, le prix des soins prothétiques a très fortement augmenté et la part des dépassements dans le total des honoraires a continuellement progressé, passant de 47,6 % en 2004 à 53 % en 2012, soit 4,7 Md€.

Or, si l'intention affichée de rééquilibrer la rémunération et le financement des soins dentaires, en l'associant à un effort de maîtrise des tarifs des prothèses, est ancienne, les conventions dentaires ont laissé se développer le déséquilibre et ses effets pervers sans y remédier.

Dans le cadre de la convention de 2006, les soins conservateurs avaient été revalorisés en contrepartie d'une participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes limitée aux seuls honoraires correspondant à des tarifs remboursables. Toutefois la revalorisation n'a pas privilégié les soins conservateurs les plus précoces, destinés à limiter à terme les extractions et la pose de prothèses, mais des soins nécessités par des pathologies dentaires avancées et qui constituent souvent des actes « pré-prothétiques » ainsi que les extractions elles-mêmes. Par ailleurs, la profession s'était engagée à ce que cette réaffectation ne se traduise pas par une augmentation des prix des soins prothétiques : cet engagement n'a pas été tenu.

Des mesures récentes (avenant n° 2 de 2012 et avenant n° 3 de 2013) ont abouti à la mise en place de la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire afin de remplacer l'ancienne nomenclature devenue obsolète. Toutefois, la transposition des actes accomplis par les chirurgiens-dentistes et les tarifs remboursables liés à ces actes s'est faite sans que la nature des actes remboursables ni leur hiérarchisation n'évoluent.

Les nouvelles dispositions introduisent certes plus de transparence en permettant une meilleure traçabilité des actes. Cependant, la poursuite de la revalorisation des soins conservateurs et l'alignement du tarif de la consultation dentaire sur celle des médecins généralistes en 2012 n'ont pas eu pour contrepartie des engagements plus contraignants de maîtrise des dépassements en matière de soins prothétiques. Le patient continue de voir s'éroder sa couverture sociale. Ce secteur a été, de fait, laissé en déshérence, avec un risque de conséquence grave à terme sur la santé bucco-dentaire des assurés.

2 - Une contribution restreinte à une meilleure répartition géographique des professionnels libéraux

Les professionnels de santé libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. Les négociations conventionnelles n'ont que récemment intégré cette dimension géographique de l'accès aux soins. Si quelques tentatives antérieures ont concerné les médecins, c'est à partir de 2008

que des mesures, permises par des modifications du code la sécurité sociale, ont été mises en place, visant à concilier le principe de la liberté d'installation avec la préservation d'un égal accès aux soins pour les patients.

Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, le dispositif s'articule autour de deux axes : d'une part des incitations financières en zones sous-denses dans le cadre de contrats incitatifs ; d'autre part une restriction de l'accès au conventionnement en zones sur-denses, cet accès n'étant possible qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité.

Ce double dispositif, qui a constitué une avancée significative, a d'abord été mis en place pour les infirmiers libéraux en 2008 : ceux-ci connaissent en effet une croissance démographique forte et très inégalement répartie, avec une densité allant de 1 à 7 suivant les départements. Les masseurs-kinésithérapeutes ont été la deuxième profession concernée, les écarts de densité allant de 1 à 4. Toutefois les dispositions limitant leur installation en zones sur-denses ont été récemment remises en cause par le Conseil d'État[245].

Pour les médecins, les mesures mises en œuvre sont purement incitatives. Pourtant, des déséquilibres démographiques importants existent également : les littoraux et les centres villes sont en règle générale bien pourvus, alors que les zones rurales, de montagne, mais aussi certains quartiers urbains le sont moins voire doivent faire face à des situations difficiles. La densité des généralistes rapportée à la population va de 1 à 2 suivant les départements, celle des spécialistes de 1 à 7. L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, signé en 2007, avait déjà prévu un dispositif qui s'est avéré très coûteux pour un résultat extrêmement faible[246]. La convention de 2011 a mis fin à cette option et

245. CE, 17 mars 2014, *Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs des Landes*. Le Conseil d'État a jugé que les dispositions du code de la sécurité sociale ne permettaient pas, au contraire des infirmiers, l'adoption par les partenaires conventionnels de mesures limitant les possibilités de conventionnement en fonction de la zone d'installation.

246. Création d'une option conventionnelle dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-médicalisées pouvaient être majorés de 20 %. Entre 2007 et 2010 le coût de cette option a été de 20 M€ par an, soit 25 000 € par médecin. Or, seuls 60 nouveaux médecins se sont installés dans les zones concernées : le dispositif a essentiellement constitué un avantage pour les médecins déjà en place.

a institué deux nouvelles formules incitatives à l'installation en zones sous-denses : l'option démographie et l'option santé-solidarité[247].

Les accords conclus en 2012 avec les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes comportent de même des mesures exclusivement incitatives relatives aux zones sous-denses. Les autres professions, n'ont pas fait l'objet de mesures conventionnelles de régulation des implantations. Si la convention de 2012 avec les pharmaciens comporte un sous-titre visant à « organiser la gestion de l'évolution du réseau des officines », les travaux de mise en œuvre de ces stipulations restent en suspens.

Même si le recul manque encore pour apprécier leur impact, la mise en œuvre des contrats incitatifs a, en l'état, essentiellement bénéficié aux professionnels déjà installés (pour les infirmiers, à fin 2012, 74 % des contrats santé solidarité et 89 % des contrats incitatifs infirmiers qui leur ont succédé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes, 94 % des contrats). Pour les médecins, l'option démographie avait recueilli 1732 adhésions en 2013, l'option santé solidarité seulement 22. Dans les zones sur-dotées, des installations précipitées d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes ont en outre été constatées avant l'entrée en vigueur des mesures et le nombre de dossiers traités est encore peu significatif pour améliorer sensiblement la répartition des professionnels[248].

L'approche reste en outre incomplète, notamment pour les médecins spécialistes : l'analyse de l'accès aux médecins spécialistes, prévue par l'avenant n° 8 à la convention médicale, n'a pas été réalisée.

L'assurance-maladie, dès lors qu'elle apporte aux professionnels une très large part de leur revenu, est légitime à orienter les installations et les remboursements là où il y a des besoins constatés, mais n'a pas mobilisé tous les leviers conventionnels pour permettre d'atteindre ces objectifs. Le conventionnement ne devrait en tout état de cause pas être considéré comme un droit automatique, comme il l'est actuellement, mais devrait correspondre à un besoin effectif de soins pris en charge par l'assurance maladie. La possibilité de rendre le conventionnement conditionnel devrait être élargie en permettant par la loi d'étendre cette

247. L'option démographie cherche à inciter les médecins à s'installer ou à maintenir leur cabinet de groupe ou organisé en pôle en zone sous-dotée et l'option santé solidarité aide ceux exerçant dans d'autres zones à venir prêter main forte aux médecins exerçant en zones sous-dotées.

248. De premières inflexions ont néanmoins été constatées pour les infirmiers : la CNAMTS a indiqué début juin 2014 que depuis 2012 le nombre d'infirmiers s'était accru de 198 dans les zones sous-dotées et avait baissé de 295 dans les zones sur-dotées.

orientation à toutes les professions dans les zones en surdensité et utilisée plus résolument afin de favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire en fonction des besoins effectifs des patients.

L'Allemagne a ainsi mis en place, en accord avec les professions concernées, un système de répartition des professionnels sur le territoire.

L'implantation territoriale des professions médicales en Allemagne

L'accès à la médecine de ville conventionnée n'est plus libre en Allemagne depuis la loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé. Dans chaque Land, une commission paritaire rassemblant des représentants des médecins et des caisses de sécurité sociale délivre des autorisations d'installation, qui sont attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale, paritaire elle aussi. Ces directives définissent des quotas de médecins pour quelque 400 territoires et pour une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota.

La commission du Land publie périodiquement un tableau indiquant les possibilités d'installation. En 2013, dans la plupart des circonscriptions, aucune installation de spécialiste n'était possible. En revanche, un cabinet de généraliste pouvait être ouvert dans les deux tiers des circonscriptions.

Cette règle de base est assortie d'exceptions. La première permet aux médecins qui prennent leur retraite de vendre leur cabinet, même si de nouvelles installations sont théoriquement impossibles dans la circonscription. La deuxième exception donne à la commission paritaire régionale la faculté d'accepter de nouvelles installations lorsque les médecins d'une sous-spécialité sont en nombre insuffisant, ou de prendre en compte des disparités géographiques à l'intérieur d'une circonscription globalement bien pourvue. Une troisième exception permet l'installation comme membre d'un cabinet de groupe, l'installation étant alors subordonnée à la limitation du volume d'activité.

Source : rapport d'information pour la commission du développement durable du Sénat, « Déserts médicaux : agir vraiment », M. Hervé MAUREY, rapporteur, février 2013.

B - Une ambition élargie, des résultats modestes

1 - Une diversification des rémunérations à l'impact réduit sur les pratiques

La diversification des modes de rémunération a constitué une innovation importante pour intégrer des objectifs de santé publique et de gestion du risque dans certaines conventions. Ces mesures visent aussi à

un meilleur suivi individualisé des patients. Leur impact sur les pratiques reste toutefois pour l'instant réduit.

Pour les médecins, si le paiement à l'acte reste en France le socle de leur rémunération, la convention de 2011 a marqué une évolution vers un mode de rémunération mixte qui comporte trois piliers : l'acte, la rémunération à la performance sur objectifs de santé publique (ROSP) et la rémunération forfaitaire. Cette diversification a rapidement pris de l'importance dans leur rémunération globale : en 2013, la part des rémunérations liées à la performance et aux forfaits, rapportée au total des honoraires sans dépassement, était de 12,3 % pour les médecins généralistes, dont 3,9 % liés à la première année de paiement de la rémunération sur objectif de santé publique[249].

La rémunération à la performance avait été expérimentée dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), lancés en 2009 hors convention. Sa généralisation, décidée par la convention de 2011, couvre deux dimensions : l'organisation des cabinets, qui concerne tous les médecins ; la qualité de la pratique médicale, d'abord appliquée aux médecins traitants et qui a vocation à s'étendre à l'ensemble des spécialités[250]. La performance individuelle des médecins est mesurée par une batterie d'indicateurs (29 au total pour les généralistes), la rémunération étant versée sur la base d'objectifs et de barèmes définis pour chaque indicateur.

En 2013, les médecins généralistes ont bénéficié d'une rémunération moyenne liée à la ROSP de 5 480 € (+15,3 % par rapport à 2012), soit une dépense brute totale de 341 M€.

La crédibilité du système et son bénéfice pour les patients dépendent en grande partie du degré d'exigence retenu pour apprécier le niveau de performance et de la fixation des objectifs-cibles. Il peut se révéler coûteux sans pour autant contribuer à l'amélioration effective de la santé publique si le niveau de performance a été sous-estimé, avec notamment pour conséquence de permettre aux intéressés de percevoir automatiquement une partie de cette rémunération complémentaire.

Ainsi, les cinq indicateurs relatifs à l'organisation du cabinet sont pour l'essentiel des incitations financières à son informatisation. 80 % des

249. La ROSP payée en 2013 correspondait aux résultats des médecins constatés en 2012. Seuls 2,8 % des médecins généralistes et 4,4 % des médecins spécialistes ont refusé la ROSP, comme la convention de 2011 leur en donnait la possibilité.

250 . C'est déjà le cas pour les cardiologues depuis 2012 et pour les gastro-entérologues depuis 2013.

omnipraticiens ont été éligibles à une rémunération de ce type dès la première année, ce qui pose la question de l'intérêt de maintenir à terme cet avantage dans un environnement aujourd'hui de plus en plus informatisé. La qualité de la pratique, pour sa part, porte sur neuf indicateurs de suivi des pathologies chroniques, huit de prévention et sept d'efficience dont cinq concernent la prescription dans le répertoire des génériques. Seules deux pathologies chroniques ont été retenues pour apprécier la qualité des pratiques : le diabète, qui fait l'objet à lui seul de huit indicateurs et l'hypertension. Par ailleurs, si des progrès sont observés sur les indicateurs de pathologies chroniques au terme des deux premières années de mise en application de la ROSP, les résultats sont moins satisfaisants en matière de prévention (notamment pour la grippe et le dépistage de certains cancers).

Aucune conséquence négative n'est attachée au non-respect des objectifs en matière de qualité de la pratique : une solidarité entre les indicateurs, permettant de calculer l'avantage final en fonction de l'ensemble des résultats par solde entre les impacts positifs et négatifs, renforcerait le caractère incitatif du dispositif.

Les médecins traitants bénéficient également de rémunérations forfaitaires assises sur la composition de leur patientèle. En application des conventions de 2005 et de 2011, les caisses leur versent une rémunération annuelle de 40 € par patient en affection de longue durée (ALD) et de 5 € hors ALD, de 5 € supplémentaires par consultation pour les patients âgés[251] et de 23 € annuels par patient diabétique suivi dans le cadre du programme Sophia [252]. Ces formules successives, jamais évaluées, tendent, en se sédimentant, à complexifier le système. Source de dépenses nouvelles, ces forfaits seraient à assortir de contreparties vérifiables : ils s'ajoutent en effet à la rémunération à l'acte et discriminent les médecins selon la nature de leur patientèle.

La rémunération sur objectifs des pharmaciens, introduite par la convention de 2012, couvre pour sa part trois domaines : la dispensation de spécialités génériques [253], la modernisation des officines et la promotion de la qualité de la dispensation. Ce dernier axe porte notamment sur la prévention des risques iatrogéniques et

251. Patients de plus de 85 ans à partir du 1er juillet 2013, puis patients de plus de 80 ans à compter du 1er juillet 2014.

252. Ce programme, mis en place par la CNAMTS, vise à accompagner les patients atteints de pathologies chroniques - en premier lieu le diabète - pour mieux les suivre et prévenir les complications.

253. Sur ce point, voir le chapitre IX - la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés.

l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Cet accompagnement se met en place progressivement et concerne pour l'instant les patients placés sous certains anticoagulants oraux[254] et les patients asthmatiques. Dans les deux cas, le pharmacien est éligible à la rémunération sur objectifs (40 € par patient concerné) dès lors qu'il réalise au moins, avec chaque patient concerné, deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année. Le coût de la rémunération à la performance est déjà significatif puisqu'il s'établissait en 2012 à 113,5 M€.

Un honoraire de dispensation des médicaments, versé directement par l'assurance maladie, est en outre en cours de mise en place[255]. Si cet honoraire doit rester neutre sur les dépenses de l'assurance maladie par une réforme de la « marge dégressive lissée » dont les pharmaciens bénéficient sur les boîtes de médicaments, il reste corrélé pour sa quasi-totalité à la boîte vendue, alors qu'il était l'occasion de déconnecter la rémunération du volume de vente et de construire une politique incitant à l'efficience des pratiques, centrée sur les patients.

2 - Une complexité tarifaire sans cesse accrue

La Cour a déjà relevé à plusieurs reprises la complexité et le caractère peu lisible, pour les assurés, des tarifs et des modes de prise en charge des soins[256].

La politique conventionnelle avec les médecins est axée depuis 2005 sur la définition d'un parcours de soins devant permettre, en conférant un rôle pivot au médecin traitant, une prise en charge globale du patient et son orientation au sein du système de soins. Les dispositions de la convention médicale de 2005 ont compliqué le schéma de la réforme de 2004 relative au parcours de soins coordonné. Elles ont en effet mis en place des mécanismes tarifaires complexes reposant sur le principe de responsabilisation des assurés, beaucoup plus que sur celle

254. La convention n'a retenu qu'un seul type d'anticoagulants, les antivitamines K. Or de nouveaux anticoagulants oraux (NACOs) se développent et leur mésusage peut également être source de problèmes.

255. Avenant n° 5 du 21 mai 2014. Le schéma retenu consiste à transférer dans le champ conventionnel, sous forme d'honoraire, de l'ordre de 45 % de la marge sur les médicaments remboursés.

256. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre VII : la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, septembre 2007 ; *Rapport public annuel 2013*, chapitre 3 : Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, février 2013, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

des praticiens. Les médecins dits « correspondants » bénéficient pour leur part de divers types de majorations d'honoraires, selon qu'il s'agit d'un avis ponctuel ou de soins séquencés ou itératifs.

La convention médicale de 2011 et ses avenants ont encore augmenté la complexité du système tarifaire, pour les actes techniques mais aussi pour les actes cliniques. Une série de revalorisations ciblées ont été décidées dans le cadre de la rémunération à l'acte, en instituant par exemple des consultations à haute valeur ajoutée de santé publique. L'avenant n° 8 a de même procédé à des revalorisations pour la prise en charge de patients nécessitant un suivi particulier dans le cadre du parcours de soins : création d'une consultation majorée de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité (2C) ; consultation majorée pour le suivi des patients insuffisants cardiaques ayant été hospitalisés pour un épisode de décompensation (2C) ; rémunération forfaitaire de 5 € par consultation ou visite des patients âgés ; revalorisation de certaines consultations de pédiatres.

Si, prises isolément, chacune de ces mesures peut paraître trouver une justification, le parcours de soins s'effectue dès lors dans un maquis tarifaire difficilement lisible et sur lequel le patient reste peu informé. En revanche l'assurance maladie n'a pas recouru à d'autres leviers pourtant à sa disposition pour concourir à la réalisation des objectifs des politiques conventionnelles.

Médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux bénéficient en effet de la prise en charge, par l'assurance maladie, d'une part significative de leurs cotisations sociales. Cette prise en charge, qui remonte aux années 60, a été progressivement étendue même à certains praticiens de secteur 2, ceux qui ont signé un contrat d'accès aux soins. Ces avantages sociaux, qui s'apparentent à des cotisations employeurs, constituent une contribution substantielle au revenu des professions de santé[257] et sont coûteuses pour l'assurance maladie (2,2 Md€ en 2013). Ils sont insuffisamment mis au service des politiques conventionnelles. Les prises en charge de cotisations s'élargissent continûment au gré des négociations avec les différentes professions au lieu d'être modulées fortement en fonction d'objectifs de meilleure prise en compte des besoins des patients et de qualité des pratiques.

257. Ils équivalaient en 2010 à près de 18 % des revenus d'un médecin généraliste, entre 10 et 11 % pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, plus de 7 % pour les dentistes.

II - Un système conventionnel à réorienter

Les résultats limités, pour les patients, des politiques conventionnelles, conduisent à s'interroger sur l'adaptation de leur cadre comme sur leur contenu pour qu'elles contribuent davantage à la meilleure efficience des soins de ville et à l'équilibre financier de l'assurance maladie.

A - Redéfinir le cadre des négociations

Des négociations très cloisonnées n'ont pas permis de réformer l'organisation des soins et la nouvelle gouvernance prévue par la loi de 2004 a, dans sa pratique, débouché sur un jeu d'acteurs brouillé permettant difficilement de mettre en œuvre une stratégie claire.

1 - Un dispositif conventionnel très éclaté

a) Des négociations nombreuses et très séquencées retardant les approches interprofessionnelles

Les conventions avec les principales professions sont régulièrement renégociées et font surtout l'objet de multiples avenants. Ainsi, la convention passée avec les médecins en 2005 a fait l'objet de 32 avenants et celle passée en 2011 en compte déjà 11. Les conventions passées en 2007 respectivement avec les infirmiers et avec les masseurs-kinésithérapeutes comportent chacune cinq avenants et celle passée avec les pharmaciens en 2012 en comptait déjà cinq en mai 2014.

Cette succession rapide de textes s'explique notamment par la mise en œuvre des multiples axes des politiques conventionnelles. Il en a résulté une inflation de négociations en raison d'un traitement très séquencé, donnant lieu à un enchaînement quasi-ininterrompu de « colloques singuliers » entre l'assurance maladie et chaque profession. Si la forte segmentation des négociations peut comporter des avantages en permettant une maturation des problématiques à des rythmes différents et une diffusion par l'exemple, elle présente également des inconvénients. Elle est mobilisatrice de temps et d'énergie et est susceptible de multiplier les avantages accordés sans contreparties suffisantes. En outre, elle nuit à la pérennité des dispositifs qui peuvent être rapidement modifiés voire fréquemment remplacés sans même avoir pu réellement être mis en œuvre ou sans qu'un bilan en ait été établi.

De ce fait, l'efficience du système de soins a été insuffisamment améliorée. Des négociations trop exclusivement en « tuyaux d'orgues » ont fait obstacle à une meilleure organisation des soins de proximité, à la redéfinition de certaines fonctions pour répondre à l'évolution des besoins des patients et à une articulation des prises en charge entre la ville et l'hôpital. Elles ont fortement retardé l'émergence des approches interprofessionnelles.

Il aura fallu en effet attendre dix ans, après la loi de 2002 qui en prévoyait la conclusion, pour qu'un premier accord-cadre interprofessionnel (ACIP) voie le jour[258]. Encore le contenu de cet accord, conclu en mai 2012, reste-t-il très pauvre, exposant essentiellement des déclarations d'intention. Il ne joue pas le rôle de socle des conventions particulières, contrairement à l'architecture imaginée par la réforme de 2002.

La loi de 2004 a prévu un autre mode de contractualisation interprofessionnelle à géométrie variable sous la forme d'accords conventionnels interprofessionnels (ACI) intéressant plusieurs professions désireuses de renforcer la coordination des soins. Ce n'est que dans le cadre des négociations en cours sur les soins de proximité, ouvertes en 2014 sous l'impulsion des pouvoirs publics, que ce cadre devrait pour la première fois être utilisé. L'assurance maladie, craignant des surenchères entre professions et les principaux syndicats représentatifs, soucieux d'obtenir des mesures et avantages spécifiques, ont préféré jusque-là rester dans le cadre de négociations particulières.

b) Des mesures coûteuses insuffisamment suivies

L'éclatement du dispositif conventionnel fait en outre obstacle à une vision globale et claire du coût des politiques conventionnelles et complique leur suivi. L'extension du champ des négociations a en effet un coût. La seule augmentation des lettres-clés déterminant les tarifs à l'acte n'est pas représentative du bilan global des politiques conventionnelles : les négociations portent de manière croissante sur des avantages annexes accordés en contrepartie des nombreux dispositifs mis en place ou prévus sur des thématiques variées.

258. Prévu par la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, l'ACIP, conclu pour une durée de cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions et peut déterminer des mesures relatives à la qualité des soins et à leur meilleure coordination, ainsi qu'à la santé publique.

En coût net de sortie de négociation, la convention médicale de 2011 et ses avenants ont généré 647,1 M€ de dépenses annuelles supplémentaires. Deux textes ont eu une portée financière particulièrement importante : la convention de 2011 elle-même, qui a notamment mis en place la ROSP et procédé à des revalorisations ciblées de consultations dites à haute valeur ajoutée ; l'avenant n° 8, qui prévoit notamment une revalorisation progressive de certains actes, avec pour contrepartie dont on a vu les limites, la mise en place du contrat d'accès aux soins et des procédures relatives aux dépassements excessifs.

Tableau n° 64 : Coût de la convention médicale de 2011

Texte	Coût des mesures en sortie de négociation
Convention de 2011	386 M€ (dont 85 en 2012)
Avenant n° 4	- 52,6 M€
Avenant n° 5	45 M€ (12 M€ en 2012, 33 M€ en 2013)
Avenant n° 7	3,7 M€ en 2013
Avenant n° 8	246,3 M€ (dont 86 en 2013)
Avenant n° 9	3,2 M€
Avenant n° 10	1,8 M€
Avenant n° 11	13,7 M€
Total	**647,1 M€**

Source : UNCAM, Cour des comptes[259]

La profession d'infirmier a également bénéficié de mesures financières significatives dans le cadre de la convention de 2007 et de ses avenants, pour un total de plus de 560 M€, en raison notamment des contreparties aux mesures de régulation démographique. Les masseurs-kinésithérapeutes ont bénéficié, avec les mesures nouvelles de la convention de 2007 et de ses avenants, de 319,4 M€.

Par ailleurs, si les relations conventionnelles font l'objet d'un investissement important de l'assurance maladie au moment des négociations, le suivi des mesures est parfois défaillant. Certaines stipulations sont appliquées avec retard, voire non appliquées. Il en est ainsi pour la modulation de la ROSP ou des forfaits versés aux médecins en fonction des zones et des difficultés d'exercice. C'est également le cas pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui n'a fait l'objet d'aucun suivi annuel contrairement aux dispositions de la convention

259. Seuls les avenants ayant une incidence financière sont répertoriés. Le coût négatif de l'avenant n° 4 s'explique par des baisses de tarifs de radiologie, l'avenant prévoyant en outre des hausses ciblées pour des actes de cardiologie et de néphrologie.

médicale. C'est également vrai du développement des nouveaux rôles des infirmiers et du remplacement de la démarche de soins infirmiers, prévus par la convention de 2007, ou encore de la mise en œuvre d'actions de prévention, notamment dans le domaine de la rééducation rachidienne, prévues dans la convention de 2007 des masseurs-kinésithérapeutes.

De même, l'impact des mesures conventionnelles sur les patients et la réponse à leurs besoins est insuffisamment évalué. En réponse aux demandes, formulées par la Cour, de communication des bilans disponibles des conventions avant reconduction ou renégociation, l'UNCAM n'a apporté que des éléments ponctuels ou thématiques. Elle n'a été en mesure de produire que des données partielles et disparates sur les sanctions conventionnelles prononcées au cours des trois dernières années. Ce sont là pourtant des éléments d'analyse importants sur le non-respect des stipulations conventionnelles, ses causes et les conséquences qui en sont tirées.

2 - Clarifier le rôle des acteurs

a) Une forte autonomie de la CNAMTS dans un contexte de cogestion avec les professions de santé

La procédure conventionnelle a été redéfinie par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Auparavant, la négociation des conventions constituait une prérogative des présidents des conseils d'administration des trois principaux régimes d'assurance maladie - régime général, mutualité sociale agricole et régime social des indépendants - et des partenaires sociaux qui y siégeaient. Depuis 2004, l'établissement des conventions avec les professions de santé relève de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), établissement public réunissant les trois régimes et doté d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général. Le conseil de l'UNCAM, présidé es-qualité par le président du conseil de la CNAMTS, y tient un rôle limité à la définition des orientations. C'est le directeur général de l'UNCAM, également directeur général de la CNAMTS, qui est chargé de conduire les négociations sur mandat du collège des directeurs.

Du fait de cette architecture, la CNAMTS joue un rôle prépondérant dans la définition des objectifs et le déroulement des négociations. Les syndicats représentatifs disposent toutefois de

prérogatives importantes dans la négociation des textes[260]. En outre, l'application des accords fait l'objet d'une cogestion avec les syndicats signataires, au sein de commissions paritaires nationales et locales. Cette configuration, jointe à des négociations très séquencées, incite à des compromis catégoriels entre l'assurance maladie et chaque profession de santé dans lesquelles les préoccupations des patients restent à l'arrière-plan.

Par ailleurs, deux acteurs des politiques conventionnelles n'ont pas trouvé la place que la réforme de 2004 visait à leur donner pour le bon équilibre du système conventionnel : l'union nationale des professions de santé (UNPS)[261], qui ne joue pas le rôle interprofessionnel que l'on pouvait en attendre ; l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)[262], dont l'association aux négociations reste chaotique et qui s'est mise en retrait après la signature de plusieurs accords en 2012 et 2013, estimant qu'elle n'était pas reconnue comme un véritable acteur de la régulation du système de soins, avec pour conséquence que l'articulation entre la protection de base et la protection complémentaire reste défaillante au détriment des assurés. La nouvelle gouvernance prévue par la loi de 2004 n'a ainsi pas fonctionné, sauf pour ce qui concerne le rôle accru de la CNAMTS.

b) Un État en retrait mais appelé à intervenir fréquemment

Les pouvoirs de régulation de l'État sont, à s'en tenir aux textes, limités. La première régulation est d'ordre financier : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté par le Parlement, conditionne pour partie le contenu et le calendrier des négociations conventionnelles, en fonction des marges de manœuvre financières à disposition du directeur général. Cependant, le fait que le taux d'évolution de l'ONDAM soins de ville ait été fixé au même niveau que

260. Notamment, une convention n'est valide que si elle a été conclue par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives ayant réuni au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national aux élections aux unions régionales des professions de santé. Deux organisations syndicales représentatives, dès lors qu'elles ont obtenu ensemble la majorité des votes à ces mêmes élections, peuvent faire opposition à la mise en œuvre d'un accord.

261. L'UNPS, créée sous forme associative, est composée des syndicats représentatifs des différentes professions. Elle a notamment pour but de faire des propositions relatives à l'organisation du système de santé ainsi qu'à tout sujet d'intérêt commun.

262. L'UNOCAM, créée également sous forme associative en 2005, fédère les trois grands types d'organismes d'assurance complémentaire : mutuelles, entreprises d'assurance, institutions de prévoyance.

celui de l'ONDAM hospitalier alors que le poste médicaments n'évoluait que faiblement, a permis une certaine souplesse. En outre, si le taux de progression de l'ONDAM « soins de ville » est respecté depuis 2010, avec un écart négatif d'exécution par rapport à l'objectif voté qui est allé croissant, la politique conventionnelle ne tient qu'une place modeste dans ce résultat[263].

Par ailleurs, si le Parlement vote cet objectif de dépenses, l'UNCAM et son directeur général n'ont pas, en l'état, de bilan à lui présenter sur les politiques conventionnelles et l'exécution des objectifs[264].

Le gouvernement dispose pour sa part de pouvoirs en principe limités. L'entrée en vigueur des conventions est soumise à approbation ministérielle, par arrêté ou tacitement passé un délai de 21 jours, ce qui leur confère un caractère réglementaire. Le ministre ne peut toutefois s'opposer à cette entrée en vigueur que pour des motifs strictement définis relevant de la non-conformité aux lois et règlements, de la santé publique, de la sécurité sanitaire ou d'une atteinte au principe d'égal accès aux soins. Le coût des mesures négociées n'est plus un motif d'opposition depuis 2004.

L'État n'a également plus la main en cas d'échec des négociations. Une ordonnance du 21 avril 1996 avait prévu qu'en l'absence de convention les médecins seraient régis par un règlement conventionnel minimal, élaboré par le gouvernement et publié par arrêté ministériel ne prévoyant pas de revalorisation d'honoraires et réduisant les prises en charge de cotisations sociales par les caisses, permettant de garantir à la fois l'intérêt des patients et de l'assurance maladie. La loi de 2004 a supprimé ce dispositif et a prévu, pour toutes les professions, qu'en cas de rupture des négociations ou d'opposition à la nouvelle convention, un arbitre est désigné par l'UNCAM et au moins une organisation syndicale représentative ou, à défaut, par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Cette procédure a été appliquée en 2010 aux médecins.

L'assurance maladie bénéficie ainsi d'une forte autonomie dans l'opportunité, l'objet et la conduite des négociations conventionnelles.

263. Cf. dans le présent rapport, le chapitre III sur l'ONDAM 2013 et le chapitre VII sur l'ONDAM pour les soins de ville.

264. Le rapport sur les charges et produits communiqué chaque année par la CNAMTS au Parlement est accompagné d'un rappel des négociations conventionnelles de l'année, mais il ne comporte pas de bilan de la mise en œuvre des stipulations conventionnelles ni de leur impact.

Cependant, l'État n'a pas pour autant renoncé à être présent, comme le montrent les multiples exemples (dépassements d'honoraires, approche multi-professionnelle…) où, sur des thèmes précis, les pouvoirs publics ont voulu forcer indirectement les parties conventionnelles à trouver un accord ou orienter celui-ci.

Au regard des enjeux financiers et de la nécessité de réformer l'organisation des soins, les pouvoirs publics, qui conservent par ailleurs la responsabilité du pilotage du système hospitalier, sont amenés à peser sur les négociations, soit en prenant par la loi des dispositions de circonstance pour que les partenaires conventionnels agissent dans un sens déterminé, soit en fixant officieusement des objectifs et un cadre aux négociations, soit encore en intervenant, de fait, dans les négociations dans des conditions qui brouillent les responsabilités.

B - Des politiques conventionnelles à recentrer sur les besoins des patients

Les constats effectués rendent nécessaire un réexamen du cadre et du contenu des politiques conventionnelles, pour qu'elles contribuent davantage à la rationalisation du système de soins, tout en s'inscrivant dans l'objectif du nécessaire rétablissement de l'équilibre financier de l'assurance maladie.

1 - Mieux organiser les soins de proximité

Le système conventionnel actuel, s'il a connu au cours de la décennie écoulée des succès tactiques, n'a pas été suffisamment mis au service d'une organisation plus intégrée du système de soins à même de répondre à l'évolution des besoins de santé. Le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques, la recherche de gains d'efficience structurels, imposent de rechercher une meilleure organisation des soins de ville et une coordination beaucoup plus étroite des différents intervenants.

Les conventions n'ont pas jusqu'alors débouché sur des mesures à la hauteur des modifications de pratiques et d'organisation qui auraient été nécessaires. Cette frilosité des politiques conventionnelles n'a pas conduit l'État à une réorientation d'ensemble mais au lancement, depuis 2008 d'une série d'expérimentations sur de nouveaux modes de rémunérations en équipe. Les négociations interprofessionnelles en cours pour définir un dispositif pérenne se déroulent dans des conditions difficiles faute que les différentes conventions par profession se soient d'emblée inscrites dans une perspective d'ensemble.

La structuration des soins de premier recours et la mise en place d'une meilleure interface avec l'hôpital impliquent, à l'avenir, un changement de modèle. Il est ainsi souhaitable de renverser la perspective conventionnelle en faisant des approches interprofessionnelles le cadre premier des négociations. Leurs résultats formeraient ensuite l'armature commune des différentes conventions par profession de manière à permettre une approche plus coordonnée des soins de ville. Chaque convention conserverait pour le reste une logique plus spécifiquement propre à chaque profession.

En outre, l'activité conventionnelle devrait être recentrée sur les enjeux essentiels - politique de rémunération contrainte et équilibrée, accès aux soins préservé et organisé, maîtrise médicalisée des dépenses - et ne s'étendre à d'autres sujets que dans la mesure où cette ossature est affermie. Ce recentrage devrait s'inscrire dans le cadre de négociations moins nombreuses, permettant une plus grande stabilité des dispositifs et facilitant la mise en place d'un suivi plus exigeant, ainsi que d'une évaluation systématique de l'impact des mesures prises.

Il revient enfin à l'assurance maladie, dans le cadre des négociations, de mettre les outils conventionnels au service d'un accès à des soins de qualité. Les rémunérations et avantages annexes accordés aux professionnels de santé devraient être assortis de contreparties plus tangibles, notamment sur une organisation des soins au service des patients. En particulier la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance maladie devrait être modulée en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné, ainsi que la Cour l'a déjà recommandé[265] ou à défaut supprimée ou à tout le moins plafonnée.

2 - Adopter une approche plus intégrée

Les directions ministérielles relevant du ministère chargé de la santé - direction de la sécurité sociale, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la santé - ont une approche trop peu coordonnée des problématiques conventionnelles.

Le manque de cohérence et de coordination entre les acteurs se répercute au niveau territorial. Il existe de nombreux points de recoupement entre l'action des agences régionales de santé (ARS) et les

265. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012,* chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnelles libéraux de santé, p. 288-307, septembre 2012, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

politiques conventionnelles. C'est notamment le cas en matière de régulation démographique, où la multiplicité des zonages professionnels et des outils incitatifs respectifs de l'assurance maladie et de l'État, auxquels s'ajoutent les aides des collectivités territoriales, débouche sur une situation particulièrement complexe. En outre, pour l'essentiel, il n'existe pas d'articulation entre les actions de santé publique et de gestion du risque développées à travers les politiques conventionnelles et celles initiées par les ARS[266].

Seuls un pilotage plus intégré et une meilleure articulation permettront de dépasser les clivages traditionnels - ville/hôpital, État/assurance maladie, généralistes/spécialistes, médecins/autres professions de santé - de dégager des gains d'efficience significatifs et de mieux répondre aux besoins des patients. Il conviendrait à cet effet de s'appuyer au moins dans un premier temps sur les institutions et outils existants, en renforçant à la fois leur champ et leur légitimité.

Ainsi, les missions du comité national de pilotage des ARS (CNP)[267], qui fonctionne depuis 2010, pourraient être renforcées et étendues aux orientations et au suivi de la politique conventionnelle, sous la présidence régulière du ministre chargé de la santé. Cette association des services de l'État et de l'assurance maladie, à la fois dans le pilotage et sur le plan opérationnel, permettrait notamment de veiller à la cohérence de l'ensemble des actions avec la stratégie nationale de santé et la nouvelle loi de santé publique dont l'adoption est prévue en 2015.

Par ailleurs, la loi HPST de 2009 a prévu la conclusion, entre l'État et l'UNCAM, d'un contrat pluriannuel qui détermine les objectifs de gestion du risque partagés entre l'État et l'assurance maladie. Un premier contrat couvrant la période 2010-2013 a été signé en mars 2011. Il reste toutefois très général et peu contraignant dans les orientations qu'il formule. Un second est en cours de discussion. Ce contrat devrait constituer un outil essentiel et structurant de la coordination entre l'État et l'assurance maladie et de la définition des objectifs assignés à la politique conventionnelle, au besoin en modifiant les textes en ce sens. Il devrait

266. Voir sur cette question les développements contenus dans le chapitre XI - les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel.

267. Le CNP a notamment pour mission de valider les objectifs et l'ensemble des directives données aux ARS et de s'assurer de leur bonne mise en œuvre. Il regroupe les directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Il est présidé par le ministre ou, en son absence, par le secrétaire général des ministères sociaux. Dans la pratique, le secrétaire général préside actuellement toutes les réunions.

faire l'objet d'un suivi précis, relevant du comité national de pilotage aux missions élargies.

Il convient également de mieux associer les organismes complémentaires à la régulation du système de soins, au regard de la place grandissante qu'ils tiennent dans la couverture des dépenses d'assurance maladie des ménages[268]. Il n'apparaît pas souhaitable que les organismes complémentaires soient utilisés comme de simples opérateurs financiers permettant de solvabiliser les accords passés entre l'UNCAM et les professions de santé, en raison du risque inflationniste que cela représente. L'amélioration des conditions d'accès aux soins suppose une véritable coopération des régimes de base et complémentaires. Une application stricte de la loi de 2004 qui prévoit un examen conjoint annuel, entre l'UNCAM et l'UNOCAM, des programmes de négociation serait déjà de nature à renforcer cette coordination. La concertation obligatoire devrait être élargie à l'ouverture de toute négociation et en constituer un préalable nécessaire. Il pourrait également être prévu que le comité national de pilotage puisse entendre l'UNOCAM et ses composantes sur les thèmes qui les concernent plus particulièrement.

Enfin, il importe que le Parlement, appelé à voter l'ONDAM mais qui ne dispose aujourd'hui que d'informations réduites sur les politiques conventionnelles, soit à même de développer son contrôle sur ces politiques publiques[269], qui sont une composante importante des dépenses d'assurance maladie. Lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la réalisation des ONDAM précédents doit être mieux documentée. La fixation du sous-objectif des soins de ville devrait être appuyée d'une annexe faisant systématiquement le point sur les politiques conventionnelles, globalement et profession par profession, en termes d'engagements pris, de coûts pour la collectivité et de résultats.

268. Selon les comptes nationaux de la santé pour 2012, leur part dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2012. Les assurances complémentaires sont plus particulièrement présentes sur certains segments, comme les soins dentaires ou l'optique.

269. Sur la nécessité de renforcer, d'une manière générale, les capacités de contrôle et d'orientation dont disposent les assemblées en matière de protection sociale de la population, voir le chapitre V, les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le modèle conventionnel bâti sur les fondements de la réforme de 2004 s'est essoufflé et a montré ses limites. Tout en voulant rester présent, l'État s'en est progressivement remis, sur des sujets importants, aux politiques conventionnelles, comme pour l'organisation du parcours de soins, les politiques de prévention ou les besoins engendrés par le vieillissement de la population. Or, les politiques conventionnelles n'ont pas apporté de réponses satisfaisantes, que ce soit en matière d'accès aux soins ou d'organisation de l'offre. En outre, l'élargissement considérable de leur champ a engendré des dépenses nouvelles sans que les obligations définies en contrepartie soient toujours à la hauteur des enjeux ni leurs résultats mesurables. La recherche de compromis fluctuant suivant les professions et les situations et résultant dans le cas des médecins d'une quasi cogestion, s'est faite au détriment de la lisibilité du système de soins et d'une prise en considération globale des besoins des patients et de leur évolution.

La place des politiques conventionnelles dans la régulation globale du système de soins mérite pour le moins d'être réexaminée. Leur réorientation passe par des négociations moins éclatées et moins diffuses, recentrées sur les questions essentielles - pilotage des rémunérations, accès et organisation des soins, maîtrise médicalisée des dépenses - et permettant d'articuler les politiques conventionnelles avec la préoccupation centrale d'un retour à l'équilibre financier de l'assurance maladie.

Cet objectif nécessite un pilotage national plus intégré et une coordination renforcée entre les acteurs et plus particulièrement entre l'État et l'assurance maladie, pour optimiser l'allocation des ressources. L'État, nécessairement responsable dès lors que la santé publique est en cause, doit être en mesure de jouer sur l'ensemble des leviers afin de développer une régulation des politiques de santé et d'assurance maladie, qu'elles concernent l'hôpital ou le secteur ambulatoire et d'assurer la prise en compte des besoins des patients. Le cadre conventionnel doit également laisser une plus grande place à des accords interprofessionnels, permettant une approche coordonnée des soins de premier recours. Des mandats clairs doivent être donnés par les pouvoirs publics à l'assurance maladie sur les objectifs des politiques conventionnelles.

L'élaboration en cours de la stratégie nationale de santé et d'une nouvelle loi de santé publique offre l'occasion de remettre en perspective les évolutions récentes des relations entre l'assurance maladie et les professions de santé et de repenser le cadre de la régulation globale ainsi que la place, dans celle-ci, des politiques conventionnelles.

La Cour formule les recommandations suivantes :

31. mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution et de mieux articuler les actions des différents acteurs ;

32. développer de façon prioritaire les approches interprofessionnelles pour une plus grande efficience des soins de premier recours ;

33. recentrer les politiques conventionnelles sur les enjeux essentiels (rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses) dans le cadre de négociations moins nombreuses et moins éclatées ;

34. étendre, dans les zones en surdensité, le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris aux médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire ;

35. lier plus étroitement l'ensemble des modes de rémunération, hors rémunération à l'acte (forfaits, rémunération à la performance, avantages sociaux) à une meilleure organisation des soins de ville en les modulant en fonction des résultats atteints ;

36. en particulier, moduler la prise en charge de cotisations sociales par l'assurance maladie en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné (recommandation réitérée) ;

37. évaluer systématiquement les conditions de mise en œuvre des actions conventionnelles et les résultats obtenus au regard des objectifs.

Chapitre IX

La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

PRÉSENTATION

Les médicaments génériques sont des médicaments équivalents aux médicaments de référence (princeps) dont le brevet a expiré[270]*. Ils sont commercialisés à un prix moindre car ils n'ont pas nécessité un investissement initial dans la recherche. Ces médicaments peuvent contribuer à promouvoir la même qualité et la même sécurité de soins, tout en limitant les dépenses d'assurance maladie et constituent ainsi un enjeu majeur pour leur maîtrise.*

Les médicaments génériques achetés en pharmacie ne représentent, malgré leur développement au cours de la dernière décennie, que 21,5 % des remboursements de médicaments vendus en ville, soit 4,3 Md€ sur 20 Md€[271]*. La consommation de ces médicaments à l'hôpital est faible mais n'est pas précisément connue*[272]*. Notre pays connaît de fait en ce domaine un retard considérable par rapport à ses voisins, au détriment de ses finances sociales. En France, moins d'une boîte remboursable sur trois est générique, alors que cette proportion s'élève à plus de trois boîtes sur quatre dans d'autres pays européens, comme l'Allemagne et le Royaume-Uni*[273]*.*

Dans la continuité de l'enquête qu'elle a menée en 2011 sur la maîtrise de la dépense de médicaments[274] *et dans le contexte d'une stagnation préoccupante du marché des génériques*[275]*, la Cour a souhaité dresser un bilan de la politique de diffusion des médicaments génériques conduite par les pouvoirs publics.*

Il lui est apparu que celle-ci a manqué d'ambition et que les résultats obtenus sont trop modestes (I). Le dispositif de développement initialement mis en place, centré quasi-exclusivement sur les pharmaciens, a de fait atteint ses limites (II). Afin de favoriser une diffusion beaucoup

---

270. Un médicament générique peut être commercialisé entre 10 et 15 ans après la première autorisation de mise sur le marché du médicament de référence.

271. 20 Md€ : hors rétrocession hospitalière (1,6 Md€)

272. Le chiffre d'affaires HT du médicament générique à l'hôpital était évalué à 150 M€ en 2012

273. OCDE, *Panorama de la santé 2013*, chiffres 2011 ou année la plus proche.

274. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre IV : la maîtrise des dépenses de médicaments, septembre 2011, p. 111-145, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

275. Xpr-SO®, panel en temps réel de Celtipharm. Le taux d'évolution en chiffre d'affaires toutes taxes comprises est nul en cumul annuel mobile entre mai 2013 et mai 2014.

plus large des médicaments génériques et de rattraper le niveau de nos voisins européens, il est nécessaire désormais d'adopter une nouvelle stratégie, plus vigoureuse et axée principalement sur les médecins (III).

I - Une politique peu ambitieuse, des résultats trop modestes

La politique des génériques telle qu'elle existe actuellement a été définie pour l'essentiel à la fin des années 1990. Ainsi que l'ont fait l'ensemble des pays développés, la France a cherché à développer son marché des génériques, mais elle s'est appuyée sur une démarche spécifique, qui a produit des résultats peu satisfaisants.

A - Une démarche spécifique et tardive

1 - Un périmètre étroitement circonscrit

a) Une définition initialement limitée

Jusqu'à l'ordonnance « Juppé » du 24 avril 1996, il n'existait pas en France de définition légale du médicament générique. L'article L. 5121-1 du code de la santé publique lui confère trois caractéristiques : la même composition en principe actif que le médicament de référence dit « princeps », la même forme pharmaceutique et une bioéquivalence[276] avec le médicament princeps, démontrée par des études de biodisponibilité. Le générique n'est donc pas une copie conforme du médicament princeps, il peut en différer par certaines de ces caractéristiques, encadrées et limitativement énumérées dans le code de la santé publique. Cette définition a connu trois modifications visant à transposer la définition européenne élargie du médicament générique mais qui n'en n'ont pas changé substantiellement la nature.

b) Un « répertoire des groupes génériques » restrictif

La définition juridique a servi de support à la mise en place en 1998 d'un « répertoire des groupes génériques » où sont inscrites par l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM) les spécialités princeps et génériques substituables entre elles par les pharmaciens. Conçu comme un outil de sécurisation de la substitution du médicament

276. C'est-à-dire une même diffusion dans l'organisme que la spécialité de référence.

générique au médicament princeps, le répertoire comporte des informations relatives à la substitution de certaines spécialités ainsi que la mention des excipients à effet notoire[277]. La France a retenu une définition restrictive du « répertoire des groupes génériques ». La définition de l'équivalence entre les molécules peut être fondée sur des équivalences chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques et l'équivalence chimique, principe retenu en France, est la plus limitée : elle permet de constituer des groupes homogènes avec les seules spécialités comprenant les mêmes principes actifs, au même dosage[278]. Ainsi, en France, seuls les génériques appartenant à un « groupe générique », comprenant les mêmes principes actifs et figurant au répertoire, sont substituables

Si le principe d'une liste des médicaments substituables a quelques équivalents en Europe, notamment en Belgique, de nombreux pays autorisent la substitution sans se fonder sur un répertoire des groupes génériques, comme c'est le cas par exemple en Angleterre ou en Allemagne.

2 - Une politique fondée par défaut sur la substitution par le pharmacien

Contrairement à l'approche retenue par la plupart des pays européens, qui mobilisent, parfois de manière contraignante, les médecins, le développement en France des médicaments génériques a été fondé quasi-exclusivement sur un acteur, le pharmacien et sur un outil, le droit de substitution. Ainsi, depuis 1999[279], les pharmaciens d'officine peuvent proposer au patient de prendre un médicament générique plutôt qu'un médicament princeps au sein des seuls groupes génériques du répertoire. Dans le cadre de la politique conventionnelle que la CNAMTS mène avec cette profession, sont ainsi notamment fixés des objectifs de

277. Un excipient à effet notoire est une substance sans activité pharmacologique, incorporée au médicament générique ou princeps, qui peut nécessiter des précautions particulières pour certaines catégories de médicaments.

278 . L'équivalence pharmacologique concerne les produits d'une même classe thérapeutique et l'équivalence thérapeutique, la plus large, permet de regrouper tous les médicaments indiqués dans la même pathologie. Ainsi l'Allemagne, a retenu ce dernier principe pour fixer ses forfaits de remboursement, ce qui permet de regrouper tous les médicaments indiqués dans la même pathologie.

279. Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

taux de substitution entre médicaments princeps et médicaments génériques[280].

Il s'agit en fait d'une stratégie de second rang, en retrait des ambitions initiales : à l'origine le dispositif de diffusion des génériques n'entendait pas contourner les prescripteurs, mais l'échec des tentatives de régulation des pratiques de prescription et la forte réticence des syndicats de médecins ont conduit les pouvoirs publics à renoncer à leurs ambitions initiales. Dans le même temps, une politique de prix élevés pour les médicaments présentés comme innovants a été consentie aux fabricants, qu'il avait été envisagé de financer en partie par le développement du marché des génériques[281].

B - Une contribution limitée à la maîtrise des dépenses de médicaments

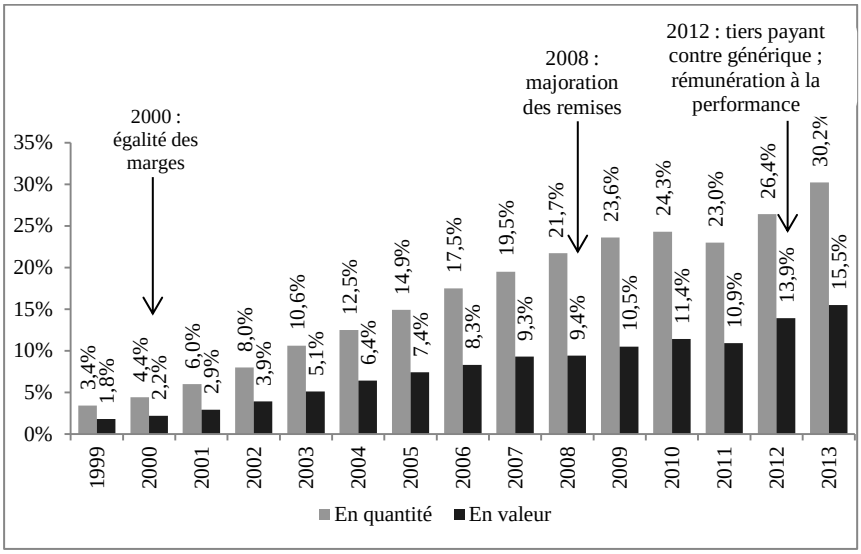
1 - Une progression poussive

Le marché des génériques en France a été quasiment inexistant pendant longtemps : au début des années 90, il ne constituait que 2 % du marché total des médicaments en volume[282]. Si en 2002, il en atteignait 10 %, sa part de marché en Allemagne s'élevait à la même époque à 40 %[283].

Entre 2002 et 2012, le nombre de boîtes de génériques vendues a été cependant multiplié par trois, en passant de 225 millions en 2002 (soit une boîte sur dix), à 689 millions en 2012 (un peu plus d'une boîte sur quatre). En 2013, le marché des génériques remboursables représente ainsi 30 % du marché en volume et 15,5 % en valeur en prix fabricant. Le taux de substitution - calculé au sein du seul répertoire - a lui aussi progressé sur l'ensemble de la période. Il s'élevait à 35 % en 2002 et atteint désormais 82 %[284].

280. L'accord national du 6 janvier 2006, relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques prévoyait que des mesures incitatives pourraient être mises en place dans le cadre d'une convention nationale, ce qui a été fait en 2012.
281. Cf. article 13 de l'accord-cadre du 19 juillet 1999 entre le comité économique du médicament et le syndicat national de l'industrie pharmaceutique.
282. La diffusion des génériques s'apprécie mieux en volume, car la part de marché en valeur minore le taux de pénétration, compte tenu des prix inférieurs aux médicaments de référence.
283. Présentation du plan médicament 2001.
284. CNAMTS, mai 2014.

Graphique n° 12 : évolution de la part des génériques dans le marché des spécialités remboursables



Source : Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) Juin 2014. Pour l'égalité des marges (2000), voir infra

Près d'un tiers de l'ensemble des classes thérapeutiques bénéficie d'une offre de médicaments génériques : alors que celle-ci ne portait que sur 64 classes en 2002, elle en concernait 109 en 2012[285].

Cette croissance doit cependant beaucoup à des facteurs extérieurs, comme la tombée de nombreux brevets dans le domaine public. Ainsi, la forte hausse du volume des génériques en 2012 et 2013 provient pour une part importante de l'effet mécanique de ce phénomène (qui a concerné notamment le Tahor®[286]).

Comme le montre le précédent graphique, les pouvoirs publics ont dû intervenir à plusieurs reprises pour soutenir le marché des médicaments génériques. Par exemple, la baisse de la consommation des génériques constatée à partir de 2009, en partie liée à la faiblesse du taux de substitution, a pu être enrayée grâce à deux mesures : la généralisation

285. DREES, C*omptes nationaux de la santé 2012*.

286 . Le Tahor® est un médicament destiné faire baisser la cholestérolémie, appartenant à la classe des statines. Au moment de la tombée de son brevet, les remboursements de cette molécule par l'assurance maladie sont passés de 340 M€ (2011) à 177 M€ (2012). Source : Medic'AM.

du « tiers payant contre génériques »[287], qui a constitué une forte incitation pour les patients à accepter la substitution proposée par le pharmacien pour pouvoir bénéficier du tiers-payant et la création d'une rémunération à la performance pour les pharmaciens ont permis de faire progresser la part de marché en volume des médicaments génériques remboursables de près de sept points en deux ans.

2 - Des économies difficiles à apprécier

La réalisation des objectifs d'économies liés aux génériques, bien qu'ils soient affichés de plus en plus clairement, notamment dans les lois de financement de la sécurité sociale[288], n'a pas fait l'objet par les pouvoirs publics, au cours des dix dernières années, d'un suivi cohérent, fondé sur des méthodes rigoureuses d'évaluation.

Les économies sont calculées en fonction de ce qu'aurait dépensé l'assurance maladie si les patients n'avaient consommé que des médicaments princeps et correspondent en fait aux coûts qui auraient été supportés en l'absence de commercialisation des génériques[289]. Ainsi, selon les estimations de la CNAMTS, la moindre dépense cumulée liée aux génériques depuis 2002 serait de 12,1 Md€, principalement du fait de la progression de la substitution dans le répertoire (8,5 Md€ entre 2002 et 2012). Ces économies sont allées croissant. Sur la seule année 2013, la CNAMTS estime que les génériques lui ont permis d'économiser 1,6 Md€ en remboursement de médicaments (contre 1,46 Md€ en 2012)[290].

L'« effet générique » contribue ainsi au ralentissement de l'évolution des dépenses totales de médicaments. Isolé par la CNAMTS depuis 2008, il apparaît particulièrement élevé en 2012 (-1,8 point) et en 2013 (-2,2 points).

---

287. Avenant n° 6 du 4 mai 2012 à l'accord national sur les génériques conclu entre l'UNCAM et les représentants des pharmaciens.

288. Ainsi la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 fixe à plus de 600 M€ les baisses de prix liées aux génériques, au travers de la baisse de prix de médicaments ayant perdu leur brevet (245 M€), de l'optimisation de la tarification des génériques (165 M€), des opérations de convergences de prix dans le répertoire selon les orientations ministérielles (200 M€).

289. Elles s'obtiennent en valorisant le nombre de boîtes de génériques par les différences entre le PPTTC des princeps et celui des génériques, pondéré par le taux de remboursement.

290. CNAMTS, *point d'information médias,* 10 avril 2014.

Tableau n° 65 : décomposition selon la CNAMTS de l'évolution du remboursement des médicaments en ville

En %

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Effet prix	- 1,9	- 2,2	- 2,2	- 2,2	- 3,5	-3,8
Effet génériques	**- 1,1**	**- 0,9**	**- 1,4**	**- 0,7**	**- 1,8**	**-2,2**
Effet boîtes	- 3,3	2,2	- 0,1	- 0,6	- 1,3	1,2
Effet structure[291]	9	3	6,2	3,5	5,3	4,3
Taux de croissance global	2,8	2	2,5	0	- 1,1	-0,4

Source : données CNAMTS, dépenses remboursées par l'assurance maladie, en date de remboursement, données y compris rétrocession hospitalière, PQE maladie 2014, p. 126, indicateur 4.1 et Point information médias avril 2014.

Le montant de ces économies doit cependant être relativisé. La méthode adoptée conduit à majorer, dans une proportion difficile à déterminer, leur montant, car le calcul adopté est fait « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire sans prendre en compte les baisses du prix des princeps qui seraient vraisemblablement survenues en l'absence d'offre de génériques. Par ailleurs, il s'agit pour partie d'un montant brut. Ce dernier ne prend en compte en effet que certaines mesures destinées à élargir le marché des génériques (par exemple, l'égalité des marges des pharmaciens entre génériques et princeps) et non le coût de l'ensemble des incitations financières versées par la CNAMTS aux professionnels de santé (pharmaciens ou médecins) pour promouvoir la diffusion du générique.

Surtout, le développement des génériques s'est inscrit également dans une politique conventionnelle plus large entre les pouvoirs publics et les laboratoires pharmaceutiques, qui s'est accompagnée notamment, en contrepartie des actions conduites pour élargir leur part de marché, d'un renchérissement du prix des médicaments protégés par des brevets, ce qui a conduit à un accroissement des dépenses de médicaments, réel mais difficile à isoler.

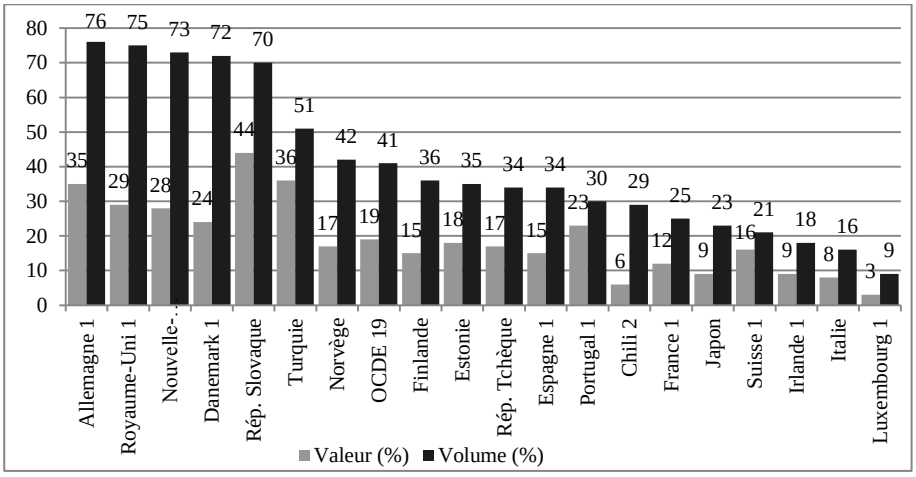
291. L'effet structure correspond à la différence entre les effets prix, génériques et boîtes et le taux de croissance global. Il résulte en partie de la déformation de la consommation de médicaments vers des produits innovants et donc coûteux et de l'augmentation de la prise en charge par l'assurance maladie au titre des affections de longue durée.

C - Un considérable retard français au regard des comparaisons internationales

Les résultats de la politique de diffusion des génériques apparaissent médiocres si on les rapproche des résultats obtenus par des pays voisins.

Bien qu'il soit nécessaire de manier avec prudence les comparaisons internationales, le dernier panorama de santé de l'OCDE met en évidence des situations très contrastées : en 2011, les génériques représentaient environ trois quarts du volume du marché des médicaments remboursés en Allemagne, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et au Danemark, alors qu'ils représentaient un quart de ce marché en France[292]. Alors que le retard de la France à s'engager dans cette politique est souvent invoqué comme une explication des résultats obtenus, des pays comme le Portugal ou l'Espagne, qui affichaient de faibles niveaux en 2000, ont sensiblement accru la part de marché des génériques en intensifiant leurs efforts dans le cadre de plans de réduction des déficits publics et ont désormais rattrapé ou dépassé la France - les génériques représentent 34 % des parts de marché en volume en Espagne et 30 % au Portugal.

Graphique n° 13 : part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2011 (ou année la plus proche)



1. Marché des médicaments remboursés. 2. Marché des médicaments de ville

Source : OCDE 2013.

292. *Panorama de santé 2013*, les indicateurs de l'OCDE.

Selon l'OCDE « certaines disparités dans la part des génériques entre les pays peuvent s'expliquer par les structures des marchés, notamment le nombre de médicaments non protégés par un brevet ou les préférences des médecins pour les médicaments sous brevet, mais l'essor des génériques dépend largement des politiques mises en œuvre ». Une comparaison avec les structures de consommation des principaux pays voisins montre que l'assurance maladie aurait pu réaliser des économies bien plus considérables si le niveau de pénétration des génériques avait progressé plus rapidement au cours de la dernière décennie en France.

De surcroît et bien qu'il soit très difficile de comparer les prix des médicaments génériques d'un pays à l'autre[293], la CNAMTS constatait en 2012[294] que le coût moyen d'une unité standard de générique en France qui s'élevait à 0,15 €, était le plus élevé parmi les huit pays européens à économies comparable étudiés. Les coûts les plus bas étaient observés au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (0,07 €), l'Allemagne étant dans une situation intermédiaire (0,12 €).

Il ressort ainsi des comparaisons internationales qu'il est possible d'atteindre des résultats beaucoup plus élevés, en levant les freins à la diffusion des génériques.

II - Un modèle à bout de souffle

A - Des outils d'une efficacité déclinante

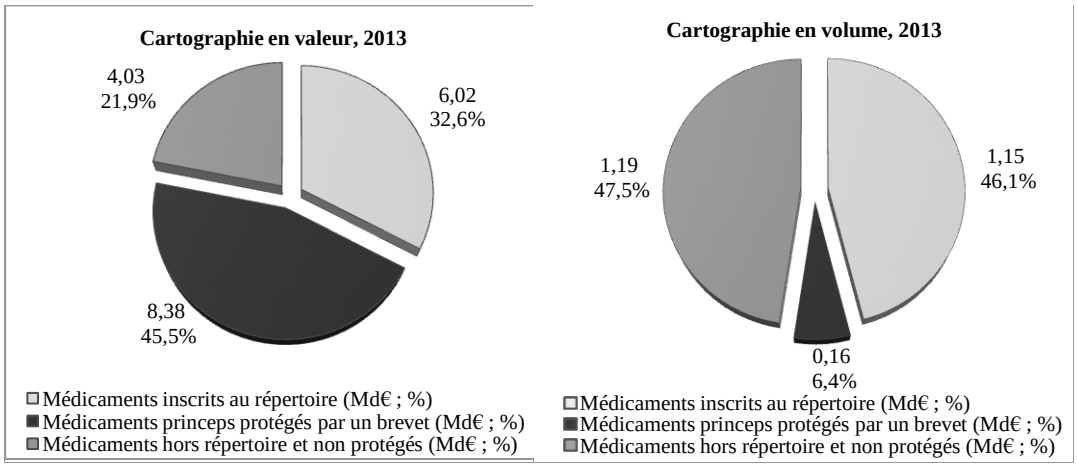
1 - Un répertoire obsolète

a) Un périmètre trop restreint

Des médicaments qui pourraient être substituables ne figurent pas au répertoire. Ainsi en 2013, selon les données du comité économique des produits de santé (CEPS), les médicaments qui ne sont pas inscrits au répertoire et non protégés par des brevets représenteraient plus de 47 % du volume des médicaments de ville remboursables et près de 22 % de leur valeur.

293. Le champ couvert par les génériques n'est pas le même, les dosages et les conditionnements peuvent également varier et enfin les systèmes de régulation économique du médicament peuvent fausser les comparaisons.
294. Points de repère, novembre 2012, n° 39.

Graphique n° 14 : cartographie du marché des médicaments remboursables



Source : CEPS

C'est le cas par exemple des médicaments sans princeps de référence, c'est à dire ceux pour lesquels le brevet de référence n'existe plus.

La question du paracétamol

Bien que cela soit juridiquement possible depuis 2003[295], le répertoire n'inclut toujours pas le paracétamol, qui représente pourtant près de 500 millions de boîtes vendues et près de 400 M€ de remboursement pour la CNAMTS. Ainsi si un médecin prescrit du Doliprane®[296], le pharmacien n'a pas le droit de substituer ce produit, alors même que des copies de ce médicament existent.

La possibilité de substituer le paracétamol, évoquée dès 2002 et à nouveau proposée par l'ANSM fin décembre 2013, pourrait pourtant contribuer à de nouvelles économies en instaurant une concurrence par les prix entre les producteurs sur un marché dominé aujourd'hui par deux entreprises. Les pouvoirs publics ont pour le moment fait le

295. Loi de financement de la sécurité sociale n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, article 43.

296. Le Doliprane® est le 4ème médicament le plus remboursé par l'assurance maladie en 2013, à hauteur de 315 M€, en hausse de 14,1 % par rapport à 2012.

choix d'une baisse du prix de cette molécule[297], ce qui devrait permettre à l'assurance maladie de faire des économies à hauteur de 38 M€ par an.

D'autres baisses pourraient être envisagées, s'il s'avère que le prix de production est encore largement inférieur au prix fixé par le CEPS. Par ailleurs, le déremboursement de cette molécule, à l'instar du choix effectué par d'autres pays, susciterait des économies autrement plus importantes. Dans le même temps, la mise sur le marché de formes génériques du paracétamol permettrait d'aviver la concurrence entre producteurs, de manière à éviter qu'une augmentation des prix ne pèse sur les patients.

En outre, quelques produits ne sont pas non plus inscrits au répertoire soit parce qu'il s'agit de produits « de niche » dont la rentabilité est trop faible pour que des génériques soient commercialisés au prix actuellement proposés pour ceux-ci, soit parce que ces produits ont un mode de production particulier de la substance active.[298].

Enfin, pour des raisons liées autant à des motifs de sécurité sanitaire qu'au droit des brevets sur les dispositifs médicaux utilisés, seuls quelques traitements par voie inhalée (c'est-à-dire faisant appel à un dispositif médical d'administration par voie respiratoire) de l'asthme chronique et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont inscrits au répertoire. D'autres pays, comme la Grande-Bretagne ou les États-Unis, ont bénéficié de l'existence de génériques pour ces médicaments et ont autorisé la substitution pour une partie d'entre eux au début du traitement.

b) Un répertoire en érosion

Plus d'une boîte sur deux prescrite par les médecins n'est pas substituable. Cela signifie que même avec un taux de substitution à 100 %, le répertoire ne dépasserait pas 40 % de part de marché. La préférence des prescripteurs pour les médicaments nouveaux constitue une spécificité française. Les prescriptions s'orientent vers les produits plus récents, donc plus chers, toujours sous brevet, sans souvent qu'ils apportent une amélioration du service médical par rapport à des molécules substituables. La classe thérapeutique des statines (médicaments contre le cholestérol, très largement utilisés) fournit une bonne illustration de ce phénomène : en 2011, 39 % seulement des statines prescrites en France étaient des génériques, contre 96 % en

297. Le CEPS envisage de diminuer de 14 % le prix du comprimé à l'unité, en passant de 0,86 € à 0,76 € en PFHT.

298. Par exemple : Pyostacine®, Kardegic®, Pivalone®, Dexeryl®, Stagid®… Ils représentent un chiffre d'affaires hors taxe de l'ordre de 1 Md€.

Allemagne, 73 % en Finlande et au Royaume Uni-et 72 % en Norvège[299].

Certains laboratoires pharmaceutiques ont en outre développé des stratégies visant à limiter le développement des génériques pour préserver leurs parts de marché. Ils produisent ainsi des médicaments nouveaux mais très voisins des molécules originales - appelés « contre-génériques » ou « me too » - pour lesquels ils obtiennent des prix plus élevés, ce qui contribue à restreindre la place du répertoire et donc à conserver leurs parts de marché. Des actions de dénigrement des génériques notamment auprès des prescripteurs ont fait l'objet de sanctions à l'encontre de laboratoires par l'Autorité de la concurrence[300]. Des entraves à la concurrence ont pu également été relevées notamment en France, lorsque des laboratoires s'entendent avec leurs concurrents, moyennant rétribution, pour retarder l'entrée des génériques sur le marché (« pay for delay ») [301].

2 - Une politique des prix insuffisamment active

a) Une fixation quasi-automatique des prix

Le comité économique des produits de santé (CEPS) est chargé de la fixation du prix des médicaments, une fois l'autorisation de mise sur le marché délivrée et le niveau de remboursement déterminé[302]. Le dispositif de fixation du prix des génériques a été dès le départ conçu de manière plus automatique que pour les médicaments protégés par un brevet, par le biais principalement de l'application de « décotes » appliquées par le comité sur le prix fabricant hors taxe du princeps, au moment de l'arrivée des génériques sur le marché et dans les mois qui suivent.

299. CNAMTS, *Rapport Charges et Produits pour 2013*.

300. Décision n° 13-D-11 du 14 mai 2013. Décision n° 13-D-21 du 18 décembre 2013. Ces décisions font l'objet d'appels.

301. Commission européenne, *Rapport d'enquête sur le secteur pharmaceutique*, publié le 8 juillet 2009 et *quatrième rapport de suivi*, publié le 9 décembre 2013.

302. Sauf exception, les dossiers des médicaments génériques ne sont pas transmis à l'avis de la commission de la transparence de la Haute autorité de santé. Le même niveau de service médical rendu que le princeps est attribué aux génériques, avec une amélioration de service médical rendu nulle (ASMR V).

Les règles de fixation des prix

Au moment de leur commercialisation, les génériques se voient attribuer une première décote par rapport au prix fabricant hors taxe du princeps[303]. Les médicaments princeps se voient aussi appliquer une décote de 20 %[304]. La décote appliquée aux médicaments génériques a doublé au cours des dix dernières années, en passant de 30 % à 60 %[305]. Cependant, d'une part elle ne s'est appliquée qu'au flux des nouveaux médicaments génériques et non au stock[306] et d'autre part elle est appliquée sur le prix initial du médicament princeps et non sur son prix soumis à décote - ce qui revient en fait à une décote de 50 % par rapport au nouveau prix du princeps.

Après 18 mois de commercialisation, le comité de suivi des génériques est, au sein du CEPS, chargé d'appliquer de nouvelles baisses de prix aux médicaments princeps et génériques. Ces nouvelles décotes s'élèvent à 12,5 % du prix fabricant hors taxe pour les princeps et à 7 % pour les génériques[307].

Outre les décotes, d'autres outils de régulation des prix peuvent être utilisés.

En cas de substitution insuffisante (inférieure à 65%), les médicaments peuvent se voir appliquer un tarif forfaitaire de responsabilité. Cet outil, instauré en 2003, permet au CEPS de fixer un montant identique de remboursement en valeur absolue (au lieu d'un taux exprimé en pourcentage) pour l'ensemble des médicaments figurant dans un même groupe générique. Dans ce cas, l'assuré bénéficie toujours du même montant forfaitaire de remboursement, quel que soit le prix auquel le princeps ou le générique sont vendus, ce qui signifie que dans l'éventualité d'un surcoût, la différence reste à sa charge.

Enfin, depuis 2012, le comité a engagé, pour le cas de classes pharmaco-thérapeutiques homogènes et disposant d'un niveau de substitution générique important une politique de « convergence de prix » avec pour objet d'aligner le prix des génériques d'un côté et ceux des

303. Ce prix est fixé sur la base du « dossier de prix » fourni par le laboratoire qui relève d'un modèle simplifié mettant en regard le prix résultant d'une décote normale avec le prix proposé par l'entreprise.

304. 15 % jusqu'en 2012.

305. Ces décotes étaient de 30 % jusqu'en novembre 2001, puis de 40 % jusqu'en 2002, puis de 50 % jusqu'en 2008, de 55 % en septembre 2008 et à partir de 2012 de 60 %.

306. Nombre de génériques ont ainsi des niveaux de décote bien inférieurs à ceux aujourd'hui en vigueur.

307. C'est-à-dire un prix du médicament générique inférieur de 53 % au prix fabricant hors taxe du princeps avant la tombée du brevet.

princeps de l'autre vers les prix les plus bas. Cette règle, qui contribue à limiter l'automaticité de la fixation des prix, a été appliquée à la classe des inhibiteurs de pompes à protons (anti-ulcéreux) en 2013 et en 2014 à celle des statines (anti-cholestérol) avec des nouvelles et importantes baisses en moyenne de 32 % pour les princeps et de 28 % pour les génériques. Il reste néanmoins que le prix des génériques demeure fixé sans lien avec le coût de production de ces médicaments.

b) Des incohérences coûteuses dans l'application des règles

Le caractère plus automatique de la fixation du prix des génériques n'empêche pas que des incohérences coûteuses dans l'application des règles aient été constatées. Ainsi, en principe, des médicaments nouveaux mais n'apportant pas d'amélioration de service médical rendu ne peuvent être remboursés que s'ils apportent une économie à l'assurance maladie[308]. Lors de leur introduction sur le marché des médicaments remboursables, leur prix est donc fixé afin de ne pas être supérieur aux autres molécules comparables. Mais lorsque ces dernières perdent leur brevet et que leur prix baisse, les alignements de tarifs ne sont pas systématiquement effectués, comme le montre l'exemple ci-dessous.

Le Crestor® : un retard d'ajustement onéreux

Il existe en France cinq statines dont quatre ont des génériques (atorvastatine, simvastatine, pravastatine et fluvastatine). La seule molécule encore sous brevet, la rosuvastatine (Crestor®, Astra Zeneca) a obtenu une amélioration de service médical rendu inexistante (ASMR V) au moment de sa mise sur le marché. Dès lors, sa commercialisation devrait en théorie permettre à l'assurance maladie de réaliser des économies.

Lors de sa commercialisation, le prix du Crestor® a bien été fixé pour ne pas être supérieur à celui des autres statines, conformément à cette règle. Cependant, ce prix est resté stable alors que le prix des autres statines a été réduit lors de l'apparition de leurs génériques. La rosuvastatine, molécule aujourd'hui la plus chère, est beaucoup plus prescrite en France qu'à l'étranger (soit 30 % des statines prescrites, contre 0,5 % en Allemagne et 3,9 % au Royaume-Uni). Cette situation explique pour partie le niveau plus élevé en France qu'en Allemagne des prix fabricant hors taxes des statines par unité standard (0,4 € contre 0,13 €), Il

308. Article R. 163-5 du code de la sécurité sociale.

en résulte que par rapport à l'Allemagne, la structure de prescription des statines en France a induit un surcoût total pour l'assurance maladie estimé à 500 M€ en 2012[309].

Certes, le CEPS a prévu de baisser le prix du Crestor® d'ici sa perte de brevet en 2017 mais à un rythme très lent (7 % par an) induisant un surcoût de 400 M€ d'ici là.

c) Des injonctions contradictoires

L'action du CEPS est souvent limitée par des consignes imprécises ou parfois contradictoires. Ainsi les orientations ministérielles qui lui ont été adressées en avril 2013 lui demandent de poursuivre des objectifs d'efficience et de maîtrise de la dépense de médicaments tout en veillant, par ailleurs, au « dynamisme des industries de santé, qui sont un secteur d'avenir prioritaire et au développement de l'emploi ». Ces objectifs apparaissent difficilement conciliables. Alors que d'autres administrations et dispositifs ont pour mission de soutenir l'emploi et l'innovation, son action devrait porter uniquement sur la maîtrise des dépenses et la prise en charge des améliorations thérapeutiques, en procédant, en priorité, à un ciblage de ses efforts sur les prix de quelques classes thérapeutiques, qui représentent les plus forts enjeux de régulation, notamment les traitements de l'hypertension artérielle, les hypolipémiants, les anti-douleurs et les antidiabétiques oraux.

En tout état de cause, l'action du CEPS est largement tributaire des moyens dont il dispose : une dizaine de personnes pour le médicament dont une seule chargée à temps plein du suivi des génériques, - pour des enjeux de tarification et de maîtrise de dépenses majeurs - et alors qu'il négocie avec des entreprises particulièrement puissantes.

B - Le choix contestable d'un acteur unique

1 - Une économie officinale devenue dépendante des génériques

a) Un cumul d'incitations financières

En contrepartie de leur implication dans la diffusion des génériques, les pharmaciens d'officine ont bénéficié de cinq incitations financières.

309. CNAMTS, *Rapport sur les charges et produits pour l'année 2014*, p. 140.

La première soutient depuis 2000 le droit de substitution : le pharmacien dispose de la même marge en valeur absolue que le médicament de référence lorsqu'il délivre un générique, bien que le prix fabricant hors taxe de ce médicament soit jusqu'à deux fois moins cher. La CNAMTS estime le montant global de cette marge incitative à 450 M€ en 2013.

Par ailleurs, les pharmaciens bénéficient d'une deuxième incitation, la captation de la marge du grossiste, grâce à la possibilité d'achats directs de médicaments auprès des dépositaires des firmes pharmaceutiques[310]. La rémunération supplémentaire à ce titre s'élève à environ 120 M€ en 2013[311].

Les pharmaciens peuvent aussi bénéficier de deux autres formes de rémunération de la part des fabricants de médicaments génériques. Depuis 2008, une « remise commerciale » plafonnée à 17 % du prix fabricant hors taxe leur a été accordée (cette remise commerciale ne peut dépasser 2,5 % pour les médicaments princeps). Les fabricants de médicaments ont aussi développé, pour accéder au marché des officines de ville, des pratiques de « coopération commerciale » ou de « rémunération de services » qui constituent des marges arrière déguisées[312]. Le montant cumulé de ces deux avantages s'élèverait à plus de 1 Md€ en 2013[313]. Selon les représentants des pharmaciens, ces deux catégories de remises consenties par les fabricants représentent plus de 40 % du prix fabricant hors taxes des médicaments génériques, ce qui, au demeurant, démontre qu'il existe encore des marges substantielles pour des baisses de prix.

La CNAMTS a, enfin, mis en place depuis 2012 une cinquième incitation par le biais de la rémunération sur objectifs de santé publique

310. Arrêté de marge du 3 mars 2008.

311. La « marge grossiste » s'élève selon la CNAMTS à 340 M€ en 2013 et le mode de distribution en achat direct en constitue environ 40 %. .

312. La dernière enquête menée par les réseaux de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) en 2013 a confirmé l'ampleur prise par les pratiques de contournement des règles du code de la sécurité sociale et a permis de montrer que certains contrats de coopération commerciale ne constituent qu'un catalogue de prestations susceptibles d'être rendues par les officines pour les médicaments en accès libre, sans précision de date, de durée ou des produits concernés.

313. Estimation de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et de la CNAMTS : 467M€ de remises plafonnées et environ 700 M€ de dépassement de plafond dans le cadre des contrats de coopération commerciale.

pour les pharmaciens, qui porte entre autres[314] sur un niveau de substitution pour une trentaine de molécules. Cette rémunération supplémentaire contribue ainsi à améliorer les revenus des pharmaciens lorsqu'ils délivrent des génériques et atteignent les objectifs fixés. Leur rémunération à ce titre a représenté 135,3 M€ en 2013 selon la caisse nationale (soit un montant moyen de 5 705 € par officine). En cas de non atteinte des objectifs fixés, des sanctions peuvent être prononcées par les commissions paritaires locales.

b) Un coût de distribution qui ampute considérablement les économies liées au développement des génériques

Le choix du pharmacien comme acteur principal de la diffusion des génériques, a contribué à augmenter le coût de distribution des génériques du fait du cumul des incitations financières mises en place par les pouvoirs publics ou obtenues des producteurs.

Tableau n° 66 : coût de la rémunération des pharmaciens liée aux génériques

En M€

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Égalité marges	203	248	271	339	351	368	451	2 331
Marge arrière[315]	n.d.	291	314	351	361	410	467	2 194
Prestations commerciale (estimations)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	600	700	1 300
ROSP	-	-	-	-	-	73	135	208
Total	203	539	585	690	712	1 451	1 753	5 933

Source : CNAMTS

Les résultats obtenus doivent être mis en regard des économies réalisées par l'assurance maladie grâce à la diffusion de ces médicaments. Ainsi, en 2013, les pharmaciens ont bénéficié au titre des principaux dispositifs décrits ci-dessus d'incitations financières d'un montant estimé à 1,7 Md€, c'est-à-dire un montant du même ordre que les économies nettes calculées par la CNAMTS la même année (1,6 Md€). Autrement dit sur deux euros d'économies potentielles, un euro est accordé aux pharmaciens.

314. Les autres champs de la rémunération concernent la promotion de la qualité de la dispensation et la modernisation et la qualité de service de l'officine.

315. Calculs sous l'hypothèse que 80 % des officines saturent le plafond de 17 % du CAHT des génériques.

c) Un dispositif qui atteint ses limites

L'économie officinale est confrontée depuis plusieurs années à des difficultés liées à la fois aux modifications de comportement des patients et au ralentissement du marché du médicament. Alors que leur activité était globalement décroissante en 2012 (-0,5 % de CA hors taxes), la rentabilité des pharmacies est préservée par le médicament générique qui contribue fortement à l'amélioration de la marge commerciale. Ces médicaments représentent en 2013 plus de 33 % de la marge légale perçue sur les médicaments présentés au remboursement[316].

Le cumul d'incitations consenti a permis d'assurer la survie de nombre d'entre elles devenues aujourd'hui dépendantes de la diffusion des génériques.

Les choix faits contribuent aussi à limiter les marges de manœuvre des pouvoirs publics pour faire évoluer leur stratégie, les pharmaciens d'officine faisant valoir qu'une réallocation des avantages financiers dont ils bénéficient risque de mettre en danger la survie de nombreuses officines et, par ailleurs, de faire chuter le taux de substitution et donc le niveau d'économies obtenues.

2 - Un rôle très marginal des médecins

a) Des incitations peu suivies d'effet

Contrairement à d'autres pays, les pouvoirs publics n'ont su ou pu que très faiblement mobiliser les médecins pour favoriser une diffusion plus large des médicaments génériques.

En 1997, l'option conventionnelle « médecins référents » contenait déjà un engagement à prescrire des médicaments génériques. Par la suite, de nouveaux engagements ont été pris par les médecins libéraux dans le cadre de la politique conventionnelle en 2002 (avenant n° 10 du 5 juin 2002) et en 2005 (avenant n° 12 à la convention du 12 janvier 2002). Il s'agissait de les inciter à prescrire davantage dans le répertoire, par exemple en réalisant un « effort additionnel » sur certaines classes thérapeutiques. Mais ces dispositions coûteuses ont été très peu suivies d'effets.

Plus récemment de nouvelles mesures, elles aussi uniquement incitatives, ont été mises en place. À la fin des années 2000, une rémunération des prescripteurs à la performance a été instaurée par

316. Le Cahier Fidutial du Pharmacien 2013, p. 10.

l'assurance maladie sous la forme du contrat individuel d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)[317], auquel a succédé depuis 2012 un dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Ce dernier permet notamment à chaque médecin de percevoir une rémunération supplémentaire si sont atteints les objectifs de prescription de génériques pour cinq grandes classes thérapeutiques. Cette rémunération supplémentaire liée aux génériques, qui a représenté un coût de 75 M€ en 2013 pour l'assurance maladie, ne constitue qu'un bonus et l'absence de respect des objectifs ne vient pas moduler ou diminuer la rémunération du médecin[318]. Il n'est accompagné, contrairement à ce qui est prévu conventionnellement pour les pharmaciens, d'aucune forme de sanction. Il s'agit en outre d'une démarche cloisonnée et segmentée, qui ne concerne qu'une toute petite partie de l'offre générique. Comme la Cour l'a montré, ce dispositif conventionnel ne contribue que très imparfaitement à l'efficience du système de soins[319].

C'est ainsi une démarche assez différente de celle, globale et contraignante, qui a été adoptée en Allemagne.

Le dispositif d'incitation et de responsabilisation des médecins en Allemagne

En Allemagne, les prescripteurs ont été financièrement incités à prescrire des médicaments moins chers durant les années 1990 avec la mise en place de budgets limités de prescription (réforme Seehofer). En cas de dépassement d'un plafond fixé par un accord entre l'union des caisses d'assurance maladie et l'union régionale des médecins conventionnés, les médecins étaient susceptibles de devoir reverser une partie des honoraires perçus.

317. Lancé en juillet 2009 sur la base des dispositions de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, le dispositif est resté applicable jusqu'en 2011.

318. Un des indicateurs de prescription soumis à rémunération porte d'ailleurs sur une classe totalement génériquées, les Inhibiteurs de pompes à protons (anti-ulcéreux), ce qui fait qu'il est atteint par 100 % des médecins.

319. Cf. chapitre VIII du présent rapport : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense.

Ce système a fait rapidement et durablement évoluer les comportements de prescription et a été remplacé par la mise en place d'objectifs quantifiés de prescription, accompagnés d'un système de bonus-malus. Des objectifs de prescriptions de médicaments génériquables par les médecins généralistes ont été fixés (90,5 %). Les ventes des médicaments ainsi ciblés ont connu une croissance spectaculaire alors que les ventes de leurs concurrents diminuaient. Entre 2010 et 2013, la part des génériques dans les médicaments remboursables a progressé de 50 à 75 % en Allemagne, alors qu'elle n'augmentait que de 24 à 31 % en France, en volume.

b) Le retard dans l'utilisation de la dénomination commune des médicaments

La prescription en dénomination commune internationale (DCI), c'est-à-dire la désignation du médicament sur l'ordonnance non par son nom de marque mais par le nom pharmacologique de la molécule (par exemple paracétamol plutôt que doliprane®) est encore très peu répandue chez les prescripteurs en France. Elle permet pourtant d'identifier les fausses innovations thérapeutiques, de sécuriser les prescriptions et facilite l'utilisation des médicaments génériques. Le patient fait ainsi plus facilement le lien entre le médicament qui lui est prescrit et la boîte qui lui est délivrée par le pharmacien.

Les médecins ont ainsi été incités à prescrire en dénomination commune dès 2002[320]. Dix ans plus tard et alors que cette pratique est très répandue dans certains pays - par exemple plus de 80 % en Grande-Bretagne et plus de 35 % en Allemagne - l'objectif alors fixé, assorti de contreparties en termes de rémunération pour les prescripteurs, n'est toujours pas atteint : le niveau de prescription en dénomination commune par nombre de lignes prescrites s'élève à 12 % en 2013. Il s'agit pourtant depuis 2009 d'une obligation législative - qui n'est donc pas respectée par les médecins - pour les molécules figurant dans le répertoire. Elle est élargie désormais à l'ensemble des médicaments à partir du 1er janvier 2015[321]. Rien n'a été toutefois fait par ni par les pouvoirs publics ni par

320. Avenant n° 10 à l'accord conventionnel du 5 juin 2002 qui fixe aux médecins généralistes signataires un objectif moyen national de 25 % de lignes de prescriptions médicamenteuses rédigées en DCI ou en génériques et au moins 12,5 % dans le répertoire des génériques, en contrepartie d'une revalorisation de la consultation de 18,5 à 20 €. Cet accord a représenté un coût de 250 M€ pour les régimes de base, sans que les économies attendues, d'un montant estimé à 260 M€ ne soient réalisées.

321. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

les organisations professionnelles pour rappeler ces obligations, il est vrai, assorties d'aucune sanction, alors que l'enjeu est majeur.

c) Un recours non contrôlé à la mention « non substituable »

Le recours par les médecins à la mention « non substituable »[322] n'est pas contrôlé. L'utilisation de cette mention limite pourtant la diffusion des génériques car elle permet au prescripteur d'interdire au pharmacien d'exercer son droit de substitution « pour des raisons tenant au patient » en l'inscrivant à la main sur sa prescription. Or cette mention coûterait plus de 100 M€ par an à l'assurance maladie[323]. Son mésusage, vraisemblable lorsque cette mention est systématiquement apposée, n'a été jusqu'à présent jamais sanctionné[324].

Le flou autour de l'utilisation de cette mention est d'autant plus étonnant que l'informatisation des médecins a fortement progressé et qu'il est désormais possible de suivre son usage via l'utilisation, par les pharmaciens, de la nouvelle version du système de facturation par télétransmission SESAM-Vitale. La CNAMTS a annoncé toutefois récemment qu'elle entendait mener une action de contrôle à l'encontre des quelques centaines de prescripteurs qui abusent systématiquement de cette pratique.

3 - Une faible sensibilisation des patients

Le développement des génériques s'est en France faiblement appuyé sur les patients.

L'écart de reste à charge pour l'assuré en faveur des médicaments génériques aurait pu théoriquement jouer un effet incitatif, le patient se tournant de préférence vers le médicament le moins cher et qui lui laisse le plus faible reste à charge, Cet effet ne joue cependant pas, car le développement de la couverture complémentaire, du tiers payant y compris pour la partie complémentaire et l'augmentation des affections de longue durée, prises en charge à 100 %, limitent les restes à charge pour l'assuré et donc l'intérêt financier à se tourner vers les génériques.

322. Article R. 5125-23 du code de la santé publique.
323. CNAMTS.
324. Les différentes études disponibles, réalisées par le groupement des fabricants de génériques (GEMME) et la CNAMTS pour évaluer l'ampleur du phénomène, sont assez divergentes et indiquent des proportions variant de 4 à 22 % des lignes de prescription dans le répertoire.

Des actions de communication publique n'ont été mises en œuvre que dans un premier temps, jusqu'en 2005. Au fil des années, des doutes sur l'équivalence des génériques se sont pourtant manifestés, amplifiés par la faible implication des prescripteurs et certaines campagnes de dénigrement. Elles ont pu prendre de l'importance du fait notamment de leur prix, inférieur à celui du princeps, qui a pu être perçu comme lié à une moindre qualité.

*
* *

Les exemples étrangers montrent que le succès d'une politique en faveur des médicaments génériques repose sur l'engagement et la responsabilisation des médecins, « prescripteurs », l'adhésion des patients, « utilisateurs » et le concours actifs des pharmaciens, « diffuseurs ». Or le modèle mis en place en France a conduit - devant les réticences des organisations de médecins - à s'appuyer exclusivement sur les pharmaciens, en les mobilisant par des incitations financières qui ont aujourd'hui un coût exorbitant et conditionnent désormais la pérennité d'une partie du réseau officinal. Les choix ainsi faits rendent plus difficile l'évolution d'un dispositif aujourd'hui à bout de souffle.

III - Se doter d'une nouvelle stratégie de développement des génériques

Un changement de stratégie des pouvoirs publics est d'autant plus impératif que l'évolution mécanique du répertoire touche à son terme : l'impact de chutes de brevet d'ici 2017 devrait être nettement moins important que celui constaté ces dernières années[325]. La politique des génériques doit désormais s'exercer dans un cadre substantiellement modifié pour engager la France dans une trajectoire vigoureuse de rattrapage des pays voisins qui génèrera de nouvelles économies, autoentretenues.

325. Sur la base des données de la CNAMTS et des éléments généralement retenus pour le calcul des économies liées aux chutes de brevet, sur les années 2014 à 2016, le rythme annuel est nettement moindre que sur les années précédentes, notamment les années 2012 et 2013 qui avaient vu des économies à hauteur respectivement de plus de 400 M€ et de 500 M€. Les prévisions actuelles aboutissent à environ 100 M€ par an de 2014 à 2016.

A - Généraliser le recours aux génériques

1 - Impliquer et responsabiliser les médecins

a) Donner aux médecins le rôle central qu'ils auraient dû occuper

L'implication plus importante des médecins dans le dispositif de diffusion des médicaments génériques est le principal levier qui permettra de donner un second souffle au développement du marché des génériques, car les marges de progression les plus importantes ne se situent plus du côté de l'augmentation de la substitution ou de la politique des prix.

Le médecin peut en effet avoir une influence décisive dans cette politique, par exemple en contribuant à rassurer les patients sur la qualité et l'efficacité de ces médicaments. C'est particulièrement vrai pour le médecin généraliste qui est à l'origine en France de 75 % de la prescription de médicaments[326].

Cette implication renforcée est compatible avec le respect de leur liberté de prescription. Ce principe fondamental, lié à l'indépendance professionnelle et à la responsabilisation des médecins, ne s'oppose pas à une régulation plus importante de l'acte de prescription. La jurisprudence européenne a ainsi confirmé que les autorités nationales chargées de la santé publique pouvaient favoriser la prescription par les médecins de médicaments génériques[327]. Le code de la sécurité sociale dispose en outre que « les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer (…) la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins »[328].

De ce point de vue, la généralisation à compter du 1er janvier 2015 de la prescription en dénomination commune internationale doit constituer un objectif prioritaire. Tout nouveau report de cette obligation légale serait préjudiciable à la réaffirmation nécessaire du rôle du médecin dans la diffusion des génériques. Il importe à cet égard que la certification des logiciels d'aide à la prescription soit fortement accélérée, au regard des retards constatés, pour permettre aux médecins de systématiser cette pratique et de ne plus faire référence au nom de marque dans leurs ordonnances.

326. Commissariat général à la stratégie et à la prospective, note d'analyse n° 9, mars 2014.
327. Cour de justice de l'Union européenne CJCE, 22 avril 2010, *Association of the British Pharmaceutical Industry*, C-62/09.
328. Article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

b) Les leviers de responsabilisation

Pour améliorer l'efficience des prescriptions des médecins, les pouvoirs publics disposent de plusieurs leviers.

Souvent préconisées mais jamais mises en œuvre bien que nécessaires, les mesures d'accompagnement visant à favoriser la diffusion des génériques, telles que le renforcement de la formation en économie de la santé et en pharmacologie, au cours du cursus initial et de la formation continue, n'auront des effets que sur le moyen ou long terme. Des actions à portée plus immédiate sont nécessaires.

Une première approche constituerait dans un renforcement du dispositif conventionnel actuel, en élargissant la rémunération à la performance à un périmètre plus large, concernant d'autres classes thérapeutiques et en fixant des objectifs plus significatifs. Elle resterait cependant d'une efficacité aléatoire si la question des conséquences à tirer du non-respect des objectifs définis en matière de prescription des génériques n'était pas clairement posée. Une solidarité entre les différents indicateurs qui composent la rémunération sur objectifs de santé publique devrait être mise en œuvre, en appliquant des pénalisations, c'est-à-dire des modulations à la baisse de la rémunération en cas de non-atteinte des objectifs liés à la diffusion des génériques. Le dispositif de rémunération à la performance pourrait également être élargi dans les mêmes conditions à des objectifs relatifs à la prescription en dénomination commune, à laquelle les médecins devraient être très fortement incités.

Cependant, cette démarche centrée sur une politique conventionnelle qui n'a produit que peu d'effets, risque de peiner à assurer une dynamique réelle et auto-entretenue de développement des génériques.

Une approche plus forte pourrait être de mettre en œuvre, à terme, des mécanismes s'inspirant de ce que l'Allemagne a réalisé au début des années 2000 avec un certain succès. Dans le cadre de l'information que l'assurance maladie fournit aux médecins sur leurs prescriptions, une analyse systématique et périodique de celles concernant les médicaments (répartition, coûts), ajustés en fonction des caractéristiques moyennes de leur patientèle (moyenne d'âge, pathologies…) permettrait de déterminer les économies potentielles liées à une optimisation des prescriptions (prescription de médicaments dans des classes substituables, prescription directe de génériques, limitation des mentions « non substituable »...) . Un tel dispositif faciliterait l'acquisition d'une vision d'ensemble de son comportement de prescription par chaque médecin et inciterait à des

comparaisons utiles de pratiques entre pairs[329] ou par rapport à des référentiels, prenant en compte les coûts et les potentiels d'économies. Cette information rendrait plus aisée la mise en œuvre d'objectifs ciblés de progression des prescriptions en génériques dont l'enjeu en termes de maîtrise des dépenses d'assurance maladie est considérable, dans le cadre d'une rémunération sur objectifs repensée pour être plus responsabilisante.

La CNAMTS a tenté d'évaluer les gains qui pourraient être liés à une prescription plus importante de médicaments substituables, en se fondant sur une analyse de neuf classes thérapeutiques disposant de marges de progression pour une prescription plus importante de génériques[330] et représentant en 2013 près de 70 % des remboursements au titre des médicaments de « médecine générale » sur lesquels l'offre de générique se concentre à ce jour. Sur ces neuf classes, un transfert d'un point des prescriptions hors répertoire vers des produits génériques induirait une économie voisine de 14 M€. Une extrapolation raisonnable aux autres classes thérapeutiques conduit à une économie de 25 M€ par point de prescription. Sachant que les médicaments substituables représentent à ce jour 40 % des volumes dans le marché global, le gain potentiel procurée par une prescription accrue de médicaments substituables serait de 500 M€ si leur part était portée à 60 %. Une cible plus ambitieuse de 85 % engendrerait une économie de 1,125 Md€.

2 - Supprimer à terme le répertoire

La question du maintien du répertoire tel qu'il est actuellement conçu est posée car cet outil s'avère historiquement daté et ses actualisations par l'ANSM sont très lentes[331].

329. Cette démarche est en cours actuellement en France au sein de quelques groupes de travail « qualité » réunissant des médecins volontaires en Bretagne. En Suède, cette confrontation des pratiques de prescription a abouti à une « liste de référence » en matière de prescription qui est très suivie, avec un « taux de conformité » de près de 90 %.

330 . Une analyse par classe thérapeutique permet d'évaluer l'impact d'une prescription plus efficiente et de tenir compte de la substituabilité des molécules entre elles. Il s'agit dans le cas présent des traitements de l'hypertension artérielle, des hypolipémiants, du traitement de l'asthme et de la BPCO, des anti-douleurs, des antidiabétiques oraux, des antibiotiques, des anti-ulcéreux, des antidépresseurs et de l'urologie.

331. Cette lenteur résulte en partie des délais de publication des décisions modifiant le répertoire des groupes génériques.

La suppression du répertoire pourrait permettre de traiter dans un cadre global l'ensemble des médicaments non protégés par un brevet, c'est-à-dire près de 93 % du volume du marché des médicaments remboursables et 55 % de sa valeur (en 2013 les médicaments substituables représentent 45 % du volume et 35 % en valeur du marché des médicaments remboursables). Il s'agirait ainsi d'inverser le principe actuel qui limite a priori le champ des médicaments substituables en élargissant les possibilités de substitution potentiellement à l'ensemble de ces médicaments, hormis ceux pour lesquels des précautions particulières sont nécessaires pour des impératifs sanitaires.

Dans une première étape, le répertoire pourrait être rénové et élargi à d'autres molécules. Il pourrait, ainsi que le recommande l'Agence nationale de la sécurité du médicament, être remplacé par une « base de données administratives et scientifiques » [332] qui listerait, dans des conditions de procédure assouplies, les médicaments génériques commercialisés et qui fournirait aux prescripteurs et aux dispensateurs des indications et des recommandations pour guider l'acte de substitution. Son périmètre devrait être élargi à certaines catégories de sprays, mais aussi aux autres produits qui n'ont pas actuellement de génériques, notamment ceux qui ne le sont pas pour des raisons économiques[333], afin d'atteindre un périmètre des médicaments substituables équivalent à celui des autres pays.

3 - Informer les assurés sociaux

Ce changement de stratégie visant à développer le marché des médicaments génériques n'a de chance de réussir que si le patient en comprend les objectifs et la démarche et s'il a confiance dans le médicament générique.

Il importe à cet égard d'engager des campagnes régulières de communication institutionnelle qui ne soient pas ciblées sur des aspects médico-économiques mais plutôt sur la qualité et la sécurité du médicament générique. Ces actions de communications ne devraient ainsi pas être menées par l'assurance maladie mais par des institutions publiques, comme l'Institut national de prévention et d'éducation en santé.

332. Article L. 161-40-1 du code de la sécurité sociale.

333. Il s'agit médicaments de niche. La possibilité de permettre leur substitution à des prix dérogatoires pourrait, selon le groupement des fabricants de génériques (GEMME) représenter des économies d'un montant d'environ 200 M€.

Renforcer l'acceptation du générique suppose aussi d'étendre rapidement les obligations de continuité de délivrance des mêmes génériques par les pharmaciens à l'ensemble des assurés et non seulement pour les patients les plus âgé comme c'est le cas actuellement, afin que les assurés ne soient plus confrontés à des changements qui peuvent induire des doutes sur la continuité de traitement et entretenir de la méfiance envers les génériques.

B - Partager équitablement les efforts

Le développement du marché des génériques permis grâce à une plus grande responsabilisation des prescripteurs, la suppression du répertoire et l'information renforcée des patients devrait conduire les pouvoirs publics à faire partager les efforts équitablement entre tous les acteurs, qu'ils s'agissent des pharmaciens par l'intermédiaire d'une diminution des coûts de distribution ou des fabricants par l'intermédiaire d'une baisse des prix.

1 - Réduire la dépendance financière des officines aux génériques

Si le coût de la distribution des génériques est particulièrement élevé en France en raison de l'importance des incitations accordées aux pharmaciens, leur réduction, nécessaire ainsi que la Cour l'a déjà recommandé[334], ne saurait être que progressive, sauf à risquer de fragiliser de nombreuses officines et de remettre en cause l'implication d'une profession qui a jusqu'à présent été le principal artisan de la diffusion des génériques, avec des incidences sur le taux de substitution.

Les discussions en cours entre l'assurance maladie et les syndicats de pharmaciens sur l'évolution de la structure de la rémunération des pharmaciens offrent l'opportunité d'examiner la manière dont une réduction programmée dans le temps des marges de distribution sur les génériques pourrait notamment permettre des redéploiements à même de financer de nouveaux modes de rémunération des officines, moins dépendants, notamment du volume de médicaments dispensés et davantage tournés vers des rémunérations forfaitaires. Dans une pareille démarche, il pourrait notamment être utile de s'interroger sur le maintien de l'actuelle rémunération à la performance liée à la vente de génériques, qui se surajoute aux autres incitations financières.

334. Cf. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, Chapitre VI : les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux, septembre 2008, p. 195-221, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Rénover la politique de fixation des prix

a) Renforcer la cohérence de la politique de prix

Deux mesures pourraient renforcer la cohérence de la politique des prix des médicaments génériques.

Les enjeux principaux du mode de fixation des prix portent désormais sur les médicaments déjà substituables et moins sur le flux des nouveaux médicaments génériqués dans un contexte de faible chute de brevets. En effet, l'augmentation de dix points de la décote sur le flux de nouveaux médicaments génériques (passage de 60 % à 70 %) ne représenterait qu'un impact financier assez faible, de l'ordre d'une dizaine de millions d'euros. En revanche, il convient de répercuter l'augmentation des baisses et décotes de prix intervenues sur les médicaments déjà existants et sur les quelques classes thérapeutiques les plus utilisées. Les économies qui pourraient en résulter pour l'assurance maladie peuvent être évaluées en année pleine à près de 400 M€[335].

Le prix des nouveaux médicaments n'apportant pas d'amélioration de service médical rendu devrait par ailleurs être immédiatement aligné sur celui des médicaments analogues lorsqu'il fait l'objet de décotes.

b) Permettre la conclusion d'accords prix/volume

À terme, le développement de la diffusion des génériques permettrait d'engager des baisses de prix cohérentes et généralisées, portant sur l'ensemble des médicaments substituables.

Pour cela, des accords prix/volume pourraient être conclus avec les fabricants de génériques car l'augmentation des volumes vendus devrait permettre de rendre supportables, à termes, des baisses de prix plus fortes, une fois atteint un certain développement du marché, à l'instar de ce qui a été pratiqué en Allemagne.

c) Identifier les baisses possibles de prix par la transparence sur les négociations commerciales

Un nouveau dispositif a été mis en place dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Les remises légales accordées aux pharmaciens pourront s'élever désormais à 40 % du prix fabricant hors

335. CNAMTS, *Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013*, p. 99.

taxes. Leur déclaration par les laboratoires au CEPS[336] est parallèlement rendue obligatoire dans un souci de transparence. La connaissance des remises consenties par les fabricants aux pharmaciens est également supposée permettre de réviser rapidement les prix à la baisse, à l'image de la pratique britannique.

La mise en œuvre concrète de cette réforme suppose toutefois que les laboratoires producteurs de génériques ne réduisent pas tout ou partie des remises consenties aux pharmaciens d'officine pour maintenir le niveau de leur prix et que le CEPS soit doté de moyens d'analyse et de contrôle plus conséquents que ceux dont il dispose actuellement.

*
* *

L'ampleur des économies à attendre de cette nouvelle stratégie, mobilisant l'ensemble des acteurs est considérable à l'aune des résultats atteints par certains de nos voisins européens

Le principal levier en est la progression de la prescription de médicaments substituables par les médecins. L'analyse menée par la CNAMTS montre qu'à l'échelle de quelques années, le montant de la dépense remboursée pourrait diminuer de 1,125 Md€ par an. Ces économies pourraient être majorées d'une part si le répertoire est supprimé, car alors le champ des médicaments génériques sera notablement élargi et d'autre part dans l'hypothèse où le taux de substitution augmenterait de 80 % à 90 %, niveau déjà atteint dans certains départements.

Au total, dans le cadre d'une politique ainsi redéfinie et conduite méthodiquement et vigoureusement, les économies liées à une forte progression de la prescription des médicaments substituables, à un élargissement de leur champ, à une augmentation du taux de substitution, à la réallocation au bénéfice de l'assurance maladie d'une partie de la rémunération du circuit de distribution peuvent être estimées à environ 2 Md€ en année pleine.

336. Article L. 189-1 du code de la sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La diffusion des médicaments génériques est un levier très puissant de maîtrise de la dépense d'assurance maladie à qualité de soins strictement équivalente. Alors que la plupart des grands pays européens affichent des taux de pénétration des génériques en volume très élevés, la France a des résultats encore médiocres.

Loin de rattraper son retard, elle s'est ainsi fait dépasser au cours des dix dernières années par des pays voisins partis de plus bas.

La progression poussive de la diffusion des génériques, malgré la multiplication de mesures financières incitatives, a empêché notre pays de réaliser des économies bien plus considérables que celles obtenues, au montant au demeurant incertain.

Contrairement à d'autres, la France n'a pas mobilisé l'ensemble des acteurs, notamment les prescripteurs et a mis en place un dispositif uniquement incitatif reposant principalement sur la substitution par le pharmacien dans un périmètre, le répertoire des classes thérapeutiques, de surcroît limité. Ce dispositif se révèle aujourd'hui d'une efficacité limitée et extrêmement coûteux puisque pour deux euros d'économies potentielles, un euro va en rémunération supplémentaire des pharmaciens.

Ce modèle peu efficace apparaît à bout de souffle. Il est temps ainsi désormais de changer de stratégie et de privilégier, à l'instar de nos voisins européens, une approche plus vigoureuse et plus volontariste envers l'ensemble des acteurs, pour donner une nouvelle ampleur aux économies et rejoindre enfin le niveau de pénétration des génériques constaté chez eux.

Cette nouvelle approche suppose de mobiliser désormais tous les leviers disponibles.

Il convient ainsi, d'abord, de supprimer à terme le répertoire afin d'élargir significativement le périmètre des médicaments substituables. Il importe surtout de mettre enfin au cœur du dispositif les prescripteurs, qui doivent être plus fortement responsabilisés à leurs modalités de prescription au regard en particulier des enjeux que représentent les médicaments génériques en termes d'économies pour l'assurance maladie. Ce recentrage doit permettre de redéfinir les modalités de rémunération des pharmaciens de telle manière que le circuit de distribution ne capte pas une part toujours accrue de ces dernières. Enfin, il convient de communiquer envers les assurés sociaux dont la bonne information représente une condition déterminante pour le succès des actions à engager.

La Cour formule les recommandations suivantes :

38. responsabiliser les médecins en les informant sur le volume et le coût de leur prescription en fonction des caractéristiques de leur patientèle et sur les économies rendues possibles par une évolution de leurs comportements de prescription ;

39. élargir les objectifs de prescriptions en génériques liées à la rémunération sur objectifs de performance, les compléter par des objectifs de taux de prescription en dénomination commune internationale et moduler à la baisse le montant de cette rémunération en cas de non-atteinte de ces objectifs ;

40. Supprimer à terme le répertoire des médicaments génériques ;

41. redéfinir les modalités de rémunération des pharmaciens en révisant progressivement à la baisse les incitations en faveur des génériques et en allant vers une rémunération davantage forfaitaire et moins dépendante du volume des ventes; dans ce cadre, réformer notamment la rémunération sur objectifs de santé publique liée aux génériques;

42. conclure des accords prix-volume avec les producteurs de génériques dans le cadre d'un plan de développement de ces médicaments ;

43. mettre en œuvre des baisses des prix ciblées sur les classes thérapeutiques les plus coûteuses pour l'assurance maladie et un alignement automatique de prix pour les médicaments sans amélioration du service médical rendu ;

44. développer des campagnes régulières d'information des assurés sociaux sur les médicaments génériques.

Chapitre X

Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

PRÉSENTATION

Dans le prolongement de l'analyse qu'elle a consacrée en 2013 à la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses[337]*, la Cour a examiné cette année la dynamique de la dépense et les modes de régulation des autres « dispositifs médicaux » à usage individuel, dont le champ est très large et hétérogène : il comporte de l'ordre de 80 000 produits différents, qui vont des pansements aux fauteuils pour personnes handicapées et aux défibrillateurs cardiaques.*

L'importance grandissante des pathologies chroniques, le développement sans cesse accru grâce au progrès médical d'une médecine réparatrice, le souhait des patients d'une prise en charge autant que possible à domicile se conjuguent pour faire de ce secteur un enjeu majeur tant en termes de qualité des soins que de coût pour l'assurance maladie.

Le coût total d'acquisition ou de location de ceux de ces dispositifs qui relèvent de la « liste des produits et prestations remboursables »[338] *(LPPR), essentiellement dispensés en médecine de ville, mais pour certains à l'hôpital, était proche de 13 Md€ en 2012, dont un peu plus de la moitié (6,6 Md€) a été remboursé par l'assurance maladie. Ce dernier montant se décompose en quatre postes : 4 Md€ pour le titre Ier de cette liste (pansements et appareils dits d'« aide à la vie » qui permettent aux patients de rester à domicile ou de voir leur handicap compensé) ; 130 M€ pour le titre IV au titre de l'acquisition de véhicules pour personnes handicapées ; 1 Md€ pour le titre II (orthèses et prothèses externes) ; et 1,5 Md€ pour les dispositifs dits « implantables » posés dans le cadre d'un établissement hospitalier, qui relèvent du titre III.*

À cela s'ajoutent les dépenses hospitalières qui ne sont pas retracées dans la LPPR (au titre III) mais qui relèvent du budget des hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité ; leur montant n'est pas connu.

---

337. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et de l'audioprothèse, p. 393-420, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr

338. Pour être pris en charge par l'assurance maladie, les dispositifs médicaux utilisés en ambulatoire doivent être inscrits sur la « liste de produits et prestations remboursables » qui fixe leur tarif de remboursement, leur cas échéant leur prix limite de vente, ainsi que les conditions de prise en charge et la réglementation technique applicable. À l'hôpital, sauf dispositions dérogatoires (la « liste en sus », cf. ci-dessous), leur coût est intégré dans la tarification globale de l'acte.

Les dépenses de dispositifs médicaux individuels remboursées par l'assurance maladie sont en très forte croissance notamment en ville où elles ont doublé en une décennie, sans que le vieillissement de la population, ou les évolutions épidémiologiques et techniques suffisent à l'expliquer (I). Leur régulation est de fait défaillante (II). Des mesures vigoureuses de maîtrise des dépenses sont ainsi à mettre en œuvre dans un cadre redéfini (III).

I - Des dépenses en très forte croissance

L'assurance maladie a remboursé en 2012, pour 6,6 Md€ au total, l'acquisition ou la location de dispositifs médicaux « en ville » ainsi que les prestations associées et celle de dispositifs implantés à l'hôpital et facturés distinctement car relevant d'une « liste en sus ». Le coût pour l'assurance maladie de la prise en charge des dispositifs médicaux intégrés dans la tarification des actes hospitaliers n'est en revanche pas connu.

A - La dépense de dispositifs médicaux « en ville » : un doublement en dix ans

1 - Une dépense en forte croissance dans l'ensemble de ses composantes

La dépense de dispositifs médicaux remboursée par l'assurance maladie au titre des seuls soins de ville représentait 5,06 Md€ en 2012. Avec un taux de croissance annuel moyen de 6,3 %, elle a plus que doublé (+109 %), en euros constants, de 2000 à 2012, comme le montre le tableau ci-après[339].

339. En 2013, la dépense a crû de 6,5 % dans le régime général, en euros constants, dépenses des établissements privés comprises (mais non celles des établissements hospitaliers publics).

Tableau n° 67 : dispositifs médicaux en ambulatoire : dépenses d'assurance maladie 2000-2012

En M€

	2000	2010	2012	2000-2012	2000-2012 euros constants 2012
Titre 1er : « appareils et pansements »	**1 368**	**3 528**	**3 905**	**+185%**	**+131%**
Dont : PPC[340]	78	328	375	+381%	**+290%**
Autres appareils d'assistance respiratoire	200	565	620	+210%	**+151%**
Nutrition	25	322	390	+1460%	**+1165%**
Lits, matelas etc.	198	292	336	+70%	**+38%**
Perfusion à dom.	40	185	222	+455%	**+350%**
Diabète	252	759	766	+204%	**+146%**
Autres mat. de trait à domicile	58	115	144	+148%	**+101%**
Pansements	274	466	490	+79%	**+45%**
Autres	243	496	562	+131%	**+87%**
Titre II : orthèses, prothèses externes	**533**	**956**	**1 031**	**+93%**	**+56%**
Dont : Orthèses[341]/petit appareillage.	172	361	401	+133%	**+89%**
Orthoprothèses	89	201	229	+157%	**+108%**
Autres, dont optique	272	394	401	+47%	**+19%**
Titre IV : VHP : acquisition	**55**	**118**	**119**	**+116 %**	**+75%**
TOTAL « VILLE »	**1 956**	**4 602**	**5 055**	**+158%**	**109%**

Source : Cour des comptes, données reconstituées à partir des rapports d'activité du/CEPS/CNAMTS (Régime général avec SLM, métropole), RSI, MSA (France entière VHP : véhicules pour personnes handicapées.

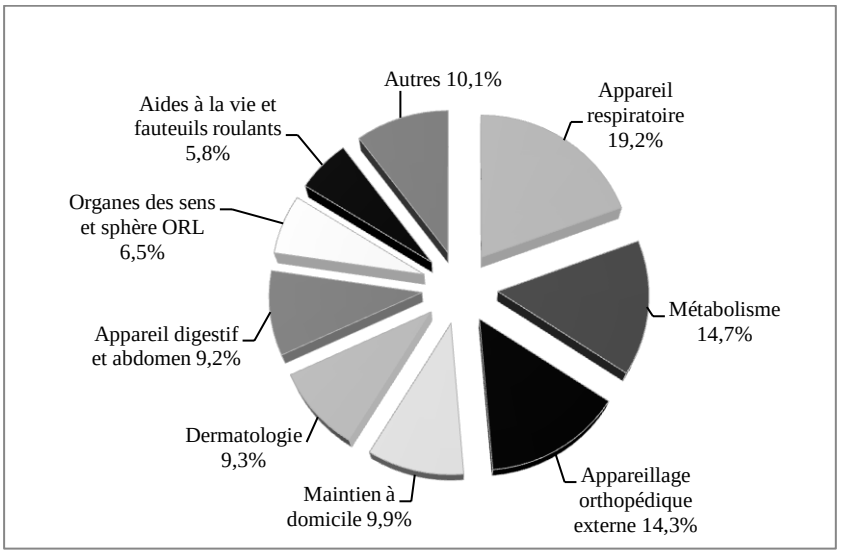
340. « PPC » : appareils à pression positive continue.

341. Orthèse : appareil orthopédique destiné à soutenir une fonction locomotrice déficiente et fixé contre la partie atteinte (attelle, gouttière ou corset).

Cette dépense est répartie entre les principales classes de dispositifs ainsi qu'il suit :

Graphique n° 15 : structure et évolution de la dépense en ville par grande classe technico-thérapeutique

En %



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport 2013, données CNAMTS 2012 extrapolées.

Avec un montant de 3,9 Md€ en 2012, les dépenses d'assurance maladie favorisant, au sens large, le maintien à domicile (titre Ier de la LPPR) représentent près de 80 % du total de la dépense en ville. De 2000 à 2012, elles ont plus que doublé (+131 % en euros constants), avec un taux annuel moyen de croissance proche de 8 %. En leur sein, le coût des produits et prestations liés à la nutrition a plus que décuplé, celui des perfusions à domicile a quadruplé.

Si les remboursements d'orthèses et prothèses externes (titre II de la LPPR) ont connu dans leur ensemble sur la période une progression notable, de 56 % en euros constants, les orthèses et le « petit appareillage » (+89 %) et, plus encore, les orthoprothèses[342] (+108 %)[343] sont en forte hausse.

342. Les orthoprothèses combinent les fonctions des orthèses et des prothèses.

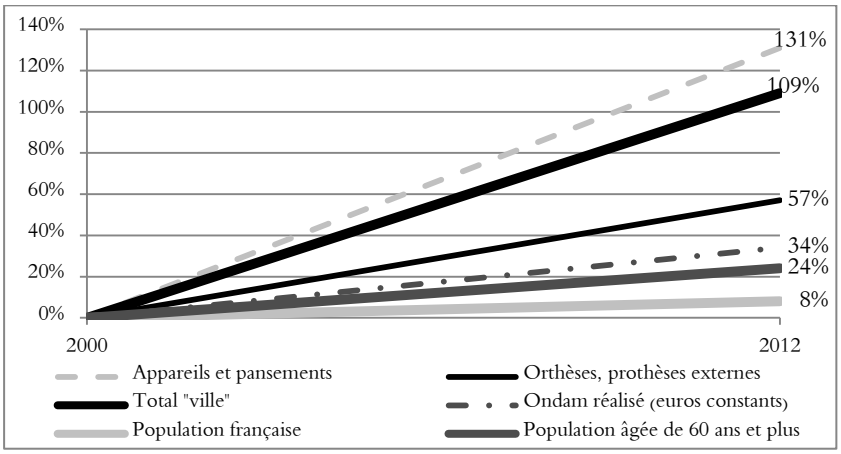
343. Les seuls postes qui ont baissé sont l'optique (notamment par suite de la baisse du taux de remboursement en 2011) et les prothèses oculaires.

2 - Une évolution très supérieure à celle de l'ONDAM

Le rythme d'augmentation constaté est plus de trois fois supérieur, sur la même période, à celui des dépenses couvertes par l'ONDAM (+34 % en euros constants). L'accroissement de la population française dans son ensemble (+8 %) et son vieillissement (la population âgée de 60 ans et plus a crû de 24 %) expliquent une partie seulement de la croissance de cette dépense, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 16 : dispositifs médicaux en ambulatoire ; évolution des dépenses d'assurance maladie par catégorie

En %



Source : Cour des comptes

Les facteurs probables de cette forte croissance, outre le vieillissement de la population, (souhait de rester à domicile, évolutions épidémiologiques, développement de certains traitements, progrès technologiques, évolution des prix etc.) sont connus mais ils n'ont pas fait l'objet d'analyses approfondies. Faute de celles-ci, la justification d'un tel rythme d'accroissement des dépenses reste incertaine.

Les « prestations à domicile »

En ville, outre la vente au comptoir d'une officine pharmaceutique ou d'un distributeur de matériels (42 % de la dépense de la LPPR en ville)[344], la distribution des produits aux patients peut s'opérer :

- au domicile du patient, par un « prestataire de service à domicile » et donner lieu à une prestation de service inscrite à la LPPR, qui inclut la mise à disposition du produit (36% de la dépense de la LPPR en ville)[345] ;

- via un professionnel de santé spécialisé, pour adapter le produit au patient ou produire un dispositif sur mesure (22 % de la dépense).

Au total, les prestations à domicile permettent le maintien ou le retour à domicile d'environ 800 000 personnes[346] dont plus de 400 000 insuffisants respiratoires, 25 000 diabétiques, 18 000 malades nécessitant une nutrition entérale et parentérale, plus de 250 000 personnes âgées ou dépendantes et 100 000 personnes handicapées. Disparates de statut et de taille, les « prestataires », emploient environ 15 000 personnes[347]. Le secteur se développe rapidement[348] et se restructure du fait des progrès de la télésurveillance. Les règles de formation et de qualification des personnels ont été renforcées en 2011.

B - Des dépenses de dispositifs implantables à l'hôpital imparfaitement connues

Les dispositifs médicaux à l'hôpital relèvent de deux types de facturation à l'assurance maladie : ils sont pris en charge, depuis l'institution de la tarification à l'activité (T2A) en 2005, au sein des « groupes homogènes de séjours » (GHS), sans que leur coût soit isolé. Toutefois la plus grande partie des dispositifs implantables dans le corps humain (prothèses internes, produits cardiovasculaires par exemples) figurent sur une liste dite « liste en sus » des dispositifs réputés innovants et relevant du titre III de la liste et sont facturés distinctement à l'assurance maladie.

344. Inspection générale des affaires sociales, *Rapport sur les dispositifs médicaux : circuits et marges de distribution en ville et rôle des prestataires à domicile*, 2014, à partir de données CNAMTS.

345. Actifs en particulier pour les pathologies du système respiratoire, les traitements par perfusion, la nutrition par voie gastrique ou veineuse et pour le maintien à domicile des personnes handicapées ou dépendantes.

346. Rapport IGAS susmentionné, d'après la fédération des prestataires de santé à domicile.

347. *Idem*.

348. Le marché de la prestation à domicile a progressé de 11 % par an de 2007 à 2011 (rapport IGAS précité).

1 - Les produits pris en charge dans le cadre des dépenses hospitalières de droit commun

Le prix d'acquisition de ces dispositifs médicaux par les établissements résulte de procédures d'appel à la concurrence. Le coût est intégré dans la tarification des « groupes homogènes de séjours » et n'est pas identifié en tant que tel. Dès lors, la dépense spécifique liée à ces produits n'est pas connue. Les données de l'échantillon d'établissements utilisé dans le processus de la tarification hospitalière[349] ne sont pas jugées significatives, en l'espèce, par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a estimé cette dépense à 1,65 Md€ en 2006[350], mais aucune donnée d'ensemble précise n'a été établie par les pouvoirs publics et les organismes d'assurance maladie. Cette dépense demeure ainsi une véritable « boîte noire ». Cette situation s'explique notamment par l'absence, dans les établissements de santé, d'une comptabilité analytique adaptée.

2 - Les implants qui ne relèvent pas de la tarification à l'activité : la « liste en sus »

À l'instar des médicaments, certains dispositifs médicaux utilisés à l'hôpital ne relèvent pas de la tarification à l'activité mais bénéficient depuis 2005 d'une prise en charge par l'assurance maladie à 100 % du tarif de remboursement. Ces dispositifs doivent être inscrits sur la LPPR au titre III (dispositifs implantables)[351] puis sur la « liste en sus » par arrêté ministériel. Leur radiation de la liste conduit à l'intégration de ces dispositifs dans les « groupes homogènes de séjour ». Procédure supposée, à l'origine, être exceptionnelle et réservée aux produits innovants, la liste en sus englobe aujourd'hui un très grand nombre de dispositifs qui bénéficient ainsi d'une prise en charge spécifique.

On dénombre en effet aujourd'hui environ 1 200 produits en nom de marque ou lignes génériques de produits différents, pour un montant total de dépense d'assurance maladie de l'ordre de 1,5 Md€ en 2012. Ils concernent essentiellement des implants orthopédiques (35 % du montant total de la liste en sus), des implants cardiaques et vasculaires (32 %) et des greffons osseux (14 %).

---

349. Échantillon national de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune ».
350. Note et avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les dispositifs médicaux, mai 2008.
351. L'inscription est valable pour une durée de cinq ans renouvelables.

Les dépenses d'assurance maladie à ce titre ont, selon les données du CEPS, fortement progressé entre 2000 et 2012 (+76 % en euros constants).

Tableau n° 68 : dépenses hospitalières au titre de la LPPR 2000-2012 (titre III)[352]

En M€

	2000	2010	2012	2000-2012	2000-2012 euros constants
TOTAL titre III	**689**	**1 486**	**1 495**	**+ 117 %**	**+76 %**
Dont : prothèses du genou	82	296	245	+ 197 %	**+141 %**
Prothèses de la hanche	111	313	276	+ 148 %	**+101 %**
Implants cardio-vasculaires	90	412	406	+ 351 %	**+266 %**
Autres dispositifs implantables	406	465	568	+ 40 %	**+13 %**

Source : Données CEPS/ATIH. Tableau Cour des comptes.

En particulier, les dépenses de prothèses de hanche ont augmenté de 101 %, celles du genou de 141 % et celles des implants cardio-vasculaires ont bondi de 266 %.

II - Une régulation défaillante

La vive croissance de certaines classes de dispositifs médicaux illustre la faiblesse de la régulation de la dépense par les pouvoirs publics, qui ont peu investi ce secteur.

A - Des mesures tardives et limitées sur les postes de dépenses les plus dynamiques

1 - En ville

Les dépenses en faveur des dispositifs respiratoires à domicile et de l'accompagnement du diabète, qui représentent plus d'un tiers du total des dépenses de dispositifs médicaux en ville, sont illustratives de l'insuffisante régulation de la dépense de dispositifs médicaux.

352. Comme il a été indiqué ci-dessus, les dépenses du titre III correspondent pour l'essentiel à celle de la liste en sus.

a) Les dispositifs liés à l'insuffisance respiratoire

Les appareils, produits et prestations de pose concernés constituent le premier poste de dépenses de la LPPR avec 1 Md€ de remboursements en 2012 dont 375 M€ pour le seul traitement par pression positive continue (PPC), lequel constitue, avec un quasi-quadruplement en euros constants entre 2000 et 2012, le facteur essentiel de l'évolution de la dépense dans le domaine du respiratoire.

Malgré des baisses de tarif, survenues en 2010 et 2011, les tarifs français de remboursement de la prestation de PPC demeureraient élevés : ils seraient selon une étude de la caisse nationale d'assurance maladie[353], discutée par le CEPS, presque doubles des tarifs pratiqués en Allemagne[354] et supérieurs de près de 20 % à ceux de la Belgique. Une baisse du coût du forfait de PPC de 25 % en 2012 aurait permis selon la caisse nationale une économie de plus de 70 M€ sur 375 M€ de dépense en 2012.

En tout état de cause, pour améliorer l'utilisation de ces dispositifs, des ajustements des modalités de prise en charge ont été mises en place depuis 2013[355]. Certaines sont toutefois devenues inopérantes à la suite d'un récent contentieux[356]

b) Les produits et prestations liés au diabète

Le deuxième poste de dépenses de la LPPR (produits et prestations liés au diabète), qui représente 766 M€ de dépenses en 2012 (en progression de 150 % en dix ans), a également fait l'objet de mesures législatives et tarifaires limitées.

---

353. CNAMTS, *Rapports Charges et produits* pour 2012 et pour 2013.

354. En tenant compte cependant des modalités différentes de prise en charge en Allemagne, ce qui doit faire considérer avec beaucoup de précaution cet ordre de grandeur.

355. Il s'agit en particulier de la mise sous entente préalable de l'un des forfaits de ventilation par oxygénothérapie et de l'amélioration du suivi des utilisateurs de dispositifs de PPC, avec modification des conditions de prise en charge, par un arrêté du 22 octobre 2013.

356. Un arrêté du 22 octobre 2013 a rendu obligatoire la téléobservance des nouveaux patients portant un appareil par PPC et a conditionné le remboursement à la bonne observance du traitement. Son application a été toutefois suspendue en février 2014 par une ordonnance en référé prise par le Conseil d'État, saisi par la fédération des malades respiratoires et des syndicats de prestataires d'aide à domicile, en raison d'un « doute sérieux » sur la compétence du pouvoir réglementaire à établir un tel mécanisme.

La loi de financement pour 2011 a permis de forfaitiser le remboursement des dispositifs d'autocontrôle du diabète à 200 unités par an, afin de réduire le gaspillage et de diminuer la dépense qui excédait 400 M€ en 2009[357].

En revanche, malgré des baisses de tarif intervenues en 2012 et 2013, la dépense liée à la pose et la location des pompes à insuline continue de progresser vivement, ainsi que les consommables associés (cathéters). Les tarifs de remboursement des pompes demeuraient, selon la CNAMTS[358], supérieurs de plus de 30 % à ceux d'autres pays. La Haute Autorité de santé, dès 2007, préconisait la mise en place d'un forfait de remboursement à l'instar de l'Allemagne, mais sa proposition n'a pas eu de suite.

Des baisses de tarif des pompes et des produits et prestations d'insulinothérapie par pompe sont intervenues en mars et juin 2014·, mais elles sont de faible ampleur.

2 - À l'hôpital : l'exemple de l'orthopédie

Les implants orthopédiques constituent un enjeu de santé publique, notamment en raison du vieillissement de la population. En 2012, les seuls remboursements des prothèses de hanche et de genou ont atteint 522 M€. La prothèse de hanche représente 56 % des dépenses d'orthopédie. Le marché est très concentré : quatre fabricants représentent, en France comme en Allemagne, les deux tiers du marché ; six fabricants, parmi les dix premiers de chaque pays, sont communs.

Bien que la dépense globale pour l'assurance maladie ait connu une croissance vive depuis 2000 (+141 % pour le genou et +102 % pour la hanche), les tarifs de remboursement n'ont pas évolué depuis 1994 pour les prothèses de genou et depuis 1996 pour les prothèses de hanche.

Selon une étude de la CNAMTS, discutée par le CEPS, les tarifs français seraient supérieurs aux prix moyens européens des prothèses. La caisse nationale a proposé en 2011[359] d'en revoir significativement la tarification. Des baisses du tarif de nombreux types de prothèses sont finalement intervenues en juin 2014·, mais elles sont limitées, de l'ordre de 2 à 6 % dans la plupart des cas.

357. CNAMTS.
358. CNAMTS, *Rapport Charges et produits pour 2014*.
359. CNAMTS, *Rapport Charges et produits pour 2012.*

De surcroît, dans certains cas (genou) les établissements de santé sembleraient selon la CNAMTS, privilégier les dispositifs plus coûteux, contrairement à d'autres pays (Allemagne, Suède)[360].

Enfin, les modalités elles-mêmes de prescription de ces dispositifs sont en cause. Des disparités importantes apparaissant entre régions voire entre établissements de santé, selon la direction générale de l'offre de soins. Cette situation suggère l'existence de situations préjudiciables à l'assurance maladie et aux patients.

B - Un pilotage insuffisant de la dépense

La nécessité de la maîtrise de la dépense se heurte à un défaut de pilotage par les pouvoirs publics des procédures de fixation et de révision des tarifs.

1 - Les enjeux de la détermination du tarif de remboursement

a) Deux voies alternatives de tarification

La prise en charge des dispositifs médicaux par l'assurance maladie suit une procédure originale qui comporte deux voies alternatives, l'inscription en nom de marque, d'une part et l'inscription en ligne générique, d'autre part.

360. CNAMTS, *Rapport Charges et produits pour 2013*. Les constats de la caisse nationale sur ce point sont toutefois contestés.

L'admission au remboursement et la tarification : lignes génériques ou noms de marque

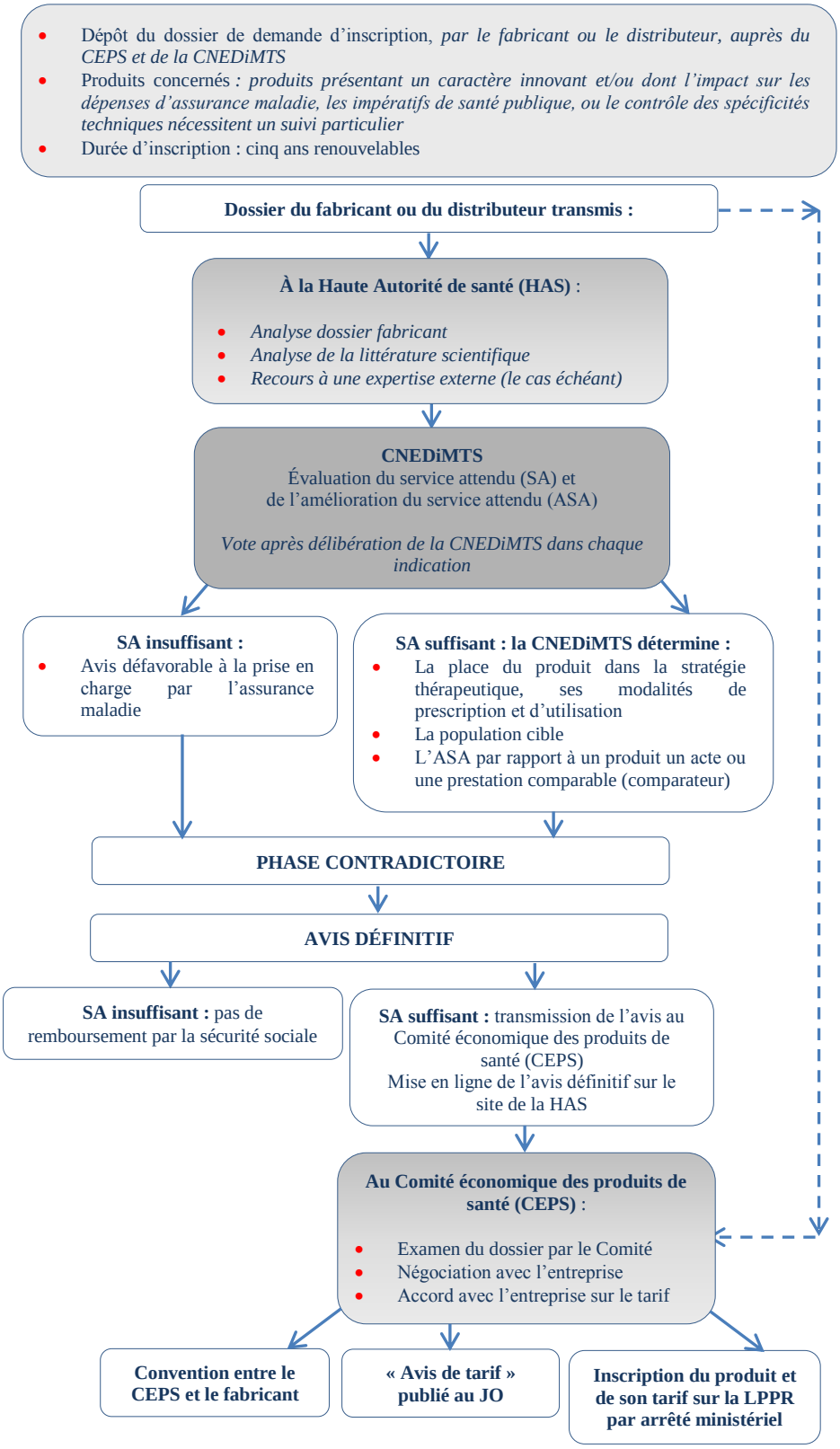
Après avoir fait procéder à la « certification européenne » (« marquage CE ») de son produit, le fabricant, pour obtenir son remboursement par l'assurance maladie, a la faculté d'opter entre un mécanisme de tarification très simple : l'inscription par ses soins sur une description (ou « ligne ») existante de la LPPR, dite « générique »[361] et une procédure qui tient compte de la spécificité de son produit : la demande d'inscription en « nom de marque », destinée à obtenir un tarif de remboursement - et donc un prix de vente - supérieur. Celle-ci relève de deux commissions spécialisées :

- la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), qui est une commission spécialisée de la Haute Autorité de santé (HAS). Chargée de l'évaluation clinique des dispositifs médicaux et de la définition des conditions d'utilisation et de la nomenclature, elle comprend des représentants des administrations concernées ainsi que des fabricants et prestataires.

- le comité économique des produits de santé (CEPS), qui a notamment pour mission d'établir les tarifs des dispositifs à usage individuel et des prestations associées. À cette fin, il négocie et conclut des conventions avec les interlocuteurs concernés.

361. Dans ce cas, le fabricant se borne à déclarer le produit sur le site Internet de l'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Schéma n° 1 : demande d'inscription par le fabricant en « nom de marque »



2 - Une régulation insuffisante

a) La fixation du tarif des « noms de marque » : des insuffisances nombreuses

Des critères de tarification nombreux et délicats à concilier

Pour la tarification initiale d'un dispositif ou sa modification, le code de la sécurité sociale énonce les critères à prendre en compte centrés sur le service médical rendu et les volumes d'utilisation[362].

Dans ce cadre, le comité « considère qu'il lui revient de veiller (…) au respect de deux objectifs : le niveau des tarifs – et des prix – doit être suffisant pour garantir le maintien d'une offre suffisamment abondante et répartie sur le territoire, avec un niveau de qualité compatible avec le service attendu ou rendu et justifiant le remboursement ; ce niveau ne doit cependant pas être tel qu'il favorise indûment le maintien de structures improductives, entraînant de ce fait un effet d'aubaine pour les entreprises les plus compétitives »[363].

La recherche systématique d'un accord avec le fabricant

La fixation du tarif est établie, après négociation, par la signature d'une convention entre le CEPS et le fabricant ; en cas d'absence d'accord, elle est remplacée par une décision unilatérale du comité. En pratique, ce dernier cas est rarissime : alors que plus d'un millier de décisions sont intervenues depuis la création de la procédure en 2000, aucune décision unilatérale n'est intervenue avant 2010, quatre en 2011, trois en 2012, aucune en 2013.

Contrairement aux médicaments, les conventions passées par le CEPS avec les fabricants ne prévoient que rarement des remises dues par ces derniers lorsque les volumes réellement vendus excèdent un certain plafond[364]. Au total, la fixation initiale des tarifs comme les opérations

362. L'article R. 165-14 du code de la sécurité sociale dispose que la détermination des tarifs « tient compte principalement du service attendu ou rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant des résultats des études complémentaires demandées, des tarifs et des prix du ou des actes, produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation ».

363. Annexe 4 du rapport d'activité du CEPS pour 2011 relative à la détermination des tarifs et des prix des dispositifs médicaux.

364. Près de 79 M€ seulement ont ainsi été reversés par les fabricants entre 2003 et 2012.

de baisse de tarifs résultent d'une négociation dans laquelle les enjeux de maîtrise de la dépense peinent à être premiers.

Des délais excessifs

Le CEPS éprouve des difficultés à établir la tarification de certaines nomenclatures issues du travail de la HAS, ce qui allonge le la procédure de révision des lignes génériques.

Des retards existent également pour la tarification des produits en noms de marque.

En effet, le délai maximum légal de tarification et inscription des produits en nom de marque, de 180 jours, est très largement dépassé. Du dépôt de la demande à la notification de la décision près d'une année s'écoule en moyenne, qui s'ajoute au délai, de plusieurs mois, de préparation du dossier demandé par la CNEDiMTS. De tels délais portent préjudice aux entreprises, qui attendent de pouvoir commercialiser leurs produits, ainsi qu'aux patients concernés.

b) Les lignes génériques : des rentes de situation, faute de révision

L'inscription directe par le fabricant sur une ligne générique est la voie la plus courante d'admission au remboursement.

Or, ces lignes et les tarifs qu'elles déterminent ont pour un grand nombre été établies avant 2000, voire très antérieurement[365] ; la plupart d'entre elles n'ont pas été modifiées depuis. Dans ces conditions, l'absence de prise en compte des gains de productivité et de la croissance des volumes de vente conduit dans certains cas à créer des rentes de situation. En outre l'absence d'actualisation pénalise les fabricants innovants et, *in fine*, les patients. Les pouvoirs publics avaient décidé, dans le cadre du « plan médicament » de 2004, de procéder à l'actualisation des lignes génériques par la HAS et le CEPS. Un décret du 23 décembre 2004 a prévu que toutes les catégories de dispositifs médicaux inscrites sous lignes génériques devaient faire l'objet, avant le 1er août 2015, d'un réexamen de leur nomenclature et de leur tarification (puis d'un nouvel examen tous les cinq ans). Outre la redéfinition en fonction de celles-ci en fonction de l'évolution des thérapeutiques, des économies pour l'assurance maladie en étaient également attendues.

365. L'administration ne peut pas toujours retracer la date d'établissement de ces lignes ; c'est le cas, par exemple, de l'optique ou des véhicules pour personnes handicapées.

Cependant, cette opération de révision des lignes[366], touchant plusieurs centaines voire des milliers d'entre elles, a pris un retard considérable.

Au 1er janvier 2014, sur un total de 64 catégories de produits et prestations programmées ou dont la HAS s'est saisie[367], dix procédures de révision seulement avaient abouti, soit 15 %[368] ; c'était le cas d'une seule des 14 opérations programmées en 2006. Le retard affecte certains des principaux postes de dépenses de la LPPR, tels la PPC, le matériel de perfusion, la nutrition entérale, les coussins anti-escarres, les prothèses de hanche, du sein, d'épaule et du poignet.

Complexe à mettre en œuvre, cette révision s'est déroulée sans moyens supplémentaires et avec une coordination insuffisante entre les différents acteurs : plusieurs directions du ministère chargés de la santé et de la sécurité sociale, la HAS et le CEPS, qu'il s'agisse de la programmation des travaux ou de la faisabilité de la tarification des nouvelles nomenclatures proposées par la HAS.

La date limite de révision fixée au 31 juillet 2015 est aujourd'hui hors de portée. Le retard considérable dans la révision de la LPPR porte

366. La procédure est la suivante : programmation des travaux par la direction générale de la santé et la direction de la sécurité sociale après avis de la CNEDiMTS ; évaluation des lignes existantes et, le cas échéant, proposition de nouvelle nomenclature ; contradiction avec les fabricants, élaboration d'un projet de tarification par le CEPS et négociation avec les fabricants ; publication de « l'avis de projet » de nomenclature au Journal officiel ; délai accordé aux fabricants pour faire leurs observations ; instruction et réponses aux observations techniques des fabricants par la CNEDiMTS ; nouvelle négociation puis signature d'une convention entre le CEPS et les fabricants ; publication au Journal officiel de la « nomenclature », valable au maximum cinq ans renouvelables, munie des nouveaux tarifs et prix limite de vente.

367. Y compris les saisines autres que celles opérées en application du décret de décembre 2004 (telles les autosaisines par la CEPP (commission qui a précédé la CNEDiMTS), les saisines diverses antérieures à 2004 etc.). Ne sont pas ici prises en compte les catégories qui ont, après saisine, fait l'objet de radiations de la liste en sus pour être intégrées dans la tarification à l'activité.

368. Les seules opérations de révision, prévues dans le cadre du décret de 2004 ou initiées par la HAS, qui, au 1er janvier 2014, étaient achevées concernaient les produits et prestations liés au diabète (cinq ans se sont ici écoulés entre l'année d'examen prévue et la publication de l'arrêté), aux pansements (délai égal à quatre ans), aux prothèses oculaires, aux prothèses de hanche (six ans entre l'année prévue et la date de l'arrêté de publication), à l'oxygénothérapie et la ventilation, aux « lits et accessoires », aux « pompes implantables », aux « allogreffes vasculaires et valvulaires », aux « sets de produits de santé » et aux « pieds à restitution d'énergie » (près de dix ans entre la saisine et l'arrêté de publication de la révision).

atteinte, vu le rythme rapide des innovations dans ce domaine, à la validité des recommandations faites par la HAS et porte préjudice aux patients, à l'assurance maladie - qui ne peut bénéficier à plein des économies potentielles - et aux entreprises innovantes, comme la Cour l'a déjà souligné en 2013[369].

c) Un outil mal exploité pour maîtriser la dépense

Les établissements de santé négocient les prix d'acquisition de nombre de produits en deçà du tarif de remboursement arrêté par le CEPS, ce qui devrait en réduire le coût pour l'assurance maladie pour autant que celle-ci soit informée du prix réel.

S'agissant des produits inscrits sur la LPPR, une procédure est supposée inciter les établissements à négocier des baisses de tarif tout en réduisant le coût facturé à l'assurance maladie : la procédure dite du « TIPS indemnisable ».

L'« écart TIPS indemnisable » : un outil peu efficace

L'« écart TIPS indemnisable » est un dispositif institué en 2005 pour inciter les établissements hospitaliers à négocier davantage l'acquisition des dispositifs médicaux de la LPPR tout en en faisant profiter l'assurance maladie.

Les établissements qui les achètent à un prix inférieur au tarif de remboursement les facturent à l'assurance maladie au prix d'achat plus 50 % de l'écart avec le tarif. Ils conservent ainsi l'autre moitié de la réduction obtenue.

Selon les données de l'ATIH, le montant de cet écart n'a atteint en 2012 que 30,2 M€ pour les établissements publics et 1,2 M€ pour les établissements privés.

Rapportés aux dépenses globales hospitalières transitant par la LPPR (1,5 Md€), les montants d'économies réalisées grâce à cette procédure apparaissent dérisoires (à peine 2 %) et laissent craindre une sous-déclaration importante au détriment de l'assurance maladie. Selon la CNAMTS, les prix moyens réels d'achat des dispositifs par certains établissements privés sont inférieurs à ceux qu'ils déclarent et facturent à

369. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 406, encart consacré à « la paralysie de la révision des lignes génériques », septembre 2013, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

l'assurance maladie [370]. L'absence d'actions de contrôle plus systématique de la facturation des établissements ne permet pas de mesurer l'ampleur de ce phénomène.

S'agissant des dispositifs non-inscrits sur la LPRR, dont le coût est inclus dans les dépenses hospitalières de droit commun, une étude récente menée dans les établissements publics a pourtant montré une forte dispersion des prix des produits hospitaliers d'usage courant, ce qui atteste à la fois des capacités de négociation de certains établissements et que des économies appréciables peuvent être réalisées dans le cadre d'une politique d'achats hospitaliers vigoureuse et coordonnée[371].

Enfin, l'absence de connaissance des prix réels pratiqués empêche le CEPS de procéder aux ajustements de tarifs adéquats.

3 - Des orientations récentes aux résultats limités

a) Des orientations récentes en matière de régulation

Le CEPS met en œuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale. La maîtrise de la dépense de dispositifs médicaux n'y est apparue que très récemment.

La lettre de mission de décembre 2002 n'avait consacré qu'une brève mention aux dispositifs médicaux ; la suivante, en octobre 2006, s'est bornée à mentionner l'objectif d'un accord-cadre avec les professionnels destiné à améliorer la connaissance du secteur et à procéder, le cas échéant, à des évolutions tarifaires.

La lettre ministérielle la plus récente, datée du 2 avril 2013, ne mentionne la régulation que par le biais de la priorité à accorder à la révision des lignes génériques relatives aux seules prothèses de hanche, priorité qui devait « être une occasion de revoir les tarifs et les prix correspondants ».

À l'exception de 2009, ce n'est qu'à compter du projet de loi de financement pour 2013 qu'un objectif d'économie spécifique aux

370. CNAMTS, rapport *Charges et produits pour 2013*.

371. Étude de la direction générale de l'offre de soins, 2013. Ont notamment été relevés des écarts de 26 % pour des gants stériles, de 32 % pour des sondes d'intubation, de 33 % pour des gants en nitryle, de 42 % pour des agrafeuses à usage unique ou pour des lames de laryngoscope, de 80 % pour des filtres à eau, de 100 % pour des masques ou des « haricots », de 167 % pour des collets cervicaux, de 185 % pour des poches à aspiration, de 226 % pour des couvertures chauffantes.

dispositifs médicaux a été fixé, pour un montant de 115 M€, porté à 120 M€ pour 2014, soit 1,7 % environ de la dépense d'assurance maladie correspondante.

b) Des économies modestes et au fil de l'eau

Le CEPS procède chaque année à des modifications des conditions de prise en charge et des baisses de tarif des dispositifs. Ces ajustements se font cependant à un rythme lent et sans vision d'ensemble.

Depuis 2008, outre les produits et prestations relatifs à l'insuffisance respiratoire » ou au diabète, déjà mentionnés, seuls les pansements et compresses et les *stents* actifs ont connu des baisses tarifaires, ainsi que le « grand appareillage orthopédique ». Des baisses de tarif des implants orthopédiques, inchangé depuis une vingtaine d'années, ne sont intervenues qu'en juin 2014 ; la plupart sont d'une ampleur très réduite.

Le CEPS a évalué à 360 M€ pour la période 2004-2012 les économies résultant des ajustements de tarifs (cardiovasculaire, 39 % du total des économies sur la période ; respiratoire, 24 % ; diabète, 19 % ; pansements et matériels anti-escarres, 18 %). Selon les données transmises par le comité, ce montant ne représente toutefois pas 1 % de la dépense cumulée sur la même période.

A contrario, nombre de tarifs n'ont pas été revus depuis plus de dix ans comme ceux des produits et prestations du maintien à domicile[372], de l'appareil digestif et l'abdomen[373] et de l'appareil génito-urinaire, des greffons osseux, des audioprothèses et implants ORL, des fauteuils roulants et autres dispositifs d'aide à la vie, d'une grande partie des orthèses et de l'orthopédie externe, des implants mammaires et d'un grand nombre de *stents*[374]. L'ensemble de ces postes avoisine 1,5 Md€ de remboursement annuel par l'assurance maladie.

En dépit de la progression très rapide de la dépense, les pouvoirs publics n'ont pas entrepris de mettre en œuvre des économies sur ce secteur. L'assurance maladie est ainsi empêchée de tirer parti des gains de productivité réalisés par les fabricants et les distributeurs, dont certains bénéficient dès lors de rentes de situation qui perdurent.

372. Hormis les coussins anti-escarres.

373. Aux seules exceptions des poches de colostomie d'une part, de la nutrition parentérale de l'autre.

374. Une baisse du tarif des *stents* nus de base, de 10 %, est attendue.

C - Une faible implication des pouvoirs publics

Le sous-investissement des pouvoirs publics est frappant au regard de la complexité des enjeux et de l'importance des dépenses en cause.

1 - Le CEPS, un organisme mal outillé

Le CEPS a sous sa responsabilité deux secteurs aux enjeux et aux acteurs largement différents, tant en termes d'approche thérapeutique que de maîtrise et de suivi des dépenses, celui des médicaments et celui des dispositifs médicaux. La priorité a, dans une large mesure, porté sur le premier.

a) Des moyens inadaptés

L'inadéquation des moyens que le CEPS peut consacrer aux dispositifs médicaux est patente. Alors qu'ils représentaient en 2012, hors T2A, près de 13 Md€ de dépenses de santé dont plus de 6,5 Md€[375] à la charge de l'assurance maladie, le CEPS ne peut consacrer que moins de cinq ETP pour instruire les dossiers, gérer des procédures complexes, assurer les relations avec les fabricants et les autres instances impliquées, négocier et suivre les conventions etc.[376].

De plus, il ne dispose d'aucun moyen propre pour effectuer les études et expertises qui lui seraient nécessaires pour mieux cerner les réalités économiques et industrielles des secteurs des dispositifs médicaux, les volumes potentiels des marchés concernés et étayer ses décisions de tarification. Il n'a pas *a fortiori* la capacité d'effectuer des comparaisons internationales alors même que des disparités importantes de prix peuvent être relevées.

b) L'asymétrie d'information

Le CEPS est confronté à la faiblesse des données disponibles sur les marchés très hétérogènes des dispositifs médicaux et sur ses interlocuteurs : fabricants, distributeurs et prestataires[377] ; il se heurte à la

375. Hors dépenses hospitalières de droit commun (T2A).
376. S'agissant du médicament, le comité dispose de neuf agents dont deux cadres A.
377 . Toutefois certaines fédérations professionnelles ont mis en place des « observatoires » à la demande du CEPS (consommation de cathéters, pour les patients diabétiques, par exemple).

difficulté de recouper ces données et à l'absence d'études de marché dans un grand nombre de domaines[378].

Le CEPS a signé avec les professionnels, le 16 décembre 2011, un accord-cadre qui a prévu la mise en place d'une base de données sur les prix des dispositifs. Celle-ci n'a pas vu le jour, notamment par suite du refus de nombre d'entreprises de coopérer. Contrairement au médicament, le comité n'a pas non plus accès, à des bases de données internationales.

Dans ces conditions, ne connaissant guère les possibilités réelles de négociation de ses interlocuteurs, cet organisme n'est pas armé pour obtenir les tarifs les meilleurs pour l'assurance maladie.

2 - Une articulation insatisfaisante entre acteurs publics

Les déficits de coordination entre le CEPS, la HAS, la CNAMTS et l'ANSM ne facilitent pas une approche partagée du secteur.

a) L'expertise insuffisamment partagée de la CNAMTS

La caisse nationale effectue, de son propre chef, des études sur la tarification, les prix et l'usage des dispositifs médicaux, ainsi que des comparaisons internationales. Toutefois, bien que membre du CEPS, elle n'associe guère le comité et les autres acteurs publics à ses travaux, *a fortiori* aux cahiers des charges de ceux-ci. Elle ne communique qu'avec difficulté les informations qui lui sont demandées et qui sont nécessaires aux autres institutions. Il en résulte que les études et préconisations de la caisse sont loin de faire toujours consensus.

b) L'absence de suivi des dispositifs médicaux par l'ANSM

La loi du 29 décembre 2011 a confié à l'ANSM le contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles les dispositifs médicaux sont soumis.

---

378. Il ignore notamment trop souvent la répartition, au sein d'une même ligne générique, des produits vendus par chacun des fabricants et distributeurs, ainsi que le montant des restes à charge éventuels et la répartition du financement de ceux-ci. Le *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr, a relevé que le CEPS, ne dispose pas de statistiques sur les ventes de DM.

Or, l'agence estime que ces contrôles, hormis les contrôles de conformité aux règles de certification européennes, doivent rester en marge de son activité de surveillance de la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux ; elle n'intervient aujourd'hui, dans les faits, que sur demande de la tutelle ; elle n'effectue pas d'études et quasiment jamais de contrôles sur les produits, notamment sur leur conformité à la ligne générique choisie et aux règles de certification européenne.

Cette situation n'est pas satisfaisante, notamment lorsqu'il s'agit de produits dits « invasifs » (dispositifs implantables, par exemple) ou complexes.

III - Un cadre à redéfinir

Les résultats très modestes de la régulation de la dépense effectuée jusqu'ici conduisent à devoir la repenser sur de nouvelles bases.

A - Revoir le cadre du pilotage de la dépense

1 - La nécessité d'une structure à la légitimité et aux moyens renforcés

Compréhensible lorsque le domaine des dispositifs médicaux était marginal, le fonctionnement du comité économique des produits de santé est aujourd'hui inadapté à l'ampleur que ce secteur a prise et à l'effort considérable de régulation qu'appelle le dynamisme de la dépense.

L'objectif principal du CEPS doit, dans le cadre de sa mission de tarification, d'œuvrer à la régulation de la dépense des dispositifs médicaux, avec un positionnement à la légitimité accrue.

Il devrait bénéficier de moyens et compétences à hauteur des enjeux et des budgets d'études lui permettant de connaître les marchés et les produits, les pratiques et les marges des fabricants et des distributeurs, d'effectuer des études sur les facteurs réels d'évolution des dépenses et des analyses comparatives internationales. Sur ce dernier plan, les contestations qui fragilisent les données produites par la CNAMTS et amènent à les considérer avec une grande précaution, soulignent la nécessité et l'urgence d'études comparatives méthodologiquement rigoureuses et précises.

Dans le champ de ses missions, le comité devrait aussi être mis en mesure d'exercer une coordination entre les divers acteurs publics concernés et de bénéficier des informations qui lui sont nécessaires,

notamment de la part de la CNAMTS mais également par remontée des informations sur les prix réels pratiqués dans les établissements de santé. Ces informations devraient mettre le CEPS en capacité d'éviter la recherche systématique d'un accord avec le fabricant.

2 - Améliorer la cohérence des acteurs publics

Une articulation et une cohérence plus étroites des acteurs publics sont indispensables.

De manière générale, qu'il s'agisse de la tarification des noms de marque ou des opérations de révision des lignes, de baisses de tarif, les délais des procédures doivent être notablement raccourcis. Ainsi le recours à une procédure de révision allégée des lignes génériques permettrait d'amplifier les économies, en résorbant les rentes de situation tout en actualisant les conditions d'utilisation des produits. L'action de la HAS doit à cet égard être rapidement développée dans le champ de l'évaluation médico-économique. Elle doit par ailleurs s'attacher à proposer des nomenclatures aisées à tarifer par le CEPS. L'ANSM, qui a vu ses compétences élargies pour contrôler le respect des spécifications techniques par les dispositifs médicaux[379], doit les utiliser afin d'éviter des produits inadaptés aux fins thérapeutiques recherchées

Il incombe à la CNAMTS, qui doit agir comme prestataire, de fournir les informations et études nécessaires à l'action des autres acteurs publics dans des délais et formats adaptés à leurs besoins.

379. Article L. 165-1-2 du CSS, introduit par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

B - Assurer une ferme maîtrise de la dépense

1 - Mettre la dépense sous tension

a) Fixer un objectif global d'évolution de la dépense

Un objectif global d'évolution de la dépense de dispositifs médicaux doit être fixé à la nouvelle structure en charge des dispositifs médicaux ainsi qu'aux différents acteurs à même de peser sur la dépense.

L'enjeu financier est considérable : la baisse d'un point, à partir de 2015, du rythme de croissance actuel génèrerait pour la seule année 2017 environ 250 M€ d'économies. Un taux de progression de 3 %, encore supérieur de moitié à celui fixé pour l'ONDAM, déterminerait une moindre dépense pour l'assurance maladie de 1 Md€ en année pleine en 2017.

b) Procéder sans délai à des baisses de tarif significatives

Plusieurs catégories de dispositifs médicaux pourraient faire l'objet à brève échéance de baisses de tarif et de modifications des conditions de leur prise en charge. Ce pourrait notamment être le cas des produits et prestations qui n'ont pas fait l'objet de baisses dans la période récente, tels que ceux relatifs au respiratoire (hors PPC)[380], aux pansements et compresses, aux lits médicaux, aux orthèses et prothèses, aux « sièges coquille », aux *stents* coronaires nus et *stents* périphériques. La dépense d'assurance maladie correspondante avoisine 1,5 Md€ en 2013.

Les baisses de prix déjà programmées par le CEPS mais d'ampleur limitée et étalées sur plusieurs années sont à accélérer et, le cas échéant, accentuer.

c) Restreindre la liste en sus

La quasi-totalité du titre III étant en « liste en sus », celle-ci ne joue plus son rôle de financement des seuls dispositifs innovants et coûteux.

Il importe de lui rendre son objet initial, en rétablissant la fixation de l'arrêté prévisionnel d'évolution des dépenses supprimé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, en assouplissant les critères

380. La PPC a bénéficié de baisses en 2013. S'agissant de l'oxygénothérapie, une baisse de tarifs est attendue.

de radiation de la liste et en fixant une durée maximale d'inscription sur celle-ci.

d) Mettre en place des procédures d'appels d'offre

À l'instar d'autres pays, la France pourrait expérimenter des procédures d'appels d'offres pour des produits standardisés et de volumes importants (exemple des bandelettes de glycémie ou des cathéters) afin de permettre une concurrence entre les fournisseurs et agir sur les prix.

2 - Mener des actions vigoureuses de gestion du risque

a) Procéder à des mises sous entente préalable

Pour les dispositifs médicaux dont les prix sont élevés et/ou la dépense globale en croissance rapide, tels par exemple que les forfaits d'oxygénothérapie, la mise sous entente préalable devrait être requise.

b) Cibler les gros prescripteurs

Tant en ville que dans les établissements de santé, au niveau territorial ou individuel, on relève des disparités de niveau de prescription des dispositifs médicaux à fort enjeu financier. Des enquêtes sont à mener, en lien avec l'assurance maladie, pour cerner ces phénomènes et en tirer les conséquences telles que des ententes préalables systématiques ou des sanctions à l'égard des prescripteurs et des établissements de santé.

c) Renforcer le contrôle et la surveillance des établissements de santé

Les contrôles sur certaines catégories de prestations et sur la facturation des cliniques privées doivent être renforcés afin de connaître les prix et contreparties obtenus des fabricants et ceux réellement facturés à l'assurance maladie.

À cet égard, la visibilité sur les prix et les remises consenties aux établissements par les fabricants doit permettre à la structure en charge de la tarification des dispositifs médicaux de procéder à des ajustements des tarifs aux prix réels, voire des radiations de la liste en sus.

d) Vers des dispositifs médicaux génériques

À l'instar des médicaments génériques, il conviendrait d'expérimenter, pour des produits simples et aisément substituables

(pansements simples, compresses, gazes, par exemple), la production et la distribution de dispositifs génériques en ville.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le secteur des dispositifs médicaux est devenu l'un des plus dynamiques des biens de santé, tant au plan du rythme et de l'importance des innovations que de l'évolution des dépenses. Son coût pour l'assurance maladie (6,6 Md€, hors tarification à l'activité pour les établissements de santé) et sa vive progression requièrent une gestion beaucoup plus rigoureuse de leur prise en charge.

Les dépenses remboursées sont insuffisamment suivies et régulées par les pouvoirs publics et leur efficience n'est pas pleinement assurée.

Les pouvoirs publics doivent réinvestir ce secteur en mettant en œuvre une gestion du risque appuyée sur une organisation repensée, des acteurs mis en cohérence, des procédures simplifiées, des moyens renforcés et des priorités recentrées autour des enjeux de la maitrise des dépenses d'assurance maladie, de l'efficience et de l'innovation thérapeutique.

La Cour formule les recommandations suivantes :

45. déterminer sur la période 2015-2017 un objectif de régulation de la dépense de dispositifs médicaux ;

46. renforcer la légitimité et les moyens du comité économique des produits de santé sur ce champ pour lui permettre d'assurer la mise en cohérence des acteurs publics et une régulation rigoureuse de la dépense ;

47. réduire significativement la liste en sus et rétablir la fixation d'un taux prévisionnel d'évolution de la dépense résultant de celle-ci ;

48. ouvrir certains marchés (dispositifs standardisés à fort volume) à une concurrence accrue en expérimentant des procédures nationales d'appel d'offres ;

49. mettre en œuvre une procédure allégée de révision des lignes génériques ;

50. procéder dans un délai rapproché à des baisses de prix significatives de certaines catégories de dispositifs médicaux ;

51. mettre sous entente préalable les dispositifs médicaux à forts enjeux et sous accord préalable les gros prescripteurs ;

52. expérimenter une démarche de définition de produits génériques sur quelques dispositifs simples et aisément substituables.

QUATRIÈME PARTIE

DES GAINS D'EFFICIENCE À MOBILISER PLUS FERMEMENT À L'HÔPITAL

Chapitre XI

Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel

PRÉSENTATION

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (dite loi HPST) a entendu inscrire la politique de santé dans la double perspective d'un parcours assurant un continuum de prise en charge depuis la prévention jusqu'aux structures médico-sociales et d'une territorialisation de l'organisation des soins, avec pour objectif d'améliorer l'égalité des chances et la qualité des prises en charge .

À cette fin, les agences régionales de santé (ARS) créées par cette même loi[381] se sont vu confier, parmi leurs premières missions, celle de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique dont la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique précise qu'elle a notamment pour objectif « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».

Le cadre de régulation de la politique régionale de santé a été modifié en conséquence. Le projet régional de santé (PRS) unifie dorénavant l'ensemble des démarches des différents acteurs -État et assurance maladie au premier chef - dans les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et de l'action médico-sociale.

À l'issue de la phase d'élaboration de ces derniers et au début de leur mise en œuvre, la Cour a cherché à analyser comment cet exercice de programmation avait entendu répondre à ses objectifs : réduire les inégalités en santé, assurer une meilleure coordination des parcours de soins et permettre une plus grande efficience des politiques de santé publique[382].

Elle a constaté que cette démarche n'est pas parvenue, malgré un travail et une mobilisation considérables, à rendre opérationnelle une approche intégrée au niveau régional, comme l'illustrent les deux exemples de la prévention et de la prise en charge de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux (I). Les capacités d'action des ARS sont entravées par de nombreuses difficultés, qu'il s'agisse de l'absence de priorités nationales claires, du manque de leviers financiers à la disposition directe

381. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé, La Documentation française, septembre 2012, p. 231-260, disponible sur www.ccomptes.fr.

382. L'organisation de la veille sanitaire et la gestion des crises sanitaires qui entrent dans le champ de la santé publique ne sont pas examinées ici. La mission confiée aux ARS par l'article L. 1431-2 du code de la santé publique relative à la régulation et l'organisation de l'offre de soins fera par ailleurs l'objet d'une enquête ultérieure.

des ARS ou du défaut d'affirmation de leur rôle de pilote face à d'autres acteurs au niveau local (II). L'élaboration de nouveaux projets régionaux de santé en 2016 devra nécessairement s'engager dans un cadre institutionnel à repenser (III).

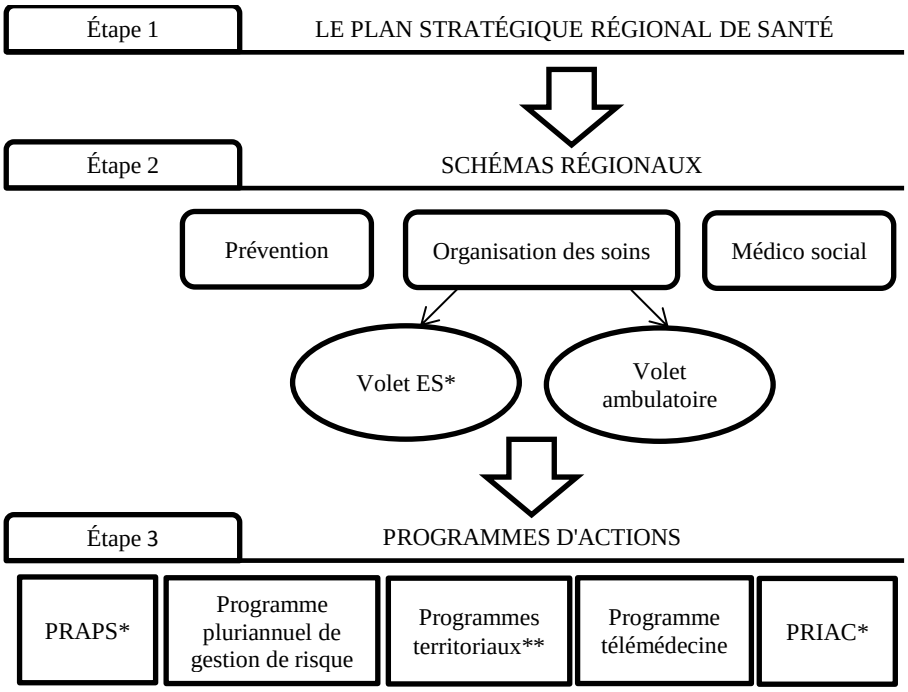
I - Une démarche très lourde, une approche intégrée insuffisante

Trop peu opérationnels, les projets régionaux de santé ont peiné à organiser une articulation en termes de parcours coordonné entre prévention, soins et prise en charge médico-sociale, comme le montre en particulier l'examen de la prise en charge de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux (AVC), qui représentent des enjeux majeurs de santé publique.

A - Un exercice de programmation peu opérationnel

Le projet régional de santé « définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ». Arrêté pour cinq ans par le directeur général de l'ARS, après une phase de concertation, il se décompose en un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les orientations et objectifs pour la région, trois schémas régionaux de mise en œuvre respectivement en matière de prévention (SRP), d'organisation de soins (SROS) et d'organisation médico-sociale (SROMS) et des programmes qui en prévoient les modalités d'application et les financements.

Schéma n°2 : le projet régional de santé



** Légende : **ES** : établissements de santé ; **PRAPS** : programme régional d'accès à la prévention et aux soins ; **PRIAC** : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.*

*** Facultatifs*

Source : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

1 - Des procédures d'élaboration et d'adoption trop lourdes et complexes

Les PRS, dont l'élaboration a démarré en 2010, devaient être arrêtés dans toutes les régions fin 2011. Alors que l'échéance avait été repoussée à la fin 2012, les derniers ont été finalement adoptés début 2013. Les travaux ont donc duré près de trois ans et ont été complexes et lourds, tant pour les équipes des agences que pour les acteurs régionaux. Outre le nombre même de documents composant le PRS, la longueur du processus s'explique par la nécessité de définir au préalable des territoires de santé, la difficulté de la mise au point des diagnostics territoriaux, le souci des nouvelles agences de déployer pleinement la concertation avec les instances de démocratie sanitaire régionale et les difficultés d'articulation des schémas sectoriels.

Les fragilités de la démocratie sanitaire régionale[383]

La loi HPST a réformé les instances de démocratie sanitaire en instaurant une conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoire, au niveau d'un bassin de vie, qui concourent par leurs avis à la définition de la politique régionale de santé.

Les CRSA, qui sont obligatoirement consultées sur le PRS et ses différents volets, ont eu un rôle important dans le processus de concertation. Elles se sont réunies à un rythme soutenu durant les phases d'élaboration et de consultation réglementaire. Leur composition large (usagers, élus locaux, partenaires sociaux, professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux ou de prévention) en fait un lieu d'expression de tous les acteurs de santé. Les avis rendus ont ainsi pu peser, parfois fortement comme en région Nord-Pas-de-Calais, où le schéma régional de prévention a été réécrit ou, en Alsace, avec la prise en compte d'une priorité supplémentaire relative à la prévention et la prise en charge des conduites à risque chez les adolescents.

Toutefois, dans la phase actuelle de mise en œuvre des PRS, un risque d'essoufflement de ces instances est perceptible. L'apport des conférences de territoire, dont les missions réglementaires sont limitées[384], n'est pas avéré ; leur fonctionnement est très hétérogène, leurs réunions irrégulières et leur articulation avec la CRSA souvent faible. Les CRSA comme les conférences de territoire sont au demeurant encore peu connues et mal identifiées localement. Elles peuvent pourtant compter chacune, respectivement, jusqu'à 100 et 50 personnes ce qui entraîne une lourdeur des travaux en assemblée plénière. Le manque de formation de certains de leurs membres rend inégale l'appropriation de dossiers parfois très techniques. L'absentéisme (en particulier des représentants de collectivités territoriales) peut être important.

2 - Des objectifs beaucoup trop nombreux et non priorisés

Les projets régionaux de santé sont de volumineux documents, dépassant le plus souvent les 1 000 pages. Leur faible lisibilité qui compromet leur appropriation par les acteurs de santé est accentuée par l'accumulation de trop nombreux objectifs insuffisamment hiérarchisés. Le projet d'Auvergne comporte ainsi 350 objectifs, celui de Bourgogne 143 objectifs généraux et 434 objectifs spécifiques déclinés dans les schémas.

383. Ce concept, introduit dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaît des droits individuels et collectifs à l'usager, qui devient un acteur du système de santé dans lequel il est susceptible d'intervenir directement ou par l'intermédiaire de ses représentants.

384. Seules deux missions de consultation formelle des conférences de territoire sont inscrites dans les textes : l'avis sur les contrats locaux de santé et l'avis sur les programmes territoriaux de santé.

Cette absence de hiérarchisation, particulièrement dommageable, s'explique notamment par la structuration complexe des PRS (plan stratégique régional, schémas, programmes), la prise en compte des nombreux plans et programmes nationaux de santé publique et une expression large des préoccupations des acteurs de la démocratie sanitaire régionale. Les ARS n'ont guère tiré les enseignements des exercices antérieurs de programmation régionale en santé publique pour lesquels les mêmes défauts avaient déjà été soulignés[385].

Ces difficultés au stade de l'élaboration des PRS reportent, de facto, les arbitrages de priorités à la phase de mise en œuvre, entraînant de nouvelles discussions. Enfin, corollaire de cette faible opérationnalité des PRS, les dispositifs de suivi et d'évaluation des PRS aux niveaux national et régional peinent à se mettre en place.

3 - Une absence de chiffrage financier

À l'exception de quelques-unes d'entre elles, les ARS n'ont pas chiffré le coût des actions inscrites dans les PRS. Cette absence de chiffrage financier s'explique notamment par la faible visibilité des ARS sur leurs ressources sur la durée du PRS et par la mise à disposition tardive d'un outil de chiffrage par le ministère, au demeurant peu robuste. L'étude de faisabilité financière figurant dans le PRS de Midi-Pyrénées constitue une exception.

L'étude de faisabilité financière du PRS Midi-Pyrénées

L'ARS de Midi-Pyrénées a cherché à évaluer le coût des 500 actions déclinées dans son PRS. Elle estime que la moitié seulement des actions nécessite un financement[386], pour un montant évalué à 135 M€ sur cinq ans, ce qui représente 1,7 % des dépenses d'assurance maladie en Midi-Pyrénées ou 6,5 % des enveloppes financières gérées par l'ARS.

Ce chiffrage du coût des actions ne s'accompagne pas pour autant d'une programmation financière à cinq ans.

385. Cour des comptes, *communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale* relative à la « prévention sanitaire », octobre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

386. Les autres actions consistent essentiellement en actions de cadrage, de coordination, de mutualisation ou de communication.

Plus fondamentalement, le défaut de lien entre les nombreux objectifs des PRS et les moyens de les financer, comme l'absence d'articulation entre le PRS et l'évolution de l'ONDAM, sont anormaux. Il apparaît comme essentiel que soit rendu obligatoire, dans la prochaine génération de PRS, un chiffrage financier des actions inscrites et vérifiée sa compatibilité avec les contraintes de l'ONDAM.

B - Une approche intégrée insuffisante : les exemples de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux

Les PRS - même s'il est trop tôt pour juger de leurs résultats -n'ont pas permis d'asseoir une approche plus globale et coordonnée des questions de santé. Deux exemples de priorités de santé publique, ceux de la prévention et de la prise en charge de l'obésité[387] et des accidents vasculaires cérébraux (AVC)[388], illustrent notamment la difficulté à organiser un continuum entre prévention, dépistage, soins et prise en charge médico-sociale.

1 - Des inégalités sociales et territoriales marquées

Les PRS ont été conçus et mis en œuvre alors que les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent fortes, voire s'accroissent comme dans le cas de l'obésité.

Selon l'étude Obépi de 2012[389], 32,3 % des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids et 15 % présentent une obésité (la prévalence de l'obésité était de 8,5 % en 1997). Il persiste d'importantes différences de prévalence entre catégories socio-professionnelles et entre régions (alors qu'elle n'était que de 11,6 % en Midi-Pyrénées en 2012, elle est passée de 13,5 % en 1997 à 21,3 % en 2012 dans le Nord-Pas-de-Calais).

387. L'obésité est une maladie chronique, facteur de nombreuses maladies graves (notamment le diabète et les maladies cardiovasculaires) et raccourcit l'espérance de vie des personnes atteintes. En 1980, l'INSEE estimait à 6,1 % le taux de personnes obèses en France. En 2009, l'enquête Obepi, sur le surpoids et l'obésité situait le nombre de patients obèses à 14.5 % de la population et le taux de patients en surpoids à 30 %.

388. En France, environ 150 000 personnes sont atteintes d'AVC chaque année. Avec 40 000 morts, c'est en France la première cause de handicap non traumatique avec des patients qui gardent des séquelles lourdes, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité après les cancers et les maladies cardio-vasculaires.

389. Sixième édition de l'enquête Obépi-Roche, réalisée de janvier à mars 2012, par le laboratoire Roche avec l'Inserm, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et KantarHealth.

S'agissant de la mortalité liée aux AVC, les résultats sont également très contrastés selon les régions[390]. D'une part, les facteurs de risque (hypertension artérielle, obésité, tabagisme…), eux-mêmes souvent liés aux conditions socio-économiques de la population, sont inégalement présents d'une région à l'autre ; d'autre part, la qualité des prises en charge sanitaires varie sensiblement. En effet, une prise en charge immédiate, une rééducation précoce, puis adaptée dans le temps, permettent de diminuer la mortalité, le handicap et les récidives. Or les inégalités demeurent, bien que l'AVC ait été désigné comme une cause de santé publique prioritaire depuis plusieurs années.

2 - Des programmes structurés de prévention et de dépistage

Généralement, les ARS ont investi le champ de la prévention de l'obésité et / ou celui de la nutrition-alimentation-activités physiques. Les cinq régions métropolitaines les plus concernées (Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Picardie, Centre, Lorraine) en ont fait une priorité dans leur PRS.

Le dépistage de l'obésité, en aval, constitue un enjeu essentiel dans lequel le rôle du médecin traitant est primordial. Seuls 45 % des généralistes calculent l'IMC (indice de masse corporelle)[391] pour tous les enfants et seuls 36 % reportent l'IMC sur leurs courbes de corpulence alors que le renseignement de ces courbes pour les enfants de moins de six ans permet le repérage d'un éventuel rebond d'adiposité précoce[392].

En matière d'AVC, des campagnes d'information à destination du grand public, sur la reconnaissance des signes de l'AVC et l'appel au 15, sont désormais menées et renouvelées tous les ans. Un effort reste cependant à mener à l'égard des généralistes dont certains méconnaissent les protocoles de prise en charge des AVC. Les ARS sont en revanche peu nombreuses à présenter des programmes complets et structurés de prévention des risques, à l'instar du plan d'actions cardio-neuro-

390. La mortalité est plus élevée dans les DOM, tout particulièrement à la Réunion. Le taux de mortalité y est de 85 % plus élevé que celui de la métropole où le Nord-Pas-de-Calais, la Bretagne et le Limousin présentent les résultats les plus dégradés suivis d'un deuxième groupe de régions constitué de l'Alsace, la Haute-Normandie, la Lorraine et la Picardie.

391. Selon les références internationales, le surpoids correspond à un IMC (IMC = poids en kg/taille² en m) égal ou supérieur à 25 et l'obésité à un IMC égal ou supérieur à 30.

392. La remontée de la courbe d'IMC qui survient physiologiquement vers l'âge de 6 ans s'appelle le rebond d'adiposité. L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. Plus le rebond est précoce (avant six ans), plus le risque de devenir obèse est élevé.

vasculaire d'Auvergne qui prévoit des actions plus particulièrement orientées vers les milieux scolaire, universitaire et du travail.

3 - Des filières de prises en charge difficiles à organiser

Bien qu'il s'agisse d'une ambition portée par les plans nationaux obésité et AVC ainsi que par les PRS, la construction de filières de prise en charge assurant le continuum entre la prévention, le dépistage, les soins et le médico-social se heurte à des difficultés multiples.

Ainsi, même lorsque l'obésité est dépistée par le médecin traitant, celui-ci n'est pas toujours en capacité d'orienter son patient vers une offre adaptée de prise en charge, soit parce que cette offre est encore insuffisamment développée sur le territoire régional, soit parce qu'elle existe mais n'est pas connue. Pour renforcer le chaînage entre dépistage et prise en charge, l'ARS de Languedoc-Roussillon a engagé la rédaction d'un annuaire des ressources. En Franche-Comté, un réseau spécialisé dans l'obésité pédiatrique financé par l'ARS organise une prise en charge graduée des enfants, en lien avec la médecine de ville, la PMI, la santé scolaire et les structures hospitalières. La désignation par les ARS de 37 centres spécialisés obésité[393] pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation des filières de soins devrait contribuer à rendre l'offre de prévention et de soins plus lisible pour les patients comme pour les professionnels. Leur montée en charge est toutefois subordonnée à la pérennité de l'activité d'un animateur en charge de la construction du maillage territorial.

La structuration de la filière AVC autour d'une unité neuro-vasculaire (UNV)[394], se heurte dans plusieurs régions à des difficultés importantes de démographie médicale. Ainsi, alors qu'en Champagne-Ardenne, le SROS III (2006-2011) prévoyait déjà la création de trois UNV (à Reims, Troyes et Charleville-Mézières), seule celle de Reims a été créée en 2007 et celle de Troyes ne le sera, au mieux, qu'en fin 2014. À Charleville, le manque de neurologues rend la création de l'UNV impossible à court terme. Par conséquent, des interrogations subsistent sur la capacité de l'ARS à mettre en œuvre ces orientations anciennes, pourtant réaffirmées dans l'actuel PRS.

393. Ces centres s'appuient le plus souvent sur les CHU.

394. Une filière AVC est organisée en étoile autour d'une unité neuro-vasculaire (UNV) située dans un établissement hospitalier et est constituée d'un réseau d'urgences en amont permettant l'orientation des patients et de structures d'aval graduées en fonction de la nature et de la sévérité des séquelles.

Pour compléter le maillage territorial, plusieurs ARS se sont engagées dans le développement de la télémédecine (télé-AVC).

La télé-AVC

La télé-AVC permet, en reliant le site de prise en charge du patient à l'UNV et à ses équipes spécialisées, de mener un examen clinique à distance, à partir duquel le neurologue prend la décision de traitement (thrombolyse[395]) qui sera pratiqué par l'urgentiste de l'établissement où le patient a été conduit.

Le déploiement de la télé-AVC -encore très lent- suppose le financement des équipements et des infrastructures mais également un important travail de concertation, d'organisation des gardes, de définition des protocoles, de diffusion de l'information auprès de l'ensemble des professionnels intervenant sur un maillon de la chaîne et de formation.

En Nord-Pas-de-Calais, un dispositif très organisé est opérationnel depuis 2011 sur deux territoires de santé (Hainaut-Cambrésis et Artois-Douaisis) représentant une population de près de deux millions d'habitants. Il ressort notamment du premier bilan fait par l'ARS après 18 mois de fonctionnement que :

- 47 % des patients pris en charge par télémédecine ne présentent pas de séquelles de l'AVC à trois mois de la phase aiguë, résultats comparables aux patients pris en charge directement sur site ;

- le délai de prise en charge par télémédecine est en moyenne supérieur de 20 minutes à celui que l'on constate sur un site capable de réunir simultanément et sur le même lieu l'accueil aux urgences, l'expertise neurologique et l'expertise radiologique. En revanche, le délai de prise en charge est amélioré de plus d'une heure par rapport à l'organisation qui prévalait avant la mise en place du dispositif de télémédecine.

Enfin, l'organisation de l'aval (soins de suite et de rééducation, prise en charge médico-sociale, retour à domicile) demeure un maillon faible des filières AVC. Leur mise en œuvre est en effet surtout centrée sur l'organisation de l'hospitalisation en court séjour. Alors qu'une prise en charge précoce et spécialisée en soins de suite et de rééducation est jugée plus adaptée pour prévenir les récidives et limiter les séquelles, l'offre est souvent mal positionnée. Ainsi, en région Midi-Pyrénées, 18 services disposent d'une spécialisation pour cette pathologie mais ils sont très mal répartis géographiquement (11 implantations sont en Haute-Garonne et en territoire limitrophe).

395. La thrombolyse par voie intraveineuse doit être réalisée dans les 3 heures selon l'autorisation de mise sur le marché des médicaments autorisés à cet effet.

Les PRS ne sont pas encore parvenus à promouvoir suffisamment une approche intégrée de la santé au niveau régional, comme en témoignent les limites des politiques de lutte contre l'obésité et les AVC. Les raisons en sont certes parfois de nature structurelle lorsqu'elles tiennent à la démographie médicale ou à la disparité territoriale de l'offre de soins. Cependant l'exercice de programmation peut aussi souffrir trop souvent de défauts de conception et de l'incapacité des acteurs à s'aligner sur des objectifs communs.

II - Des capacités d'action limitées

Les limites à l'action des ARS proviennent essentiellement des difficultés de l'État à assumer pleinement sa responsabilité dans la définition d'une politique nationale de santé publique et au défaut de convergence des acteurs.

A - Des objectifs nationaux insuffisamment affirmés

La définition d'objectifs nationaux clairement exprimés aurait pu permettre aux ARS de concentrer leurs travaux sur les spécificités régionales. Ce cadre national a manqué.

1 - Une politique nationale de santé publique en cours de redéfinition

La démarche d'élaboration des PRS a été lancée en 2010 alors que la politique nationale de santé était en cours de redéfinition[396]. Une nouvelle stratégie nationale de la santé n'a finalement été présentée qu'en septembre 2013, une loi devant être adoptée en 2015.

Faute de texte succédant à la loi de santé publique de 2004, l'élaboration des PRS n'a pu que s'inscrire dans le cadre d'orientations très générales. Trois priorités nationales transversales ont été précisées dans le cadre du conseil national de pilotage des ARS[397] : améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé, développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et

396. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comprenait cent objectifs pour la période 2004-2008, qui devaient être révisés et évoluer.

397. Ce comité rassemble, sous l'autorité du ou des ministres concernés, les directeurs des administrations centrales impliquées dans les questions intéressant les ARS et les directeurs des caisses nationales d'assurance maladie ainsi que de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

efficient. Cinq domaines d'action ont également été identifiés : handicap et vieillissement, veille et sécurité sanitaire, périnatalité et enfance, maladies chroniques, santé mentale et addictions. Un objectif transversal d'efficience du système de santé y a été adjoint. Ces priorités très larges, sans objectifs associés, ont contribué à rendre difficile l'exercice de priorisation au niveau régional.

2 - La multiplication des plans nationaux de santé

La politique nationale s'inscrit également dans une multiplicité des plans et programmes dont la Cour a déjà souligné le manque d'articulation et la faible hiérarchisation des objectifs[398]. La prévention de l'obésité et du surpoids est à cet égard emblématique des difficultés que ce foisonnement a entraînées pour les ARS lors de l'élaboration de leurs priorités régionales. Les cadrages nationaux se sont en effet multipliés dans ce domaine : outre le plan Obésité 2010-2013, d'autres plans et programmes nationaux abordent la prévention selon une approche nutritionnelle : le programme national nutrition santé (2011-2015), le programme national pour l'alimentation élaboré en 2011, le plan « sport, santé, bien-être » publié en décembre 2012, la politique éducative en santé[399].

Cette accumulation de plans, hétérogènes dans leurs démarche et décalés dans le temps, a induit une préjudiciable perte de lisibilité des objectifs.

398. Cour des comptes, *communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale* relative à la « prévention sanitaire », octobre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr. Le livre des plans de santé publique publié en mai 2011 par le ministère de la santé en recensait plus de 30.

399. Fondée sur la circulaire de l'éducation nationale n° 2011-216 du 2 décembre 2011.

Des objectifs à la conciliation délicate

Le programme national pour l'alimentation (PNA), porté par le ministère de l'agriculture, cherche à intégrer toutes les problématiques de l'alimentation et du modèle alimentaire français et regrouper les initiatives sectorielles existantes (agriculture, pêche, santé, consommation, environnement, tourisme, éducation, culture, aménagement du territoire...).

Le code rural et de la pêche maritime[400] prévoit que les actions mises en œuvre par le PNA dans les domaines de l'éducation, de l'information en matière d'équilibre et de diversité alimentaires, ainsi que de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire suivent les orientations du programme national nutrition santé (PNNS) suscité par le ministère de la santé.

En pratique, cependant, les intérêts sous-jacents à ces deux plans peuvent être différents ; l'objectif de promotion pour la santé du PNNS coïncide plus ou moins aisément avec l'objectif de promotion du patrimoine alimentaire et culinaire français porté par le PNA et des intérêts économiques représentés. L'école est ainsi le lieu de rencontre de ces divers enjeux comme l'illustrent les actions du PNA « généraliser la distribution de fruits à l'école en plus de ceux consommés à la cantine » ou « encourager la mise en place d'ateliers de cuisine et de classes du goût à l'école et sur le temps périscolaire ».

L'incapacité à définir une approche nationale univoque en matière de prévention de l'obésité oblige les ARS à un lourd travail de coordination institutionnelle en région au détriment de l'opérationnalité. L'ARS Nord-Pas-de-Calais élabore ainsi un programme régional alimentation et activité physique qui tente - non sans quelques difficultés- de faire la synthèse entre le PNA, le PNNS et le plan obésité et d'organiser les collaborations entre les services de l'État concernés.

3 - Le poids des approches sectorielles

Les ARS sont fréquemment organisées en directions spécialisées et relaient des instructions nationales qui demeurent très segmentées[401]. Ce cadre a facilité le maintien d'approches insuffisamment transversales, alors même que l'un des objectifs des PRS était de développer des coopérations entre des secteurs de prise en charge jusque-là considérés de

400. Dernier alinéa de l'article L. 230-1 du code rural et de la pêche maritime.

401. Cour des comptes, *Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé. La Documentation française, septembre 2012, p. 231-260, disponible sur www.ccomptes.fr. La Cour estimait que chaque direction d'administration centrale continuait, comme par le passé, de fonctionner en « tuyaux d'orgues» avec les ARS. L'unification du pilotage du système de santé au niveau régional n'a en effet pas été accompagnée d'un décloisonnement au niveau national.

manière distincte. En particulier, le travail sur les schémas a été marqué par la persistance d'une logique cloisonnée.

Quelques ARS ont cependant su, dès la phase d'élaboration, dépasser l'approche sectorielle induite par les schémas. Ainsi, le SROS de la région Ile-de-France comprend deux volets transversaux consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées conçus en interaction avec les autres schémas. En Auvergne, une annexe aux trois schémas régionaux relative à la lutte contre les addictions conforte une approche intersectorielle de cette problématique.

B - Un défaut persistant de convergence des acteurs

1 - L'irrédentisme de l'assurance maladie

Comme la Cour l'a déjà relevé, la création des ARS a été marquée par une certaine résistance de la part de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) soucieuse de préserver ses prérogatives, notamment en matière de gestion du risque. Cette situation a constitué un frein à l'exercice des missions des ARS.

Dans leurs travaux, les ARS ont été confrontées à des difficultés en raison des restrictions d'accès aux données du SNIIRAM (système national d'information inter régimes de l'assurance maladie), géré par la CNAMTS. Les dispositions qui régissent l'accès des agences à ces données ne leur permettent pas de mener avec le degré de précision et d'approfondissement qui serait souhaitable des études, des évaluations ou de faire de simples constats à la fois à un niveau géographique infra-départemental et avec des données temporelles précises sur les soins prodigués. Cette contrainte est bloquante pour identifier précisément les filières et parcours de soins ou avoir une approche par âge du patient.

Les agents des ARS ont en effet accès aux données agrégées et à l'échantillon généraliste des bénéficiaires[402] du SNIIRAM. Seuls les médecins des ARS ont accès aux données individuelles anonymisées exhaustives des bénéficiaires et des professionnels de santé (DCIR), dans leur champ de compétence régionale (DCIR régional).

Dans les ARS participant à l'expérimentation de prise en charge coordonnée des personnes âgées dite PAERPA[403], les médecins des ARS et le personnel placé sous leur responsabilité peuvent cependant aussi

402 . EGB : échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie.

403. Parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

procéder au croisement des variables sensibles strictement nécessaires au déroulement de l'expérimentation.

Les besoins de traitements statistiques sont cependant plus larges que ceux actuellement autorisés. Ils peuvent nécessiter l'accès pour d'autres catégories de personnel (notamment des statisticiens) et porter sur d'autres thématiques que les parcours de soins des personnes âgées[404].

Par ailleurs, les contrats signés en 2011 entre les ARS et les organismes locaux de sécurité sociale[405] afin de formaliser les contributions réciproques à la mise en œuvre du PRS reprennent généralement les priorités définies au niveau national par l'assurance maladie. Ils ne détaillent que rarement des initiatives locales complémentaires et ne prévoient pas de les inscrire dans les orientations des schémas régionaux de prévention retenus par les ARS. Il s'agit le plus souvent d'actions déjà menées antérieurement par l'assurance maladie ou guidées d'abord par des enjeux identifiés par cette dernière. Les ARS n'ont, le plus souvent, pas été en capacité de peser sur ces choix alors que la médecine de ville devrait devenir un acteur majeur de la prévention (cf. ci-dessus à propos de la prévention de l'obésité). Par exception, l'ARS d'Ile-de-France et les caisses d'assurance maladie de la région ont cependant construit ensemble le volet prévention du programme régional de gestion du risque, dans lequel trois programmes régionaux ont été intégrés sur l'accessibilité financière aux soins, le renforcement de l'information et de la prévention et le parcours de santé de la personne âgée.

Enfin, la CNAMTS agit en toute autonomie en ce qui concerne ses programmes propres de prévention, du type SOPHIA ou Santé active[406]. Il peut arriver que des ARS découvrent la mise place de dispositifs en dehors de toute concertation. Ainsi, la CPAM des Yvelines a seule décidé l'ouverture à Versailles, d'un espace de prévention Santé active. Selon l'ARS d'Ile-de-France, l'implantation choisie et la méthode risquent de contribuer à l'accroissement des inégalités sociales de santé plutôt qu'à leur réduction.

---

404. Le rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat de mars 2014 sur les agences régionales de santé recommande à ce sujet de « faciliter l'accès des ARS aux données de santé, notamment celles de l'assurance maladie, mais dans un cadre législatif sécurisé et protecteur des libertés publiques ».

405. Sur la base d'un contrat type défini nationalement.

406. SOPHIA : programme d'accompagnement des patients diabétiques ; Santé active : nouveau service de l'assurance maladie qui propose un coaching en ligne et des offres locales (par exemple, des ateliers et bilans nutritionnels).

2 - Des partenariats avec les collectivités et les services déconcentrés de l'État difficiles à organiser et inégalement opérationnels

Les ARS et les collectivités territoriales partagent de nombreuses préoccupations de santé publique qui rendent leur coopération indispensable : lutte contre la désertification médicale, organisation d'une offre de proximité, professionnalisation de l'offre en matière de prévention etc. Cette collaboration se heurte cependant à de nombreux obstacles, tels que le manque de visibilité des ARS sur l'offre portée ou les besoins définis par les collectivités territoriales ou le décalage dans les calendriers d'adoption des différents schémas de la responsabilité des départements et les travaux d'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale. Ce décalage a pu induire un manque de complémentarité et susciter l'incompréhension des élus, dès lors notamment que des besoins de médicalisation de structures médico-sociales étaient appréciés différemment par les services des conseils généraux et les agences.

A contrario, la mise en œuvre de contrats locaux de santé, qui tend à se développer même si la population concernée reste très faible illustre souvent la qualité des partenariats qui peuvent être organisés avec certaines collectivités locales.

Le déploiement progressif des contrats locaux de santé

Les contrats locaux de santé (CLS) conclus par les agences avec les collectivités territoriales et leurs groupements - souvent à l'initiative de celles-ci - permettent d'adapter les actions du PRS aux besoins locaux. À partir d'un diagnostic, ils visent à organiser le partenariat local à l'échelle communale ou intercommunale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et mettre en œuvre des solutions pour une offre de proximité.

Chaque ARS a toute latitude pour adapter le cadre à sa propre démarche. En septembre 2013, environ 155 CLS avaient été signés dans l'ensemble de la France et la quasi-totalité des agences indiquaient avoir plusieurs projets de CLS complémentaires à un stade plus ou moins avancé d'élaboration. Plus du tiers du total des contrats signés en France l'ont été en Ile-de-France ce qui peut s'expliquer par l'antériorité des démarches dans le champ de la santé dans un certain nombre de communes franciliennes. Dans d'autres régions, le processus est plus lent (un premier CLS signé en 2013 en Basse Normandie ; en Rhône-Alpes, alors qu'un seul CLS avait été signé en 2012, cinq nouveaux contrats ont été conclus en 2013).

Le CLS contribue à un décloisonnement des interventions des différents acteurs locaux. Son opérationnalité dépend, cependant, en grande partie, de la manière dont sont mobilisés autour de ses objectifs les moyens humains et financiers consentis par la collectivité territoriale et l'ARS. Or ceux-ci sont souvent trop peu explicités, comme dans plusieurs contrats examinés par la Cour.

En matière de prévention et d'éducation en santé, les ARS doivent travailler de concert avec les services déconcentrés de l'État qui détiennent une compétence en ce domaine, fût-elle limitée : rectorat, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, direction de la protection judiciaire de la jeunesse etc., mais les relations entre les acteurs ne sont pas toujours aisées. La mise en place au sein de chaque ARS d'une commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention n'ayant pas suffi à pallier cette difficulté [407], les agences se sont engagées dans la signature de conventions-cadres avec les services locaux de l'État. Ce partenariat foisonnant, rarement ciblé sur un objectif précis, peut se révéler consommateur de temps et de moyens au détriment d'une action plus immédiate et plus concrète.

C - Des financements insuffisamment mis au service de la réduction des inégalités de santé

Les capacités d'action des ARS pour promouvoir la prévention sont limitées par des enveloppes réduites par rapport à celles dont l'assurance maladie dispose. La création du fonds d'intervention régional (FIR) qui devait introduire davantage de souplesse dans la gestion des crédits alloués aux ARS n'a pas encore eu l'impact attendu.

407. Cette commission regroupe, outre le directeur général de l'ARS, le représentant du Préfet de région, les services déconcentrés de l'État concernés, des représentants des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale. Cette commission joue un rôle très variable d'une région à l'autre, en raison d'une participation et d'un niveau de représentation hétérogènes. *A minima*, la commission constitue un lieu d'échanges d'informations. Au mieux, quelques commissions plus dynamiques parviennent à développer des initiatives de mise en commun des financements disponibles et d'examen conjoint des demandes de subventions.

1 - Le faible niveau des crédits de santé publique

L'examen des dépenses régionales de santé publique fait apparaître une double distorsion : entre les montants des fonds gérés par les ARS et ceux dont disposent les organismes d'assurance maladie, d'une part et dans les niveaux de dépenses entre les régions, d'autre part.

Les dépenses régionales de santé publique ont représenté en 2012 un total de 563 M€[408]. Il s'agit d'une part très faible (0,32 %) des dépenses sanitaires et médico-sociales engagées dans les régions (184,5 Md€ dont 78,3 Md€ pour les soins de ville et 74,2 Md€ de dépenses en établissements de santé). On ne peut en attendre un effet décisif sur la réduction des inégalités régionales.

Tableau n° 69 : dépenses régionales 2012 par destination

En M€

Dépenses de santé publique	563
Dont dépenses des fonds de prévention de l'assurance maladie (régime général	345
Dépenses de soins de ville	78 327
Dépenses des établissements de santé	74 232
Versements aux établissements et services médico-sociaux (hors conseils généraux)	19 653
Autres prestations AT-MP, invalidité, décès	9 995
Autres dépenses sanitaires et médico-sociales	1 750
Total	184 520

Source : états financiers définitifs 2012 des ARS et données DGS

Sur ce montant, 39 % seulement (soit 218 M€[409]) relèvent directement des ARS. Le solde, soit plus de 60 % des dépenses de santé publique (345 M€), est constitué par les actions menées en propre par le régime général maladie à travers ses fonds de prévention et recouvre, essentiellement, les contributions aux structures de gestion des dépistages organisés des cancers, le financement des centres d'examen de santé, les dépenses de prévention bucco-dentaire, le remboursement de tickets modérateurs de certains vaccins, les dépenses des actions locales des caisses. Rapportée à la population, la dépense globale (ARS et assurance maladie) s'est élevée en 2012 à 8,64 € / habitant. Ce montant recouvre d'importantes disparités régionales, résultant avant tout du poids de

408. États financiers définitifs des ARS et données de la direction générale de la santé.

409. Ce montant comprend les crédits du programme 204 (171 M€), des crédits de l'assurance maladie (40 M€) et des reprises sur fonds de roulement (6 M€). Il ne comprend pas les dépenses de santé recentralisées (64,8 M€).

l'histoire et sans corrélation avec les inégalités de situation sanitaire ou socio-économique.

Parmi les dix régions percevant l'allocation la plus faible par habitant, certaines sont particulièrement mal classées au regard du taux de pauvreté monétaire (comme la Corse ou le Languedoc-Roussillon) ou de l'indice de mortalité prématurée[410] chez les hommes ou les femmes (Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine).

Tableau n° 70 : Les dix régions les moins bien dotées

Classement des régions	Dépenses/ hab (€)	Taux de pauvreté monétaire 2008 (rang)	Taux de mortalité prématurée : hommes (rang)	Taux de mortalité prématurée : femmes (rang)
Languedoc-Roussillon	6,67	2	14	11
Haute-Normandie	6,85	14	2	2
Franche-Comté	7,04	15	16	17
Provence-Alpes- Côte d'Azur	7,06	4	17	14
Rhône-Alpes	7,06	19	22	22
Lorraine	7,40	10	8	4
Ile-de-France	7,67	17	20	16
Nord-Pas-de-Calais	7,87	3	1	1
Alsace	7,88	22	19	15
Corse	8,29	1	18	21

Note de lecture : Classement : 1, région la plus mal classée; 22 région la mieux classée.

Source : données DGS, secrétariat général du ministère de la santé, calculs Cour des comptes

Depuis plusieurs années, la direction générale de la santé module certes le calcul des allocations régionales « prévention, promotion de la santé et sécurité sanitaire » sur la base d'indices de précarité et de mortalité prématurée évitable. Ce dispositif souffre cependant de deux limites importantes. Compte tenu de la diminution des crédits de prévention, il ne peut corriger que marginalement les écarts de dotations entre régions[411]. D'autre part, ce mécanisme ne porte que sur une faible part de dépense régionale en santé publique.

410. Taux de décès par mortalité prématurée standardisés par âge : ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans pour 100 000 habitants (Inserm-CépiDc, données 2006).

411. Les régions les moins dotées bénéficient d'une diminution plus faible de leurs crédits, ce qui ne peut leur permettre de rattraper leur retard que de façon excessivement progressive. En 2014, les taux d'évolution des dotations, en métropole, vont ainsi de -7,25 % à -9,75 %.

La diminution des financements a un impact sur les acteurs régionaux de la prévention financés, en partie, par les ARS. Sous l'impulsion de ces dernières, ce secteur est ainsi engagé dans une dynamique de rationalisation.

La rationalisation des acteurs de la prévention

Dans de nombreuses régions, le secteur de la prévention se caractérise par un grand nombre d'opérateurs, répartis inégalement sur le territoire régional : 435 structures étaient ainsi répertoriées en 2002 en Languedoc-Roussillon, 1 255 en 2011, intervenant sur 37 thèmes différents. Il existe peu d'acteurs généralistes, les associations étant souvent axées sur une population ou une thématique.

Le corollaire de cette multiplicité d'acteurs est le saupoudrage de financements régionaux et le difficile pilotage de la politique de prévention. L'enjeu pour les ARS est d'agir sur l'offre de prévention pour la professionnaliser et la mettre en adéquation avec les besoins de la région. Pour cela, elles tendent à mieux cibler les appels à projets et / ou optent de plus en plus souvent pour une contractualisation pluriannuelle des financements avec les principaux opérateurs. Dans plusieurs régions, telle que le Languedoc-Roussillon, les financements se resserrent sur un nombre plus réduit d'acteurs. Cette mutation ne se fait pas sans difficultés.

Tableau n° 71 : évolution du financement de la prévention par l'ARS Languedoc-Roussillon

en €

	Actions	Opérateurs	Montant
2010	242	149	3 429 737
2011	179	106	3 243 910
2012	115	78	2 988 957

Source : ARS Languedoc-Roussillon

Les pôles régionaux de compétence soutenus par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à hauteur de 6,6 M€ en 2013, ont vocation, en lien avec les ARS, à apporter appui et ressources aux acteurs associatifs locaux. Leur efficience devrait être évaluée, leur action s'inscrire complètement dans les orientations des schémas régionaux de prévention et leur apport d'expertise en matière d'évaluation des actions de prévention plus nettement mobilisé par les équipes des agences qui ont besoin de monter en compétence sur ce sujet.

2 - Une mise en œuvre du FIR encore limitée

La création du fonds d'intervention régional (FIR)[412] en 2012 devait donner aux ARS une plus large capacité d'intervention, puisque l'attribution des crédits est désormais laissée à leur libre appréciation, sous réserve du respect du principe de fongibilité[413]. Les ARS peuvent ainsi en principe mobiliser des crédits supplémentaires, en plus de ceux qui leur ont été alloués au titre de la prévention-santé publique pour financer des actions dans ce domaine, dans le respect de l'enveloppe globale allouée.

L'utilisation du FIR s'avère cependant décevante de ce point de vue. L'importance des crédits fléchés au niveau national, l'absence de pluri-annualité et la complexité des procédures de mise en œuvre de la fongibilité ont limité jusqu'à présent le recours à cette souplesse de gestion[414].

Par ailleurs, la création du FIR ne s'est par ailleurs pas accompagnée d'une révision des modalités de répartition des crédits qu'il regroupe entre les régions. La répartition des crédits 2012 et 2013 s'est inscrite globalement dans la continuité des dotations historiques des ARS, ce qui revient à pérenniser des situations acquises.

Une refonte des modalités de répartition des dotations du FIR sur la base de critères objectifs tenant compte des inégalités régionales apparaît nécessaire, d'autant plus que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé au sein de l'ONDAM un sous-objectif spécifique

412. Le FIR a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et est entré en vigueur au 1er mars 2012. Le montant du FIR a évolué de 1,3 Md€ en 2012 à 3,3 Md€ en 2013, le périmètre du fonds ayant été élargi par le transfert de nouvelles enveloppes. Son montant est fixé à 3,2 Md€ en 2014.

413 . Selon le mécanisme de fongibilité asymétrique, les crédits destinés au financement des actions de prévention ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux. À l'inverse, les crédits non protégés, peuvent être utilisés au financement de toute action dans le périmètre du FIR.

414. Selon la CNAMTS, en 2012 les ARS ont sollicité le transfert de près de 5,4 M€ et d'un peu plus de 18 M€ en 2013.

au titre du FIR pour répondre à la préoccupation de doter les ARS de marges de manœuvre financières supplémentaires[415].

III - Préparer la prochaine génération de PRS selon une méthode repensée

A - Refonder l'observation régionale en santé

La programmation en matière de santé publique doit pouvoir s'appuyer sur une observation régionale en santé solide et restructurée. Face à la dispersion actuelle des acteurs et des données, cette observation doit être davantage pilotée par les ARS et concentrée autour des capacités des observatoires régionaux de santé.

1 - La dispersion des données

1 215 structures d'observation en région ont été recensées en 2010, dans un « état des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région » réalisé à la demande de la direction générale de la santé, soit une moyenne de 47 par région. Parmi ces nombreux producteurs de données, les observatoires régionaux de santé (ORS)[416] ont une place souvent centrale. Dans le cadre de partenariats avec les collectivités territoriales et les associations des secteurs sanitaire, social et médico-social, ils collectent de nombreuses données, les traitent et réalisent des études sur la santé en région et ses déterminants.

Cette dispersion des acteurs se traduit par un manque d'harmonisation des outils d'observation et par une dispersion des moyens, dans un contexte de fragilité financière de ces structures, en

415. Sont transférées dans le nouveau sous-objectif les dépenses relatives au FIR, qui étaient jusqu'alors incluses dans les sous-objectifs des soins de ville, des établissements de santé et dans les « autres prises en charge ». De plus, deux dépenses relevant du FIR qui étaient en dehors du périmètre de l'ONDAM sont intégrées (81 M€ au titre des dépenses de prévention de l'assurance maladie et du financement de la démocratie sanitaire) [annexe 7 LFSS 2014]. L'article 44 de la LFSS prévoit en outre une possibilité de transfert réciproque entre le FIR et la dotation régionale relative à l'ONDAM dans la limite de 1 % de chacune des enveloppes.

416. Pour l'année 2012, le budget de l'ensemble des 26 ORS était de 18 M€. Au total, 340 salariés y travaillaient (247 ETP) au sein d'équipes pluridisciplinaires : médecins épidémiologistes ou de santé publique (ou internes), statisticiens, gestionnaires de bases données, démographes, géographes, sociologues, économistes, informaticiens, documentalistes.

particulier des ORS. Ainsi, la plupart des acteurs développent des systèmes d'information sans cohérence entre eux. Certaines ARS ont recruté du personnel compétent en observation et en statistiques (Ile-de-France, PACA, Bretagne, Picardie), alors que les ORS disposent également de personnels qualifiés.

2 - Une consolidation nécessaire du dispositif d'observation

L'évaluation des actuels projets régionaux et l'élaboration des prochains devront s'appuyer sur un dispositif d'observation régionale en santé refondé dont le pilotage doit être assuré par les ARS. La concentration de la production des données et la mutualisation des ressources sont indispensables pour permettre d'atteindre une taille critique en matière d'expertise.

Dans plusieurs régions, la création de plateformes d'observation sanitaire et sociale s'inscrit d'ores et déjà dans cet objectif.

La plateforme d'observation sanitaire et sociale de Picardie

La plateforme sanitaire et sociale de Picardie est financée par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, l'ARS et le conseil régional de Picardie et animée par l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie. Rassemblant une soixantaine d'organismes intervenant dans le domaine de la santé et du social, elle collecte et traite les données pour réaliser une observation de la santé à un niveau infra régional.

B - Simplifier et recentrer la programmation régionale

Les projets régionaux de santé devront être renouvelés en 2016, sans qu'il soit ni réaliste ni soutenable pour les équipes des ARS de réitérer un investissement similaire à celui de la période 2010-2012.

La procédure devrait être ainsi substantiellement allégée, de manière à aboutir à un document moins volumineux, plus accessible et lisible, ne contenant qu'un nombre limité de priorités et d'objectifs opérationnels, de manière à accentuer la transversalité des démarches et à intégrer davantage une approche en termes de parcours de santé.

Concernant l'architecture même du PRS, les schémas sectoriels pourraient dans cette perspective être supprimés et remplacés par un court schéma de l'offre (prévention, soins, médico-social) comprenant les seuls éléments opposables de planification, les autres éléments étant renvoyés au plan stratégique régional de santé (diagnostic, priorités, objectifs). Des

programmes (sous forme de plans d'actions précis) privilégiant une approche par parcours de santé (par population ou par thématique) et / ou par territoire pourraient compléter la démarche, en fonction des priorités de chaque région.

La simplification de la structure du PRS contribuerait, en outre, à alléger la procédure de consultation et à rendre plus opérante leur évaluation.

C - Intégrer pleinement l'assurance maladie dans la mise en œuvre régionale des politiques de santé publique

Pour que la politique en santé publique conduite en région soit efficace et efficiente, le rôle de pilote des ARS doit être clairement réaffirmé. Cela suppose en particulier que l'ensemble des acteurs inscrivent leurs actions dans le cadre des objectifs définis par les projets régionaux. Dans cette perspective, compétences et ressources doivent mieux converger entre assurance maladie et agences régionales.

L'assurance maladie dispose en effet de leviers puissants pour toucher les professionnels de santé, via par exemple les visites des délégués de l'assurance maladie et relayer les actions menées par les ARS. Il pourrait être même envisagé à terme, dans le cadre de la rémunération à la performance sur objectifs de santé publique[417] pour les médecins libéraux et dès lors que serait intervenue la diminution annoncée du nombre des régions, d'instaurer et de mesurer l'atteinte d'objectifs définis en fonction des priorités de santé régionales.

En tout état de cause, les financements de l'assurance maladie consacrés aux actions locales de santé publique doivent s'articuler pleinement avec ceux des ARS, au besoin en conférant à ces dernières un pouvoir décisionnel sur leur affectation.

La prochaine loi de santé qui doit être discutée au début de l'année 2015 offre l'opportunité de redéfinir sur ces différents plans la relation de l'assurance maladie avec les agences régionales de santé. Il est de la responsabilité du ministère de la santé de faire de cette convergence indispensable une priorité.

417. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012* « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés », p. 203, La Documentation française, septembre 2012, p. 231-260, disponible sur www.ccomptes.fr.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'architecture extrêmement complexe des projets régionaux de santé telle que définie par le ministère ne pouvait que conduire à une démarche de préparation et d'adoption d'autant plus lourde qu'elle s'est inscrite dans un cadre de concertation à plusieurs niveaux.

Leur élaboration a mobilisé prioritairement les équipes des nouvelles agences régionales de santé depuis leur installation sans que ce premier exercice débouche sur une programmation réellement opérationnelle du fait de la multiplication d'objectifs non hiérarchisés ni sur une approche véritablement intégrée qui réussisse assez à dépasser les cloisonnements traditionnels entre secteurs et entre acteurs.

L'ambition d'exhaustivité qui avait pour fondement le souci d'une approche transversale de pratiquement l'ensemble des différents champs de la santé publique de manière à dessiner un parcours coordonné de soins pour les patients, de la prévention à la prise en charge médico-sociale, a été à cet égard un obstacle majeur pour la réussite même de cet objectif.

L'absence de stratégie nationale claire de santé publique au moment du lancement des travaux, un fonctionnement administratif encore trop cloisonné, la dualité paralysante entre ARS et organismes d'assurance maladie, la modestie de leviers financiers encore insuffisamment tournés vers la réduction des inégalités régionales de santé ont une très lourde part dans les difficultés rencontrées par les ARS.

À l'horizon de 2016, une simplification de l'exercice de programmation régionale apparaît indispensable. Les prochains projets régionaux ne devront contenir qu'un nombre limité de priorités, fondées sur une observation régionale en santé mieux outillée et plus experte.

Une mise en œuvre plus efficace suppose que le rôle de pilote des ARS soit clairement affirmé et que les interventions des différents acteurs s'inscrivent rigoureusement dans le cadre des objectifs définis par les PRS. De ce point de vue, un pouvoir décisionnel sur les actions de santé publique des organismes locaux d'assurance maladie devrait être conféré aux agences.

La future loi de santé offre un cadre pour remédier aux dysfonctionnements relevés par la Cour dont le ministère de la santé doit se saisir.

Si des évolutions fortes n'interviennent pas rapidement, le risque est grand en effet de démobiliser l'ensemble des acteurs régionaux et de mettre en question la valeur ajoutée des agences régionales de santé par rapport aux anciennes institutions qu'elles ont remplacées.

La Cour formule les recommandations suivantes :

53. simplifier les conditions d'élaboration des projets régionaux de santé autour d'un nombre limité de priorités ;

54. assortir obligatoirement ces dernières d'un chiffrage financier des actions inscrites au projet, compatible avec les contraintes de l'ONDAM ;

55. faire de l'observatoire régional de santé (ORS) l'opérateur de référence chargé de réaliser une observation globale et continue, ouverte à l'ensemble des acteurs en santé publique ;

56. supprimer les conférences de territoire ;

57. subordonner l'engagement d'actions de santé publique par les organismes locaux d'assurance maladie à l'accord des ARS ;

58. permettre un accès complet des ARS aux données du SNIIRAM.

Chapitre XII

Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

PRÉSENTATION

En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Pour les seules « structures des urgences », selon leur dénomination règlementaire, situées dans des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, qui représentent 81 % du dispositif d'accueil, la charge supportée à ce titre par l'assurance maladie est de près de 2,5 Md€.

Cette fréquentation en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre du plan urgences 2004-2008 adopté à la suite de la canicule de l'été 2003.

Au-delà des situations où le pronostic vital est engagé ou qui nécessitent une intervention rapide compte tenu de leur gravité, les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante.

Dans le prolongement de l'enquête qu'elle a précédemment consacrée à la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins libéraux, où elle avait en particulier souligné le manque d'efficience des dispositifs de régulation et d'orientation mis en place à compter de 2002[418], la Cour a cherché à analyser l'évolution de l'activité des services d'urgence et de leur fonctionnement, qu'elle avait déjà examinés en 2007[419].

Elle a observé que la progression forte de la fréquentation des urgences n'avait fait l'objet jusqu'à tout récemment que de peu d'analyses de ses déterminants (I). Les services d'urgences ont cherché à faire évoluer leurs organisations pour mieux y répondre, dans un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficience (II). L'amélioration de l'efficacité du dispositif passe

418. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XII : la permanence des soins, La Documentation française, septembre 2013, p. 579-585, disponible sur www.ccomptes.fr

419. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2007*, 1ère partie, les urgences médicales : constats et évolutions récentes. La Documentation française, février 2007, p. 313-339, disponible sur www.ccomptes.fr

cependant avant tout par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital (III).

I - Une dynamique de fréquentation à mieux analyser

A - Une activité en croissance continue

1 - Un dispositif d'accueil stabilisé

En 2012 étaient recensées 654 structures d'accueil et de traitement des urgences, soit au total 736 points d'accueil. Le nombre total de structures autorisées a peu varié dans la dernière période[420].

Il existe au moins une structure d'accueil des urgences autorisée par département, certains établissements disposant de plusieurs services. La grande majorité d'entre elles (85 %) ont une vocation générale et 15 % sont exclusivement pédiatriques.

Un objectif de couverture territoriale renforcée

Dans le cadre du « pacte territoire-santé » lancé par les pouvoirs publics en décembre 2012 pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, a été affirmé l'objectif d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population.

Pour couvrir les 2 millions de personnes qui sont actuellement éloignées de plus d'une demi-heure d'un point d'accueil en urgence, le nombre de médecins correspondants des SAMU a doublé en 2013 (300 contre 150 en 2012) et devrait passer à 650 en 2014.

Créé en 2007, ce dispositif permet à un médecin formé spécifiquement à cet effet à l'urgence, libéral le plus souvent, mais pouvant aussi être hospitalier en fonction des situations locales, d'intervenir auprès d'un patient sur demande de la régulation médicale du SAMU dans l'attente d'une prise en charge par une équipe du service mobile d'urgence.

Les structures des urgences sont publiques pour 75 % entre elles, privées à but non lucratif pour 6 % et privées à but lucratif pour 19 %[421].

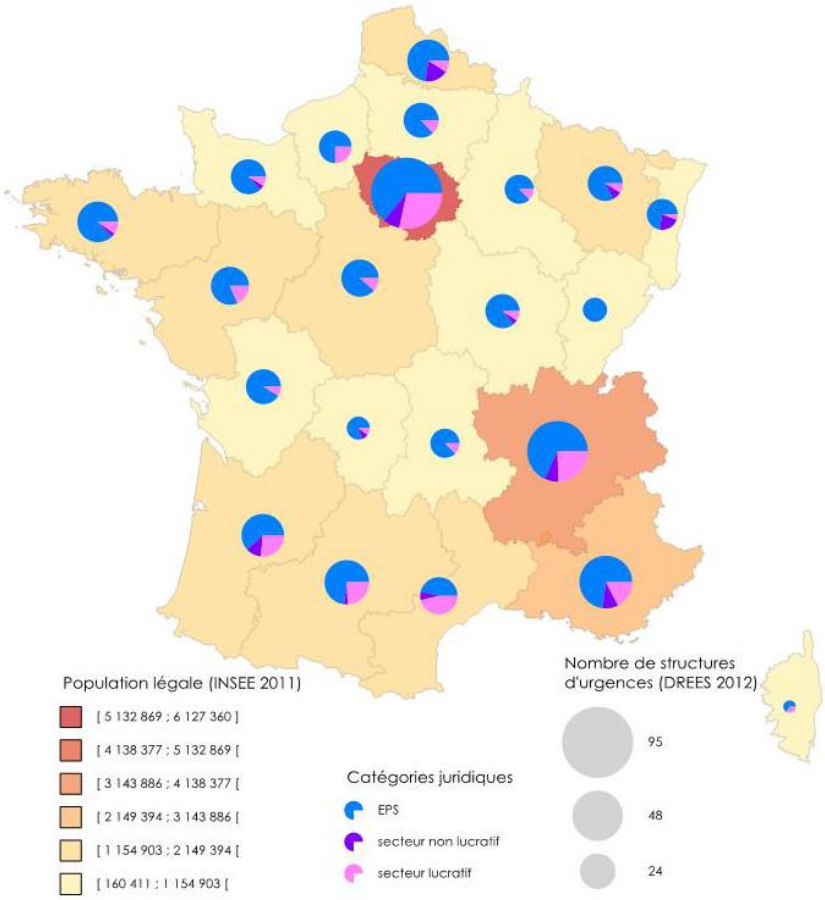
420. Sur la décennie 2001-2011 sont intervenues selon la DREES 16 fermetures, 68 ouvertures et 101 réorganisations inter-établissement.

421 . Sur l'ensemble des établissements de santé, les établissements publics représentent 62 % des lits, les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) 14 % et les établissements privés à but lucratif 24 %.

Si le nombre de ces dernières n'est pas négligeable, la part de patients qu'elles prennent en charge est faible : 13,5 % des passages sans hospitalisation et 7,5 % des passages suivis d'hospitalisation en 2012.

Comme le montre la carte ci-après, l'Île-de-France et Rhône-Alpes sont, en lien avec leur population, les régions les plus dotées.

Carte n° 1 : les structures d'urgence hospitalières par région en 2012



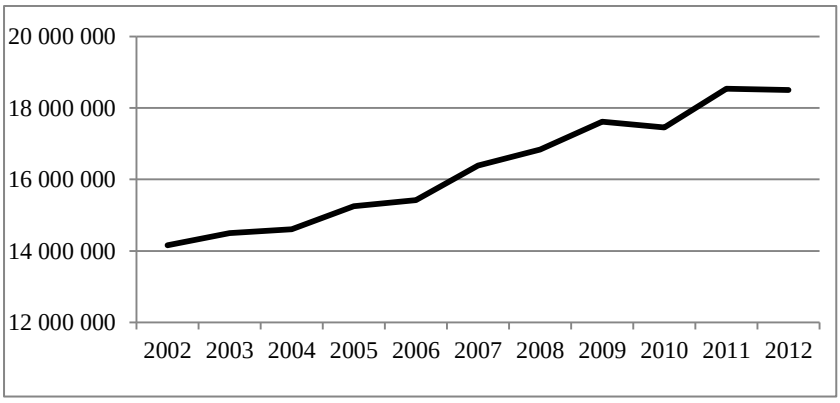
Source : Cour des comptes, à partir des données DREES et INSEE (2012)

2 - Une fréquentation en hausse continue inégalement répartie

Après avoir doublé de 1990 à 2001, passant de 7 à 14 millions de passages, la fréquentation des urgences hospitalières s'est encore accrue de près de 30 % depuis cette date pour atteindre en 2012 18,4

millions de passages. En 2012, les services d'urgence ont accueilli 10,6 millions de patients dont le quart l'a été plus d'une fois dans l'année[422].

Graphique n° 17 : évolution du nombre de passages aux urgences (suivis ou non d'hospitalisation)



Source : DREES, Statistique d'activité des établissements (SAE)

Le taux de recours, en moyenne de 220 passages pour 1 000 habitants, varie selon les régions, de 180 à 260 : ce dernier taux caractérise en particulier l'Île-de-France et la région Rhône-Alpes. Les 4 régions regroupant 42 % de la population (Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais) comptabilisent 46 % des passages.

Une très forte dispersion du nombre de patients pris en charge s'observe selon les structures : moins de 40 passages quotidiens pour 28 % d'entre elles, de 40 à 80 pour 43 %, de 80 à 120 pour 18 % et pour 11 % plus de 120.

L'augmentation de la fréquentation des urgences hospitalières sur la période 2001-2012 est très variable selon les établissements : pour 23 % d'entre eux, l'augmentation moyenne été inférieure à 1 % par an ; pour 30 %, elle a été comprise entre 1 et 2 % et pour 24 % entre 2,5 et 4 % ; 23 % des établissements dont 17 % des hôpitaux publics et 32 % des ESPIC ont connu une croissance moyenne annuelle de fréquentation de plus de 4 %. Au total, la croissance de l'activité s'est concentrée pour l'essentiel sur la moitié des établissements.

Dans tous les cas, la progression la plus forte porte sur les passages non suivis d'hospitalisation (14,4 millions en 2012).

422. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

En 2012, quatre millions de personnes ont été hospitalisées à la suite d'un passage aux urgences. Le taux d'hospitalisation des patients passés par les urgences, globalement de 22 % en 2012 et assez stable depuis 2009, est en moyenne de 23 % dans le secteur public et atteint 25 % dans les CHU, contre 13 % dans le secteur privé lucratif, en rapport avec des différences de gravité des situations prises en charge. Les patients hospitalisés après passages par les urgences constituent ainsi une part importante du recrutement hospitalier, en particulier pour les établissements publics.

B - Des évolutions peu analysées

L'augmentation de fréquentation des urgences depuis une dizaine d'années ne peut être attribuée ni à la seule croissance démographique (+ 7 % de 2001 à 2012) ni uniquement au vieillissement de la population. Les raisons de cette dynamique n'ont été cependant que très peu étudiées.

1 - Une obligation de remontée d'informations très tardive

Bien que la Cour ait souligné en 2007 l'importance prioritaire de disposer de données fiables et homogènes pour permettre l'analyse de l'activité des urgences hospitalières, les caractéristiques des patients venant aux urgences sont restées mal renseignées dans les systèmes d'information existants : ces derniers sont hétérogènes, les données médicales recueillies sont sommaires et leur remontée au niveau national n'était organisée que pour des établissements volontaires.

Le principal support de recueil d'information est constitué par les « résumés de passages aux urgences » (RPU), élaborés depuis 2004, souvent à partir d'outils d'information déjà développés dans certains services, qui devraient permettre de disposer de plusieurs types de données importantes : âge et sexe, motif d'entrée, motif de recours, diagnostic, soins reçus, mode de sortie.

Actuellement, la consolidation au niveau national des RPU collectés par les établissements volontaires se fait dans le cadre du réseau

« organisation de la surveillance coordonnée des urgences » (OSCOUR), sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire (InVS)[423].

Ce dispositif s'est progressivement étendu depuis sa création, mais l'homogénéisation, la généralisation et l'obligation d'une remontée des RPU vers les agences régionales de santé qui joueront le rôle de concentrateurs régionaux, puis de ces dernières auprès de l'InVS et l'ATIH ne sont effectives que depuis le 1er juillet 2014[424]. En tout état de cause, des études à caractère national ne pourront être faites qu'une fois que le dispositif de remontée des RPU aura été complètement déployé.

2 - Des éclairages jusqu'à peu relativement limités

Dans l'attente de cette généralisation, les analyses nationales demeurent des plus limitées. Les données recueillies dans le cadre du réseau OSCOUR, qui couvrent 65 % de l'activité totale, mais sont imparfaitement renseignées, sont exploitées par l'INVS. Elles montrent que la concentration du recours aux urgences sur les âges extrêmes de la vie, précédemment relevée par la Cour, demeure forte. Plus d'un tiers des passages sont liés à la pédiatrie (25 %) et aux personnes âgées (13 %).

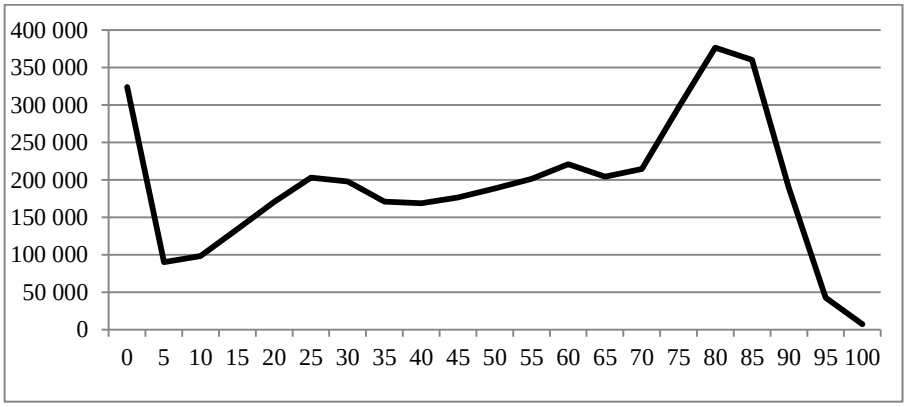
Les études ciblées sur la pédiatrie font apparaître une gravité globalement moindre que la moyenne des patients, avec, au-delà d'un an, des taux d'hospitalisation plus faibles (de 10 % en moyenne).

Le recours aux urgences par les personnes âgées de plus de 75 ans représente un peu plus de 13 % du total des passages, alors que les plus de 75 ans représentent 10,4 % de la population; les critères de gravité et les taux d'hospitalisation, proches de 55 %, sont supérieurs à ceux de la moyenne de patients, ce que confirment les analyses de l'ATIH que synthétise le graphique suivant.

423. Ce réseau a vu le jour à la suite à la canicule de 2003, en juillet 2004 et s'est développé progressivement passant de 23 établissements à ses débuts à 414 services d'urgences représentant 65 % des passages aux urgences en France en 2013. Il a pour principal objectif une surveillance non spécifique permettant de détecter, alerter et investiguer en cas de situation inhabituelle.

424. Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence.

Graphique n° 18 : nombre d'hospitalisations faisant suite à un passage aux urgences par classe d'âge de cinq ans en 2012



Source : ATIH

C'est au niveau régional que sont réalisées les études les plus complètes sur les caractéristiques de la population recourant aux urgences, qu'il s'agisse de la description des patients, des motifs de recours ou des modes de prise en charge. Des analyses détaillées sont réalisées depuis plusieurs années au niveau régional par les observatoires régionaux des urgences (ORU)[425], notamment en région Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour intéressantes qu'elles soient, ces études n'offrent cependant pas toute la richesse d'approche des enquêtes transversales que la DREES peut engager.

3 - Les résultats de l'enquête « un jour donné » réalisée en juin 2013 par la DREES

Onze ans après la précédente enquête du même type, effectuée en janvier 2002, la DREES a réalisé le 11 juin 2013 (jour de semaine hors période de vacances et d'épidémies saisonnières) une enquête nationale « un jour donné » dans l'ensemble des structures d'urgence autorisées.

Les premiers résultats de cette enquête[426] apportent des données particulièrement intéressantes sur l'activité des urgences hospitalières. Ils mettent en évidence que près d'une personne sur 1 000 s'est rendue aux

425. Ces observatoires, créés le plus souvent à l'initiative de professionnels, sont les principaux partenaires du réseau OSCOUR. Les ORU et structures apparentées existent dans huit régions.
426. Etudes et résultats n° 889 du 30 juillet 2014.

urgences ce jour-là, pour 80 % d'entre eux dans un établissement public, 13 % dans un établissement à but lucratif et 6 % dans un ESPIC.

Les motifs de recours apparaissent multifactoriels (liés notamment à des facteurs culturels et sociétaux, comme le ressenti de la notion d'urgence face à un évènement de santé brutal[427]). Dans 30 % des cas, la situation qui a conduit les patients aux urgences a débuté plusieurs jours avant leur venue et un tiers des patients ont entrepris des démarches : appel téléphonique ou consultation d'un médecin, appel au SAMU, aux pompiers… bien qu'une majorité se rende ensuite aux urgences sans avis médical (61 %).

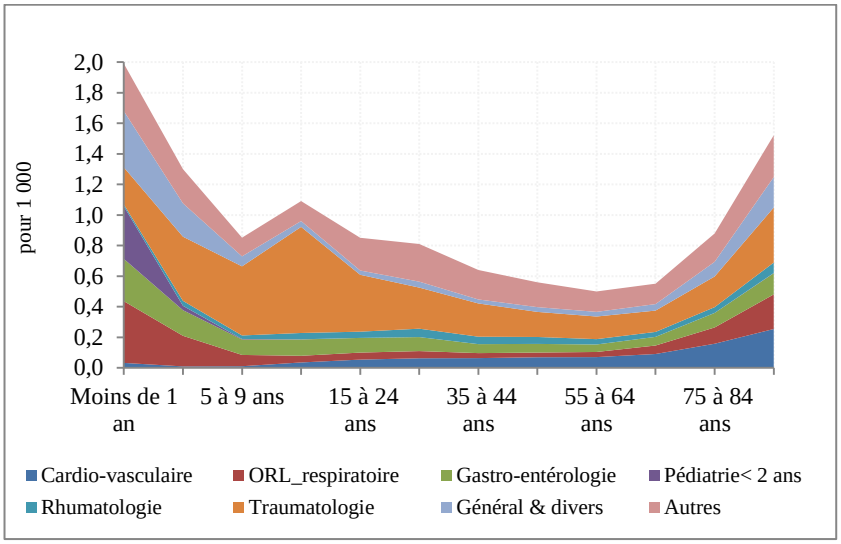
Les insuffisances de l'offre de ville se lisent, directement et indirectement, dans deux catégories de motifs invoqués par les personnes interrogées : pour deux patients sur dix la motivation tient à l'impossibilité de faire appel au recours habituel (absence du médecin traitant ou impossibilité d'un rendez-vous rapide pour des examens complémentaires) ; d'autre part, l'accessibilité qu'offrent les services d'urgence est mise en avant dans six cas sur dix (besoin que le problème de santé soit réglé rapidement, possibilité de réaliser des examens complémentaires ou de consulter un spécialiste).

Les taux de recours sont particulièrement importants aux âges extrêmes de la vie (2 ‰ chez les moins de un an, 1,5 ‰ chez les plus de 85 ans, contre 0,8 ‰ pour l'ensemble de la population).

Sous un angle médical, les raisons du recours aux urgences varient fortement en fonction de l'âge des patients : pathologies de la sphère ORL-respiratoire et gastro-entérologiques pour les jeunes enfants, traumatologie ensuite jusqu'à 15 ans, puis de nouveau à partir de 65 ans et plus encore après 75 ans puis 85 ans.

427. Parmi les patients venus aux urgences pour un motif médical, 22 % ont pensé qu'il s'agissait de « quelque chose de grave » et 10 % se disent « angoissés ».

Graphique n° 19 : taux de recours aux urgences par motif et âge du patient



Source : DREES Enquête Urgences juin 2013

Pour une partie des patients, le motif de recours est lié à l'aggravation rapide d'une pathologie connue qui aurait pu être prise en charge plus tôt.

L'hypothèse, fréquemment avancée, d'un recours accru aux urgences des personnes fragilisées par une situation de précarité financière apparaît à relativiser. La proportion de bénéficiaires de la CMU-c parmi les patients est proche de celle observée en population générale (7 %). Une minorité de passages concerne les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (1 %) ; 1 % des personnes prises en charge n'ont cependant aucun droit ouvert à l'assurance maladie en France.

L'exploitation complète des résultats de cette enquête lourde, qui a porté au total sur 52 000 passages, sera particulièrement précieuse pour améliorer le fonctionnement des services d'urgences, qui restent souvent confrontés à des difficultés malgré les progrès réalisés.

II - Une organisation en progrès mais encore perfectible, un financement qui n'encourage toujours pas l'efficience

En 2007, la Cour préconisait d'encourager les hôpitaux à travailler sur l'organisation interne de leurs services et la connaissance précise de leurs coûts. Sur ces points, les établissements ont inégalement évolué.

A - Des risques de tension principalement corrélés à des difficultés d'organisation

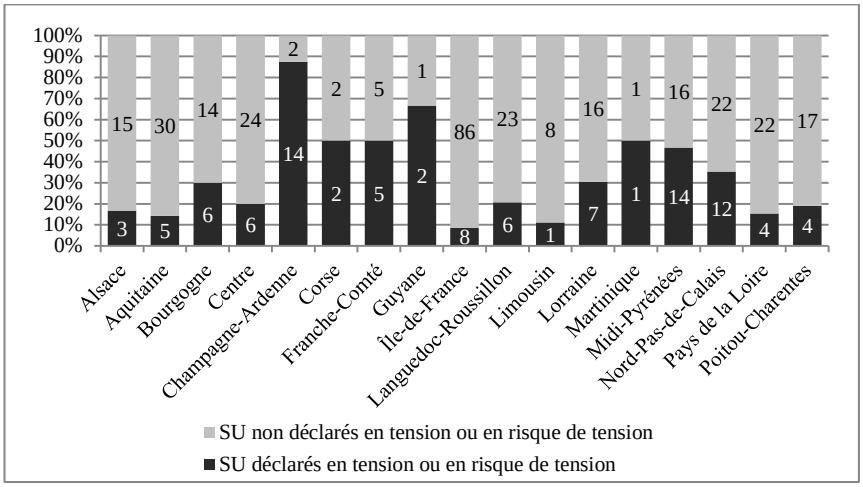
Le plan urgences 2004-2008 s'est accompagné d'un renforcement considérable des moyens consacrés aux structures d'urgence (SAMU SMUR et services d'accueil), tant en personnel qu'en création de lits d'aval, pour un total de plus de 500 M€ sur la période[428]. Les difficultés encore constatées résultent désormais moins d'un manque de moyens financiers que de la capacité des établissements à améliorer leur organisation interne.

1 - La persistance de risques de tension

En novembre 2013, selon une enquête du ministère de la santé auprès des agences régionales de santé, 100 établissements, pour l'essentiel des centres hospitaliers mais aussi des CHU, étaient identifiés par les ARS comme étant « en tension » ou « en risque de tension », avec de fortes variations régionales.

428. L'évaluation réalisée à mi-parcours du plan faisait état de 45 % des crédits affectés fin 2006 aux structures d'urgences elles-mêmes (SAMU-SMUR-services d'urgences) et 55 % aux structures d'aval (hospitalisation à domicile (HAD), services de soins de suite et de réadaptation (SSR), hôpitaux locaux et lits de gériatrie). Le plan s'est accompagné de la création de près de 5 300 emplois, dont 827 ETP médicaux, 335 ETP de personnels paramédicaux, 3 966 ETP non médicaux, le renforcement ou la création de près de 200 équipes mobiles gériatriques, la création d'environ 3 000 lits de SSR, 1 400 lits de court séjour gériatrique, 100 lits en hôpital local et 3 000 places d'HAD autorisées.

Graphique n° 20 : nombre de services d'urgence déclarés « en tension » ou « en risque de tension » au regard du nombre total de services novembre 2013



Source : DGOS

Ces données, purement déclaratives, doivent être considérées avec beaucoup de précautions car les notions de « tension » et de « risque de tension » n'ont pas été autrement définies dans le cadre de cette enquête : sur 24 ARS, sept ne rapportent pas de situation de tension et pour les autres, cette notion a été interprétée de manière hétérogène. Mais elles reflètent des difficultés que le dispositif « plan hôpital en tension »[429], dont chaque établissement doit se doter depuis 2006 pour permettre une réponse graduée à des situations tendues, quelle qu'en soit la cause (afflux inhabituel de patients, pénurie de lits, absence de certains agents…), ne suffit pas toujours à régler. Si dans 16 % des cas les causes des tensions sont conjoncturelles, elles sont liées à des questions de ressources humaines dans 16 % des situations et apparaissent multifactorielles dans 30 %.

429. Des indicateurs de tension sont proposés dans « Plan blanc et gestion de crise, guide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, annexe à la circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 », notamment sur la base du nombre total de passages aux urgences, du nombre d'hospitalisations à partir des urgences, du nombre de patients de plus de 75 ans et de moins de 3 ans, du nombre de patients présents aux urgences en attente d'examen, du nombre de patients en attente de place dans un service d'hospitalisation, des délais de prise en charge, du taux d'occupation de l'unité d'hospitalisation de courte durée.

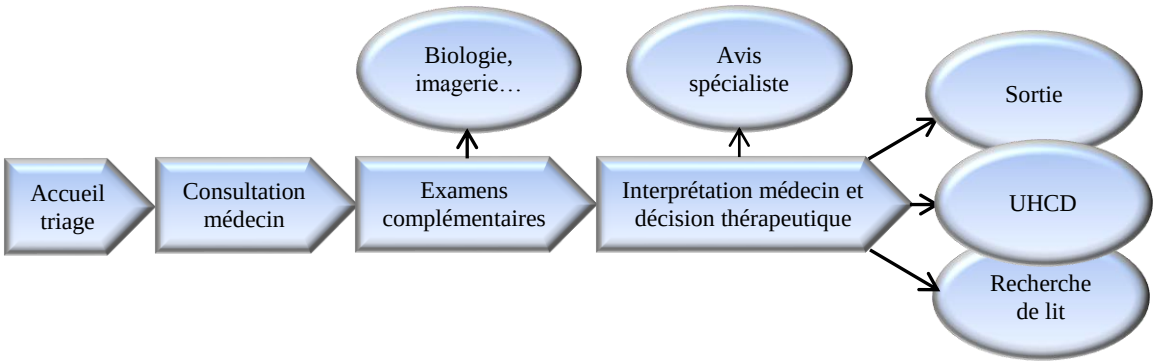
Les principales difficultés évoquées tiennent à une insuffisante fluidité dans le déroulement des prises en charge, aux contraintes de locaux inadaptés et à leur incidence sur les organisations internes et aux problèmes de personnel.

2 - Une fluidité des parcours insuffisante dans certains cas

De l'enquête « un jour donné », la DREES conclut que près de 80 % des patients ont passé moins de quatre heures en service d'urgence, 50 % moins de deux heures, 19 % moins d'une heure.

Pour les autres, l'attente a pu parfois être longue avant le premier contact médical et se prolonger ensuite du fait de difficultés d'accès au plateau technique et aux délais d'obtention des résultats des examens complémentaires : un acte d'imagerie est pratiqué pour 45 % des passages, une analyse biologique pour 35 % et la moitié des patients ont bénéficié d'au moins deux types d'actes. Le temps d'attente pour l'imagerie en particulier peut parfois atteindre six heures[430] du fait de problèmes d'équipement et de fonctionnement des services d'imagerie médicale, déjà soulignés par la Cour[431]. Il est également tributaire d'aspects logistiques (brancardage, organisation permettant aux patients valides de se rendre seuls à l'imagerie). Pour la biologie, malgré les automates, il existe un temps incompressible de prélèvement, traitement, résultats, validation, qui peut difficilement être inférieur à une heure et demie.

Schéma n° 3 : parcours du patient aux urgences



430. Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences, *Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers*, mai 2009.

431. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XII : la permanence des soins, La Documentation française, septembre 2010, p. 296-316, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les travaux récents des observatoires régionaux des urgences Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur mettent en évidence des facteurs d'allongement des temps de passage aux urgences : ces délais sont d'autant plus élevés que le nombre de passages dans la structure est important, le cas sévère et le patient âgé.

Pour les patients à hospitaliser, notamment les personnes âgées, la difficulté à trouver un lit est la principale cause d'engorgement des structures. L'enquête de la DREES relève que 20 % des hospitalisations ont nécessité plus d'un appel de l'équipe soignante pour trouver un lit et que, pour 10 % d'entre elles le délai d'obtention d'un lit a dépassé 4 heures.

3 - Des locaux à la modernisation inachevée

L'impact des questions architecturales sur l'organisation des services d'urgence est majeur. La modernisation des services d'urgence est une priorité depuis 2002 mais n'est pas encore générale.

Si les textes prévoient au minimum la présence de trois zones distinctes (accueil, examen et soins dont « déchoquage », surveillance de courte durée) le fonctionnement a souvent dû s'adapter aux locaux plutôt que l'inverse. Or, l'architecture des services est un élément essentiel pour la bonne organisation des flux, la surveillance des patients, les différentes étapes de la prise en charge et des conditions d'attente satisfaisantes, tant pour l'accès au premier contact que dans l'attente des résultats d'examens complémentaires.

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont permis d'accélérer l'effort de modernisation mais tous les services ne disposent pas de locaux adaptés dans un contexte de progression d'activité qui peut obliger parfois à des réaménagements successifs.

Les opérations de modernisation des services d'urgence financées dans les plans Hôpital 2007 et 2012

Le plan Hôpital 2007 a permis d'accompagner les investissements directement liés à la mise en œuvre du plan national sur les urgences 2004-2008 : 139 opérations ont été financées dans ce cadre[432] pour un montant de 639 M€, subventionnés à hauteur de 45 %. Outre l'équipement des services ou leur système d'information, 100 opérations proprement immobilières ont été financées, pour les trois quart des rénovations et extensions.

432. Agence nationale pour la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

D'autres opérations relatives aux urgences ont été inscrites dans le plan Hôpital 2012 : centre hospitalier intercommunal de Cornouaille à Quimper (11,8 M€), centre hospitalier de Versailles (33,4 M€), centre hospitalier intercommunal de Créteil (29,7 M€), centre hospitalier de Tulle (15 M€), polyclinique Inkermann à Niort (1,5 M€) ainsi que divers projets d'informatisation des services d'urgences dans les régions Poitou-Charentes, Basse-Normandie et Rhône-Alpes (1,8 M€)

4 - Des difficultés parfois de personnel malgré des renforcements importants

La direction générale de l'offre de soins ne dispose pas de chiffres consolidés sur l'évolution des effectifs des services d'urgences. La DREES ne retrace pour sa part l'évolution des effectifs que pour environ 60 % d'entre eux. De 2001 à 2011 (dernière année disponible), ces derniers ont connu, sur ce champ partiel, une augmentation constante des effectifs médicaux (qui passent de 2 200 à 3 800), marquée par une croissance de la part des médecins à temps partiel. Les effectifs équivalent temps plein infirmiers passent de 6 400 à 10 000 sur la même période.

Les problèmes de personnel, notamment médical, sont pourtant souvent cités parmi les causes de dysfonctionnement malgré les renforcements apportés par le plan urgences 2004-2008. La médecine d'urgence est en effet, avec l'anesthésie et la radiologie, une des spécialités les plus concernées par les difficultés de recrutement et les vacances de postes : en 2012 selon le centre national de la gestion hospitalière, les vacances statutaires concernaient dans cette discipline 20,7 % des postes de praticien hospitalier à temps partiel et 43,1 % de ceux de praticien hospitalier à temps plein. Ces difficultés de recrutement sont constatées notamment dans des hôpitaux de petite et moyenne taille, qui sont contraints de recourir à l'intérim médical, solution à la fois coûteuse et peu satisfaisante sur le plan de la qualité des soins.

B - Des modes de prise en charge progressivement mieux adaptés

Pour faire face au recours croissant aux urgences, nombre d'établissements se sont engagés dans des améliorations des conditions de prise en charge des patients.

1 - Une organisation de l'accueil repensée

a) Le développement de l'accueil et de l'orientation

La fonction d'accueil et d'orientation a pour objectif repérer les situations nécessitant une prise en charge immédiate en cas d'urgence vitale ou sévère et de décider de l'orientation première dans tous les autres cas. Son principe, désormais largement intégré dans les services d'urgence, repose essentiellement sur les infirmières d'orientation et d'accueil, présentes dans 68,4 % des services selon les résultats préliminaires de l'enquête de la DREES.

Plus récemment se sont mis en place des médecins d'accueil et d'orientation. Leur rôle consiste souvent à être l'interlocuteur des médecins de ville, qui peuvent les joindre sur une ligne téléphonique directe. Dans certains cas, ils assurent également les contacts avec les médecins des services hospitaliers ou les spécialistes auxquels un avis est demandé. Selon l'enquête de la DREES, ils sont présents dans 12 % des services.

b) Les circuits courts

Le principe du circuit « court » mis en place dans désormais plus du tiers des services[433] s'inspire des « *fast-tracks* »[434], apparus aux États-Unis dans les années 2000. Il consiste à prendre en charge rapidement des patients valides, ne présentant pas un risque vital immédiat, pour lesquels la charge de travail médicale est faible et qui ne nécessitent pas ou peu d'examens en imagerie ou en biologie. Cette filière s'applique particulièrement à la petite traumatologie et à la pédiatrie : elle permet une rotation rapide des patients en attente et améliore également la prise en charge des patients plus sévères orientés vers le circuit traditionnel.

433. 36,5 % en 2013 selon la DREES.

434. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. *Effects of a fast-track area on emergency department performance*. J. Emerg Med. 2006 Jul. 31 (1) :117-20.

Les filières courtes à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

À l'AP-HP, fin 2013, sur 16 services d'urgence adultes, 13 sont dotés d'une filière courte, 2 sont en cours de mise en place de même que dans les trois sites d'urgences exclusivement pédiatriques.

À l'hôpital Saint Antoine, la filière courte prend en charge près de 30 % des patients. Ce dispositif améliore le délai d'attente et la satisfaction tant de ces derniers que des soignants. Une fois le « tri » effectué par l'infirmière d'accueil et d'orientation, un médecin senior prend en charge la file active des patients n'ayant *a priori* pas besoin d'examens complémentaires. Le fait d'avoir un médecin dédié permet de libérer les autres pour la prise en charge de patients aux pathologies plus sévères et plus complexes.

2 - Une orientation facilitée vers l'aval

En 2007, la Cour recommandait la mise en place d'un système d'information fiable et partagé permettant de connaitre de manière instantanée les ressources disponibles en lits et en compétences médicales. Trouver un lit d'aval pour les patients nécessitant une hospitalisation en court séjour demeure toutefois encore souvent une difficulté récurrente, soit par manque effectif de lits disponibles soit du fait des rendez-vous programmés qui peuvent parfois conduire un service à ne pas déclarer leur disponibilité, surtout si ce dernier est très fortement spécialisé comme en particulier dans les CHU. Ce constat a incité à aborder l'aval des urgences comme un problème qu'il appartient à l'établissement de santé de régler et non plus au seul urgentiste.

a) La création de structures d'hospitalisation spécifiques de courte durée

Les difficultés à trouver un lit d'aval ont reçu une première réponse dans la création des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), obligatoires depuis 2006 dans les structures des urgences, où les patients peuvent séjourner au plus une journée (0,7 jour en moyenne en 2012). Les durées moyennes de séjour des patients hospitalisés en court séjour à partir des urgences sont plus courtes quand elles sont consécutives à un passage en UHCD (4 jours contre 6,5 jours pour les hospitalisations sans passage par une UHCD[435]).

435. ATIH, données 2012, établissements publics.

Dans certains établissements, le faible nombre de lits en UHCD ou la prolongation des séjours dans ces unités[436] et la difficulté à trouver des lits, en particulier pour des patients aux pathologies complexes, ont plus récemment donné lieu au développement de services d'hospitalisation du type « d'aval des urgences »[437]. Ces services sont destinés à recevoir pour une durée limitée (5 jours à l'AP-HP) des patients pour lesquels un séjour en UHCD ne permet pas un bilan complet ou une stabilisation, tout en ne relevant pas immédiatement d'une prise en charge dans un service de spécialité. Les premiers retours d'expérience apparaissent satisfaisants.

b) La mise en place de gestionnaires de lits

La mise en place de gestionnaires de lits participe de la démarche visant à décharger le service d'urgence de la recherche d'une place, en organisant et programmant de façon centralisée les admissions sur l'ensemble des lits de l'établissement, en réservant des salles d'opération et en planifiant les actes médico-techniques. Cette programmation peut être assurée par un ou plusieurs professionnels (cadres de santé le plus souvent) ou par une cellule de régulation, généralement rattachée à la direction de l'établissement.

La cellule de gestion des lits de l'hôpital Saint Joseph à Paris

Au sein de l'hôpital Saint-Joseph quatre gestionnaires rattachés à la direction centralisent aussi bien les admissions des urgences que les admissions programmées, permettant de gérer l'ensemble des flux sur chaque pôle. Le retour d'expérience a mis en évidence une diminution de moitié des lits vides à minuit, une diminution des temps de passage aux urgences et des transferts et une amélioration du taux de sortie avant midi (passé en quatre mois de 40 % à 63 %).

436. La durée moyenne de séjour en UHCD est à l'AP-HP en moyenne de 19 heures pour les adultes et de 12 heures pour les enfants, mais dépasse 24 heures pour 20 % des adultes et 7 % des enfants, pouvant aller dans quelques cas jusqu'à trois ou quatre jours.

437. À l'AP-HP il s'agit des « départements d'aval des urgences ». De tels services se sont également mis en place ces dernières années dans différents CHU, avec des appellations différentes, mais avec pour caractéristique commune de permettre une prise en charge à visée diagnostique et d'orientation un peu plus longue que dans l'UHCD.

Le travail d'anticipation des risques de pénurie de lits ainsi que le développement d'hospitalisations dans d'autres pôles que ceux dont dépend le patient pour sa pathologie ont permis d'éviter des déprogrammations. Ces améliorations ont pour double effet d'améliorer la prise en charge des patients et l'efficience de l'établissement, en minimisant le nombre de lits vacants.

c) Le développement de filières gériatriques

Comme l'a déjà souligné la Cour[438], le développement de filières gériatriques a fait l'objet d'une attention particulière dans les établissements de santé, qu'il s'agisse d'accroître le nombre de lits de court séjour gériatrique ou de développer l'admission directe dans ces services, sans passage obligé par les urgences. La montée en charge des équipes mobiles de gériatrie (301 en 2011) s'est poursuivie, contribuant à améliorer la prise en charge des personnes âgées arrivant aux urgences.

Malgré ces évolutions positives, seuls 13 % des services d'urgence déclarent cependant disposer d'une filière spécifique complète d'accueil et de soins en gériatrie.

C - Un cadre financier qui ne pousse pas à l'efficience

1 - Un mode de financement inflationniste resté inchangé

Le dispositif tarifaire des urgences associe une dotation fixe et une rémunération par passage, à laquelle viennent s'ajouter une facturation complémentaire des actes médico-techniques et des recettes d'hospitalisation si le patient est hospitalisé après son passage aux urgences.

438. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012* T.2, la prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents. La Documentation française, février 2012, p. 179, disponible sur www.ccomptes.fr.

Un système tarifaire complexe

Les recettes des services des urgences proviennent de plusieurs sources différentes :

- un forfait « accueil et traitement des urgences » - ATU - de 25,28 € dû pour chaque passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation dans un service de court séjour ou une UHCD du même établissement ;

- un « forfait annuel urgences » - FAU - de 471 306 € pour les 5 000 premiers passages donne lieu à des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 5 000. Il est calculé sur la base du nombre d'ATU de l'année n-1 ;

- à ces financements viennent s'ajouter des dotations au titre de missions d'intérêt général (MIG), le montant des consultations et des actes, des examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des recettes de séjour en cas d'hospitalisation.

Ce dispositif tarifaire incite à l'activité au lieu d'encourager les efforts de régulation. La modulation du « forfait annuel urgences » en fonction des forfaits « accueil et traitement des urgences » assis sur les passages encourage en effet à atteindre une tranche supérieure d'activité, d'autant plus que ce dispositif est défavorable aux petits établissements : la facturation par passage et la faible taille des tranches du forfait annuel (2 500 passages) alors que les normes de personnels varient par tranches de 10 000 patients aboutissent à des écarts de recettes qui peuvent varier du simple au double pour une même activité du fait de cet effet d'échelle.

La facturation spécifique des actes complémentaires peut également pousser à leur multiplication, même si elle dépend largement de l'exhaustivité et de la qualité, inégale, du recueil et du codage des actes réalisés pendant le passage.

Le mode de tarification des urgences s'avère en revanche désincitatif à l'égard des coopérations entre établissements : la mise en place d'une structure multi-sites (une entité juridique) à la place de plusieurs sites modifie l'attribution des tranches de FAU[439], un seul établissement étant rémunéré pour les passages, alors que les deux supportent des charges fixes.

Les multiples défauts de ce dispositif tarifaire avaient été mis en relief en 2007 par la Cour qui avait recommandé sa modernisation. Un travail de réflexion sur les modèles de financement des urgences n'a

439. En 2012, à titre d'exemple, en Midi-Pyrénées, 17,1 % des patients sont cotés en CCMU1, 63,6 % en CCMU2 et 16,8 % en CCMU3.

cependant été engagé que récemment avec pour objectif de définir un cadre rénové pour la campagne tarifaire 2015.

2 - Une méconnaissance persistante des coûts

C'est dans cette perspective que l'ATIH a été chargée de piloter en 2014 une enquête de coûts complets sur les services d'urgence.

En effet, les outils existants ne permettent pas de les évaluer. Le financement actuel des activités hospitalières n'est pas construit sur une logique d'évaluation des coûts des services, mais des séjours, ce qui rend difficile toute tentative de comparaison des charges et des recettes. De plus, dans les services d'urgence, deux types d'activité coexistent : une activité donnant lieu à des actes externes et une activité d'hospitalisation, alors que les moyens allouées aux deux sont confondus et souvent même mutualisés avec d'autres.

Dans ces conditions, l'ATIH est à ce stade seulement en mesure de produire, sur la base des retraitements comptables, une estimation des charges directes nettes des services d'urgence d'une part, des UHCD d'autre part pour le secteur public. En l'état, ces données tendent à montrer que ces charges seraient supérieures aux recettes, mais compte tenu des limites méthodologiques précitées, il est difficile de conclure au caractère globalement déséquilibré de l'activité d'urgence pour les établissements publics de santé.

Peu aisées à apprécier dans le secteur public, les dépenses liées à l'activité d'accueil des urgences dans les établissements à but lucratif ne font pas l'objet d'une estimation globale. La CNAMTS n'a pas cherché notamment à évaluer, ne serait-ce que par des études sur des échantillons d'établissements, la part des actes effectués dans le cadre d'une activité d'urgence et rémunérés sous forme d'honoraires.

Cette méconnaissance empêche de disposer d'une vision consolidée des montants que l'assurance maladie affecte au financement des services d'urgence. Les seules recettes directes perçues par les établissements publics et les ESPIC au titre de l'activité d'accueil des urgences s'élevaient à près de 2,5 Md€ en 2011 (dernière année disponible), mais les données correspondantes pour le secteur privé à but lucratif ne sont pas connues.

Sur la base de cette estimation, chacun des 15 480 000 passages dans un service d'urgence d'un établissement public ou d'un ESPIC, qui concentrent selon l'enquête de la DREES 86 % des flux, reviendrait pour l'assurance maladie en moyenne à 161,50 €.

Une analyse fine et rigoureuse des coûts complets des services d'urgence n'est pas seulement nécessaire au regard de l'appréciation de leur équilibre financier et du pilotage de leur efficience. Elle est aussi indispensable pour pouvoir procéder à des comparaisons avec des prises en charge en ville pour des situations de même type. De telles comparaisons sont en effet une condition indispensable pour redéfinir la juste place des urgences hospitalières dans l'offre de soins non programmés.

III - Mieux articuler l'hôpital et la médecine de ville

Le principe essentiel de liberté d'accès aux urgences hospitalières fait reposer l'enjeu d'une meilleure régulation de leur fréquentation sur la capacité à orienter une part de la demande de soins vers le mode de prise en charge le mieux adapté et le moins coûteux, comme observé aussi au demeurant à l'étranger.

Les réflexions en cours au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la fréquentation des services d'urgences a progressé de plus de deux millions depuis dix ans pour atteindre 16 millions de passages en 2012/2013. Une profonde remise à plat de l'organisation des services d'urgence a été proposée par un rapport officiel publié en novembre 2013. Parmi les principales orientations figurent le développement d'un service médical d'urgence en dehors de l'hôpital, axé sur l'accès aux services de santé primaires, la différenciation du dispositif d'urgences hospitalières en deux niveaux (« major emergency centres » et « emergency centres »), mais aussi une meilleure information des assurés.

La recherche d'un meilleur équilibre entre ce qui peut être pris en charge par la médecine de ville et ce qui doit être traité par l'hôpital continue à se heurter à de nombreuses difficultés. Y remédier suppose notamment d'intensifier les efforts.

A - Identifier et analyser les « passages évitables »

La méconnaissance des caractéristiques des patients recourant aux urgences rend difficile la détermination de la part d'entre eux qui pourrait être pris en charge en médecine de ville. La mesure et l'analyse des « passages évitables » constituent pourtant un enjeu majeur au regard de la bonne orientation des patients, tant sur le plan médical que financier.

Déterminer qu'un patient pourrait relever d'une prise en charge en ville suppose principalement une évaluation du degré de gravité de son état. Celle-ci repose aujourd'hui essentiellement sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), référentiel établi par la société française de médecine d'urgence.

La classification clinique des malades aux urgences

La CCMU comporte 7 classes. Les classes 1 à 5 correspondent à des situations de gravité croissante (1 : état clinique stable, pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique ; 2 : état stable, décision d'acte complémentaire diagnostique ; 3 : état pouvant s'aggraver aux urgences ; 4 : pronostic vital engagé sans geste de réanimation immédiat nécessaire ; 5 : pronostic vital engagé, nécessité de manœuvres de réanimation immédiates. Les deux autres catégories correspondent à la psychiatrie et au décès.

Malgré plusieurs limites, cette classification présente l'avantage d'être commune à l'ensemble des services et été retenue pour renseigner les données devant nécessairement figurer dans les résumés de passages aux urgences.

Les incertitudes sur la part de patients qui pourraient être pris en charge en ville portent essentiellement sur ceux relevant des catégories CCMU1 et 2, qui sont de loin majoritaires[440].

Selon l'enquête de la DREES, un passage sur cinq n'a pas comporté d'acte, ce qui recouvre la catégorie CCMU1. Cette donnée pourrait correspondre sous réserve d'analyses plus approfondies sur le profil sanitaire des patients en cause et toutes choses égales par ailleurs, à une réorientation éventuellement possible de l'ordre de 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville.

Cette donnée souligne tout l'intérêt prioritaire qui s'attache à ce que des études spécifique documentent précisément les coûts comparés de prise en charge en ville et à l'hôpital des patients à l'état de santé considéré comme d'une gravité peu élevée. Sur la base du différentiel entre le coût moyen estimé *supra* de 161,50 € par passage et du tarif des consultations en ville, l'ordre de grandeur des économies brutes susceptibles de résulter de la réorientation vers une prise en charge en ville de ces patients se présentant aux urgences, compte non tenu notamment des besoins de renforcement éventuels de la permanence des soins,

440. En 2012, à titre d'exemple, en Midi Pyrénées, 17,1 % des patients sont cotés en CCMU1 et 63,6 % en CCMU2.

pourrait être de l'ordre de 500 M€[441]. Ce chiffre mérite d'être considéré avec précaution et devrait être bien entendu affiné, mais il illustre les marges d'efficience susceptibles d'être dégagées.

L'analyse précise des soins apportés aux patients en CCMU2 apparaît essentielle par ailleurs au regard de la capacité de la médecine de ville à leur apporter une réponse satisfaisante en termes notamment de besoins complémentaires d'examens radiologiques et d'analyses biologiques.

B - Renforcer l'efficience de la permanence des soins ambulatoires

La Cour a mis en lumière dans l'enquête qu'elle lui a spécifiquement consacrée en 2013 les multiples fragilités du dispositif de la permanence des soins ambulatoires tel que progressivement organisé pour répondre aux demandes de soins la nuit, le weekend et les jours fériés à la suite de l'abandon en 2002 de l'obligation déontologique de garde des médecins libéraux.

Si en effet le principe d'une régulation médicale préalable à toute intervention a constitué une innovation majeure, les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins, par ailleurs particulièrement onéreuses, n'ont que très inégalement permis de mieux organiser la continuité d'une présence médicale adaptée sur l'ensemble du territoire.

L'articulation beaucoup plus étroite du dispositif ainsi institué avec les urgences hospitalières est une condition de sa consolidation. La difficulté grandissante de mettre effectivement en place aux horaires de « nuit profonde » les gardes effectuées par les médecins libéraux de moins en moins nombreux, au risque avéré de voir de nombreux secteurs non couverts, doit conduire à faire davantage reposer après minuit les prises en charge sur les urgences hospitalières. En dehors de ces horaires, les maisons médicales de garde devraient constituer une des principales alternatives au recours aux services d'urgences aux heures de la permanence des soins pour assurer une activité de consultation médicale non programmée en disposant d'un minimum d'équipements. Leur place reste cependant minoritaire dans le dispositif de prise en charge des urgences : peu nombreuses encore (369 en 2013), inégalement fréquentées, parfois mal financées, leur articulation avec l'hôpital est souvent imprécise.

441. Ce calcul se base sur l'hypothèse de 3,6 millions de consultations à 23 € prises en charge en ville (soit 82,8 M€) à comparer avec leur coût à l'hôpital sur la base d'un coût moyen par passage de 161,50 € (581,4 M€).

La place variable des maisons médicales de garde

La maison médicale de garde de Roubaix, située en face du centre hospitalier, créée en 1999, soutenue par l'hôpital et la mairie pour répondre aux besoins d'une population souvent en difficulté sociale, est considérée comme un complément indispensable du service des urgences.

À Toulouse en revanche, la maison médicale de garde implantée à l'hôpital de la Grave à Toulouse, située dans un établissement faisant partie du CHU, mais à distance des services d'urgence, attire à l'inverse peu de patients et n'a pas empêché l'augmentation des passages aux urgences des sites de Purpan et Rangueil.

Comme la Cour le soulignait, la poursuite souhaitable du développement des maisons médicales de garde devrait ainsi s'inscrire aussi étroitement que possible dans une complémentarité avec les urgences hospitalières en se situant autant que possible à leur proximité, voire au sein même des établissements de santé.

C - Développer de nouveaux modes d'accès à des soins non programmés en ville

Les données des ORU aussi bien que l'enquête de la DREES montrent que la majeure partie de l'activité d'accueil des urgences a lieu en journée (entre 8h00 et 20h00), en dehors des heures de la permanence des soins. Le besoin d'une prise en charge en dehors des horaires de travail n'est au demeurant évoqué que par 3 % des patients selon la DREES.

L'évolution de la pratique libérale se caractérise de fait par une tendance à la réduction des plages consacrées aux consultations sans rendez-vous au bénéfice des consultations programmées. L'institution du médecin traitant, auquel chaque assuré doit choisir de se rattacher[442], n'a pas, au demeurant, développé le réflexe de s'adresser à lui en cas de difficulté inopinée de santé : dans 61 % des cas le recours aux urgences n'a été précédé d'aucun avis médical. L'absence du médecin traitant n'est citée que par 6 % des patients comme expliquant leur passage aux urgences.

Les difficultés d'accéder à des consultations non programmées en dehors des urgences hospitalières conduisent à différentes

442. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, chapitre 3: le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, La Documentation française, février 2013, p. 579-585, disponible sur www.ccomptes.fr.

expérimentations, souvent à l'initiative d'établissements de santé soucieux de diminuer la pression sur leurs services.

Un exemple de consultations sans rendez-vous dans la région Centre

Pour lutter contre la désertification médicale et inciter les médecins libéraux à assurer une activité non programmée en journée, une expérience a été initiée par le centre hospitalier de Blois avec le soutien financier de l'ARS. La « plateforme alternative d'innovation en santé » (PAI.) favorise la coopération entre des médecins généralistes volontaires pour qu'ils assurent des consultations médicales non programmées, en journée, après un filtrage par un secrétariat commun. Ce dispositif permet une organisation spécifique de leur temps de travail sous forme d'une journée consacrée à cette activité dans la semaine. Le bilan dressé fait apparaître cependant que l'évaluation de l'impact de ce dispositif sur l'activité des urgences reste à faire.

Le développement de projets de consultations « H24 » sans rendez-vous en milieu hospitalier, comme l'a envisagé l'AP-HP à l'Hôtel Dieu, met aussi en évidence ce besoin de soins non programmés non couverts par la médecine de ville. Le risque existe cependant de reconcentrer alors sur l'hôpital des flux de patients qui devraient être pris en charge autrement.

De ce point de vue, la question est posée de la diffusion de nouveaux modes d'exercice des professionnels libéraux de santé selon une logique de regroupement de compétences associées dont l'expérimentation en cours de maisons de santé pluri-professionnelles, implantées dans les zones en risque de désertification médicale, peut constituer une préfiguration. Au nombre de 370 début 2014, elles voient pour partie leur financement conditionné à une organisation permettant chaque jour de recevoir des patients ayant besoin de soins non programmés.

Ce mode d'organisation pourrait également permettre de remédier aux difficultés de la médecine de ville pour prendre en charge la traumatologie, première cause de recours aux urgences (plus de 31 % pour les adultes et 36 % pour les enfants). Cette dernière demande une pratique et un environnement (accès rapide à l'imagerie, petit matériel chirurgical, aide infirmière etc.) qui ne correspondent pas aux organisations actuelles.

Serait ainsi à examiner, sur la base d'études de coûts comparatifs précis en termes d'investissement et de fonctionnement avec les prises en charge des mêmes soins au sein de services d'urgences disposant de circuits courts, l'opportunité pour certaines maisons de santé pluri-professionnelles ayant une activité importante de disposer d'un plateau technique minimum, autorisant à réaliser sur place des actes de soins pour

petite traumatologie et, dans des délais courts, certains examens d'imagerie et de biologie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Face à l'augmentation continue du recours aux urgences hospitalières, la solution a été recherchée plus dans la mobilisation de moyens supplémentaires que par la recherche d'une meilleure efficience, même si les efforts d'organisation conduits par nombre d'établissements se sont traduits par la diffusion progressive de nouvelles pratiques améliorant les conditions de prise en charge.

La persistance de certaines situations de tensions atteste cependant de la fragilité et des limites d'un dispositif demeuré trop centré sur l'hôpital, qui au-delà des urgences vitales et graves doit sans cesse davantage répondre à une demande de soins non programmés qui pourrait être pour une part sans doute très importante assurée en ville par d'autres acteurs du système de soins. Un passage sur cinq n'a pas nécessité d'autre acte qu'une consultation, soit en première analyse de l'ordre de 3 600 000 « passages évitables ». Sans préjudice de la proportion de patients pour lesquels les interventions complémentaires nécessaires auraient pu être pratiquées en ville, une réorientation de ce flux vers la médecine ambulatoire pourrait se traduire pour l'assurance maladie, toutes choses égales par ailleurs, par des économies de l'ordre de 500 ou 300 M€.

Ces constats amènent à considérer que l'amélioration de l'efficacité du dispositif dépend moins de l'allocation de nouveaux financements que d'une meilleure définition de la place et du rôle des services d'urgence dans le système de soins, en termes d'organisation interne des établissements, d'orientation des patients et d'articulation entre hôpital et médecine de ville.

Il revient aux pouvoirs publics d'en assurer un pilotage plus efficient. Trois types de mesures doivent y contribuer : améliorer la connaissance des motifs de recours aux urgences et des caractéristiques des patients, mieux diffuser les modes d'organisation innovants, faire évoluer le mode de financement sur la base d'une meilleure connaissance des coûts.

Il est indispensable que le ministère chargé de la santé se donne les moyens d'une meilleure connaissance des patients recourant aux urgences, notamment ceux qui ne sont pas hospitalisés et entreprenne, dans le cadre des travaux de révision de la tarification, une étude comparative sur les coûts respectifs de la prise en charge des patients,

de catégorie CCMU 1 et 2 notamment, en milieu hospitalier et en ville. Une généralisation des pratiques qui ont fait leurs preuves (filières courtes, gestion des lits, filières gériatriques…) est à promouvoir de manière plus vigoureuse. Le bon aboutissement de la révision de la tarification des services d'urgence, dont la Cour a plusieurs fois relevé la nécessité, est indispensable pour éviter qu'elle ne contrarie les efforts de régulation de l'activité et inciter davantage à l'efficience des prises en charge.

Plus essentiellement, le renforcement de la permanence des soins ambulatoires, notamment par la poursuite de la création de maisons médicales de garde étroitement articulées avec les urgences hospitalières, est à accompagner du développement de nouveaux modes d'accès en journée à des soins non programmés en médecine de ville. L'apport à cet égard des maisons pluriprofessionnelles de santé mériterait d'être conforté par l'examen de la possibilité d'adosser les plus importantes à un petit plateau technique.

La Cour formule les recommandations suivantes :

59. généraliser les nouveaux modes d'organisation interne des urgences qui ont fait preuve de leur efficacité (notamment circuits courts, mise en place de gestionnaires de lits, admissions directes en gériatrie) ;

60. faire évoluer la tarification en vue d'améliorer l'efficience des urgences, sur la base, notamment, de comparaisons des coûts de prise en charge à l'hôpital et en ville des patients nécessitant une simple consultation (recommandation réitérée) ;

61. mesurer et analyser les « passages évitables » aux urgences de patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville ;

62. renforcer la permanence des soins ambulatoires par le développement des maisons médicales de garde ;

63. développer la prise en charge en ville des soins non programmés, dans le cadre notamment de maisons de santé pluri-professionnelles dotées d'un plateau technique léger.

Chapitre XIII

L'assurance maternité : une place à clarifier

PRÉSENTATION

La maternité bénéficie en France, depuis la mise en place de la sécurité sociale, d'un régime de protection particulier dans un triple objectif sanitaire, social et nataliste.

Distincte de l'assurance maladie mais gérée pour leurs bénéficiaires respectifs par les différents régimes d'assurance maladie sans avoir été constituée en branche autonome, l'assurance maternité offre une couverture plus favorable que cette dernière.

Elle assure en effet, quel que soit le régime de rattachement, la prise en charge à 100 % de l'ensemble des soins médicaux pendant la majeure partie de la grossesse, l'accouchement et ses suites. Pour les ressortissantes du régime général, elle compense la perte du salaire pendant le congé de maternité par le versement d'indemnités journalières, à un taux égal à 100 % du salaire net. Pour celles qui appartiennent à d'autres régimes, des dispositions particulières les ont fait bénéficier également d'indemnités de repos.

La Cour a cherché à analyser ce champ de dépenses à la fois important – le total des dépenses de l'assurance maternité, tous régimes, s'est élevé à 7,3 Md€ en 2013 - et paradoxalement mal identifié[443].

Elle a constaté l'élargissement progressif de ce dispositif de protection spécifique et au périmètre peu cohérent (I). La dynamique rapide d'augmentation de la dépense lui est apparue insuffisamment analysée (II). La recherche d'une meilleure efficience nécessite ainsi de mettre en place une régulation adaptée dans un cadre clarifié (III).

443. La Cour complètera cette approche dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015 dont elle consacrera un chapitre à la problématique de l'organisation des maternités à partir de l'enquête qui lui a été demandée à ce sujet par la commission des affaires sociales du Sénat.

I - Une protection spécifique au champ de plus en plus large mais peu cohérent

A - Une couverture en développement continu

1 - Une prise en charge de soins non uniquement liés à la grossesse

Les prestations en nature de l'assurance maternité couvrent traditionnellement l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation directement liés à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Ce champ d'application s'est progressivement élargi au fil du temps avec la prise en charge de l'accouchement sans douleur (loi du 1er juillet 1956), de quatre consultations obligatoires (arrêté du 27 août 1971), du dépistage de la toxoplasmose, de la rubéole et de l'immunisation foeto-maternelle (décret du 17 mars 1978) et en 1996 de l'examen médical du futur père si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire.

En 1989, la prise en charge à 100 % par l'assurance maternité des examens obligatoires des enfants de moins de six ans[444] a fait sortir l'assurance maternité de son périmètre initial pour la faire contribuer à la politique de périnatalité.

L'ordonnance n° 2004-1455 du 15 avril 2004 et le décret et l'arrêté du 23 décembre 2004 pris pour son application ont étendu encore le champ de l'assurance maternité. Elle est désormais définie par rapport à deux critères : d'une part une période, qui va du quatrième mois précédant la date présumée de l'accouchement à 12 jours après ce dernier, pendant laquelle relèvent de l'assurance maternité l'ensemble des soins dont bénéficie une femme enceinte, qu'ils soient désormais ou non en

444. Article L. 2132-2 du code de la santé publique. Ces examens sont au nombre de neuf la première année, trois la deuxième année puis de deux par an jusqu'à l'âge de six ans.

relation directe avec son état ; d'autre part une série de prestations spécifiques[445].

2 - Une extension des dispositifs d'indemnisation des congés liés à la maternité

Les salariées bénéficient d'indemnités journalières dites de repos pendant leurs congés de maternité depuis la création du régime général. Si un arrêt de travail obligatoire minimum de huit semaines est imposé, la salariée enceinte a droit à un congé de maternité indemnisé beaucoup plus long, variant de 16 à 26 semaines selon le nombre d'enfants déjà à charge et jusqu'à 46 semaines en cas de naissances multiples.

Tableau n° 72 : durée du congé maternité (cas des salariées)

	Avant la date prévue d'accouchement	Après la date prévue d'accouchement	Total
Naissance unique portant à 1 ou 2 le nombre d'enfants à charge	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Naissance unique portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge (ou lorsque l'assurée a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables)	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Naissance de jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Naissance de triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Source : Cour des comptes

Un congé supplémentaire de 14 jours également indemnisé à 100 % du salaire net pris en charge par l'assurance maternité dit « congé pathologique » peut être accordé sur prescription médicale.

445. Outre les soins obligatoires pris en charge au cours des quatre premiers mois (7 examens médicaux), ces soins comprennent : caryotype fœtal et amniocentèse, dépistage du VIH, dosage de la glycémie, séances de préparation à l'accouchement psycho-prophylactique, IVG thérapeutique ou non volontaire, séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

La problématique de l'allongement du congé maternité

En 2008, la Commission européenne a proposé de porter la durée du congé maternité fixée au plan européen de 14 à 18 semaines. En effet, en Europe, si un certain nombre de pays offrent un congé maternité d'une durée égale aux 16 semaines dont bénéficient les salariées en France (l'Espagne, l'Autriche ou les Pays-Bas), d'autres accordent un congé plus court, comme l'Allemagne (14 semaines) et la Belgique (15 semaines). En revanche, les congés indemnisés sont plus généreux dans un nombre significatif de pays, notamment le Danemark (18 semaines), l'Italie (5 mois), le Royaume-Uni (39 semaines), la Suède (inclus dans le congé parental de 480 jours à partager entre parents). Le taux d'indemnisation du congé maternité varie selon les pays.

La France avait annoncé qu'elle ne s'opposerait pas à une telle proposition en dépit du coût évalué à l'époque à 250 M€. Le Parlement européen ayant demandé de porter la durée du congé à 20 semaines et d'augmenter son indemnisation, ce qui aurait porté le coût pour la France à 1,3 Md€. Ce projet n'a pas abouti.

Sous des formes spécifiques, des modes d'indemnisation ont été plus récemment mis en place pour d'autres catégories. Les exploitantes agricoles peuvent recevoir une allocation de remplacement, versée directement par l'assurance maternité du régime agricole à un service de remplacement ou sur présentation du contrat de travail et des bulletins de salaires du salarié embauché à cette fin[446]. Les travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI) bénéficient d'une allocation forfaitaire de repos maternel (3 086 € en 2013), sans lien avec l'arrêt d'une activité professionnelle et à la condition d'une cessation de travail d'au moins 44 jours consécutifs, d'une indemnité journalière forfaitaire (2 231,68 € en 2013 et 3 753,28 € pour une interruption de 74 jours, durée maximale d'indemnisation). Les professionnels de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés bénéficient pour leur part sous réserve de cesser toute activité professionnelle non pas d'une allocation forfaitaire mais d'indemnités journalières (50,72 € en 2013) sur une durée plus longue, alignée depuis 2006 sur celle du régime général.

Cette extension progressive a été complétée par l'institution en 2002 au bénéfice des pères, sous condition de cessation effective d'activité, d'un congé de paternité[447] de 11 jours, s'ajoutant aux trois

446. En 2011, seules 53 % des femmes éligibles y ont eu recours.

447. Prévu à l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale, il a été rebaptisé au 1er janvier 2013 « congé de paternité et d'accueil de l'enfant » par la loi de financement pour 2013.

jours de congé de naissance prévus par le droit du travail et indemnisé dans les mêmes conditions que le congé de maternité.

B - Des prestations plus favorables que celles de l'assurance maladie

1 - Une prise en charge intégrale des soins

La prise en charge à 100 % des futures mères pour les soins liés ou non à leur état, quelle qu'en soit la cause, du sixième mois de leur grossesse au 12ème jour qui suit l'accouchement, la période de grossesse antérieure étant prise en charge au titre de l'assurance maladie dans les conditions de droit commun, n'inclut pas seulement la suppression complète de tout ticket modérateur, mais également l'exonération de la participation forfaitaire d'un euro, de la franchise, du forfait de 18 € et du forfait hospitalier. Seuls les dépassements d'honoraires éventuels restent à la charge de l'assurée ou de sa couverture complémentaire.

Tableau n° 73 : répartition entre l'assurance maternité et l'assurance maladie en fonction de la date théorique d'accouchement (J)

<table>
<tr><th>J-9 mois à J-4 mois</th><th>J-4 mois à J</th><th>J à J+12</th><th>J+13 et +</th></tr>
<tr><td>Assurance maladie pour toutes les prestations sauf :</td><td colspan="2" rowspan="2">Prise en charge par l'assurance maternité à 100 % de tous les soins même sans rapport avec la grossesse</td><td>Assurance maladie pour toutes les prestations sauf :</td></tr>
<tr><td>prise en charge par l'assurance maternité des soins « obligatoires » (à 100 %)</td><td>prise en charge par l'assurance maternité de la rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne (à 100 %)</td></tr>
</table>

Assurance maternité *Assurance maladie*

Source : Cour des comptes

Comme la Cour l'a précédemment relevé[448], l'assurance maternité assure ainsi une prise en charge particulièrement étendue. Ce dispositif apparaît au demeurant spécifique à la France, puisque selon la direction de la sécurité sociale, le suivi médical de la grossesse est pris en charge

448. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, La Documentation française, septembre 2011, p. 304, disponible sur www.ccomptes.fr.

ailleurs en Europe dans les mêmes conditions que les autres prestations de santé.

2 - Des prestations en espèces plus élevées

Le taux de remplacement pour les ressortissants du régime général est nettement plus favorable en matière d'assurance maternité que d'assurance maladie. Il est en effet de 100 % du salaire net moyen des trois derniers mois pour les indemnités journalières maternité contre 50 % du salaire brut pour les indemnités journalières maladie. Leur plafond est également plus élevé : il reste égal au plafond de la sécurité sociale (soit 3 129 € nets par mois en 2014), alors que celui des IJ maladie a été ramené à 1,8 fois le SMIC en 2012 (soit 2 039 € nets par mois).

Pour ce qui est des travailleurs indépendants, le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail pour maternité est également plus favorable que celui des indemnités journalières pour maladie. S'agissant des exploitants agricoles, le dispositif d'allocation de remplacement en cas d'arrêt de travail pour grossesse a précédé l'institution d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, qui n'a été mis en place que depuis le 1er janvier 2014.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Ouvert aux pères (et au conjoint de la mère depuis 2013) quel que soit leur régime d'appartenance sous réserve de leur arrêt de travail, il a bénéficié en 2012 à 432 139 personnes, pour un coût total de 280 M€[449]. Selon une étude de la DREES[450] de 2005, près des deux tiers des pères (66,4 %) avaient alors pris leur congé de paternité, ceci d'autant plus fréquemment qu'ils sont plus jeunes (71 % des 25-34 ans contre 58 % des pères âgés de 35 ans et plus), que leur conjointe travaille (70 % des conjoints de femme active contre 59 % des conjoints de femmes au foyer et 58 % des conjoints de femmes au chômage), qu'ils travaillent dans le secteur public (87 % contre 68 % pour les salariés du privé et 22 % pour les travailleurs indépendants et les agriculteurs). Pour près de 95 % des pères en ayant bénéficié, le congé de paternité était pris pour la totalité de sa durée légale.

3 - Un effort financier supplémentaire dépassant 1,5 Md€

Par rapport à une prise en charge au titre de l'assurance maladie, selon les estimations de la CNAMTS, l'amélioration de la couverture

449. CNAF, données basées sur les remboursements effectifs, intégrant l'ensemble des régimes de sécurité sociale et les fonctionnaires.
450. DREES, Études et résultats, n° 442, Le congé de paternité, novembre 2005.

procurée par l'assurance maternité représente une dépense supplémentaire de 315 M€ au titre de la seule exonération de ticket modérateur (hors franchises) des soins de ville et 72 M€ du fait de l'exonération du forfait journalier lors d'une hospitalisation.

S'agissant des indemnités journalières, le montant estimé du différentiel induit par l'écart de taux de remplacement est estimé par la CNAMTS à environ 1,2 Md€.

L'effort financier global interrégimes dépasse ainsi 1,5 Md€, soit 22 % de l'ensemble de la dépense prise en compte par l'assurance maternité.

C - Un périmètre peu cohérent

La très grande proximité de l'assurance maternité et de l'assurance maladie, gérées par les mêmes organismes, a favorisé une répartition empirique des prises en charge entre les deux risques, avec pour conséquence un manque de cohérence de leurs périmètres respectifs.

Avant le 6ème mois de grossesse, seuls les consultations et dépistages limitativement énumérés bénéficient de la couverture à 100 %. *A contrario*, à compter du début du 6ème mois, tous les soins médicaux quels qu'ils soient sont couverts à 100 %, sans qu'il soit examiné s'ils ont ou non un lien avec la grossesse. Des anomalies existent, comme la prise en charge par l'assurance maladie des deux premières échographies de la grossesse qui constituent pourtant aujourd'hui des étapes obligées d'un suivi complet de la femme enceinte.

Les dépenses engagées à l'occasion de la naissance sont partagées entre assurance maternité et assurance maladie selon des règles peu logiques. Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, la même hospitalisation d'une mère et de son enfant lors de la naissance fait ainsi l'objet de deux tarifications distinctes (deux « groupes homogènes de séjour » ou « GHS », appartenant à deux « catégories majeures de diagnostic »[451] différentes), l'une pour l'accouchement *stricto sensu* et l'hospitalisation de la mère, la seconde pour l'hospitalisation des nouveau-nés consécutivement à la naissance, cette dernière étant imputée à l'assurance maladie quel que soit l'état de santé de l'enfant, pathologique ou non. Un total d'environ 1,4 Md€ de dépense fonctionnellement indissociable de l'accouchement n'est par là même pas

451. Ou « CMD ». La CMD 14 couvre les « grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et la CMD 15 les « nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ».

comptabilisé en assurance maternité, mais en maladie. Cette situation, neutre du point de vue de l'assuré qui bénéficie de l'exonération du ticket modérateur, ne permet pas d'avoir une vision complète de la prise en charge de la maternité.

A contrario, on peut s'interroger sur la prise en charge par l'assurance maternité des examens obligatoires dont bénéficient les enfants de moins de six ans (évaluée par la CNAMTS à un montant de 66 M€ en 2012, tous régimes). L'imputation à l'assurance maladie serait plus logique et contribuerait à permettre un suivi plus cohérent des dépenses véritablement imputables à la grossesse et à la naissance.

Enfin, les indemnités journalières de paternité sont prises en compte dans les charges de l'assurance maternité (280 M€ en 2012), bien qu'elles soient finalement remboursées aux régimes par la CNAF, étant considérées comme relevant en réalité de la politique familiale.

II - Une dépense en augmentation rapide et insuffisamment analysée

La dépense d'assurance maternité ne fait pas l'objet d'analyse régulière de ses déterminants, alors même que sa progression est dynamique.

A - Une hausse importante des dépenses déconnectée de la démographie

Les dépenses comptabilisées au titre de l'assurance maternité ont représenté en 2013 un total de 7,3 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 6,8 Md€ pour le seul régime général, qui représente à lui seul près de 93 % du total. Sur ce total, les prestations en espèces atteignaient 3,3 Md€ soit 45 % de la dépense, les soins en établissements de santé publics et privés 3 Md€ soit 41 % de la dépense et les soins de ville 1 Md€ soit 14 % du total.

Des dépenses en établissements calculées de façon forfaitaire

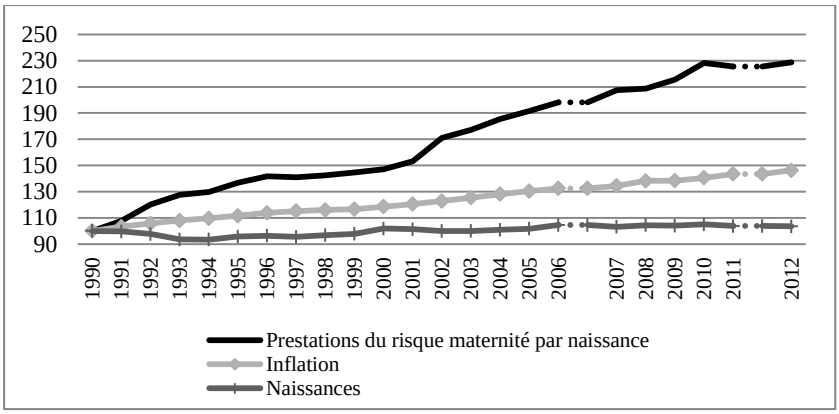
Les dépenses en établissements de santé prises en compte dans l'assurance maternité connaissent une évolution erratique due aux modalités de répartition des dépenses en hôpitaux publics entre risques et entre régimes, réalisée de façon purement forfaitaire. Cette situation a justifié une réserve de la Cour dans le cadre de la certification des comptes 2012 de la CNAMTS[452]. Les calculs de la Cour sur les données du PMSI 2012 montrent qu'en tenant compte de l'activité tarifée des établissements, ces dépenses se seraient élevées à 2,1 Md€ en 2012 et non à 2,5 Md€, comme l'indiquent les comptes 2012 des différents régimes (-378 M€). L'analyse présentée ci-après doit donc être examinée en tenant compte de cette incertitude portant sur 45 % du total de la dépense de l'assurance maternité. À partir des comptes 2014, cette anomalie devrait toutefois être corrigée[453].

La dépense d'assurance maternité a été multipliée par 2,5 depuis 1990 (en euros courants). La natalité, dont la progression est beaucoup plus faible, ne peut pas en constituer l'explication sur le moyen terme (graphique n° 1). Comme le montre le tableau ci-après, l'augmentation des dépenses de maternité est en revanche corrélée à celle des prestations équivalentes servies par le risque maladie, donc aux coûts associés au fonctionnement du système de soins, d'une part et à la dynamique des indemnités journalières, d'autre part.

452. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale exercice 2012* p. 30 à 33, La Documentation française, juin 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

453. L'article 45 de la LFSS pour 2014 fixe le principe d'une répartition des dépenses hospitalières sur la base des informations disponibles dans le PMSI de l'année précédente, à partir des comptes 2014.

Graphique n° 21 : assurance maternité et démographie



NB : rupture de série en 2006 et 2011.

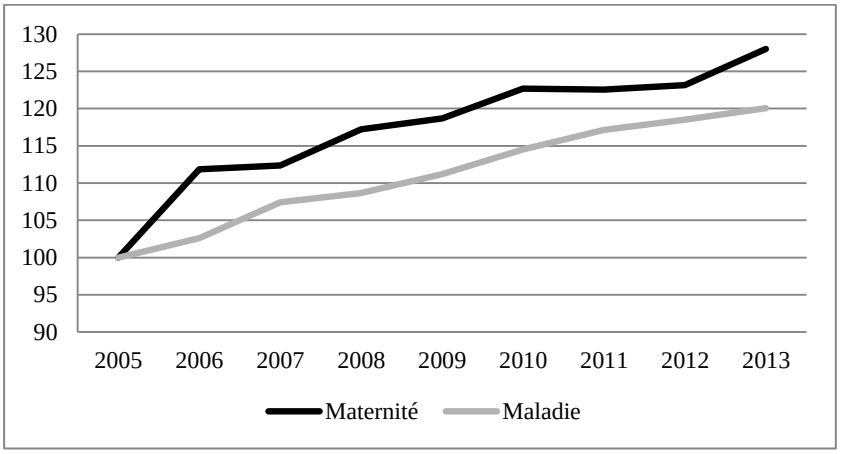
Source : INSEE, DREES comptes de la protection sociale (prestations d'assurance maternité en euros courants hors accueil du jeune enfant), base 100 en 1990.

B - Une dynamique forte des soins de ville

1 - Des dépenses de soins de ville à la progression plus rapide que celles relevant de l'assurance maladie

Depuis 2005, la hausse de la part des soins de ville dans la prise en charge au titre de la maternité est supérieure à celle constatée sur la même période pour le risque maladie. Cette dynamique différentielle semble s'accélérer en 2013 au vu des données disponibles qui portent sur le seul régime général (+4,4 % en un an).

Graphique n° 22 : dynamique des remboursements des soins de ville depuis 2005

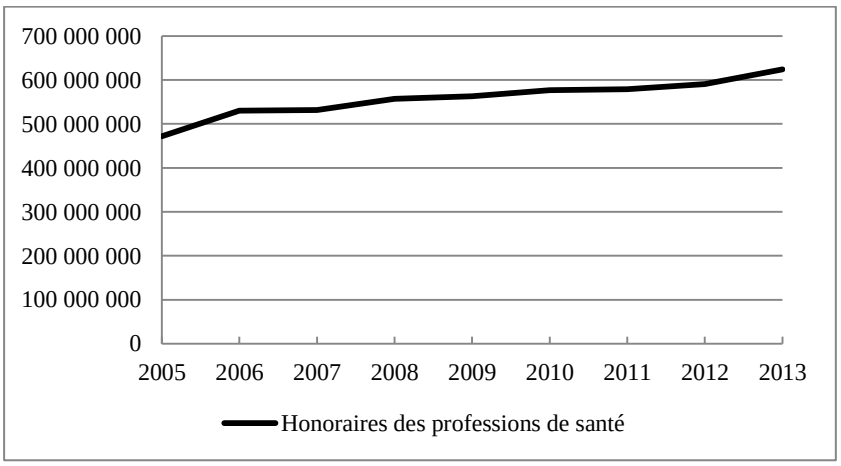


Base 100 en 2005

Source : DSS (données tous régimes)

Près de 75 % de la hausse des remboursements de soins de ville constatée depuis 2005 (+181 M€) est imputable à celle des honoraires des professions de santé (hors dépassements), qui progressent de +26,5 % entre 2005 et 2012.

Graphique n° 23 : dépenses remboursées au titre des honoraires des professions libérales de santé en euros (régime général)

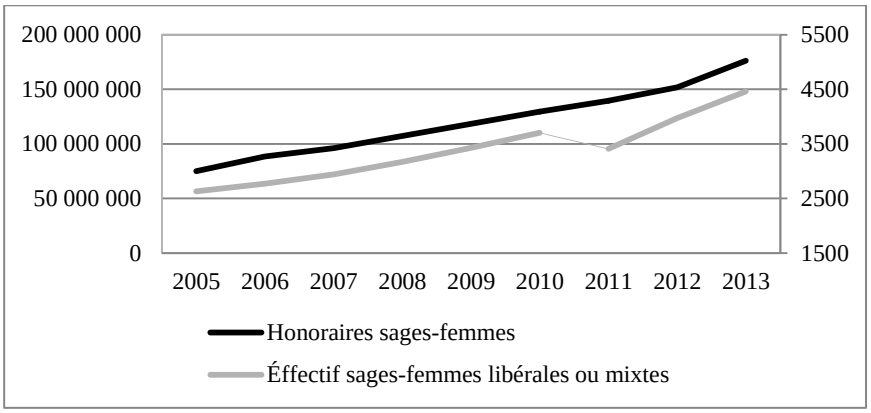


Source : données CNAMTS, calculs Cour des comptes

2 - Des honoraires de sages-femmes dont la hausse s'accélère

Plus de la moitié (55 %) de la progression des dépenses remboursées de soins de ville est imputable aux honoraires des sages-femmes, en forte progression (+135 % depuis 2005, passant de 75 à 176 M€, avec une accélération en 2013 : +16 %), en raison de la hausse très importante du nombre d'actes remboursés et, depuis 2012, de la revalorisation tarifaire alors intervenue, dans un contexte marqué par une augmentation rapide des effectifs des sages-femmes installées en libéral.

Graphique n° 24 : Honoraires en euros et effectifs des sages-femmes



Source : données DREES (France entière, rupture de série en 2011 due au changement de base de donnée ADELI-RPPS) et CNAMTS (dépense remboursée au titre des honoraires – régime général-).

La ventilation des honoraires des sages-femmes n'a que peu évolué depuis 2011[454]. La préparation à la naissance en représente la moitié (49 %) avec une croissance rapide de la dépense correspondante (81 M€ en 2012 contre 66 M€ en 2009, +23 %). La rééducation périnéale est à l'origine de 28 % des honoraires, les échographies 0,7 %, l'accouchement 1,3 %, les consultations et le suivi de grossesse 13,5 %.

3 - Des honoraires des médecins spécialistes en léger recul

Les remboursements au titre des honoraires des médecins spécialistes (gynécologues-obstétriciens et anesthésistes principalement),

454. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, La Documentation française, septembre 2011, p. 173 à 198, disponible sur www.ccomptes.fr.

qui représentent le tiers de la dépense de soins de ville et la moitié des honoraires, connaissent une baisse de -4 % depuis 2006, sans doute en lien avec le désengagement observé des cliniques privées de l'activité d'obstétrique[455] et dans le contexte d'une absence de revalorisation des honoraires de ces professions.

Pour autant, les médecins spécialistes en charge de la maternité pratiquent des dépassements d'honoraires importants qui pèsent non sur l'assurance maternité mais sur les patientes, soit directement, soit par le biais des dispositifs d'assurance maladie complémentaire. Ainsi, en 2013, les gynécologues-obstétriciens connaissaient un taux de dépassement moyen de 76,1 %, par rapport aux honoraires conventionnels et réalisaient 24,9 % de leurs actes au tarif opposable, contre un taux de dépassement de 56,3 % et un taux d'actes au tarif opposable de 34,6 % pour la moyenne de l'ensemble des médecins spécialistes[456].

C - Des indemnités journalières plus dynamiques qu'en matière de maladie

1 - Une hausse constante et linéaire

La masse des prestations en espèces de maternité est égale à la moitié du total des indemnités journalières maladie[457]. Leur hausse est constante et linéaire[458], contrairement à l'évolution significativement plus heurtée de ces dernières.

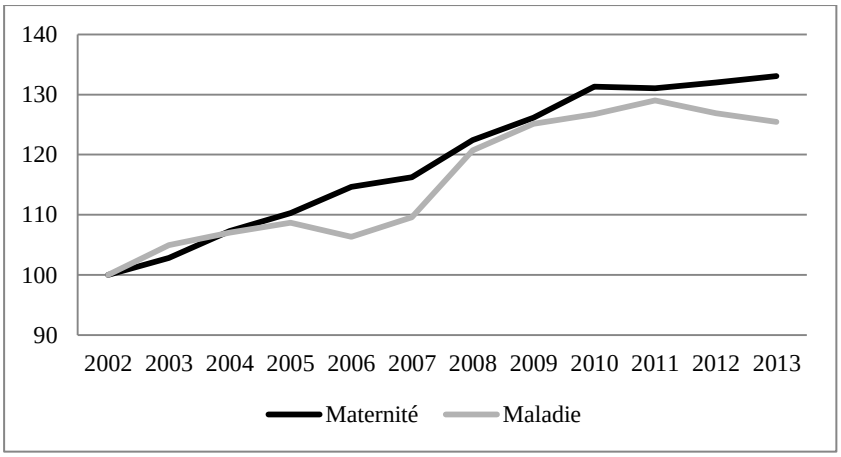
455. Les honoraires des praticiens facturés dans le cadre de leur activité réalisée dans les cliniques privées sont imputés sur les dépenses de soins de ville.

456. Source : CNAMTS DCIR 2013 – tous régimes – France entière – tous actes (cliniques et techniques).

457. Alors que le total des prestations de l'assurance maternité ne représente que 4,4 % des dépenses du risque maladie, la masse des prestations en espèces de maternité représente 48 % de celle des prestations en espèces de maladie.

458. La mise en place du congé paternité en 2002 représentant alors une hausse de 6 % de la dépense.

Graphique n° 25 : les prestations en espèces (hors paternité)



Source : DSS (données tous régimes). Base 100 en 2002.

La dynamique d'augmentation des indemnités journalières maternité est sans doute entretenue par des facteurs objectifs comme la progression de l'emploi féminin[459], voire pour partie par un effet de rattrapage très lent et progressif de leur rémunération sur les salaires masculins[460]. Mais aucune analyse précise n'est faite des déterminants de cette progression ni de son infléchissement récent[461].

2 - L'incidence des congés pathologiques

Le congé de maternité est significativement plus long que sa durée règlementaire, en raison de la possibilité de bénéficier d'un congé

459. INSEE Première, n° 1462 – août 2013 « Entre 2003 et 2011, le taux d'emploi en ETP des femmes augmente d'un point quand celui des hommes recule de trois points. ».

460. INSEE Première, n° 1436 – mars 2013 « Dans le secteur privé, l'écart de revenu salarial entre hommes et femmes a peu évolué de 1995 à 2008, passant de 34 % à 32 %. Avec la crise économique de 2008 et 2009, cet écart s'est contracté pour atteindre 28 % en 2010. En effet, la crise a touché tout particulièrement les secteurs d'activité à prédominance masculine (…). Par ailleurs, l'écart de salaire horaire entre hommes et femmes s'est amenuisé lentement entre 1995 et 2008 passant de 21 % à près de 19 %. Depuis 2008, il s'est réduit plus rapidement, atteignant moins de 18 % en 2010, suite à la stagnation du salaire horaire des hommes ».

461. Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2012, p. 108, ce ralentissement, moindre que celui des indemnités maladie, traduirait « un ajustement des comportements à la conjoncture et à la dégradation de l'emploi ».

pathologique accordé, obligatoirement, en cas de complications, dans la limite de deux semaines en une ou plusieurs fois pendant la période prénatale et indemnisé selon les règles du congé maternité. En pratique, 60 % des femmes enceintes en bénéficient selon une étude récente de la CNAMTS[462], pour un coût chiffré par celle-ci à la demande de la Cour à 124 M€ en 2011 [463], soit 4,5 % de la dépense totale d'indemnités journalières maternité.

Bien que ce congé soit accordé uniquement sur prescription médicale, la notion de « grossesse pathologique » semble toutefois parfois interprétée de manière très large. Ainsi, selon une enquête de la DREES remontant à 2006[464], le bénéfice d'un congé pathologique paraît avant tout corrélé à la stabilité de la situation dans l'emploi, davantage qu'à l'âge de la mère, à la présence au foyer de jeunes enfants, au temps de trajet élevé ou à la pénibilité du travail.

Alors que les prestations prises en charge par l'assurance maternité entrent comme celles de l'assurance maladie dans le champ du contrôle médical, ainsi que le précise expressément le code de la sécurité sociale, la pertinence du congé pathologique de maternité ne fait l'objet d'aucun contrôle par les médecins conseils de la CNAMTS.

D - Une durée moyenne de séjour en maternité atypique et coûteuse

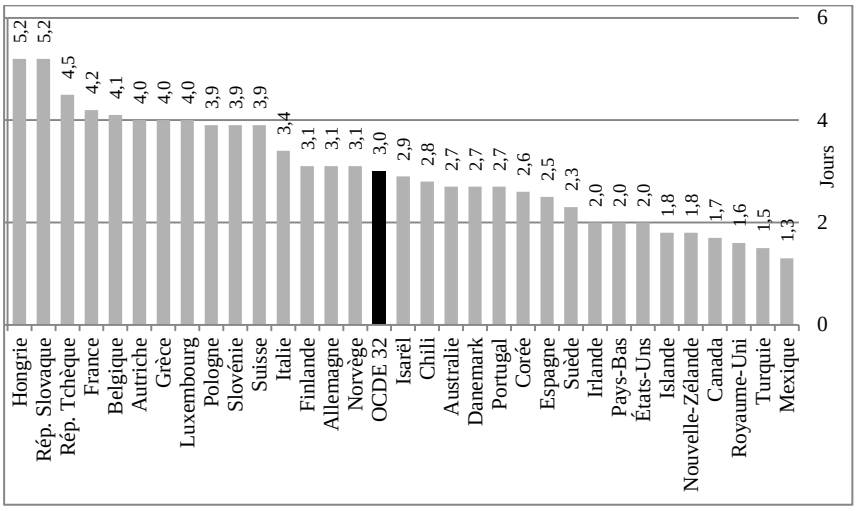
1 - Une baisse très progressive de la durée de séjour sans impact pour l'assurance maladie-maternité

En France, la durée moyenne de séjour (DMS) pour un accouchement normal a diminué de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011. Toutefois, elle a baissé de façon équivalente dans l'ensemble des pays de l'OCDE[465], passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3 jours en 2011. La DMS en France reste ainsi supérieure d'un tiers à celle des autres pays de l'OCDE : elle est en Italie est de 3,4 jours, en Allemagne de 3,1 jours, au Royaume-Uni de 1,6 jour.

462. Étude de la CNAMTS portant sur 318 000 patientes du régime général hors SLM ayant accouché en 2011.
463. Année peu propice à l'allongement des congés au regard de la conjoncture.
464. DREES, *Études et résultats, n° 531,* Le congé de maternité, octobre 2006.
465. Panoramas de la santé 2013, les indicateurs de l'OCDE.

Depuis 2005, la baisse de la durée de séjour pour l'accouchement normal en France est extrêmement progressive : environ -1 % par an en moyenne (environ -8,5 % entre 2005 et 2013).

Graphique n° 26 : durée moyenne de séjour pour accouchement normal dans l'OCDE



Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 - durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2011 (ou année la plus proche)

La baisse de la durée moyenne de séjour permet une réduction des coûts pour les établissements mais les tarifs facturés à l'assurance maternité (ou à l'assurance maladie pour les nouveau-nés) restent identiques tant que la durée d'hospitalisation reste comprise entre deux et sept jours. En conséquence, les établissements ont intérêt à réduire la durée moyenne de séjour, mais l'assurance maladie-maternité n'en tire aucun bénéfice. Une telle tarification, forfaitaire et insuffisamment dégressive, devrait être adaptée pour mieux concourir à la maîtrise de la dépense.

Sur la base d'un chiffrage par la CNAMTS du coût marginal de la dernière journée d'hospitalisation à 482 €[466], si la durée moyenne de séjour de la France pour un accouchement sans complication (4,2 jours) rejoignait la moyenne de l'OCDE (trois jours), il en résulterait une économie théorique brute (avant financement des nécessaires mesures d'accompagnement) de 318 M€.

466. Calcul CNAMTS à partir des données de l'enquête nationale sur les coûts à méthodologie commune, sur les tarifs en vigueur au 1er mars 2011.

2 - Le programme d'accompagnement du retour à domicile : un dispositif dont l'intérêt économique reste à démontrer

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) constitue l'action principale conduite par la CNAMTS dans le secteur de la périnatalité.

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)

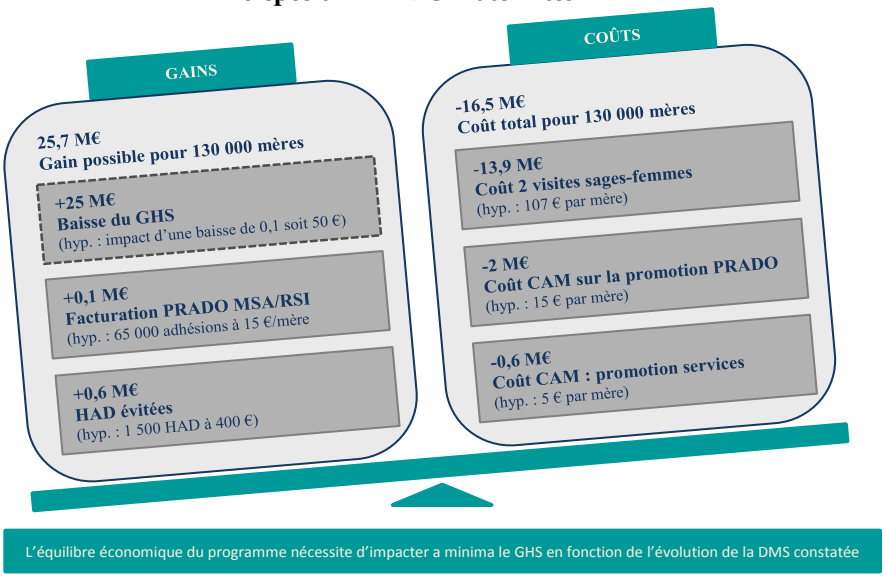
Le principe du programme PRADO, développé par la CNAMTS depuis 2010 jusqu'à sa généralisation en 2013, est de faciliter le retour au domicile après la naissance, grâce à un accompagnement effectué par une sage-femme libérale. Après avis de l'équipe médicale, un conseiller de l'assurance maladie (personnel administratif) rend visite à la mère à la maternité le lendemain de son accouchement pour présenter le dispositif et recueillir son éventuelle adhésion. Le conseiller convient avec elle d'un rendez-vous avec une sage-femme (choisie par la mère) pour deux visites au domicile. La première visite a normalement lieu dans les 48h suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans la semaine) et la deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme assurant le suivi.

En 2013, pour 130 000 bénéficiaires, le coût total du programme est estimé à environ 16,5 M€ dont 13 M€ au titre des honoraires de sages-femmes[467], ce qui a contribué à la hausse importante de ces derniers (cf. *supra*).

L'intérêt économique du dispositif n'est ainsi assuré que si la hausse des honoraires de sages-femmes est plus que compensée par des économies réalisées sur le coût de l'hospitalisation, comme l'indique le schéma prévisionnel de la CNAMTS reproduit ci-dessous. L'économie principale est constituée par la « baisse du GHS[468] », c'est-à-dire la baisse des tarifs de l'acte d'accouchement et de la prise en charge des nouveau-nés, chiffrée par la CNAMTS dans la simulation *infra* à 25 M€.

467. Soit 107 € par bénéficiaire (deux visites de sage-femme à 44,80 €, plus des frais de déplacement).
468. Ou « groupe homogène de séjours », unité de tarification des actes hospitaliers.

Schéma n° 4 : justification par la CNAMTS de l'intérêt économique du dispositif PRADO maternités



Source : CNAMTS

L'effet du programme sur le retour plus précoce à domicile reste toutefois extrêmement faible : seulement 5 % des bénéficiaires sont rentrées chez elles un jour plus tôt et 95 % sont rentrées le jour initialement prévu[469]. Par ailleurs, aucune baisse des tarifs des groupes homogènes de séjours de l'accouchement ou du nouveau-né n'a été mise en œuvre, ni en 2013 ni en 2014. Le PRADO peut cependant avoir contribué à une baisse des hospitalisations à domicile mais pour une économie inférieure à 1 M€. Au total, seuls les coûts associés au programme PRADO ont effectivement été constatés, les économies restant à ce stade pour l'essentiel virtuelles.

Le programme PRADO doit viser beaucoup plus nettement à une accélération de la diminution de la durée moyenne de séjour tout en garantissant la santé des femmes et des nouveau-nés. Il est nécessaire pour cela que les femmes en bénéficiant sortent effectivement de la maternité de façon plus précoce, sous réserve d'appréciation médicale et que la tarification de la naissance permette la répercussion des économies engendrées de ce fait pour les établissements sur les charges de

469. La durée moyenne de séjour des 130 000 femmes bénéficiaires en 2013 était de 3,98 jours, contre 4,03 pour les femmes à qui le programme a été présenté et qui n'ont pas souhaité en bénéficier.

l'assurance maternité afin notamment de financer le surcoût associé au suivi par les sages-femmes.

III - Des clarifications indispensables

A - Un champ à réinvestir

1 - Une dépense à l'efficience insuffisante

La hausse importante des dépenses de maternité constatée depuis 15 ans n'a pas permis d'améliorer significativement l'état de santé des mères et de leurs enfants. Les résultats de la France en matière de périnatalité sont restés dégradés par rapport aux autres pays, comme la Cour l'a déjà souligné [470]. Ces mauvais résultats interrogent les conditions d'organisation des soins mais aussi la pertinence de l'allocation actuelle des ressources, comme la Cour l'a aussi mis en évidence[471].

La rareté des analyses sur un champ de dépenses aussi important apparaît à cet égard très préjudiciable à une évaluation de certaines prises en charge assurées par l'assurance maternité et à une réorientation de dépenses qui apparaitraient alors peu efficientes et mal ciblées.

Comme l'avait noté la Cour en 2011 se pose notamment à cet égard la question des prestations assurées par les sages-femmes en matière de préparation à la naissance[472]. Alors que la Haute autorité de

470. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, janvier 2012, Tome II p. 396 à 428, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

471. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale », La Documentation française, septembre 2011, p. 300, disponible sur www.ccomptes.fr.

472. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, La Documentation française, septembre 2011, p. 198, disponible sur www.ccomptes.fr.

santé a indiqué que l'utilité de ces séances n'est pas démontrée[473], l'équilibre entre le dispositif de préparation prénatal[474] et le renforcement du suivi post-natal[475] mérite d'être réexaminé dans le double but d'amélioration du suivi des femmes et des nouveau-nés et de maîtrise des coûts.

2 - La nécessité d'une régulation adaptée

L'assurance maternité ne fait pas l'objet d'un pilotage spécifique de ses dépenses alors même que celles-ci sont importantes.

Depuis sa création, l'ONDAM intègre certes les dépenses de prestations en nature prises en charge de l'assurance maternité et à ce titre ces dernières sont régulées dans le cadre des différents sous-objectifs qui les incluent.

Pour autant, en matière d'hospitalisation, cette régulation n'est pas suffisamment sous tension, comme le montre la persistance d'écarts importants en matière de durée moyenne de séjour entre la France et ses voisins. Plus généralement, aucune étude n'est disponible pour apprécier l'évolution de l'efficience du dispositif de soins en maternités. Une première étude vient seulement d'être lancée à ce sujet par la DREES et la CNAMTS, dont les résultats seront connus seulement au début de l'année 2015. En tout état de cause, il n'est pas acquis que des gains d'efficience aient été rétrocédés à l'assurance maternité. En effet, la baisse des tarifs appliquée ces dernières années aux CMD 14 et 15[476], spécifiques de la prise en charge de la naissance (cf. *supra),* est strictement identique à celle connue par les autres activités des hôpitaux, qui n'ont pas fait l'objet d'une restructuration comparable.

Les indemnités journalières maternité /paternité ne sont pas pour leur part comprises dans le champ de l'ONDAM. Selon la commission des

473. « L'efficacité de la PNP (préparation à la naissance et à la parentalité) reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale. (…) Il n'existe aucune preuve du bénéfice potentiel de ces différentes techniques pour faciliter la naissance et les relations avec l'enfant ». Recommandations pour la pratique clinique concernant la préparation à la naissance et à la parentalité, Haute Autorité de santé, novembre 2005.

474. Dans un contexte où selon la DREES « en sept ans, les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passés de 74,9 % à 81,4 %. » Enquête nationale périnatale, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, mai 2011.

475. Notamment au vu du développement du programme PRADO.

476. Définies *supra* note 8.

comptes de la sécurité sociale[477], elles représentaient en 2013 19 % du total des prestations qui ne sont pas prises en compte par ce dernier.

Il convient dorénavant de reconsidérer le choix fait en 1996 lors de la définition de l'ONDAM de ne pas y inclure les prestations en espèces de l'assurance maternité. Cette mesure de compromis reflétait à la fois la réticence à soumettre l'assurance maternité à une quelconque régulation et l'incapacité à isoler les prestations en nature relevant de l'assurance maternité de celles relevant de l'assurance maladie.

Les masses financières en jeu, la dynamique forte de la dépense, l'impératif d'amélioration de l'efficacité de celle-ci en termes de santé publique imposent en effet une information plus complète du Parlement et doivent inciter à rechercher sous des formes adaptées une meilleure maîtrise de dépenses auxquelles il n'a été jusqu'ici prêté que peu d'attention[478]. L'inclusion des indemnités journalières maternité dans l'ONDAM serait de nature notamment à favoriser une démarche de maîtrise du congé pathologique. Surtout, elle empêcherait que la progression des indemnités journalières de maternité ne se traduise automatiquement par une aggravation du déficit et de la dette sociale puisqu'elle devrait être compensée par de moindres augmentations d'autres dépenses dans la logique d'enveloppe globale qui est celle de l'ONDAM.

B - Une place à clarifier

À certains égards, l'assurance maternité n'a aujourd'hui d'unité propre que parce qu'elle est identifiée distinctement dans les comptes de la caisse nationale d'assurance maladie. Mais la cohérence de son champ est contestable et son intégration seulement partielle à l'ONDAM, ne permet pas un véritable pilotage.

En complément d'une inclusion de la totalité de la dépense de maternité à l'ONDAM, y compris les indemnités journalières, qui s'impose indépendamment de toute autre évolution plus structurelle, deux voies alternatives pourraient permettre de progresser vers un pilotage plus affirmé.

La première consisterait en une complète intégration des dépenses de maternité dans l'assurance maladie, qui deviendrait ainsi une

477. Rapport à la *Commission des comptes de la sécurité sociale*, septembre 2013, p. 151.

478. Ainsi que l'a reconnu un groupe de travail inter-administratif dans son rapport « Scénarios d'évolution de l'ONDAM », mars 2013.

assurance « santé », tout en maintenant le caractère plus favorable de la prise en charge, là où cette dernière apparaîtrait justifiée·

L'autre option conduirait plutôt à renforcer la spécificité de l'assurance maternité en tant que risque particulier et distinct en lui conférant la cohérence qui lui manque : clarification du périmètre (intégration à l'assurance maternité de la part « nouveau-né » des soins associés directement à la naissance et réintégration dans l'assurance maladie des examens obligatoires des enfants de moins de six ans) et, d'autre part, mise en place d'un véritable pilotage à même de permettre une réelle gestion du risque, de suivre plus rigoureusement la dépense de maternité et d'évaluer plus finement et plus complètement son efficience dans une enveloppe globale mieux régulée, conformément à la recommandation déjà formulée par la Cour en 2011[479].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au sein du système de protection sociale, le régime d'assurance maternité est le dispositif de prise en charge à la fois le plus favorable, le plus mal cerné et le moins piloté.

Les différentes composantes de la dépense progressent à un rythme soutenu, qu'il s'agisse des soins de ville, des indemnités journalières, ou des prises en charge hospitalières pour des résultats de santé publique qui ne sont pas à la hauteur de l'effort financier complémentaire considérable qu'il entraîne et qui dépasse 1,5 Md€.

Tenir compte de la nature particulière de la maternité et de la protection nécessaire de la grossesse et de l'enfant à naître ne saurait empêcher, bien au contraire, de rechercher une plus grande efficience par une régulation adaptée et un meilleur ciblage de cette dépense.

Il importe notamment à cet égard d'amplifier la baisse de la durée moyenne de séjour en maternité, nettement supérieure à ce qui est constaté chez nos voisins, en mettant beaucoup plus nettement au service de cet objectif le programme PRADO d'accompagnement du retour à domicile des femmes venant d'accoucher qui s'avère à ce stade coûteux pour des résultats très limités.

479. « Recommandation n° 53 : se doter des outils permettant le suivi en continu des coûts induits par les prises en charges intégrales, notamment à l'hôpital » Cour des comptes *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, La Documentation française, septembre 2012, p. 319, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans le même sens, en matière de soins de ville, un meilleur équilibre est à rechercher entre le dispositif de préparation pré-natal et le renforcement du suivi post-natal dans le double objectif d'amélioration du suivi des femmes et des nouveau-nés et de meilleure maîtrise des dépenses.

Pour garantir l'effectivité du pilotage du parcours de soins associé à la grossesse et à la naissance, la totalité de la dépense de maternité, y compris les indemnités journalières, doit désormais être incluse dans l'ONDAM.

Plus fondamentalement, la place de l'assurance maternité doit être clarifiée.

Deux voies d'évolution sont à cet égard envisageables, soit son intégration, à garanties maintenues, au sein du risque maladie, soit la constitution à côté de l'assurance maladie d'une assurance maternité plus cohérente et plus complète axée sur une véritable gestion du risque et une évaluation continue de l'efficience au regard des problématiques de périnatalité comme de maîtrise des comptes sociaux.

La Cour formule les recommandations suivantes :

64. intégrer les indemnités journalières maternité dans l'ONDAM ;

65. redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité, soit par intégration à garanties inchangées au sein du risque maladie, soit par constitution à côté de l'assurance maladie d'une assurance maternité plus cohérente, plus complète et plus fermement pilotée ;

66. dans les établissements de santé, accélérer la diminution de la durée moyenne de séjour pour la faire converger avec celle constatée à l'étranger et redéfinir en conséquence les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance pour faire bénéficier l'assurance maladie des économies en résultant ;

67. conditionner à cette fin le déploiement du programme PRADO à l'identification précise des économies qui pourront être dégagées ;

68. modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal (recommandation réitérée).

Les dépenses de personnel des établissements de santé

Chapitre XIV – Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

Chapitre XV – Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

INTRODUCTION

Par leur action quotidienne, les personnels des établissements de santé, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, apportent une contribution déterminante à la prise en charge des patients hospitalisés et à sa qualité.

Le système hospitalier, établissements publics de santé et hospitalisation privée à but lucratif, salarie directement plus de 1 150 000 personnes, auxquelles s'ajoutent plusieurs dizaines de milliers de personnes qui y interviennent sous d'autres formes, notamment pour les cliniques privées, 40 000 médecins libéraux.

La rémunération du personnel hospitalier constitue le premier poste de dépenses des établissements L'évolution de la masse salariale constitue ainsi un facteur essentiel tant de l'équilibre financier des établissements que pour le respect de l'ONDAM.

Ce constat concerne au premier chef les hôpitaux dont la masse salariale et les dépenses qui lui sont liées représentent 57 % de l'ONDAM hospitalier. Si le poids des dépenses de personnel des cliniques est proportionnellement moindre, cela tient notamment au fait que les dépenses ne pèsent pas toutes sur la société d'exploitation et qu'elles ne sont pas toutes comptabilisées au sein de l'ONDAM hospitalier. De ce fait, les enjeux financiers sont moins directement apparents.

En 2006, la Cour avait analysé dans un rapport public thématique les modalités de gestion des personnels hospitaliers publics. Elle a conduit cette année une enquête concomitamment sur les établissements publics et sur les établissements privés à but lucratif, en cherchant à apprécier l'évolution de la dépense de personnel, ses composantes et ses déterminants et dans le contexte d'un ONDAM sensiblement resserré pour les prochaines années les marges de manœuvre possibles pour la maîtriser. Si des efforts importants ont été faits, ils sont en effet à intensifier pour respecter les objectifs de redressement des comptes de l'assurance maladie affichés par les pouvoirs publics.

L'enquête sur les dépenses des personnels médicaux et non médicaux des établissements publics de santé a été conduite avec les chambres régionales des comptes. Douze d'entre elles [480] ont participé aux travaux· en exploitant les résultats des contrôles de plus de 60 établissements, dont 12 CHU, 15 centres hospitaliers dont le budget est

480. Chambres régionales des comptes d'Alsace, d'Aquitaine, Poitou-Charentes, de Bretagne, de Basse-Normandie, Haute-Normandie, de Champagne-Ardenne, Lorraine, d'Île de-France, du Languedoc-Roussillon, de Midi-Pyrénées, du Nord-Pas-de-Calais, Picardie, des Pays de la Loire, de la Réunion, d'Auvergne, Rhône-Alpes.

supérieur à 100 M€, neuf petits établissements dont les recettes sont inférieures à 20 M€ et huit centres hospitaliers spécialisés.

L'enquête sur les dépenses de personnel des cliniques n'a pu être conduite de manière aussi approfondie. La Cour ne dispose sur ce champ que d'une compétence réduite. L'article L. 132-3-2 alinéa 2 du code des juridictions financières l'autorise à procéder à « l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé». Mais pour ce faire, elle ne peut que procéder à un recueil d'information auprès des établissements privés, sans pouvoir accéder à leurs comptes, bien que leur financement provienne très majoritairement de l'assurance maladie, ni que ceux-ci soient tenus de répondre à ses demandes d'informations. En l'occurrence, aucun des groupes d'établissements de santé à but lucratif sollicités n'a accepté de la recevoir.

Dans ces limites, les chapitres qui suivent analysent les charges de personnel d'abord des établissements publics de santé, puis des cliniques privés et formulent des recommandations pour mieux les piloter et mieux les maîtriser.

Chapitre XIV

Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

PRÉSENTATION

Plus d'un million de personnes[481] dont 100 000 médecins et 900 000 agents non médicaux travaillent dans les hôpitaux publics à la prise en charge de plus de 15 millions de séjours par an[482]. Le secteur hospitalier public représente 17 % de l'emploi public et 4 % de l'emploi total en France[483].

La Cour avait dressé en 2006[484] un bilan sévère des modalités de gestion des personnels des hôpitaux publics, soulignant la fragilité des informations disponibles et des mécanismes de régulation de cette dépense, qui constitue avec un montant de 41,7 Md€[485] en 2012 le premier poste de charge des établissements publics de santé[486].

L'enquête menée par la Cour et les chambres régionales des comptes a mis en lumière un ralentissement fragile des dépenses de personnel dans le contexte d'une progression des effectifs qui a accompagné la hausse de l'activité hospitalière (I). Les facteurs défavorables à leur maîtrise demeurent nombreux (II). La mobilisation de gisements d'efficience est ainsi indispensable (III).

I - Un ralentissement fragile de la dépense, des effectifs en croissance

A - Un ralentissement récent et précaire

Premier poste de dépenses pour l'assurance maladie, les dépenses de personnel hospitalier représentent 57 % des montants consacrés par cette dernière aux établissements de santé, atteignant 41,7 Md€ en 2012.

481. Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), *Faits et chiffres, l'essentiel 2013*. Hôpitaux publics, hors établissements médico-sociaux. Activités sanitaires et médico-sociales rattachées à des entités sanitaires. Emplois principaux, hors contrats aidés. Médecins en formation inclus.

482. DREES, *Panorama des établissements de santé*, p. 75 et 79.

483. DGAFP, *Faits et chiffres, l'essentiel 2013*, p. 1.

484 . Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les personnels des établissements publics de santé*, La Documentation française, mai 2006, 154 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

485. DGFIP, titre 1 « charges de personnel », comptes de résultats principaux des établissements publics de santé.

486 . Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les personnels des établissements publics de santé*, La Documentation française, mai 2006, 154 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

Leur maîtrise est l'une des conditions de celle de l'ONDAM, pour lequel est désormais prévue par le programme de stabilité 2014-2017 une évolution de +2 % par an en moyenne sur la période 2015-2017, comme plus généralement de la soutenabilité des finances publiques. Le programme de stabilité prévoit ainsi que la masse salariale publique diminue en volume de 0,3 % par an pour l'ensemble des administrations publiques.

1 - Une contribution au ralentissement de la progression de l'ONDAM hospitalier

Sur la période 2007-2012, la hausse cumulée des dépenses de personnel explique près de la moitié (47 %) de la progression des dépenses des hôpitaux publics.

Après une période de fort dynamisme en 2007-2008, la croissance des dépenses de personnel a progressivement ralenti, leur progression oscillant autour de 2 % en euros courants depuis 2009. Augmentant moins rapidement que les autres charges de fonctionnement, leur poids relatif dans les charges d'exploitation a diminué depuis 2007 pour se stabiliser à moins de 64 % en 2012 contre 66 % en 2007.

Tableau n° 74 : taux de croissance comparé des charges de fonctionnement courant et des charges de personnel depuis 2007

En %

	2008	2009	2010	2011	2012
Charges de fonctionnement	5,0	2,6	2,6	3,3	2,2
Charges de personnel	3,4	1,6	2,4	1,8	2,2
Dépenses hospitalières constatées dans l'ONDAM pour les établissements publics[487]	3,9	4,5	1,7	2,4	1,55

Source : DGFiP, DREES, ATIH[488]

En moyenne annuelle, le taux de progression des dépenses de personnel (+2,3 % pour la période 2007-2012) est inférieur à celui de l'ONDAM hospitalier public[489] (+2,6 % pour la même période), dont ces dépenses constituent une part importante. Les dépenses de personnel ont

487. Hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

488 . Direction générale des finances publiques (DGFiP) comptes de résultats principaux des EPS 2007 à 2012 ; agence technique de l'information hospitalière (ATIH) dépenses des établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif.

489 . Entendu comme les dépenses hospitalières constatées dans l'ONDAM, hors FMES-PP pour les établissements publics et privés à but non lucratif.

donc contribué au ralentissement de la progression de l'ONDAM sur ces cinq années.

Tableau n° 75 : évolution des composantes des dépenses de personnel depuis 2007

En M€

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants[490]	euros constants	euros courants	euros constants
Rémunérations	*24 742*	*27 515*	11 %	3 %	*2,1 %*	0,5 %
Impôts et taxes sur rémunérations	3 180	3 705	17 %	8 %	3,1 %	1,4 %
Charges sociales	9 056	10 102	11,5 %	3 %	2,2 %	0,5 %
Personnel extérieur	303	395	30 %	22 %	5,5 %	3,8 %
Dépenses de personnel	37 282	41 717	12 %	3 %	2,3 %	0,6 %

Source : données DGFIP, calculs Cour des comptes

La prise en compte de l'inflation ramène la progression des dépenses de personnel à 3 % en euros constants sur la période 2007-2012, recouvrant une croissance des impôts et taxes sur les rémunérations de +1,4 % en moyenne annuelle et des rémunérations de +0,5 %.

2 - Une dynamique de dépense différenciée entre le personnel non médical et le corps médical

Depuis 2007, les dépenses de personnel non médical augmentent deux fois moins vite que celles de personnel médical. En euros constants, les dépenses de personnel non médical sont pratiquement stables (+0,1 % en moyenne annuelle). En revanche, les dépenses de personnel médical restent dynamiques, progressant en moyenne annuelle de 2 % en euros constants.

490. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

Tableau n° 76 : évolution des rémunérations et charges selon les catégories de personnel depuis 2007

En M€

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants[491]	euros constants	euros courants	euros constants
Charges et rémunérations, dont	33 798	37 617	11 %	3 %	2,1 %	0,5 %
Personnel non médical	27 066	29 543	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
Personnel médical	6 733	8 074	20 %	11 %	3,7 %	2,0 %
Personnel extérieur[492]	303	395	30 %	22 %	5,5 %	3,8 %

Source : données DGFiP, calculs Cour des comptes

Pour le personnel non médical, les dépenses liées aux agents titulaires (et stagiaires) qui regroupent l'essentiel des charges diminuent en moyenne de 0,3 % par an en euros constants. Celles liées aux personnels contractuels progressent en revanche de plus de 4 % par an (moyenne en euros constants).

Tableau n° 77 : évolution des dépenses de personnel non médical par catégorie depuis 2007

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants[493]	euros constants	euros courants	euros constants
Personnel non médical	27 066	29 543	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
Charges sociales	7 512	8 200	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
Rémunérations, dont	19 554	21 344	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
Personnels titulaires	*17 335*	*18 531*	*7 %*	*-2 %*	*1,3 %*	*-0,3 %*
Personnels contractuels	*1 971*	*2 701*	*37 %*	*28 %*	*6,5 %*	*4,8 %*

Source : données DGFIP, calculs Cour des comptes

Parmi les dépenses de personnel médical, les hausses les plus fortes concernent également les contractuels, c'est-à-dire les personnels qui ne sont pas couverts par le statut de praticien hospitalier. Bien qu'elle soit la moins dynamique, la dépense relative aux praticiens hospitaliers

491. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

492. Personnel temporaire salarié d'un tiers à l'hôpital, mis provisoirement à la disposition de ce dernier. Les dépenses de « personnel extérieur » comprennent la rémunération des personnels et de la structure tierce.

493. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

explique près de la moitié de la progression en volume, compte tenu du poids de ces derniers dans les effectifs des hôpitaux.

Tableau n° 78 : évolution des dépenses de personnel médical par catégorie depuis 2007

En M€

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants[494]	euros constants	euros courants	euros constants
Personnel médical	6 733	8 074	20 %	11 %	3,7 %	2,0 %
Charges sociales	1 544	1 902	23 %	14 %	4,2 %	2,6 %
Rémunérations, dont	5 188	6 172	19 %	10 %	3,5 %	1,9 %
Praticiens hospitaliers	*2 835*	*3 280*	*16 %*	*7 %*	*3,0 %*	*1,3 %*
Praticiens contractuels	*820*	*1 049*	*28 %*	*19 %*	*5,0 %*	*3,4 %*
Internes et étudiants[495]	*595*	*871*	*46 %*	*38 %*	*7,9 %*	*6,2 %*

Source : données DGFIP, calculs Cour des comptes

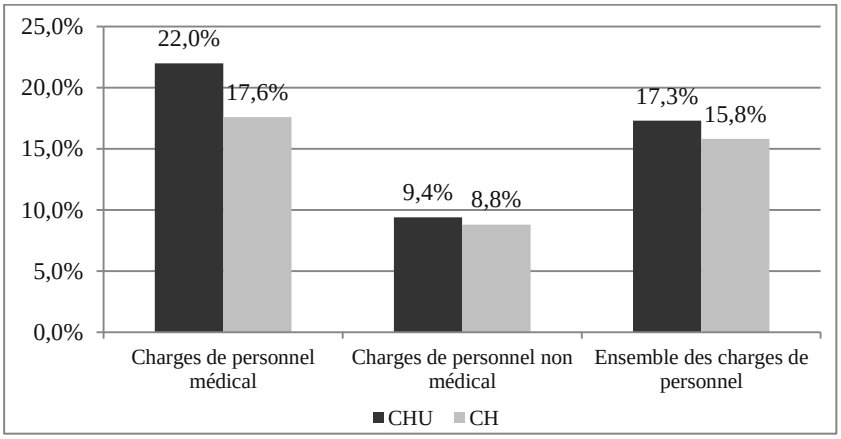
L'évolution plus forte des dépenses de personnel médical est commune à l'ensemble des établissements publics de santé. Elle est davantage marquée néanmoins dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), qui concentrent 38 % des dépenses de personnel, que dans les centres hospitaliers (CH[496]).

494. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

495. Dans le cas des internes, une partie de la progression constatée depuis 2007 pourrait cependant tenir à des changements de nomenclature comptable.

496 . Ne sont pas compris les établissements publics de santé précédemment dénommés « hôpitaux locaux ».

Graphique n° 27 : évolution des dépenses de personnel médical et non médical par catégorie d'établissements de 2007 à 2012



Source : DGFiP

3 - Une relance de la dépense en 2013 qui souligne la fragilité des évolutions récentes

D'après les données provisoires communiquées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la progression des dépenses de personnel en euros courants a connu cependant une accélération en sélevant à + 2,8 % en 2013, soit une progression supérieure de 0,4 % à l'ONDAM hospitalier prévisionnel pour cet exercice (fixé à 2,4 %). Cette évolution, qui souligne la fragilité du ralentissement constaté, serait notamment imputable selon la DGOS à l'augmentation des cotisations employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et au paiement d'une partie des heures accumulées par les agents sur les comptes épargne-temps.

De fait, une cause forte de fragilité des tendances observées pour la dépense tient aux incertitudes entourant la comptabilisation de ces derniers.

Les comptes épargne-temps du personnel hospitalier

Depuis le passage des établissements publics de santé aux 35 heures hebdomadaires, les personnels peuvent épargner sur un compte épargne temps (CET) les journées de réduction du temps de travail non prises pendant l'année. Il n'existe pas de données consolidées sur le nombre de jours dont sont crédités les CET dans l'ensemble des établissements publics de santé, mais il est vraisemblable que les jours

cumulés dépassent sensiblement les 3,6 millions de jours constatés en 2007, qui avaient alors donné lieu à un plan exceptionnel d'apurement partiel pour un montant de près de 400 M€[497]. Selon des données rassemblées par l'ATIH sur un champ très partiel (239 hôpitaux ayant renseigné cet élément dans leur bilan social), complétées par celles transmises par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, trois millions de jours avaient déjà en effet été épargnés sur les comptes épargne temps (CET)[498] fin 2012 par les établissements de cet échantillon.

Au regard de ce stock, les provisions comptables constituées par les établissements atteignaient 1 Md€[499] fin 2012, contre 447 M€ fin 2008. Depuis 2008, les établissements ont annuellement abondé les provisions pour CET de 150 M€ environ, avec une forte accélération en 2012 (275 M€)[500]. En l'absence de rapprochement obligatoire et systématique des jours épargnés et des provisions, globalement et par établissement, il n'est pas possible d'apprécier le caractère suffisant de ces provisions. Localement, les chambres régionales des comptes ont constaté des insuffisances de provisions et parfois des sur-provisionnements. Un rapprochement systématique entre les jours épargnés et les provisions est prévu[501] pour les seuls établissements de plus de 300 agents, à compter du bilan social 2013.

Les incertitudes entourant les comptes épargne temps limitent ainsi l'analyse des dépenses de personnel des hôpitaux. La certification progressive à compter de l'exercice 2014 des comptes des établissements publics de santé conduira cependant à terme désormais rapproché à fiabiliser les provisions constituées au regard de l'importance du nombre de jours épargnés.

Le gel du point d'indice de la fonction publique a fortement contribué à la modération de l'évolution de la masse salariale des hôpitaux. Après une phase de stabilisation à 0,8 % en glissement annuel de 2007 à 2009 et une hausse limitée à 0,5 % à la mi 2010, la valeur du point est en effet gelée depuis 2011. Ce gel a contribué à limiter la

497. Destinés pour un peu plus d'un tiers aux personnels médicaux et pour deux tiers aux personnels non médicaux.

498. ATIH, *février 2014, bilans sociaux 2012,* échantillon de 239 établissements, dont un tiers pour le personnel médical et deux tiers pour le personnel non médical, complété des données fournies par l'AP-HP.

499. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, programme qualité et efficience « maladie », p. 53. Estimation de la dotation 2012 en mai 2013 pour 197,6 M€ (275 M€ en données définitives).

500. Données DGFIP : 171 M€ en 2008, 137 M€ en 2009, 142 M€ en 2010, 156 M€ en 2011.

501. Instruction DGOS/RH3/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des EPS.

progression des dépenses de personnel, le relèvement de 1 % du point d'indice représentant une dépense supplémentaire de l'ordre de 400 M€ pour les hôpitaux publics. Si comme la Cour l'a déjà souligné sa poursuite est nécessaire pour atteindre les objectifs que se sont fixés les pouvoirs publics, son rendement décroît cependant sous l'effet des mesures compensatoires de garantie du pouvoir d'achat comme de celles en faveur des bas salaires, à l'hôpital comme dans l'ensemble de la fonction publique[502].

Les départs en retraite qui ont allégé la masse salariale ont contribué à limiter sa progression alors que les effectifs continuaient d'augmenter.

B - Une croissance des effectifs qui a accompagné la hausse de l'activité

1 - Une hausse tendancielle de l'activité supérieure à celle des séjours hospitaliers

L'activité hospitalière mesurée par la somme des séjours et des séances a progressé à un rythme moyen de +1,6 % sur la période 2007-2012, cette progression étant plus marquée dans les CHU (+2,2 %) que dans les centres hospitaliers (+1,3 %).

L'évaluation de l'activité à partir du nombre de séjours et séances est cependant imparfaite, car elle ne rend pas compte des ressources mobilisées, plus ou moins importantes selon les pathologies prises en charge.

Ce défaut peut être pallié pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) par l'exploitation des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), également utilisées pour la tarification à l'activité. La croissance de l'activité ainsi mesurée relève cependant pour partie de l'amélioration du codage par les équipes médicales. En dehors de l'année 2009, au cours de laquelle a été mis en œuvre un important changement de classification (passage à la V11) entraînant une majoration de plus de 2 % de l'activité valorisée, l'impact du codage n'est cependant pas isolé en tant que tel par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Pour autant, faire abstraction des données du PMSI dans l'analyse de l'activité reviendrait à ignorer la déformation progressive de la

502. Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques 2014*, juin 2014, p. 154, disponible sur www.ccomptes.fr.

structure d'activité des hôpitaux, liée notamment au vieillissement de la population, qui constitue désormais un phénomène majeur.

L'impact du vieillissement sur l'activité hospitalière en 2012

Selon les données de l'ATIH, la hausse de l'activité liée aux patients âgés de plus de 80 ans s'est accélérée en 2012, avec une augmentation des séjours de +6,1 % et une hausse du « volume économique »[503] de +6,9 %. Cette tranche d'âge contribue à 47 % de la croissance du volume économique total.

Avec l'arrivée des premières générations du « baby-boom » dans les tranches d'âge des plus de 65 ans, les séjours associés à ces classes d'âge deviennent très dynamiques : +4,2 % en nombre de séjours et +5,3 % en volume économique, contribuant ainsi à 75 % de la croissance du volume économique total[504].

Sur la période 2007-2012, l'activité de médecine chirurgie obstétrique valorisée via le PMSI a augmenté à un rythme annuel de l'ordre de +2,7 %, abstraction faite du changement de classification intervenu en 2009. La prise en compte de la gravité des cas traités, qui comporte une part - non mesurée - d'amélioration du codage, majore l'évolution de l'activité hospitalière de près de 1 % en moyenne annuelle par rapport à celle qui ressort de la seule observation des séjours.

Tableau n° 79 : évolution 2008-2012 de l'activité MCO valorisée par le PMSI

En %

	2008	2009	2010	2011	2012	Progression 2007-2012	Moyenne annuelle
Effet séjour	2,6	1,6	1,8	2,5	1,7	10,6	2,0
Effet structure[505]	0,3	-0,1	1,4	0,5	1,3	3,7	0,7
Volume économique net	2,9	1,5	3,2	3,0	3,0	14,3	2,7

Source : données ATIH, calculs Cour des comptes

503. L'évolution du volume économique traduit à la fois l'évolution du volume physique des séjours (effet séjour) et l'évolution de la structure d'activité de ces derniers (effet structure). Les évolutions des tarifs (effet prix) sont neutralisées dans les évolutions en volume.

504. ATIH (Analyse de l'activité hospitalière 2012).

505. Effet de structure après neutralisation de l'effet de classification lié au passage à la V11 en 2009, estimé à 2,2 % par l'ATIH.

2 - Une productivité médicale globalement stable

L'activité médicale est assurée par 100 000 médecins environ, principalement des spécialistes salariés des hôpitaux, à l'exception principalement des médecins libéraux exerçant en hôpital local. Ils représentent 91 000 ETP en 2012, dont près d'un quart de médecins en formation.

Sur les cinq dernières années, les effectifs médicaux ont augmenté de l'ordre de 10 000 ETP[506].

Tableau n° 80 : évolution des effectifs médicaux depuis 2007[507]

	Effectifs en milliers		
	2007	2012	Moyenne annuelle
Centres hospitaliers universitaires	20,6	26,4	5,1 %
Centres hospitaliers	36,7	40,4	1,9 %
Hôpitaux	57,8	67,2	3,1 %

Source : données DREES SAE, calculs Cour des comptes

La hausse des effectifs (+3,1 % en moyenne annuelle) bénéficie notamment aux praticiens hospitaliers, ainsi qu'aux médecins contractuels. Elle est plus marquée dans les CHU (+4,6 %) que dans les CH (+2,2 %). Certaines spécialités, telles que l'anesthésie-réanimation ou la biologie voient néanmoins leurs effectifs diminuer dans les hôpitaux publics[508].

Le nombre des médecins en formation croît pour sa part de 3,6 % en moyenne par an en raison de l'augmentation du numérus clausus destiné à pallier les départs en retraite des médecins sur les prochaines années.

Au total, sur la période 2007-2012, la hausse des effectifs médicaux est près de deux fois supérieure à celle des séjours (+3,2 % contre +1,6 %) mais l'écart est sensiblement réduit si on se réfère à

506. Ces données neutralisent l'impact de la transformation d'unités de soins de longue durée (USLD) en établissements pour personnes âgées dépendantes. Les CHU concentrent presque la moitié des médecins pour moins d'un tiers des capacités et des séjours.

507. Hors internes.

508. DREES SAE, de 2007 à 2011, diminution de 125 ETP dans le secteur public et hausse de 183 praticiens libéraux dans le secteur lucratif. Les effectifs de biologistes diminuent dans les EPS de 107 ETP et le secteur lucratif (223 praticiens libéraux), en cohérence avec l'automatisation des examens réalisés dans les laboratoires.

l'activité telle que valorisée par le PMSI (+2,7 %, amélioration du codage comprise).

Si la vision d'une productivité médicale décroissante au regard de la seule prise en compte de l'évolution du nombre de séjours, doit être relativisée, la productivité globale des personnels médicaux hospitaliers apparaît toutefois au mieux stable si l'on prend en considération l'alourdissement des cas traités. Ce constat ne laisse pas d'interroger, dans le contexte de resserrement de la contrainte financière pesant sur les hôpitaux.

3 - L'amorce de gains de productivité pour le personnel non médical

Les effectifs non médicaux, qui représentent 745 000 ETP, progressent en moyenne de +1 % par an sur la période 2007-2012. Les trois quarts des personnels non médicaux sont des personnels de soins, les effectifs restants se partageant pour moitié entre personnels administratifs et techniques. Si la croissance des personnels non médicaux bénéficie principalement aux effectifs soignants, les effectifs administratifs et techniques augmentent également. À l'inverse de ce qui est observé pour les personnels médicaux, la hausse des effectifs non médicaux est plus dynamique dans les centres hospitaliers que dans les CHU.

Tableau n° 81 : évolution des effectifs non médicaux de 2007 à 2012

En milliers d'ETP

	CHU		CH	
	Effectifs en milliers	Moyenne annuelle	Effectifs en milliers	Moyenne annuelle
Personnel de soins, dont				
Personnels soignants	*181*	*0,6 %*	*290*	*0,7 %*
Personnels médico-techniques	*20*	*-0,4 %*	*21*	*1,1 %*
Autres personnels, dont				
Personnels administratifs	*34*	*0,5 %*	*60*	*1 %*
Personnels techniques	*36*	*1,2 %*	*57*	*0,4 %*
Total personnel non médical	**271**	**0,6 %**	**458**	**1,1 %**

Source : DREES SAE données 2012

Les dépenses de sous-traitance logistique, à laquelle les hôpitaux publics consacrent moins de 2 % de leurs charges d'exploitation, a progressé pour sa part 2,5 fois plus vite que celles de personnel non médical, attestant de la persistance d'une dynamique d'externalisation de certaines tâches dans une optique de recherche de gains de productivité. Cette pratique reste néanmoins beaucoup moins développée que dans les cliniques privées à but lucratif, parmi lesquelles deux établissements sur

trois y recourent pour des fonctions telles que la restauration, la blanchisserie et le nettoyage, ce qui suggère des marges de progression et des gains d'efficience potentiellement importants.

Indépendamment de ce phénomène d'externalisation, le fait que les hausses d'effectifs non médicaux (+1 % en moyenne annuelle) soient sensiblement inférieures à celle de l'activité hospitalière (+1,6 % en moyenne annuelle pour les séjours[509], +2,7 % pour l'activité MCO valorisée via le PMSI[510]) reflète une amorce d'amélioration tendancielle de la productivité de ces personnels.

II - Des facteurs défavorables à la maîtrise des dépenses

A - L'impact sur l'hôpital des mesures statutaires et nationales

La croissance des dépenses de personnels est en partie soutenue par des décisions nationales dont les effets s'imposent aux hôpitaux publics.

En moyenne annuelle, l'impact des décisions nationales affectant les rémunérations et les charges afférentes aux personnels des établissements publics de santé est évalué par la direction générale de l'offre de soins sur la période 2010-2013 à 0,75 % de l'« ONDAM hôpital ».

509. En séjours. Données SAE DREES.
510. Effet codage inclus.

Tableau n° 82 : évolution du cadre d'emploi des hôpitaux, depuis 2010

En M€

	2010	2011	2012	2013	Moyenne
Mesures salariales[511] générales	291	99	56	431	219
Mesures concernant le personnel non médical[512]	*96*	*144*	*220*	*114*	*144*
Mesures concernant le personnel médical[513]	*68*	*113*	*35*	*75*	*73*
Total	**455**	**356**	**311**	**620**	**436**
Poids dans l'ONDAM	0,8 %	0,6 %	0,55 %	1,05 %	0,75 %

Source : DGOS[514]

En 2012 la revalorisation de la catégorie C décide pour l'ensemble de la fonction publique a touché près d'un fonctionnaire hospitalier sur deux. Aux mesures d'application générale, s'ajoutent les mesures catégorielles propres à la fonction publique hospitalière, telles que le reclassement de la moitié des infirmiers en catégorie A et la revalorisation de la catégorie B des corps administratifs, médicotechniques et techniques.

Les dépenses de personnel des hôpitaux subissent par ailleurs l'impact de l'augmentation de cotisations vieillesse destinées à la CNRACL (qui a représenté près de 0,4 % de progression des dépenses hospitalières en 2013 et pèsera d'un poids équivalent sur les dépenses en 2014)[515]. La poursuite de cette majoration, destinée à rééquilibrer le régime de retraite des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aura un impact négatif sur les dépenses de personnel hospitalier.

511. Mesures générales telles que l'augmentation de la valeur du point d'indice, les augmentations du SMIC et les mesures bas salaires, la revalorisation de la catégorie C, la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA), le relèvement du taux de cotisation à la CNRACL, l'assouplissement des conditions de départs en retraite anticipée…

512. Par exemple, reclassement d'une partie des corps infirmiers de la catégorie B vers la catégorie A, la revalorisation de la catégorie B des corps administratifs, médicotechniques et techniques…

513. Par exemple, la réforme de l'IRCANTEC, l'augmentation des quotas d'internes, les indemnités et la formation des chefs de pôles…

514. Estimations réalisées dans la phase préparatoire à l'ONDAM, hors GVT qui procède en partie de décisions locales.

515. Le taux de cotisation employeur à la CNRACL est passé de 27,4 % en 2012 à 28,85 % en 2013, 30,4 % en 2014, puis augmentera à 30,45 % en 2015 et 30,5 % en 2016.

B - Les tensions sur le recrutement de certains personnels médicaux et non médicaux

Le dynamisme des rémunérations versées aux contractuels (cf. *supra*), qui peuvent bénéficier de traitements plus favorables que ceux prévus par le statut des praticiens hospitaliers, s'explique par la difficulté de recruter sur certains postes des spécialistes également attirés par une pratique en clinique privée. Cependant, cette difficulté ne concerne pas exclusivement les médecins.

1 - Les spécialités sous tension et les vacances de poste

L'appréciation des vacances de postes dans les hôpitaux publics souffre d'une absence de données consolidées et fiables, permettant d'apprécier les difficultés structurelles des établissements à recruter. L'information disponible est fragmentaire, qu'il s'agisse des tensions sur certaines spécialités déclarées par les établissements de santé dans leurs bilans sociaux ou de la statistique sur les praticiens hospitaliers établie par leur centre national de gestion (CNG)[516].

Dans leurs bilans sociaux, les établissements publics de santé sont nombreux à signaler des tensions ou difficultés de recrutement concernant les masseurs-kinésithérapeutes (69 % des établissements), les infirmiers (39 %) ou les aides-soignants (21 %). En ce qui concerne les médecins, des difficultés sont notamment évoquées pour les anesthésistes-réanimateurs (55 %), les radiologues (40 %) et les psychiatres (26 %)[517].

Au-delà de ces éléments déclaratifs, seul est recensé, pour les praticiens hospitaliers, un taux de vacance plus théorique que réel (23,7 % en moyenne pour les temps plein [518]), faute d'une actualisation systématique du fichier national à l'initiative des établissements et d'une connaissance des postes pourvus par des personnels non statutaires.

Les données transmises par la conférence des directeurs généraux de CHU pour une spécialité, celle des anesthésistes-réanimateurs, montrent que pour ce type d'établissements le pourcentage de postes réellement vacants et donc pourvu par des intérimaires contractuels, est plus proche de 13 %.

516. Le CNG établit les statistiques pour les catégories relevant de sa compétence, qui ne porte pas sur l'ensemble des personnels médicaux des établissements.
517. ATIH, bilans sociaux 2012.
518. CNG, données au 1er janvier 2013.

D'après un chiffrage réalisé par le ministère de la santé, plus d'un poste de praticien hospitalier sur quatre ouvert en hôpital public serait vacant (27,6 % [519]) en anesthésie-réanimation, la situation devant s'aggraver avec le départ en retraite de plus de 1 600 praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs d'ici 2020[520]. La réalité apparaît plus contrastée au niveau des établissements, ceux-ci palliant une partie de ces vacances par des emplois contractuels et par une optimisation du temps travaillé. Ainsi, dans les CHU[521], sur 2 846 postes rémunérés d'anesthésistes-réanimateurs, trois sur quatre (73 %) sont effectivement occupés par des praticiens statutaires. Seuls 5 % des postes sont cependant réellement vacants, concentrés notamment dans sept CHU ayant des taux de vacance supérieurs à 10 %. Le recours aux plages de temps additionnel[522] permet d'assurer l'équivalent de 4 % des postes (soit l'équivalent de 128 ETP). En sus des praticiens associés[523] (5 % des postes), près de 13 % des postes sont en définitive pourvus par des personnels non statutaires (recours à des personnels intérimaires et embauche de cliniciens contractuels).

519. Pour les praticiens temps plein, données au 1er janvier 2013.

520. CNG, rapport d'activité 2012. Estimations à partir de la pyramide des âges des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs de 2013 à 2020, à partir des estimations réalisées en 2009 pour la période 2009-2020.

521. Conférence des directeurs généraux de CHU, conférence des directeurs des affaires médicales, anesthésie réanimation, personnel médical. Ensemble des CHU, sauf deux. Données 2011.

522. Temps de travail médical réalisé au-delà de 48 heures de travail hebdomadaire lissé sur quatre mois.

523. Médecins recrutés par contrat par les établissements, exerçant leur activité médicale à l'hôpital sous forme de demi-journées et placés sous la responsabilité d'un praticien de plein exercice.

Pour la radiologie et l'imagerie médicale, une vacance théorique de poste de 37 % environ est constatée pour les praticiens hospitaliers temps plein[524] au niveau national, avec des départs en retraites d'ici 2020 estimés à plus de 220[525]. Dans les CHU[526], 7 % des postes sont effectivement vacants, concentrés pour moitié dans trois CHU ayant plus de dix postes vacants. Les praticiens associés occupent 14 % des postes rémunérés. Le recours aux plages additionnelles et aux recrutements de médecins sous le statut de « clinicien contractuel »[527] est limité, couvrant 1 % des postes rémunérés.

Dans certains cas, le faible empressement à pourvoir un poste peut attester de sa faible utilité, la vacance étant dès lors une source d'économie pour l'établissement. Le recours à des personnels contractuels non permanents dans des grands établissements pour couvrir plus du dixième des besoins dans certaines spécialités médicales est néanmoins révélateur des tensions qui pèsent sur l'hôpital public.

524. 48 % pour les praticiens à temps partiel. Au total, 2 664 postes de praticiens hospitaliers sont budgétés dans les EPS et 1621 sont occupés par des praticiens statutaires. Données 2012. CNG, rapport d'activité 2012.

525. CNG, rapport d'activité 2012. Sur la base de la pyramide des âges des médecins radiologues, une projection des départs en retraites a été réalisée sur la période 2009-2020.

526. Conférence des directeurs généraux de CHU, conférence des directeurs des affaires médicales, Enseignements de la monographie démographie en imagerie médicale en CHU 2013, présentation à la conférence des directeurs généraux du 13 février 2014. 25 CHU sur 29. Données 2012.

527. Pour les postes présentant « une difficulté particulière à être pourvus » et sous réserve de l'inscription de ces postes au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les établissements peuvent recruter des « médecins cliniciens contractuels », dont la rémunération totale ne peut excéder le montant du 13ème échelon du statut de praticien hospitalier majorée de 65 %.

La situation de la maternité de Montluçon

Le centre hospitalier de Montluçon connaît d'importantes difficultés pour pourvoir aux emplois de gynécologues-obstétriciens nécessaires au fonctionnement de sa maternité classée en type II b.

Le service de gynéco-obstétrique fonctionne actuellement avec trois praticiens hospitaliers dont seul le plus âgé (59 ans) dispose à la fois des compétences obstétricales et chirurgicales. Il compte également une assistante à titre étranger dont le statut et les compétences ne lui permettent pas d'assurer seule les astreintes et les interventions. Après avoir complété cet effectif avec des internes le plus souvent en début de formation et présents pour des périodes de six mois, l'établissement prévoit de recruter, à l'automne 2014, une praticienne hospitalière contractuelle et un praticien hospitalier détaché pour un an du CHU de Clermont-Ferrand.

Cette situation fragilise très gravement le fonctionnement d'une maternité qui effectue 1 300 accouchements par an et qui a vocation à prendre en charge des grossesses à risque fœtal identifié ou suspecté L'offre de ville n'offre pas de recours. Deux des trois gynécologues obstétriciens exerçant en cabinet devraient partir à la retraite à très court terme. L'ensemble de la gynécologie obstétrique devra alors être assurée par le centre hospitalier alors même que le nombre des consultations réalisées par l'hôpital est déjà très élevé et qu'un rendez-vous avec les deux praticiens hospitaliers requiert plus de huit mois de délai.

Les sept postes de pédiatre de l'hôpital sont tous occupés. Deux praticiens ont 59 et 60 ans. Ils suppléent notamment à l'absence de toute offre libérale.

Face aux problèmes posés par les vacances de poste, le développement des coopérations hospitalières peut apporter certaines réponses : communautés de territoire permettant un exercice médical partagé (par exemple entre le CHU de Clermont-Ferrand et les CH de Riom, Issoire, le Mont-Dore et le centre de soins de suites d'Enval) ou groupements de prestations croisées avec des médecins libéraux (CH de la Côte Basque), voire mise en place d'équipes médicales territoriales inter-établissements, par exemple en imagerie entre les établissements de Fontainebleau, Montereau, Nemours et Melun, expérimenté en 2014.

L'exemple des infirmiers, pour lesquels une obligation d'exercice minimal en établissement de soins avant l'installation en ville a été introduite en 1993, montre que des solutions à la pénurie de certains personnels peuvent être trouvées au niveau national par la modification du déroulé des carrières.

2 - L'attractivité du secteur privé

Les rémunérations brutes annuelles des médecins hospitaliers se situent entre 27 908 € en moyenne pour un interne, 44 175 € pour un praticien assistant et 88 235 € pour un praticien hospitalier[528]. Selon l'ancienneté, la participation à la permanence des soins et l'attribution diverses primes ou indemnités, ces rémunérations peuvent varier de façon importante. À cela s'ajoute, pour environ 4 500 praticiens hospitaliers[529], la pratique d'une activité libérale à l'hôpital, donnant lieu au versement d'une redevance à l'établissement[530].

La comparaison avec les rémunérations perçues par les médecins libéraux exerçant en clinique reste défavorable aux carrières hospitalières : alors que la rémunération brute annuelle d'un anesthésiste est en moyenne de 99 002 € (hors pratique libérale) dans le secteur public, le revenu net annuel moyen atteint 256 055 € dans le secteur privé lucratif. Pour les chirurgiens, la rémunération brute annuelle s'élève en moyenne à 94 981 € (hors activité libérale) dans le secteur public et et 186 876 € en rémunération nette dans le secteur lucratif[531].

À ces différences, s'ajoutent des conditions d'exercice plus contraignantes pour les médecins hospitaliers sur lesquels reposent pour l'essentiel la permanence des soins[532]. Cette dernière implique des sujétions plus lourdes en matière d'horaires, de souplesse d'organisation et de conditions de travail.

Des rémunérations inférieures pour certaines spécialités à celles perçues dans le secteur privé lucratif et des conditions d'exercice plus exigeantes dans le secteur public peuvent nourrir localement une concurrence entre secteurs et tendre le marché de l'emploi médical.

---

528. CNG *Données sociales relatives aux personnels médicaux de la fonction publique hospitalière*, tous statuts confondus (fin 2011 – 61 % des effectifs). Données provisoires, février 2014. Données pour les centres hospitaliers. Les rémunérations dans les CHU sont en moyenne inférieures à celles constatées dans les CH.

529. D'après le rapport remis en mars 2013 au ministre de la santé par Mme Dominique Laurent sur « l'activité libérale dans les établissements publics de santé ».

530. En 2011, les hôpitaux ont perçu à ce titre 70 M€ de redevance. Le montant moyen perçu par praticien s'établit à 22 800 €.

531. Données CNAMTS. Cf. sur ce point Cour des comptes, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, *Les relations conventionnelles entre l'assurance-maladie et les professions libérales de santé*, juin 2014, 193 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

532. Certaines cliniques participent également à la permanence des soins, mais cette dernière repose néanmoins pour l'essentiel sur les établissements publics de santé.

3 - Des réponses coûteuses

Pour recruter ou fidéliser leurs personnels, des majorations de rémunérations sont parfois pratiquées. La croissance de la part des dépenses de personnel portant sur les médecins qui n'ont pas le statut de praticiens hospitaliers - cliniciens, contractuels intérimaires - atteste de ce que l'hôpital accepte de plus en plus souvent un surcroît de dépense pour s'assurer le concours de médecins qui préfèrent cette position à celle de praticien hospitalier. Les surcoûts liés aux vacances de postes médicaux ont pu être ainsi estimés à 500 M€ par un récent rapport parlementaire[533].

Pour ce qui concerne les médecins remplaçants, les coûts de remplacement relevés par les juridictions financières varient entre 550 € la journée et 1 500 € les vingt-quatre heures, selon les spécialités et établissements. Le CHU de Poitiers recourt ainsi à des anesthésistes intérimaires à un coût de 1 300 € HT les vingt-quatre heures de garde et 400 € HT le jour de repos obligatoire, auxquels s'ajoutent les frais de déplacement, d'hébergement et de repas. Le recours aux agences d'intérim s'effectue la plupart du temps sans mise en concurrence ou marché formalisé (CH de Carcassonne, CHU de Poitiers).

La souplesse offerte dans la gestion du temps de travail des intérimaires peut dans certains cas compenser partiellement le surcoût de ces formules. Les écarts de rémunérations entre ces personnels et les personnels statutaires constituent cependant un facteur de dissension au sein des communautés médicales hospitalières.

Pour les personnels soignants, le recours à l'intérim est concentré sur quelques professions. Selon une étude de l'ARS de Bretagne auprès de 21 établissements, 95 % du recours à l'intérim, estimé à 34 000 heures en 2011, est concentré sur les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et aides-soignants. Les tarifs sont variables d'une région à l'autre, avec des écarts de 11 % entre le Nord-Pas de Calais et la Lorraine pour les infirmières et 13 % pour les aides-soignants entre le Nord-Pas de Calais et la Basse-Normandie [534]. L'estimation d'un poids de 0,3 % des dépenses d'intérim dans les charges de personnel des hôpitaux, soit 105 M€[535], ne reflète que très partiellement le poids des remplacements. Ceux-ci comportent en effet également des contrats de courte durée qui ne sont pas comptabilisés en intérim.

533 . *Hôpital recherche médecins coûte que coûte* ; rapport d'information de M. Olivier Véran, député de l'Isère, décembre 2013.

534. Appel Médical (2013), 630 000 fiches de paie d'intérimaires.

535. DGFIP données 2012.

En sus de ces pratiques en matière de remplacements, des irrégularités sont parfois observées pour recruter ou conserver certains personnels médicaux ou non médicaux : recrutement de médecins sous contrat au dernier échelon de la grille des praticiens attachés (CH d'Alès-Cévennes), avancements accélérés (CH de Givors), forfaitisation d'heures supplémentaires (CH de Mende) ou d'indemnités de temps additionnel, constituant des compléments de rémunération (CH d'Alès-Cévennes, CH de Mende, CHRU de Nîmes[536]) ou encore recrutement de contractuels à des conditions favorables (CHI Les Hôpitaux du Léman).

Ces pratiques entraînent dans une spirale de surenchère certains établissements confrontés à des difficultés récurrentes et prolongées de recrutement.

C - Une gestion insuffisamment efficiente

1 - Des pratiques peu rigoureuses

Les chambres régionales des comptes ont constaté parfois une pratique généreuse de l'avancement intermédiaire. La durée maximale d'avancement, durée de principe prévue par les textes, est fréquemment remplacée par une durée intermédiaire, appliquée à plus de la moitié des agents dans certains établissements (CH d'Alès-Cévennes, de Saint-Brieuc, de Castres-Mazamet et établissement public de santé mentale de de Quimper), avec des surcoûts estimés entre 100 000 et 200 000 € par établissement. Indépendamment même de leur coût, ces pratiques privent l'encadrement d'un outil de management et peuvent avoir un effet démobilisateur pour les personnels arrivés au sommet de grade.

Pratiquement tous les établissements dont la gestion a été examinée dans le cadre de l'enquête des juridictions financières présentent des durées annuelles de travail inférieures à la durée légale[537], avec des écarts variables. Les durées annuelles effectives sont le plus souvent inférieures de sept heures à la durée annuelle légale pour les personnels en repos variables. Les écarts les plus importants, qui vont jusqu'à 25 heures, concernent les personnels en repos fixe ou de nuit (CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or). L'écart est accentué par le décompte en travail effectif des temps de pause, d'habillage, déshabillage et de repas

536. Situation régularisée en imagerie par la création d'un poste de clinicien.

537. La durée du travail effectif est fixée à 35 heures par semaine (ou 1 607 heures par an), hors heures supplémentaires, dans les établissements publics hospitaliers. Elle est réduite à 1 582 heures pour les agents en repos variable qui travaillent au moins dix dimanches ou jours fériés par an.

(fixé à 30 minutes), pourtant parfois renégocié par certains établissements (CH Argenteuil…).

Un manque de rigueur assez général ressort des contrôles des chambres régionales des comptes, illustré par un décompte du temps de travail déclaratif dans de nombreux établissements en l'absence de dispositif de badgeage, la non systématisation des tableaux de service des médecins, le caractère déclaratif des jours portés sur les comptes épargne temps, le versement de primes ou indemnités non justifiées ou l'absence de contrôle préalable au paiement des compléments de rémunération liés à la permanence des soins.

La mobilisation de ces marges d'efficience, notamment en termes d'augmentation de la durée effective du temps de travail qui peut supposer la renégociation des accords locaux passés au moment de la mise en place de la réduction du temps de travail, s'impose pour pouvoir modérer l'évolution des dépenses de personnel dans le contexte de sensible resserrement de l'ONDAM au cours des prochaines années.

2 - Des restructurations trop limitées

Les opérations de modernisation engagées dans le cadre des plans Hôpital 2017 et Hôpital 2012 comme les regroupements hospitaliers menés depuis plusieurs années devaient contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients, tout en contribuant à une optimisation des ressources médicales et soignantes et à l'amélioration de la productivité.

Comme les juridictions financières l'ont relevé à plusieurs reprises, ces restructurations n'ont que très partiellement souvent atteins ces objectifs[538]. Certaines structures restent trop petites et isolées pour assurer un plan de charge satisfaisant pour leur personnel et leurs équipements. En obstétrique, la mise en place de seuils d'activité et de conditions techniques de fonctionnement ont conduit cependant de nombreuses petites maternités de proximité à fermer car elles étaient sous-dotées en équipements et en personnels au regard des nouvelles

538. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre VIII, Les restructurations hospitalières, p. 263-304 ; *Rapport public annuel 2013*, Les restructurations hospitalières : trois exemples des difficultés rencontrées, T.I, p. 151-162 ; *Communication à la commission des finances du Sénat, Le patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins*, juillet 2013 ; *Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, La dette hospitalière*, avril 2014, disponibles sur www.ccomptes.fr.

normes [539]. En cancérologie, l'ARS d'Île-de-France a retiré 46 autorisations de traitement du cancer en 2011, les seuils d'activité réglementaires n'étant pas atteints. En revanche, l'absence de publication du décret imposant un seuil d'activité pour les autorisations de chirurgie contribue au maintien d'établissements dont les services ont un taux d'occupation très faibles, sont confrontés à des difficultés récurrentes de recrutement et dont la productivité est structurellement insuffisante.

Le placement en recherche d'affectation

De manière à donner plus de fluidité à la gestion du corps médical et faciliter ainsi certaines restructurations, la réforme du statut des praticiens hospitaliers réalisée en 2006 a rendu possible le placement d'un médecin en recherche d'affectation[540]. Une fois placé dans cette position, l'intéressé, rémunéré par le Centre national de gestion sur la base de son traitement hospitalier, peut bénéficier de prestations d'accompagnement et de reconversion pendant une durée maximale de deux ans. Cette possibilité ouverte par la réforme de 2006 est peu utilisée : en 2012, elle concernait 46 praticiens hospitaliers, soit 0,11 % de leur nombre total. D'un âge moyen de 55 ans, ces praticiens ont majoritairement cessé leur activité à l'issue de la période de recherche d'affectation (en 2012, seuls deux praticiens ont repris une activité en établissement). Si le placement en recherche d'affectation peut faciliter certaines restructurations, il ne constitue pas dans son usage actuel un élément de fluidification de la gestion des ressources médicales permettant d'adapter plus rapidement les ressources aux besoins et d'accroître la productivité hospitalière.

L'insuffisance des réorganisations conduites contribue au maintien de tensions fortes dans le recrutement de certaines catégories de personnels, tout en ne permettant pas de compenser les hausses d'effectifs constatées dans les zones les plus dynamiques en termes d'activité par des diminutions dans d'autres.

539. DREES, Panorama des établissements de santé, p. 36.

540. Selon l'article R. 6152-50-1 du code de santé publique « La recherche d'affectation est la situation dans laquelle le praticien hospitalier titulaire en activité est placé, compte tenu des nécessités du service, auprès du Centre national de gestion, soit sur sa demande, soit d'office, en vue de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières. »

III - Des marges de manœuvre à mobiliser

A - Améliorer la capacité de pilotage des dépenses de personnel hospitalier

1 - Développer les capacités d'analyse et d'anticipation du niveau national

a) Améliorer la connaissance des déterminants et des évolutions de la dépense

Le ministère de la santé n'appréhende que de manière très rudimentaire les déterminants des évolutions de la masse salariale des hôpitaux, résultant de la variation des effectifs, du glissement vieillesse technicité (GVT) négatif et de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP)[541].

Le GVT négatif est lié à l'importance des départs en retraite, les personnels en fin de carrière étant mieux rémunérés que les agents nouvellement recrutés. Il explique en grande partie la stabilisation des dépenses de personnel. Cependant, son évaluation repose encore sur des analyses désormais anciennes[542]. L'actualisation du GVT, désormais annoncée pour le second semestre 2014, sera à cet égard un réel progrès pour un pilotage moins embryonnaire de la dépense de personnel.

La connaissance des variations d'effectifs s'avère complexe car les données démographiques les plus récentes restent communes à l'ensemble de la fonction publique hospitalière[543], dont un agent sur dix exerce non pas dans les hôpitaux mais dans des structures médico-sociales. Les projections nationales sur les départs en retraite dans les hôpitaux publics, par catégorie de personnel, spécialités[544] ou professions

541. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et perspectives des finances publiques 2014*, p. 155, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

542. DGOS, Étude « coûts et carrières 2005-2008 ».

543. SIASP, INSEE, DGAFP, Rapport annuel sur la fonction publique 2013, Pyramide des âges dans la FPH, pour 2011. Champ : emplois principaux médicaux et non médicaux, tous statuts. Hors personnels hospitalo-universitaires et bénéficiaires de contrats aidés. France entière (hors Com et étranger). Ensemble des EPS et des établissements médico-sociaux.

544. Projections 2009 à 2020 réalisés par le CNG par spécialités pour les praticiens hospitaliers.

reposent sur des données déjà anciennes[545]. Les dernières analyses démographiques publiées en 2013 concernant les personnels non médicaux et certaines professions soignantes reposent sur des données datant de 2009[546]. Réalisées avant les modifications des règles de retraite liées à la réforme de 2010 et le reclassement de la moitié des infirmiers en catégorie A[547], ces études ne permettent pas de disposer d'une anticipation précise des départs en retraite, qui concerneront potentiellement de l'ordre de 30 000 personnes par an dans les prochaines années et qui constituent un paramètre déterminant dans la régulation des dépenses de personnel.

Pour ce qui concerne les médecins, le ministère anticipait en 2009 un important renouvellement de la population de praticiens hospitaliers sur les dix années suivantes, sous l'effet des départs à la retraite (10 562 départs en retraite prévus jusqu'en 2020, soit 31 % du corps), les autres motifs de sortie (dont les décès et les démissions) représentant 4 005 départs, soit 12 % du corps. Une actualisation de ces projections, qui laissaient entrevoir un important renouvellement de praticiens sur la période 2010-2020, serait également souhaitable et à étendre à l'ensemble des personnels médicaux.

En matière de rémunération, l'indicateur le mieux connu, la rémunération moyenne du personnel en place (RMPP), calculé depuis 2009 dans le rapport annuel sur la fonction publique, n'est pas disponible sur une plus longue période. Il doit de plus être amélioré, affiné par catégorie de personnel ou d'établissements. À l'instar de la fonction publique d'État, il serait souhaitable de distinguer entre effets de carrière et effets de structure dans son évolution à l'hôpital[548].

545. Projections de départs en retraites réalisées par la DGOS pour la période 2008 à 2017 à partir de données 2004-2007.

546. DREES, études et résultats n° 846, juillet 2013 « Établissements de santé : personnel soignant de plus en plus âgé ». Données 2009, France entière. Établissements publics et privés confondus.

547. En accédant à la catégorie A, les infirmiers perdent la possibilité d'un départ anticipé lié à la catégorie active.

548. L'effet de carrière mesure la contribution à l'évolution du salaire moyen des avancements et promotions des personnels en place. L'effet de structure mesure l'effet de la modification de la répartition entre les différents corps, grades et échelons. DGAFP, Rapport annuel 2013, définitions p. 148.

L'évolution des rémunérations dans les hôpitaux publics

En 2011, la RMPP nette a augmenté de 3,3 % en moyenne, deux fois plus vite qu'en 2009. Cette dynamique s'explique en partie par le reclassement de la moitié des infirmiers en catégorie A et la revalorisation de la catégorie B des corps administratifs, médicotechniques et techniques. La RMPP augmente plus rapidement à l'hôpital que dans la fonction publique d'État (3 %) ou la fonction publique territoriale (2,3 %). Pour autant, elle diminue légèrement, de 0,4 % en euros constants entre 2009 et 2011[549].

Pour les hôpitaux, comme du reste pour les collectivités territoriales[550], le niveau national n'est pas en mesure d'apprécier précisément les déterminants de l'évolution des dépenses de personnel. Leur objectivation à brève échéance est à considérer comme une priorité afin notamment d'estimer les marges de manœuvres dégagées par les départs en retraite à venir et assurer un pilotage plus efficace de la dépense de personnel des hôpitaux.

b) Porter une attention accrue aux problématiques de maîtrise de la masse salariale

Le niveau national n'assure pas directement le pilotage de la masse salariale des établissements. L'ONDAM est un outil indirect qui contribue à la maîtrise des charges de personnel des hôpitaux en régulant leurs recettes. Lors du vote de l'ONDAM, les effectifs et dépenses de personnels des hôpitaux n'apparaissent qu'à titre informatif, dans le programme qualité et efficience « maladie », annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La régulation des dépenses et des effectifs est ainsi renvoyée au niveau des établissements.

Pour autant, la construction comme l'exécution de l'ONDAM sont affectées par certaines décisions nationales qui impactent les dépenses de personnel des hôpitaux. Leur discipline apparaît alors comme le premier levier à mobiliser pour contenir la hausse des dépenses hospitalières.

Par ailleurs, certains dossiers à enjeux particulièrement significatifs remontent désormais au niveau national. Depuis 2013, le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

549. En euros constants, la RMPP s'élève à 1,6 % en 2009 et 1,2 % en 2011 (écart de 0,4 %).

550. Cour des comptes, *Rapport public thématique*, Les finances publiques locales, octobre 2013, p. 209, disponible sur www.ccomptes.fr.

(COPERMO) traite en effet au niveau national les dossiers d'investissements importants ou de déficit élevé, qui l'amènent à connaître des ressources humaines des établissements. Le COPERMO a ainsi demandé à l'ARS d'Auvergne de signer un contrat de retour à l'équilibre financier avec un centre hospitalier, comportant le redimensionnement à la baisse des effectifs et des astreintes pour un total de 2,3 M€, par une optimisation de la gestion des lits, le développement de l'ambulatoire, la maîtrise de la durée moyenne de séjour, la réduction de certaines capacités et du nombre de salles de bloc opératoire. Les ARS sont associées aux travaux du COPERMO en amont de ses décisions et en aval puisqu'elles contractualisent les plans d'action.

2 - Une action régionale à renforcer

Aux moyens de pilotage mis en place au niveau national devrait répondre une intervention des agences régionales de santé visant à rendre plus fluide la gestion des effectifs hospitaliers au plan territorial. Pour ce faire, les ARS doivent non seulement s'appuyer sur le dialogue contractuel engagé avec les établissements, mais également ne pas hésiter à faire usage des compétences règlementaires qui leur sont conférées en matière de fermeture et de restructuration d'établissements publics de santé.

a) Un recours privilégié des ARS aux outils contractuels

Au niveau régional, les ARS disposent de compétences limitées sur la régulation des dépenses de personnel. Elles peuvent s'opposer à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)[551] fixant les prévisions de dépenses de personnel, sous condition de délai et pour des motifs limitativement fixés[552]. Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés qui leur est transmis n'a qu'une valeur informative.

Les actions des ARS en matière de dépenses de personnel s'inscrivent dans une démarche graduée, allant de la prévention des situations à risques à la conclusion de plans de retour à l'équilibre contractualisés avec les établissements. Ces derniers peuvent comporter des actions directes sur les dépenses de personnel ou des mesures ayant

551. Le plan global pluriannuel de financement (PGFP) comportant les prévisions de dépenses de personnel, annexé annuellement à l'EPRD, est soumis au même régime de non opposition.

552 . Articles L. 6143-4 et R. 6145-31 du code de santé publique (déséquilibre financier, non-respect du contrat d'objectif et de moyens, mesures de redressement inadaptées).

sur elles une incidence indirecte, (telles que par exemple le redimensionnement du pool de remplacement au CH de Roubaix). Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui comportent un volet « ressources humaines », contribuent également à la régulation et l'optimisation des dépenses de personnel.

Alors qu'il serait nécessaire pour les agences de disposer au niveau territorial d'une vision agrégée des besoins en personnel des établissements de santé, leur action régulatrice reste en tout état de cause limitée par l'absence de volet « ressources humaines » en appui à la mise en œuvre du programme régional de santé[553].

b) Une compétence de validation des évolutions des effectifs médicaux

Les ARS disposent d'un champ d'intervention large sur les ressources médicales des hôpitaux. La validation de la liste de postes de praticien hospitalier pour publication nationale leur ouvre les moyens d'une régulation des effectifs médicaux.

Un exemple de régulation territoriale

En Pays de la Loire, l'ARS a ainsi refusé de publier un poste d'urgentiste non conforme à l'organisation territoriale des urgences figurant dans le SROS. Deux postes de pédopsychiatres demandés par un établissement orienté en MCO ont finalement été ouverts dans un établissement spécialisé en psychiatrie situé à proximité afin d'améliorer l'attractivité des postes et mutualiser les ressources. Des demandes de publication de postes de médecins généralistes ont été refusées, par souci d'articulation avec la médecine de ville.

Les agences régionales de santé valident également le recrutement des médecins contractuels embauchés pour plus de trois mois[554], décident de l'affectation des médecins en formation et organisent la permanence des soins. Ces compétences constituent également des outils pour une meilleure régulation des effectifs médicaux.

Les ARS disposent également d'une palette d'outils visant à pourvoir les postes vacants nécessaires à la mise en œuvre des schémas régionaux de l'offre de soins. Ces dispositifs incitatifs reposent essentiellement sur le versement d'une prime en contrepartie d'un engagement à servir sur une certaine durée. Ils se sont enrichis récemment de nouvelles modalités, tels que le contrat d'engagement de

553. Une mission est cependant en cours à ce sujet.
554. Article R. 6152-411 du code santé publique.

service public[555] destiné aux étudiants en médecine ou le contrat de clinicien dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés avec les établissements. La multiplication de ces dispositifs sans vision d'ensemble et sans évaluation régulière nuit cependant à leur efficacité.

c) La nécessité d'une action plus énergique

La persistance de difficultés de recrutement peut parfois mettre en cause les conditions techniques de fonctionnement requises pour l'exercice d'une activité. Il appartient dans ce cas à l'ARS de constater plus systématiquement la non-conformité du fonctionnement et de procéder à des restructurations.

Les dispositifs incitatifs ne peuvent par ailleurs venir qu'en complément d'une action plus forte et plus large de recomposition de l'offre hospitalière, indispensable à l'optimisation des ressources, au dégagement de gains de productivité et à à la maîtrise de la dépense. Si les efforts consentis ont été importants, ils sont à intensifier pour atteindre les objectifs ambitieux affichés à cet égard par les pouvoirs publics.

B - Renforcer l'efficience dans les établissements de santé

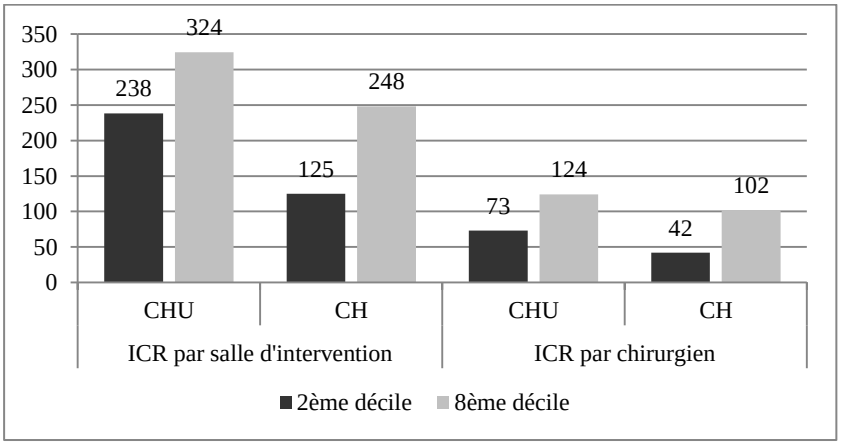
1 - Repenser les organisations internes

La performance des organisations est variable d'un établissement à l'autre, révélant des marges de progression significatives. À titre d'exemple, la production par salle et chirurgien dans les blocs opératoires, estimée au moyen d'un indicateur qui pondère les interventions chirurgicales par leur complexité (indice de complexité relative ou ICR), varie du simple au double selon les établissements.

555. 548 contrats signés pour 1 229 contrats proposés.

Graphique n° 28 : ICR par salle d'opération, chirurgien et établissement

En milliers



Source : ATIH, hospidiag 2011

Les différences de performance peuvent tenir au maintien d'établissements dans des zones à faible patientèle, ainsi qu'aux difficultés de recrutement de certains personnels, dont les anesthésistes-indispensables au fonctionnement des blocs opératoires. Les performances des centres hospitaliers, moins spécialisés en chirurgie et plus nombreux à se situer dans des zones isolées, apparaissent de ce fait moins élevées que celles des centres hospitaliers universitaires. Le fait que les écarts entre les performances les plus fortes et les plus faibles soient plus accentués pour les chirurgiens que pour les salles d'intervention (pour les CHU, l'indice du 8ème décile des chirurgiens les plus productifs est supérieur de 70 % à celui du 2ème décile des chirurgiens les moins productifs, alors que l'écart n'est que de 36 % pour les salles d'intervention) montre que le facteur personnel joue un rôle aussi important que les facteurs environnementaux.

Cherchant à aller plus loin dans l'identification des causes de non performance, l'ARS Languedoc-Roussillon[556] a réalisé en janvier 2013 une étude mettant en évidence les délais d'attente en amont et en aval des interventions, les délais entre chaque tâche, un taux d'encadrement en personnel soignant supérieur à l'activité sur certaines plages horaires, des amplitudes d'ouverture limitées ou des dysfonctionnements de la programmation. Ces dernières renvoient à l'organisation du travail et à la mise en cohérence des temps soignants et médicaux.

556. L'étude a été menée par l'ARS Languedoc-Roussillon du 1er octobre au 28 octobre 2012.

2 - Optimiser le temps travaillé

a) La mise en cohérence des temps soignants et médicaux

La mise en cohérence des temps soignants et médicaux constitue une source encore trop peu analysée d'optimisation des ressources des hôpitaux. Les conséquences concrètes de la désynchronisation des temps sont nombreuses : temps d'attente pour les patients, report d'activités ou plages restreintes d'utilisation des salles de bloc opératoire ou d'imagerie. Elle est également source de tensions pour les personnels et de coûts pour les établissements. Elle résulte notamment d'une organisation médicale insuffisamment formalisée au travers de tableaux de services ou de programmation des activités, rendant parfois difficile la nécessaire coordination avec les plannings des personnels soignants. Différents outils nécessaires à l'amélioration de la concordance des temps médicaux et soignants ont été élaborés par l'Agence nationale d'appui à la performance hospitalière. L'absence d'estimation nationale du potentiel de gain et de repères de positionnement pour les établissements conduit cependant à négliger ce gisement, pourtant majeur.

Un programme national d'efficience portant sur l'optimisation de l'organisation, la gestion des effectifs et du temps de travail à l'hôpital est ainsi à mettre en œuvre de manière prioritaire.

b) L'augmentation du temps de présence à l'hôpital

L'analyse des évolutions et les comparaisons en matière d'absentéisme sont limitées par des questions de méthode, tenant notamment aux définitions différentes ou au caractère ancien ou partiel des statistiques. Ainsi, portant sur un nombre limité d'établissements ou de personnels, les études nationales réalisées sur l'impact de la journée de carence obligatoire instaurée en 2012 puis supprimée en 2013 ne permettent pas de conclure sur son incidence sur l'absentéisme des personnels hospitaliers[557].

557. Certaines études concluent à une réduction de l'absentéisme de courte durée et d'autres à la stabilité de l'absentéisme de moins de 6 jours voire une légère progression de l'absentéisme global. Ces études n'établissent pas clairement en tout état de cause le lien entre les évolutions constatées et la journée de carence.

Selon les données issues des bilans sociaux rassemblées par l'ATIH, les absences[558] atteignent 7 % dans les hôpitaux publics, essentiellement liées à celles de plus de six jours. Elles sont plus fréquentes parmi les personnels de soins (8,1 %) et le personnel non médical (7,4 %) que chez le personnel médical (2,8 %). Au sein d'une même catégorie d'établissement, l'absentéisme varie du simple (CHU de Nîmes) au double (CHU de Poitiers). La diversité des situations souligne les marges de progrès à mobiliser par une politique active de lutte contre l'absentéisme. Ces perspectives doivent inciter les établissements à en analyser les causes et à formaliser un plan d'actions détaillé, visant notamment, parmi les personnels soignants, les métiers à forte pénibilité, qui se distinguent aussi par l'importance des absences et surtout en fin de carrière.

3 - Développer la gestion prévisionnelle des ressources humaines

Les incitations à la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences n'ont pas permis sa généralisation. L'extension de ces démarches doit conduire à des projections systématiques à moyen terme d'effectifs-cible par métiers, qu'il conviendra de rapprocher des départs en retraite prévus pour déterminer les recrutements pertinents à opérer. La mise en place de cette gestion doit faciliter une gestion plus rigoureuse des recrutements, dont la rationalité économique n'est pas toujours établie. Le centre hospitalier de Perpignan, par exemple, a renforcé ses effectifs médicaux pour développer de nouvelles activités, sans étude préalable, alors que la productivité des personnel en place était faible en médecine, chirurgie et obstétrique au regard des comparaisons réalisées par l'ARS.

C - Donner plus de souplesse à la gestion du corps médical

1 - Mettre en œuvre une véritable modulation des rémunérations en fonction de l'activité

Alors que la tarification à l'activité (T2A) devait introduire une nouvelle culture de gestion dans l'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique et responsabiliser les personnels dans le cadre d'une

558. ATIH, bilan social 2012. Nombre de jours d'absences pour motif médical et non médical rapporté aux ETP moyen sur l'année X 365 jours, p. 19 et 20. Base de 239 établissements, soit un effectif de 327 416 personnes, dont 27 006 médecins. Le taux d'absentéisme comprend les arrêts pour maternité.

organisation par pôles, elle ne peut par elle-même garantir l'adhésion de l'ensemble des praticiens au projet médical de leur établissement. L'intéressement pratiqué dans certaines structures, consistant à rétrocéder aux pôles une partie de leur résultat de manière à accroître leurs moyens, peut renforcer cette adhésion, sans avoir cependant le même effet qu'un intéressement individuel.

En 2006 a été introduite dans le statut des praticiens hospitaliers une disposition permettant de moduler les rémunérations en fonction de l'activité et de la performance[559]. Seuls 2 % des praticiens hospitaliers exerçant en chirurgie percevaient cette part complémentaire variable en 2011, pour un montant moyen de 8 987 €, Le décret qui l'institue ne porte au demeurant que sur les seules activités chirurgicales, l'indemnité qui permet de mettre en œuvre cette modulation ne pouvant dépasser 15 % des émoluments versés aux praticiens concernés. Dans le même temps se sont développées à l'hôpital des pratiques salariales à l'égard des contractuels se traduisant par des écarts de rémunération importants avec les personnels statutaires.

L'appropriation par le corps médical des mécanismes de la tarification à l'activité, dont le caractère potentiellement inflationniste est contré par les réajustements tarifaires annuels, pourrait faciliter le passage à une rémunération en partie assise sur la performance. La part modulable pourrait représenter jusqu'à 30 % des rémunérations totales, comme cela avait été suggéré en 2011 par la mission ministérielle sur l'exercice médical à l'hôpital et accepté en 2012 par plusieurs syndicats de praticiens hospitaliers. De manière à assurer la neutralité budgétaire de ce mécanisme, cette part modulable pourrait être gérée dans le cadre d'une enveloppe par pôle ou par établissement.

2 - Rendre possible une gestion locale plus active de la ressource médicale

Une plus grande modulation des rémunérations médicales nécessiterait l'instauration d'un dialogue au plan local entre la commission médicale d'établissement et la direction de l'établissement, permettant de déterminer les critères d'appréciation de la performance.

Une telle évolution renforcerait la gestion locale du corps médical, qui n'est aujourd'hui que subsidiaire, alors que le pilotage par l'échelon national montre depuis longtemps ses limites : mauvaise connaissance des

559 . Décret n° 2006-1222 du 5 octobre 2006 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et ontologiques hospitaliers et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

vacances de poste[560], mauvaise anticipation des évolutions et surtout quasi absence de mobilité. Les établissements gagneraient ainsi un moyen d'agir sur la ressource médicale, qui détermine en grande partie leur activité et leurs résultats.

Les directeurs d'établissement devraient par ailleurs exercer pleinement les attributions qui sont les leurs aux termes de la loi Hôpital, patients, santé et territoires de juillet 2009. Le placement en recherche d'affectation de certains médecins auprès du centre national de gestion, introduit en 2009 dans le statut des praticiens hospitaliers, devrait être facilité, de manière à sortir de certaines situations de blocage qui nuisent à la performance hospitalière.

En donnant plus de fluidité à la gestion du corps médical hospitalier, il serait possible de rendre la carrière hospitalière plus attractive pour les praticiens désireux de s'impliquer pleinement dans l'activité de leur établissement et de résorber progressivement certains écarts de productivité.

560. Dans le contrat d'objectifs et de performance 2014/2016 du Centre national de gestion, celui-ci se voit fixer comme objectif de suivre, en lien avec les ARS, les effectifs de praticiens titulaires et non titulaires (praticiens attachés, praticiens contractuels, assistants des hôpitaux, praticiens adjoints contractuels,…) et d'identifier notamment les emplois statutaires pourvus par des praticiens non titulaires ainsi que les postes durablement vacants.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les dépenses de personnel hospitalier doivent nécessairement contribuer à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, dont elles constituent le premier poste.

Si dans la période récente la masse salariale des établissements publics de santé a pu voir son augmentation se ralentir sensiblement (0,6 % par an en moyenne en euros constants) malgré une progression des effectifs hospitaliers dans un contexte de croissance et d'alourdissement de l'activité, grâce en particulier au gel du point d'indice et à l'importance des départs en retraite, cette situation apparaît fragile et précaire. De premiers signes de relance de la dépense sont apparues en 2013 et de nombreux facteurs exercent une pression pour une hausse tendancielle de celle-ci, qu'il s'agisse de l'impact sur les comptes hospitaliers des décisions salariales nationales touchant la fonction publique, des tensions affectant le recrutement de certains spécialistes et de l'attrait exercé par le secteur privé sur certaines catégories de personnels.

Dans le cadre d'un ONDAM plus fortement contraint dans les années qui viennent, les établissements doivent ainsi accroître très substantiellement leurs efforts de maîtrise de leur masse salariale.

Dans un contexte, marqué également par l'impact du vieillissement de la population sur le dynamisme de l'activité, la régulation des dépenses de personnel doit résulter d'une action nettement plus résolue pour dégager des gains de productivité contribuant à l'amélioration de la performance hospitalière globale.

La responsabilité d'un pilotage plus ferme incombe aux administrations de tutelle, notamment au regard du développement indispensable des outils de prévision et d'analyse de la masse salariale et de ses déterminants, mais plus encore en termes de recomposition plus active de l'offre hospitalière.

Mais ce sont au premier chef aux communautés hospitalières de mobiliser les marges de manœuvre nécessaires par une implication accrue dans la recherche d'une meilleure efficience globale de leurs établissements, qu'il s'agisse des réorganisations internes, des actions à conduire en matière de durée et de meilleure organisation du temps de travail et de la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La Cour formule les recommandations suivantes :

69. se doter des outils nécessaires à un suivi précis et régulier de l'évolution de la masse salariale et de ses déterminants et en particulier des effectifs médicaux et non médicaux, appuyé sur une connaissance précise des données et projections démographiques ;

70. identifier en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences sur l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie de toute décision impactant les dépenses de personnel des hôpitaux publics ;

71. élaborer un programme national d'efficience destiné à optimiser l'organisation et la gestion des effectifs et des temps de travail, incluant un objectif pluriannuel d'économies et s'appuyant sur un dispositif d'accompagnement des établissements ;

72. inciter les hôpitaux à la renégociation des accords locaux sur le temps de travail pour mettre en conformité la durée effective du temps de travail avec la durée légale ;

73. donner instruction aux agences régionales de santé d'exercer un rôle beaucoup plus actif en matière de suivi et de régulation des dépenses de personnel des hôpitaux de leur ressort, en utilisant à cette fin l'ensemble des leviers juridiques et financiers dont elles disposent et en intensifiant les restructurations porteuses de réels gains de productivité ;

74. mettre en œuvre une modulation, neutre sur le plan budgétaire, des rémunérations des médecins en fonction de la performance.

Chapitre XV

Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

PRÉSENTATION

L'hospitalisation privée à but lucratif représente, avec 115 000 lits et places, 24 % des capacités hospitalières et réalise 28 % des séjours d'hospitalisation[561]*. Elle réalise un chiffre d'affaires de 13,6 Md€*[562] *et concentre 17 % des dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements de santé, soit 12,8 Md€*[563]*.*

Dans la limite étroite des informations dont elle a pu disposer, la Cour a cherché à évaluer les dépenses de personnel de ces établissements et à apprécier les spécificités de leur gestion.

Elle a constaté les difficultés d'une approche consolidée de ces dépenses du fait de l'éclatement de l'organisation et de la gestion des cliniques (I) et de l'externalisation notamment pour l'essentiel des dépenses de rémunération médicale (II). Dans ces conditions, la dépense salariale directe, qui recouvre un champ beaucoup plus restreint que dans le secteur public, est concentrée sur le personnel de soins, sans que là où elles pourraient être pertinentes des comparaisons entre secteurs public et privé soient suffisamment développées (III). Leur imputation à plusieurs sous-objectifs de l'ONDAM selon leur nature et le type d'activité des établissements fait obstacle à la bonne appréciation des enjeux qui leur sont liés (IV).

I - Une pluralité de modes de gestion empêchant une approche consolidée

La statistique annuelle des établissements de santé dénombre environ 200 000 personnes travaillant totalement ou partiellement dans les cliniques privées, soit près d'un hospitalier sur sept.

Ce décompte ne permet cependant qu'une approche partielle des effectifs travaillant dans les cliniques privées, compte tenu de l'organisation de ces dernières.

Une personne en contact avec le patient dans l'enceinte d'une clinique peut relever en effet de plusieurs situations différentes : salarié

561. DREES SAE 2012. L'hôpital public regroupe 62 % des capacités et réalise 58 % des séjours ; les établissements de santé privés d'intérêt collectif, à but non lucratif, respectivement 15 et 14 %.
562. DREES, liasses fiscales, 2012.
563. ATIH, données 2012. Court séjour, soins de suite et réadaptation et psychiatrie, hors MIGAC.

de la clinique (ou société d'exploitation), professionnel libéral de santé sous contrat avec la clinique, salarié de ce professionnel libéral, professionnel libéral assurant une activité médico-technique ou encore salarié d'un prestataire de service sous contrat avec la clinique.

Cette diversité de statut s'explique par une organisation très souvent éclatée entre de multiples intervenants dépendant d'organismes tiers aux formes juridiques variées[564]. Selon les organisations, les effectifs et les dépenses de rémunération rattachés à la société d'exploitation varient. La mutualisation plus ou moins large d'activités et de ressources entre établissements, liée à la constitution de groupes de santé privés parfois de dimension importante, influe également sur les effectifs directement rémunérés par la clinique.

Le champ d'intervention de celle-ci peut être plus ou moins étendu selon qu'elle assure directement ou non certaines activités médico-techniques. Les activités de radiologie ou de biologie peuvent ainsi être constituées en sociétés distinctes qui rémunèrent directement leur propre personnel.

Les professionnels de santé peuvent choisir d'exercer à titre salarié et sont alors régis par un contrat de travail, ou libéral, dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral[565], situation de loin la plus fréquente pour les médecins[566]. En ce cas, leurs honoraires sont alors directement réglés par les patients, eux-mêmes remboursés par l'assurance maladie, sans peser sur les charges des établissements dans lesquels ils interviennent. Ces derniers se voient cependant reverser par les praticiens qui exercent dans leurs locaux une redevance pour services rendus, fixée contractuellement.

La clinique peut salarier directement les personnels travaillant auprès des professionnels de santé intervenant à titre libéral, tels que secrétaire médicale, aide opératoire, aide anesthésiste, mais les médecins libéraux peuvent aussi les rémunérer directement.

Pour remplir les fonctions logistiques, les cliniques privilégient le plus souvent la sous-traitance à un prestataire de service sous contrat plutôt que la gestion directe par des salariés.

---

564. Sociétés anonymes, sociétés civiles immobilières ou professionnelles, sociétés civiles de moyens, société de fait, sociétés d'exercice libéral, voire associations.

565. Les salariés sont régis par un contrat de travail, soumis à la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 et aux accords de branche en vigueur. Les professionnels libéraux signent obligatoirement un contrat écrit avec la clinique.

566. L'exercice libéral concerne également des professionnels non médicaux tels que les masseurs kinésithérapeutes.

Deux exemples d'organisation différente en Pays de la Loire[567]

Dans un premier établissement, pour plus de 15 M€ de produits facturés, les charges de personnel figurant dans les comptes sont de 4 M€. Il s'agit d'un établissement mono-disciplinaire fonctionnant avec des praticiens libéraux sous contrat, qui sont eux même employeurs du personnel soignant.

Dans le second établissement, pour 11,5 M€ de produits facturés, les charges de personnel figurent dans les comptes pour 0,5 M€. L'essentiel des frais liés aux personnels est comptabilisé en charges extérieures globalisées avec d'autres dépenses. Cet établissement est installé au sein d'un pôle hospitalier composé de deux sociétés, dont l'une refacture à l'autre les charges de personnel.

Les effectifs figurant dans la statistique annuelle des établissements de santé ne comprennent que les personnels directement salariés par les cliniques, soit 160 000 personnes, ainsi que les 40 000 professionnels libéraux sous contrat avec elles. En revanche ne sont pas appréhendés les salariés des professionnels libéraux[568], les professionnels libéraux assurant des fonctions médico-techniques et le personnel employé par les sous-traitants. L'estimation de 200 000 personnes exerçant en clinique reste donc en deçà des ressources humaines effectivement mobilisées par ces dernières, sans qu'il soit possible de disposer d'une approche consolidée

Ces limites invitent à une grande prudence dans l'analyse des effectifs et des dépenses de personnels des cliniques, notamment au regard d'une démarche comparative avec le secteur public.

567. Tirés de la base de données de l'ARS des Pays de la Loire.

568. 40 000 personnes selon le rapport 2011 du FORMAH, organisme paritaire collecteur agréé pour la branche professionnelle jusqu'au 31 décembre 2012.

II - Des dépenses de rémunération médicale essentiellement externalisées

A - Un exercice médical en clinique majoritairement libéral

Sur 200 000 médecins en activité régulière[569], 42 000 exercent totalement ou partiellement en établissement à but lucratif, à titre libéral pour 37 000 d'entre eux et comme salariés pour moins de 5 000.

Il s'agit essentiellement de spécialistes (93 %), exerçant souvent dans plusieurs établissements (65 %)[570]. L'exercice libéral est prédominant, voire quasi exclusif pour certaines spécialités telles que l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique et les spécialités chirurgicales. Il est moindre en psychiatrie, deux médecins sur trois étant salariés. Le salariat est récemment devenu majoritaire en soins de suite et de réadaptation.

Depuis 2007, les effectifs médicaux ont progressé de 2 000 personnes, soit 800 salariés, principalement en services de soins de suite et de rééducation et 1 200 médecins libéraux, exerçant essentiellement en médecine, chirurgie, obstétrique.

La connaissance des ressources médicales des cliniques reste néanmoins imprécise car les professionnels libéraux sont décomptés en personnes physiques, sans prise en compte de leur temps de travail.

B - Les honoraires liés aux séjours en cliniques

La Cour a demandé à la CNAMTS d'isoler les honoraires perçus par les professionnels libéraux pour les séjours réalisés en cliniques ainsi que les dépenses remboursées par l'assurance-maladie à ce titre. Ces dernières sont imputées sur le sous-objectif « soins de ville » de l'ONDAM, comme c'est le cas pour l'ensemble des professionnels libéraux, sans être en routine rapprochés des séjours qui sont à leur origine.

---

569. Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale 2013.

570. Dans le secteur public, les proportions caractéristiques sont les suivantes : les médecins sont spécialistes à hauteur de 85 %, salariés (98 %) et travaillent à temps plein pour 62 % d'entre eux. source DREES, SAE, hors médecins en formation.

Selon cette extraction qui n'a pu porter que sur la seule année 2012[571], les honoraires à tarif opposable ont représenté une masse totale de 3,9 Md€ en 2012, soit 8 % des dépenses de soins de ville, hors produits de santé. La chirurgie et l'anesthésie en représentent 45 %.

Tableau n° 83 : honoraires perçus par les professionnels libéraux liés aux séjours en cliniques en 2012

En M€

Spécialités	Honoraires remboursables	Dépassements d'honoraires	Total honoraires
Chirurgiens	774	406	1 180
Anesthésistes	768	172	940
Laboratoires-médecins biologistes	417	0	417
Gastro-entérologues	247	32	278
Cardiologues	266	5	271
Ophtalmologues	188	80	268
Gynécologues-obstétriciens	133	58	191
Radiologues	192	3	195
Sous total des huit spécialités cumulant 80 % des honoraires	2 984	756	3 741
Autres spécialités	930	61	991
Total	3 914	818	4 732

Source : tableau Cour des comptes à partir de données CNAMTS

Pour évaluer l'ensemble des honoraires perçus, il faut ajouter aux honoraires remboursables (3,9 Md€) les dépassements d'honoraires, les médecins étant de fait souvent installés en secteur 2. Ils sont estimés à 818 M€ en 2012.

Les dépassements d'honoraires dans les cliniques privées

Sur les cinq dernières années, les dépassements d'honoraires liés aux séjours en cliniques ont progressé de 200 M€[572]. Le dépassement moyen est évalué à 320 euros environ par séjour[573], doublant presque les honoraires demandés au patient. Aucun dépassement d'honoraire n'est toutefois pratiqué pour près de 60 % des séjours réalisés en cliniques.

571. La CNAMTS n'a pas été en mesure de fournir la chronique des remboursements et des dépassements d'honoraires sur les cinq dernières années.

572. Données ATIH, sur un champ plus restreint que celui de la CNAMTS. Le montant ATIH est inférieur de 20 M€ aux données transmises par la CNAMTS

573. Pouvant comprendre plusieurs actes.

Plus de 74 % des séjours avec dépassement sont effectués en chirurgie et 20 % en médecine. Les anesthésistes et chirurgiens facturent près des trois quarts des dépassements pratiqués[574]. Deux familles, les « actes sur le bulbe oculaire » et ceux « sur les articulations du membre inférieur», concentrent un quart des dépassements.

Parmi les 10 587 médecins adhérents au « contrat d'accès aux soins »[575], visant à modérer les dépassements d'honoraires, on compte un chirurgien sur trois intervenant en clinique et un anesthésiste sur dix[576].

Au total, les honoraires perçus par les professionnels libéraux pour leur activité réalisée en cliniques se sont ainsi élevés en 2012 à 4,7 Md€.

III - Une masse salariale très largement consacrée à la rémunération du personnel de soins

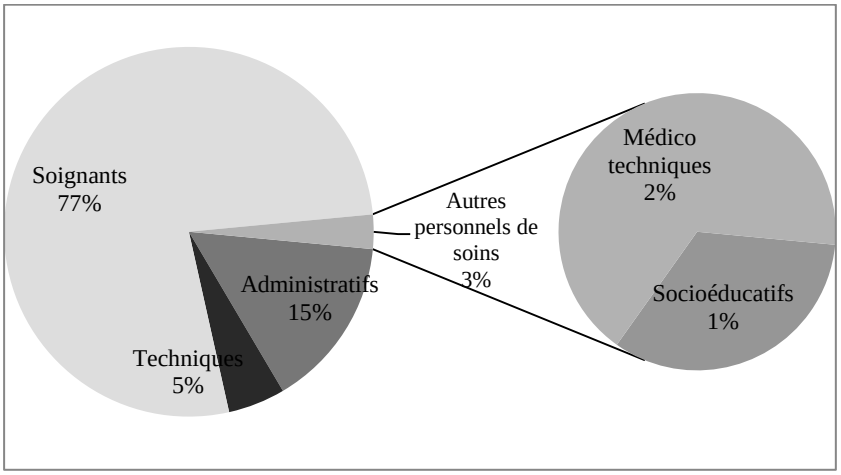
A - Des salariés majoritairement soignants

Les emplois salariés des cliniques sont concentrés sur les personnels soignants, qui constituent 77 % de l'ensemble et ont progressé de 8 % depuis 2007[577]. Le personnel infirmier, cadres compris, en représente la moitié.

Les taux d'encadrement du personnel de soins sont proches dans les secteurs public et lucratif[578]. En revanche, des différences de structure d'emplois s'observent dans le recours aux aides-soignants et aux agents de service hospitalier : ces derniers sont davantage représentés en cliniques[579].

574. Le dépassement moyen est de 370 € pour les séjours en chirurgie.
575. Avenant n° 8 à la convention médicale. Entré en vigueur le 1er décembre 2013.
576. CNAMTS, données au 24 janvier 2014.
577. DREES, SAE données 2007 à 2012.
578 22,5 infirmiers et aides-soignants par cadre infirmier dans les deux secteurs (données SAE 2011) ; 26,5 agents par cadre dans le secteur public en incluant les agents de service hospitalier et autres personnels, 28 dans le secteur lucratif.
579. Les aides-soignants représentent 33,5 % de l'effectif soignant dans le secteur public et 29,7 % dans le secteur lucratif. Ces données sont respectivement de 13,2 % et 17,9 % pour les agents de service hospitalier et autres personnels (données SAE 2011).

Graphique n° 29 : personnels non médicaux en 2012, par catégories



Source : DREES SAE

Représentant 15 % des emplois salariés, les personnels administratifs apparaissent, rapportés au nombre de lits et de places, moins nombreux que constaté dans le secteur public[580]. Cet indicateur ne tient cependant pas compte de l'externalisation par certaines cliniques de diverses activités administratives, non quantifiable.

Les effectifs salariés consacrés à la logistique générale et aux activités médicotechniques représentent moins d'un salarié sur quinze contre un sur six à l'hôpital public, en diminution de 16 % sur les cinq dernières années. Ces activités sont de fait majoritairement sous traitées, notamment dans les établissements de court séjour.

580. 0,16 personnel administratif par lit et place dans le secteur privé à but lucratif et 0,32 dans le secteur public. SAE 2012.

Un recours important à la sous-traitance

Près de deux cliniques sur trois déclarent recourir à la sous-traitance, principalement pour la restauration, le nettoyage puis l'entretien/maintenance et marginalement pour les fonctions d'accueil, standard ou informatique[581]. Récemment, de nouvelles fonctions ont été externalisées telles que notamment le codage des actes, du fait des difficultés de recrutement de praticiens qualifiés, ou la stérilisation, soumise à des normes exigeantes.

L'observatoire économique des cliniques et hôpitaux privés de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP-MCO) évalue l'impact de la sous-traitance sur les dépenses de personnel des cliniques à 3,7 % de leur chiffre d'affaires. Ces données ne sont pas connues pour les cliniques spécialisées en soins de suite et en psychiatrie, qui recourent moins fréquemment à la sous-traitance. Elles ne peuvent être directement comparées avec celles disponibles pour l'hospitalisation publique, exprimées en fonction des charges d'exploitation[582] .

B - Une augmentation plus rapide que dans le secteur public

En 2012, la masse salariale des cliniques à but lucratif s'est élevée à près de 6 Md€[583]. Depuis 2007, elle a progressé annuellement de 3,6 % en moyenne en euros courants, soit une augmentation de 1,9 % en euros constants, alors que celle du secteur public hospitalier a progressé en moyenne de 0,6 % par an.

Ses composantes ont connu des évolutions contrastées. Les charges sociales représentent moins de 30 % de la masse salariale en 2012. Depuis 2007, elles ont progressé à un rythme trois fois moins rapide que celui des traitements et salaires.

581. Rapport de branche, CPNE-FP, « la situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée à statut commercial », janvier 2012, p. 33.

582 . Les hôpitaux publics consacrent pour leur part 1,8 % de leurs charges d'exploitation à la sous-traitance, majoritairement en blanchisserie, restauration et nettoyage.

583. Les cliniques ont une obligation de dépôt aux greffes des tribunaux de commerce de leurs liasses fiscales (bilan, compte de résultat et annexes obligatoires). Ces dernières sont exploitées par la DREES qui publie chaque année une étude consacrée à la situation économique et financière des établissements privés à but lucratif.

Tableau n° 84 : évolution des composantes de la masse salariale des cliniques privées (2007-2012)

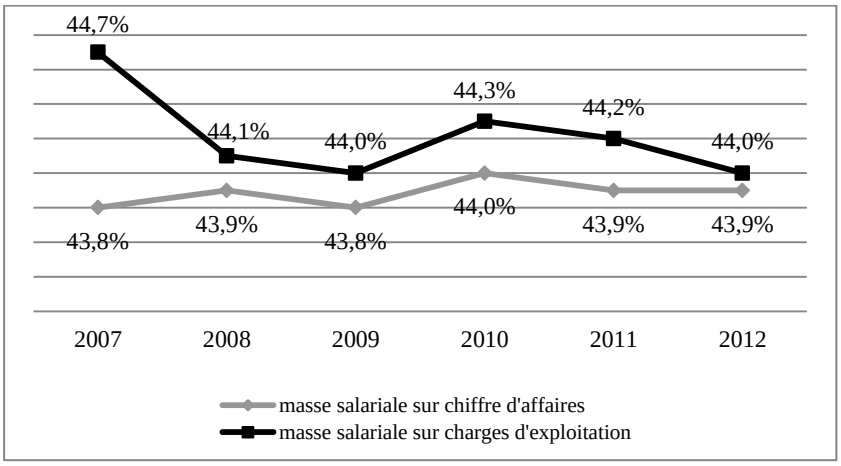
En Md€

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants	euros constants 584	euros courants	euros constants
Salaires et traitements	3,50	4,23	21,0 %	12,3%	3,9 %	2,2%
Charges sociales	1,50	1,73	14,9 %	6,2%	2,8 %	1,1%
Total masse salariale	5,00	5,96	19,2 %	10,5%	3,6 %	1,9%
Chiffre d'affaires	11,42	13,58	18,9 %	10,2%	3,5 %	1,8%

Source : DREES, SAE 2007-2011.

Le poids de la masse salariale sur le chiffre d'affaires, de l'ordre de 44 %, est resté relativement stable sur la période. Rapporté aux charges d'exploitation, il décroît depuis 2010.

Graphique n° 30 : évolution du poids de la masse salariale par rapport au chiffre d'affaires et aux charges d'exploitation (2007-2012)



Source : Cour des comptes à partir des données DREES SAE

L'exploitation des liasses fiscales ne permet pas cependant d'approfondir davantage l'analyse de la masse salariale et de ses composantes. La Fédération de l'hospitalisation privée a cherché cependant à préciser certaines de ces dernières. Son observatoire

584. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

économique des cliniques et hôpitaux privés évalue ainsi notamment à 1,4 % du chiffre d'affaires, pourcentage stable entre 2011 et 2012, le recours à l'intérim, concentré sur la filière soignante pour des missions courtes de 21 heures en moyenne.

Aucune étude récente n'a cependant procédé à une analyse de l'évolution du coût global du travail et de ses composantes (salaires, charges et structure d'emplois) dans le secteur lucratif.

C - Des analyses comparatives entre secteurs insuffisamment développées

Dans un contexte fortement évolutif, des comparaisons entre les secteurs public et privé mériteraient d'être menées et réactualisées régulièrement.

Le coût global du travail selon les secteurs public et privé à but lucratif[585]

Une étude réalisée par le cabinet Aumeras à la demande du ministère de la santé en 2010 conclut à un coût global du travail dans le secteur à but lucratif inférieur à celui du secteur public. Le poids des charges serait plus élevé dans le secteur lucratif pour celles pesant sur le salarié et moins élevé en ce qui concerne les charges patronales. Au total, le salaire net moyen serait inférieur dans le secteur privé, avec des différences plus ou moins marquées selon les catégories de personnel.

Cependant, outre le caractère ancien des données prises en compte (2005-2007), les conclusions de cette étude sont limitées par son champ restreint au personnel non médical, l'absence de prise en compte des disparités régionales et sa méthode fondée sur des constats et hypothèses plus générales appliquées aux différentes catégories professionnelles et secteurs[586].

L'évolution des rémunérations selon les secteurs n'est pas disponible sur les cinq dernières années selon des méthodes homogènes. La valeur du point de la convention collective de l'hospitalisation privée a

585. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Mission tarification à l'activité, « Évaluation du coût du travail des différents secteurs hospitaliers à partir des données brutes salariales », rapport final, avril 2010. Étude réalisée par le cabinet Aumeras portant sur des données 2005 à 2007.

586. À partir des salaires bruts transmis par la DREES, l'étude calcule les charges sur la base d'un recensement des charges applicables et d'hypothèses plus générales (alignement des salaires bruts des personnels contractuels sur ceux des titulaires, taux de charges moyen par secteur pour des charges variables selon les établissements notamment).

néanmoins progressé de façon limitée, à un rythme inférieur au point de la fonction publique[587] jusqu'au gel de ce dernier.

Le rapport annuel sur la fonction publique, qui est publié par la direction générale de l'administration et de la fonction publique[588] comporte cependant depuis 2009 chaque année la progression moyenne des salaires nets comparés entre les secteurs hospitaliers public et privé lucratif ainsi qu'avec les autres composantes - État et collectivités territoriales - de la fonction publique. L'évolution des salaires moyens est légèrement inférieure au niveau de l'inflation dans le secteur lucratif, mais reste néanmoins plus favorable que dans le secteur public[589].

Une meilleure connaissance comparative des conditions d'emplois et de rémunérations entre les secteurs public et privé contribuerait à permettre de mieux comprendre les trajectoires des personnels durant leur carrière et leur mobilité intersectorielle·. Cette étude devrait intégrer une approche globale des professionnels de santé, salariés ou libéraux, exerçant dans les différentes catégories d'établissements de santé.

Le refus des établissements sollicités par la Cour de répondre à ses demandes ne lui a pas permis pour sa part d'esquisser une telle démarche.

Les dépenses de personnel des cliniques sont de fait considérées par elles comme un enjeu purement interne aux établissements, d'autant plus que cette composante importante de la dépense globale d'assurance maladie est soumise à des modes de régulation cloisonnés.

IV - Une dépense éclatée au sein de l'ONDAM

A - Des imputations distinctes selon la nature des dépenses et des activités

L'assurance-maladie ne distingue pas les professionnels de santé libéraux selon leur type d'exercice. Les honoraires et prestations de ceux

587. De juillet 2007 à juillet 2010, la valeur du point augmente de 1,3 % dans le secteur lucratif et 2,1 % dans le secteur public. Stable dans la fonction publique depuis lors, elle augmente de 1,2 % en juillet 2012 dans le secteur lucratif. Source FHP et DGAFP, rapport annuel page 527.

588. Sur la base de travaux de la DGAFP, de la DREES et de l'INSEE.

589. Entre 2009 et 2011 (dernière année disponible), le salaire net moyen augmente de 3,3 % dans le secteur lucratif en euros courants (-0,4 % en euros constants) et 2,4 % dans le secteur public (-1,2 % en euros constants). Source INSEE, SIASP 2009 à 2011, DADS 2009 à 2011, traitements DREES.

exerçant en clinique sont ainsi compris au sein de l'enveloppe de dépenses globale déterminée par le sous-objectif « soins de ville » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La détermination de leur montant et leur mode de régulation s'inscrivent dans le cadre général des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé[590].

Les dépenses de masse salariale et de prestations de services liées à l'emploi de personnels portés par d'autres structures sont pour leur part incluses dans le sous-objectif « établissements tarifés à l'activité » pour les activités de court séjour, mais aussi au sein du sous-objectif « autres dépenses » pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation.

La prise en compte du secteur privé à but lucratif dans la construction de l'ONDAM

L'évolution des charges de personnel des établissements privés à but lucratif s'appuie sur l'estimation des mesures applicables au secteur public, le plus souvent étendues au secteur privé lucratif à l'exception de certaines mesures catégorielles. De façon asymétrique, les mesures applicables aux seuls salariés du secteur privé ne sont pas prises en compte dans la construction de l'ONDAM.

Par exception, les prévisions d'activité retenues dans la construction de l'ONDAM sont distinguées par secteur. Elles reposent sur les données d'activité issues du PMSI produites par l'ATIH. Un effort de productivité sur le personnel est intégré dans l'estimation des charges liée à la hausse d'activité, identique pour les deux secteurs.

590. Cf. chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense.

L'information du Parlement sur les effectifs et les dépenses de personnel figurant en annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale est également présentée distinctement selon les secteurs[591] mais ne présente pas le même degré de précision dans les deux cas. Pour les établissements privés à but lucratif, les effectifs présentés comportent, outre les personnels salariés, les professionnels de santé libéraux, sans précision des honoraires perçus. Seules les dépenses de personnel liées aux salariés sont analysées.

B - Une absence préjudiciable de vision globale

Les dépenses de rémunération ne représentent qu'un enjeu minoritaire dans chacune des sous-enveloppes de l'ONDAM alors que la seule consolidation des dépenses salariales et des honoraires des professionnels libéraux intervenant en clinique révèle une charge directe de l'ordre de 10 Md€ pour l'assurance maladie, sans préjudice des activités sous-traitées.

La vision cloisonnée des dépenses de personnel salariés et libéraux intervenant en cliniques ne permet pas d'avoir une mesure globale de cet enjeu. Elle n'est pas non plus disponible au niveau régional.

Des agences régionales de santé mal outillées

Bien que l'article L. 6161-3 du code de la santé publique[592] impose aux cliniques une obligation de transmission de leurs comptes aux ARS, ces dernières n'en disposent pas systématiquement. Le décret fixant les modalités de transmission des comptes n'est en effet toujours pas paru cinq ans après la promulgation de la loi Hôpital, patients, santé et territoires qui avait prévu cette dernière. Les ARS restent ainsi largement dans l'incapacité de suivre l'évolution de la masse salariale des cliniques de leur ressort.

591. Indicateur 13 du programme de qualité et d'efficience « maladie » : évolution des effectifs et des dépenses de personnel des établissements de santé.

592. « Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis (…) à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire. Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière ».

À l'instar du niveau national, le niveau régional est dépourvu de la vision consolidée des ressources humaines, salariées et libérales, intervenant dans les cliniques et des dépenses associées.

Plusieurs agences régionales ont toutefois cherché à se doter de bases de données à partir d'informations collectées auprès des cliniques privées de manière à pouvoir piloter plus finement cette composante de l'offre de soins.

Un suivi plus complet et systématique des dépenses de personnel des cliniques privées apparaît souhaitable au regard notamment d'une approche comparative plus complète et plus régulière de l'évolution des composantes de la dépense hospitalière entre les différentes catégories d'établissements de santé.

La création d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » retraçant comme recommandé par la Cour[593] les dépenses actuellement réparties entre les composantes des actuels sous-objectifs « établissements de santé tarifés à l'activité et « autres dépenses relatives aux établissements de santé » apporterait une première clarification. Elle devrait s'accompagner d'une présentation beaucoup plus complète et détaillée en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'évolution des dépenses de personnel des cliniques privées, au sens large, en intégrant celle des honoraires perçus par les professionnels libéraux intervenant en clinique, ce qui faciliterait le pilotage de cette composante importante du système de soins, favoriserait également les comparaisons intersectorielles sur des bases objectivées et éclairerait ainsi la régulation de l'ensemble du dispositif de santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La diversité des modes de gestion des cliniques privées empêche toute vision consolidée des dépenses de rémunération liées à l'activité des cliniques privées. Dans le contexte d'organisations juxtaposant des entités nombreuses et spécialisées chacune dans un aspect de la chaîne de la prise en charge, qu'il s'agisse des moyens d'exploitation, de l'immobilier, des fonctions logistiques, ou des activités médico-techniques, la charge directement supportée par la société d'exploitation varie considérablement d'un établissement à l'autre.

593. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI, La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 177-198, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

Ces difficultés ne font cependant pas obstacle à la possibilité et à la nécessité de suivre beaucoup plus précisément et régulièrement les composantes majeures de ces dépenses, qu'il s'agisse de la rémunération des professionnels libéraux ou de la masse salariale supportée directement par les cliniques.

Les outils statistiques de l'assurance maladie permettent en effet d'isoler désormais les honoraires et les dépassements perçus par les médecins exerçant en cliniques. Cette donnée importante n'est cependant pas suivie en routine et ne fait pas l'objet d'analyses particulières au regard de la maîtrise médicalisée de la dépense comme de l'égalité d'accès aux soins.

L'évolution de la masse salariale est perçue comme un enjeu purement interne aux établissements. Elle n'est analysée ni dans sa structure ni dans ses déterminants ni dans son évolution. Les approches comparatives intersectorielles sur des champs pertinents sont plus que limitées.

L'éclatement de ces dépenses entre plusieurs sous-objectifs de l'ONDAM contribue à faire obstacle à une bonne appréciation et à une vision globale des enjeux qui leur sont liées, sans que le niveau régional ne dispose d'une appréciation plus complète, pourtant nécessaire au regard du bon exercice de sa responsabilité d'organisation de l'offre de soins.

La Cour formule les recommandations suivantes :

75. accompagner la création d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie d'une information plus complète et plus détaillée en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les différentes composantes de la dépense de personnel des cliniques privées, y compris les honoraires (à tarifs opposables et dépassements) perçus par les professionnels libéraux pour leur activité en cliniques ;

76. adapter en conséquence les dispositifs de suivi et d'analyse de ces dépenses ;

77. développer sur des champs pertinents et selon une méthodologie rigoureuse les comparaisons entre hospitalisation publique et hospitalisation privée à but lucratif ;

78. publier le décret d'application de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique pour rendre effective l'obligation de transmission par les cliniques de leurs comptes aux agences régionales de santé.

CINQUIÈME PARTIE

LES RETRAITES DES INDÉPENDANTS : LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONTRIBUTIF ACCRU

Chapitre XVI

Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

PRÉSENTATION

Les artisans et les commerçants sont affiliés pour leur couverture vieillesse au régime social des indépendants (RSI). Ils relèvent de deux régimes de base distincts, mais d'un régime complémentaire unifié, mis en place le 1er janvier 2013.

Ces régimes rassemblent près de 2,1 millions de cotisants et 2 millions de pensionnés. Ils ont perçu, en 2013, 6,4 Md€ de cotisations (4,07 Md€ au titre des régimes de base et 2,32 Md€ au titre du régime complémentaire) et versé 8,8 Md€ de prestations (7,2 Md€ au titre des régimes de base et 1,6 Md€ au titre du régime complémentaire).

Dans la continuité des travaux qu'elle a consacrés en 2013 aux retraites des professions libérales et des exploitants agricoles[594], la Cour a cherché à analyser les spécificités du système de retraite des artisans et commerçants, à évaluer la soutenabilité financière des régimes de base et du régime complémentaire et à apprécier la qualité de la gestion de la retraite mise en œuvre par le RSI.

Dans un contexte d'alignement des droits sur le régime général mais d'un effort contributif qui reste inférieur à celui des salariés, les régimes de base sont confrontés à un déficit structurel élevé, à l'ampleur masquée par l'apport de ressources non-contributives et désormais reporté sur le régime général en raison de la suppression à horizon 2017 de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), qui assurait automatiquement leur équilibrage (I). Le régime complémentaire des artisans et commerçants, unifié entre 2010 et 2013, présente quant à lui des perspectives financières relativement favorables (II). La qualité de la gestion des retraites par le RSI, lourdement affectée par la mise en place chaotique de l'interlocuteur social unique (ISU), étudiée par la Cour en 2012[595], reste insatisfaisante, quand bien même des perspectives d'amélioration se font jour (III).

594. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XV : les retraites des exploitants agricoles, p. 423-450 et chapitre XVI : les retraites des professions libérales, p. 451-478, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

595. A été mis en place, le 1er janvier 2008, un guichet unique confié aux URSSAF pour le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, se substituant aux multiples intervenants précédents : l'interlocuteur social unique, dont la mise en place s'est heurtée à de très graves dysfonctionnements. Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012,* chapitre VII : le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique, La Documentation française, septembre 2012, p. 197-230, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Des régimes de base en déficit structurel

A - Un alignement dans les droits avec le régime général mais un effort contributif inférieur

1 - Une convergence progressive des droits

L'alignement du régime d'assurance-vieillesse de base des artisans et de celui des commerçants sur le régime général, dont le principe a été fixé par la « loi Royer » du 3 juillet 1972, a initié un mouvement de convergence des règles relatives à l'ouverture et au calcul des droits à retraite des artisans et commerçants avec celles des travailleurs salariés qui paraît désormais achevé. Ces régimes garantissent ainsi à leurs assurés des droits analogues à ceux des salariés du secteur privé, sous réserve de particularismes qui tiennent compte des spécificités des carrières des travailleurs indépendants, tels que le statut atypique des conjoints collaborateurs[596].

Tableau n° 85 : principaux paramètres de calcul de la retraite de base

	Régime général	RSI
Salaire de référence	Salaire annuel moyen des 25 meilleures années	Revenu annuel moyen des 25 meilleures années[597]
Formule de calcul	SAM × 50 % × durée d'assurance dans le régime / durée d'assurance taux plein	RAM × 50 % × durée d'assurance dans le régime / durée d'assurance taux plein
Âge d'ouverture des droits	62 ans	
Taux plein	Égal à 50 % Obtention sans conditions à partir de 67 ans, ou selon la durée d'assurance	

Source : Cour des comptes

596. Le conjoint du chef d'entreprise qui participe de façon régulière à l'activité de l'entreprise est tenu d'opter pour l'un des statuts suivants : salarié, associé ou collaborateur. Si les conjoints salariés et les conjoints associés cotisent dans les conditions de droit commun auprès de la CNAV et du RSI respectivement, les conjoints collaborateurs, rattachés au RSI, bénéficient d'un statut atypique, qui échappe à la distinction traditionnellement établie en droit de la sécurité sociale entre travailleur indépendant et travailleur salarié. Les conjoints collaborateurs (au nombre de 47 000) s'acquittent ainsi de cotisations vieillesse et d'invalidité-décès calculées selon des modalités spécifiques et bénéficient d'une couverture maladie et maternité gratuite, en tant qu'ayant droit du chef d'entreprise.

597. Le nombre de meilleures années pris en compte pour le calcul de la pension est progressivement porté de 10 pour la génération 1934 à 25 pour la génération 1953.

Des artisans et commerçants très majoritairement poly-affiliés

La très grande majorité des artisans et commerçants sont affiliés à plusieurs régimes de retraite successifs au cours d'une même carrière. D'après les données du dernier échantillon inter-régimes de retraités, la part des poly-pensionnés parmi les effectifs de retraités de droit direct du RSI dépassait 95 % en 2008, contre moins de 40 % pour les retraités du régime général.

La pension de retraite d'un poly-pensionné est composée, à l'heure actuelle, de la somme des pensions des régimes auxquels il a été affilié, déterminées séparément sur les parties de carrière qu'il a effectuées auprès de chaque régime. À ce titre, une très large part des artisans et commerçants cumule une pension de retraite du RSI et une pension de retraite du régime général des salariés.

La mise en œuvre, au plus tard au 1er janvier 2017, de la liquidation unique, prévue par la loi du 20 janvier 2014, devrait modifier les modalités de calcul et de service de la retraite des poly-pensionnés. Un seul régime sera chargé de la liquidation des pensions des poly-pensionnés et procédera au calcul de la pension « comme si l'assuré avait systématiquement relevé d'un seul régime », au lieu de faire la somme de plusieurs pensions calculées sur des éléments de carrière distincts.

La COG 2012-2015 assigne à la Caisse nationale du RSI l'objectif d'« unifier l'ensemble de la protection sociale des artisans et commerçants en achevant la fusion des régimes complémentaires et en préparant celle des régimes de base et celle des régimes invalidité-décès ». Une décision de principe sur la fusion des régimes de base aurait dû être prise à cet effet au premier trimestre 2013, sur le fondement d'une étude d'impact préalable. Cette dernière n'a pas encore été réalisée. Il semble souhaitable, pour des raisons de simplicité, de clarté et d'efficacité de gestion, que le RSI prenne une décision rapide sur le principe et les modalités de la fusion de ses deux régimes de retraite de base, notamment dans la perspective de la mise en place à horizon 2017 d'une liquidation unique par les régimes de retraite alignés sur le régime général.

2 - Un effort contributif qui demeure inférieur à celui du régime général

Les caractéristiques des cotisations d'assurance-vieillesse des artisans et commerçants et des travailleurs salariés n'apparaissent pas identiques.

Étaient similaires, en 2013, les taux des cotisations, à un niveau correspondant au cumul des parts salariale et patronale du régime général. En revanche, l'assiette des cotisations vieillesse était plafonnée au RSI,

contrairement au régime général. Dans le contexte d'un relèvement général des cotisations déplafonnées prévu par la réforme des retraites de 2014, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a instauré pour les artisans et commerçants une cotisation déplafonnée, n'engendrant aucun droit sur la fraction du revenu supérieure au plafond de la sécurité sociale. Le taux de cette nouvelle cotisation (0,20 % en 2014), qui devrait concerner près de 20 % des artisans et commerçants, n'en demeure pas moins nettement inférieur au taux de la cotisation déplafonnée des salariés (2 % en 2014). Selon le RSI, l'alignement du taux de la cotisation vieillesse déplafonnée du RSI sur celle du régime général génèrerait un surcroît de cotisations de près de 180 M€ pour les régimes de base.

Ainsi, à droits équivalents, l'effort contributif des artisans et commerçants pour leur retraite de base demeure inférieur à celui des travailleurs salariés.

Les travaux de l'INSEE [598] relatifs aux pratiques de sous-déclaration d'activité des entreprises renforcent le constat d'un déséquilibre persistant, en termes d'effort contributif, entre travailleurs salariés d'une part et travailleurs indépendants d'autre part. L'INSEE estime ainsi que la sous-déclaration de bénéfices au sein des entreprises individuelles non agricoles[599] représenterait près du quart de leur chiffre d'affaires, soit une proportion plus marquée que les pratiques de travail dissimulé des travailleurs salariés.

Des modalités spécifiques d'assujettissement aux cotisations

L'assiette de cotisation des artisans et commerçants est calculée sur la base du revenu déclaré par l'assuré, qui peut être très fluctuant d'une année à l'autre. Afin de limiter les pertes d'assiette qui résultent de la variabilité de ces revenus et garantir à tous les cotisants une protection sociale minimale, même en cas de forte dégradation de leur bénéfice, les artisans et commerçants, hors auto-entrepreneurs, sont assujettis à des cotisations minimales, calculées sur la base d'une assiette de cotisation minimale égale à 5,25 % du plafond de la sécurité sociale (PSS). La cotisation minimale au titre de l'assurance-vieillesse de base assure ainsi la validation d'un trimestre d'assurance. En 2011, près de 11 % des artisans et 24 % des commerçants cotisaient à l'assiette minimale.

598. INSEE, Document de travail de la Direction des études et des synthèses économiques, *L'évaluation de l'activité dissimulée des entreprises sur la base des contrôles fiscaux et son insertion dans les comptes nationaux* (G2011/09).

599. Cet agrégat n'est pas décomposé de telle manière qu'il puisse spécifiquement faire apparaître la part de sous-déclaration des seuls artisans et commerçants.

Cependant, la refonte des statuts de l'entrepreneur individuel mise en œuvre par la loi relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises du 18 juin 2014 a étendu le champ des assurés du RSI exonérés de cotisations minimales, jusqu'alors limité aux seuls auto-entrepreneurs. Le nouveau statut créé par cette loi laisse au cotisant le choix d'opter ou non pour le paiement des cotisations minimales. Il bénéficie aux auto-entrepreneurs et aux entrepreneurs relevant du statut microsocial (au nombre de 150 000), soit 31 % des cotisants actuels. Il pourrait également s'avérer attractif pour les entrepreneurs individuels et les gérants de SARL (39 % des cotisants), qui pourraient être incités, lorsqu'ils répondent aux conditions d'éligibilité, à opter pour ce nouveau statut. Le risque existe en effet que soit privilégiée la minimisation à court terme des prélèvements au détriment de l'acquisition de droits générateurs de prestations à long terme, dans un contexte de contestation latente de l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale.

3 - Des rendements comparables au régime général

L'harmonisation des règles qui président au calcul de la retraite de base des assurés du RSI et du régime général se traduit par une grande proximité des taux de rendement du régime général et des régimes de base du RSI. Comme précédemment relevé dans le cadre de l'enquête relative aux retraites des exploitants agricoles[600], s'observe une parité des taux de rendement instantané[601] des cotisations payées par les artisans et les commerçants, les travailleurs salariés et les exploitants agricoles, à carrière complète.

Des niveaux de pension relativement faibles

Les montants de pension perçus par les artisans et commerçants apparaissent relativement faibles au regard de l'ensemble des retraités français. Le dernier échantillon inter-régimes de retraités, élaboré par la DREES en 2008, fait ainsi état d'un écart de 11 % entre la pension moyenne (tous régimes confondus) perçus par les artisans et commerçants, égale à 1 275 € pour les artisans et 1 289 € pour les commerçants et la

600. Cour des comptes, *Rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XV : les retraites des exploitants agricoles, La Documentation française, septembre 2013, p. 434, disponible sur www.ccomptes.fr

601. Calculés en faisant le rapport entre le montant des cotisations de l'année précédant le départ en retraite et le montant de la partie de la pension versée la première année de retraite en contrepartie des cotisations de la dernière année d'activité, en faisant l'hypothèse que cette dernière année d'activité permet d'atteindre une carrière complète.

pension moyenne de l'ensemble des retraités, égale à 1 440 €. Plusieurs facteurs expliquent cet écart : la sous-déclaration des revenus d'activité, le caractère moins avantageux du régime par points qui préexistait à l'alignement des régimes sur le régime général en 1973, la création récente du régime complémentaire de retraite des commerçants et le caractère plus heurté des carrières des artisans et commerçants, qui se traduit par une forte variabilité des revenus cotisés d'une année à l'autre.

La part des retraités de droit direct du RSI bénéficiaires de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA) (3,3 % des artisans et 3,8 % des commerçants) demeure néanmoins comparable à celle de l'ensemble des retraités (3,3 %), d'après l'échantillon inter-régimes de retraités publié en 2008. De même, la proportion des retraités exonérés de prélèvements sociaux, en raison de la faiblesse de leurs revenus[602] n'apparaît pas plus marquée parmi ceux relevant du RSI (35 % des artisans et 23 % des commerçants) qu'au régime général (36 %). Ces constats semblent témoigner du fait que les anciens artisans et commerçants disposent de sources de revenus complémentaires qui compensent la faiblesse relative de leurs pensions de retraite.

B - Des perspectives démographiques et financières dégradées

1 - Un ratio démographique déséquilibré, malgré une amélioration en trompe-l'œil depuis 2008

Les régimes d'assurance-vieillesse du RSI comptaient au 31 décembre 2012 près de 2,09 millions de cotisants artisans et commerçants et 2,02 millions de pensionnés, dont 73,6 % de retraités de droit direct et 26,4 % de retraités de droit dérivé.

Ils ont bénéficié depuis 2008 d'une augmentation massive du nombre de leurs cotisants, en raison principalement de l'affiliation d'environ 500 000 nouveaux cotisants auto-entrepreneurs, consécutive à la création par la loi du 4 août 2008 de ce statut.

Si l'afflux des auto-entrepreneurs a favorisé le rééquilibrage du ratio démographique des régimes d'assurance-vieillesse du RSI, il ne contribue que marginalement au renforcement de leur pérennité car ils ne lui apportent que peu de ressources supplémentaires. En effet, la majorité des auto-entrepreneurs disposent de capacités contributives nulles ou très faibles. Même en excluant les revenus nuls (qui concernaient en 2012

602. Sont exonérés de CSG et de CDRS les pensionnés non redevables de l'impôt sur le revenu et non éligibles à la taxe d'habitation, ou titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif.

32 % des auto-entrepreneurs artisans et 39 % des auto-entrepreneurs commerçants), le revenu moyen annuel des auto-entrepreneurs s'élevait au 31 décembre 2012 à 4 750 € pour les commerçants et 3 600 € pour les artisans, contre 21 000 € et 22 500 € respectivement pour les cotisants hors auto-entrepreneurs.

La croissance globale des effectifs cotisants masque cependant une tendance à la stagnation des effectifs cotisants « classiques », hors auto-entrepreneurs, depuis 2008. Le nombre de cotisants hors auto-entrepreneurs enregistrés au 31 décembre 2012 (1,46 million) atteint ainsi un niveau quasiment identique à celui du 31 décembre 2008 (1,47 million).

Selon les prévisions du Conseil d'orientation des retraites, le ratio démographique des régimes de base du RSI est du reste appelé à une dégradation constante au cours des prochaines décennies.

Tableau n° 86 : évolution du rapport démographique corrigé[603]

	2011	2020	2030	2040	2050	2060
Régime général	0,8	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2
RSI (base)	1,1	1,2	1,3	1,5	1,7	1,9

Source : COR[604] (scénario C[605]).

603. Définition du rapport démographique corrigé retenue par le COR : rapport entre, d'une part, la somme du nombre de retraités de droits directs et de la moitié du nombre de retraités de droits dérivés et, d'autre part, le nombre de cotisants.

604. Conseil d'orientation des retraites, *Compléments aux perspectives du système de retraite en 2020, 2040 et 2060*, réunion plénière du 26 mars 2013.

605. Les projections du COR sont établies sur la base de scénarii macroéconomiques élaborés par la direction du Trésor. Le scénario C correspond au scénario le plus défavorable parmi les trois scénarios principaux retenus pour ses prévisions financières du COR de décembre 2012. Toutefois, comme le note le rapport annuel du COR de juin 2014 sur l'évolution et les perspectives du système de retraites en France, les scénarios retenus sont à actualiser en raison du niveau plus faible que prévu de la croissance du PIB observée en 2013,et de la hausse d'un point du chômage observée entre 2011 et 2013. Sur la base de ce constat, le COR ajustera ses prévisions macroéconomiques en 2014.

2 - Un déficit structurel élevé masqué par l'affectation de ressources non-contributives et désormais reporté sur le régime général

Le financement des régimes d'assurance-vieillesse de base des artisans et commerçants apparaît très largement dépendant de ressources non-contributives.

a) Un montant de cotisations qui couvre à peine plus de la moitié des charges

Les cotisations recouvrées par les régimes de base ne suffisent pas à couvrir les prestations servies, du fait du caractère dégradé du ratio démographique et de la faiblesse des capacités contributives telles que déclarées par les cotisants. Les cotisations ne représentaient en 2012 que près de 55 % des prestations, quand le ratio pour les salariés du régime général atteignait la même année près de 82 %[606]. La part des ressources contributives devrait décliner au cours des prochaines décennies, sous l'effet de la dégradation du ratio démographique. Selon le RSI, le taux de couverture des prestations par les cotisations tomberait en 2060 à 36 %.

Ces régimes figurent donc parmi les principaux bénéficiaires du mécanisme de compensation généralisée institué par la loi du 24 décembre 1974 afin de « remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes ». La compensation généralisée représentait ainsi près de 15 % de leurs ressources en 2012.

Surtout, les comptes de ces régimes, comme au demeurant aussi ceux de la branche maladie du RSI, ont été jusqu'à présent automatiquement équilibrés à l'euro près par la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Cette imposition sur le chiffre d'affaires des entreprises à forme sociétale de plus de 760 000 € de chiffre d'affaires a été en effet créée en 1970 pour compenser les conséquences en termes de pertes de ressources pour les régimes de protection sociale des travailleurs indépendants de l'érosion continue de la part des entreprises sous forme personnelle[607].

606. Conseil d'orientation des retraites, *Mode de financement et d'équilibrage des régimes de retraite*, séance plénière du 26 novembre 2013.

607. La C3S a bénéficié au RSI en 2012 à hauteur globalement de 2,7 Md€, soit environ 15 % de ses ressources totales de ses branches maladie et vieillesse, mais également au régime des exploitants agricoles pour 1,4 Md€ et au Fonds de solidarité vieillesse pour 1,3 Md€.

Les régimes de retraite des artisans et commerçants ont ainsi bénéficié en 2012 d'une attribution de C3S de 1,9 Md€, soit près de 25 % de leurs ressources, représentant près du tiers du montant total de la C3S (5,5 Md€).

Tableau n° 87 : produits des régimes de base des artisans et commerçants[608]

En M€

	2010	2011	2012	2013	2014 (p)
Charges nettes	**7 165**	**7 342**	**7 510**	**8 163**	**8 287**
Produits nets	**7 165**	**7 342**	**7 510**	**8 163**	**8 287**
dont cotisations nettes	*3 454*	*3 880*	*3 980*	*4 019*	*4 042*
dont transferts de compensation	*1 446*	*1 291*	*1 198*	*1 690*	*1 596*
dont C3S	*1 851*	*1 671*	*1 904*	*1 442*	*1 671*

Source : Cour des comptes d'après données Commission des comptes de la sécurité sociale.

Ces modalités de financement soulèvent plusieurs difficultés.

b) Des modalités de calcul de la compensation généralisée inadéquates

Le calcul des transferts de compensation généralisée repose sur la seule prise en compte de l'évolution des effectifs cotisants et non de leur capacité contributive effective. L'affiliation massive d'auto-entrepreneurs depuis 2008 a mis en lumière les limites de ce mode de calcul : la minoration du montant des transferts de compensation résultant de l'augmentation du nombre de cotisants affiliés au RSI n'était pas compensée par le surcroît de cotisations perçues par les régimes d'assurance-vieillesse, du fait de la faible capacité contributive de ces nouveaux cotisants. En conséquence, il a été décidé d'inclure dans les effectifs cotisants pris en compte dans le calcul de la compensation les seuls auto-entrepreneurs déclarant un chiffre d'affaires au moins égal à 200 heures SMIC. Cette solution n'apparaît guère satisfaisante. En effet, il ne semble pas cohérent d'ajuster à la marge les modalités de calcul de

608. La nette diminution du montant de C3S affectée aux régimes de base entre 2013 résulte essentiellement du dynamisme des autres produits, lié à plusieurs facteurs : la hausse de la compensation généralisée, due essentiellement à une régularisation au titre de 2012, l'impact positif sur la masse des cotisations des récentes modifications du taux et des modalités de calcul de l'assiette de cotisation et l'amélioration du taux de recouvrement des cotisations, qui résulte des opérations de régularisation massives mises en œuvre à la suite des difficultés de recouvrement liées à la mise en place de l'Interlocuteur social unique.

la compensation, en excluant une partie des assurés des effectifs cotisants pris en compte, en vertu de la faiblesse de leurs capacités contributives, alors même que, contrairement à l'objectif initial du dispositif, les capacités contributives réelles de l'ensemble des cotisants artisans et commerçants ne sont pas prises en compte dans la compensation. Comme la Cour l'avait déjà souligné en 2010[609], une rénovation globale des mécanismes de compensation paraît souhaitable.

Les transferts de compensation généralisée représenteront, à mode de calcul constant, une part croissante des ressources des régimes d'assurance-vieillesse de base des artisans et commerçants, égale en 2060 à 36 % d'après les prévisions du COR[610]. Dans un contexte de réduction globale des disparités de situation démographique entre régimes de base, seuls ces régimes verront sans doute s'amplifier de façon significative la masse et le volume des transferts de compensation en leur faveur. Ils seraient ainsi, en 2060, les premiers bénéficiaires de ce mécanisme de solidarité inter-régimes, en absorbant près de 64 % des transferts de compensation, contre 16 % en 2011.

c) Un déficit résiduel reporté sur le régime général à la suite de la suppression de la C3S

Plus immédiatement, la suppression de la C3S par la loi de financement rectificative du 8 août 2014 en trois étapes entre 2015 et 2017[611], modifie fondamentalement les modalités de financement du RSI, en l'intégrant au régime général.

609. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2003*, chapitre III : les compensations inter-régimes, La Documentation française, septembre 2003, p. 61-82, disponible sur www.ccomptes.fr.

610. Les prévisions citées sont établies sur la base du scénario C.

611. Ce texte prévoit de créer un abattement d'assiette pour la C3S à compter de 2015, permettant d'alléger dès cette première année la C3S due par tous les redevables et d'exonérer complètement les petites et moyennes entreprises. Cet abattement sera augmenté en 2016, la suppression complète de la C3S intervenant en 2017.

Une intégration financière complète du RSI au régime général

En contrepartie de la suppression de la C3S, le RSI sera à partir de 2015 intégré au régime général, à l'instar notamment de ce qui existe depuis 2009 pour la branche maladie du régime des exploitants agricoles.

Dans ces conditions, l'équilibre des régimes vieillesse du RSI sera assuré par une dotation d'équilibre de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Un mécanisme analogue est prévu en matière d'assurance maladie entre la CNAMTS et le RSI.

L'impact de cette mesure sera intégralement compensé pour le régime général, selon des modalités renvoyées aux lois de finances et de financement pour 2015.

Dès 2015, la CNAVTS et la CNAMTS seront attributaires en lieu et place de la caisse nationale du RSI d'une part de C3S destinée à financer pour partie la dotation d'équilibre qu'elles lui verseront.

Cette intégration reporte sur le régime général la difficulté du financement du déficit structurel des régimes de base des commerçants et artisans.

Elle pose en termes encore plus appuyés la question de l'inégalité des efforts contributifs de leurs ressortissants. La poursuite de l'effort d'harmonisation récemment engagé par la création d'une cotisation déplafonnée, mais fixée à un taux dix fois inférieur à celui des salariés, s'impose notamment à cet égard. Plus son rendement financier en lui-même, cependant non négligeable - il est estimé par le RSI à 180 M€ - un alignement progressif des taux constituerait un signe fort d'une volonté de préserver l'identité du régime social des indépendants dans un contexte où le recours à des formes élargies de la solidarité nationale et sa dépendance désormais du régime général la fragilisent.

En tout état de cause, la nature des recettes nouvelles qui seront affectées au régime général pour financer l'équilibre du RSI et en particulier celui de ses régimes d'assurance vieillesse, constitue plus généralement un enjeu déterminant.

Sauf à risquer de laisser progressivement à la charge du régime général une partie de leurs déficits et finir par les faire financer par la dette sociale par transfert ensuite à la CADES, les ressources nouvelles à apporter à la CNAVTS doivent ainsi être à même de répondre aux perspectives d'aggravation de leurs déséquilibres dans les prochaines années.

L'exemple du sous-financement chronique du régime de retraite des exploitants agricoles depuis la suppression du Fonds d'intervention des prestations sociales agricoles, avec pour conséquence le recours à des emprunts bancaires et le transfert de sa dette à la CADES, atteste que ce risque n'est pas théorique.

3 - Un accroissement prévisionnel du déficit continu dans les prochaines décennies, particulièrement net à partir de 2030

Le déficit technique des régimes d'assurance-vieillesse de base des artisans et commerçants, défini comme l'écart entre les cotisations perçues (y compris prises en charge par l'État) et les prestations servies, devrait se creuser continûment au cours des prochaines décennies, sous l'effet de plusieurs facteurs :

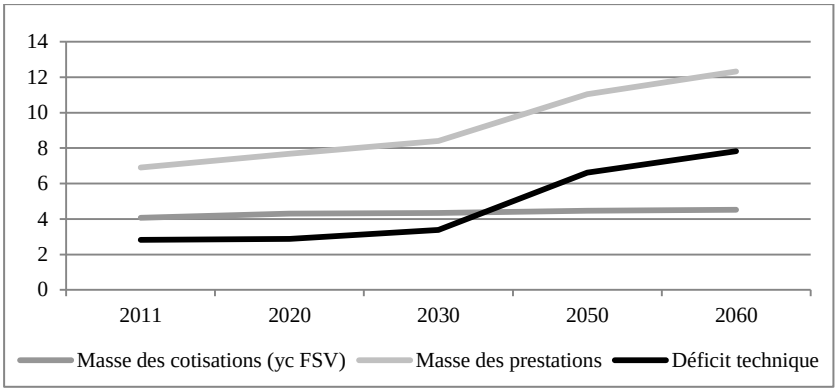
- la progression du nombre de nouveaux retraités ;
- l'augmentation de la pension moyenne des nouveaux retraités[612] ;
- l'évolution peu dynamique des effectifs de cotisants.

Selon les projections du RSI – effectuées avant la réforme de 2014 – la progression du déficit devait être contenue entre 2011 (2,8 Md€, soit environ cinq mois de prestations) et 2030 (4 Md€, soit environ 5,8 mois de prestations), mais s'amplifier à compter de 2030, au gré de l'accélération de la croissance des prestations de droit direct. Le déficit devait ainsi atteindre près de 7,6 Md€ à l'horizon 2060, soit 7,4 mois de prestations.

612. Les reculs de l'âge légal du départ et de l'âge du taux plein mis en œuvre par les réformes récentes conduisent à deux types d'effets contradictoires sur le besoin de financement *via* le montant des prestations de droit direct : la diminution des effectifs de retraités, qui influe à la baisse sur la masse des prestations et l'augmentation de la pension moyenne résultant de l'allongement de la durée d'assurance, qui influe à la hausse sur la masse des prestations.

Graphique n° 31 : perspectives à long terme des régimes de base

En Md€



Source : Cour des comptes d'après données RSI.

L'alignement des régimes de base du RSI sur le régime général fait dépendre l'évolution de leurs perspectives financières des réformes globales du système de retraites. À cet égard, les réformes mises en œuvre depuis 2010 n'apparaissent pas suffisantes, au regard de l'ampleur de leurs besoins structurels de financement du RSI, pour les replacer sur une trajectoire soutenable. Le COR estime ainsi que l'ensemble des mesures prises depuis 2010 (hors réforme de 2014) devrait avoir pour effets d'accroître la masse des cotisations des régimes de base du RSI de près de 200 M€ et de réduire la masse des pensions de près de 380 M€ en 2060. Le RSI a chiffré la réduction des besoins de financement, résultant de la réforme de 2014 à seulement 400 M€ à l'horizon 2030, soit un besoin de financement estimé à plus de 3,6 Md€ à cette échéance.

II - Un nouveau régime complémentaire unifié aux perspectives plus favorables

A - Une fusion qui a permis de renforcer l'équité et la pérennité de la couverture complémentaire

La fusion du régime complémentaire des artisans (RCO), créé en 1979 et du régime complémentaire des commerçants (NRCO)[613], créé en 2004, a été décidée dans son principe par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites (article 57). Le régime complémentaire des indépendants (RCI) s'est ainsi substitué aux deux régimes complémentaires à partir du 1er janvier 2013.

Un régime complémentaire par points, en « répartition provisionnée »

Le RCI est un régime par points. Les cotisations versées par l'assuré donnent lieu à l'acquisition de points, calculés en fonction d'une valeur d'acquisition du point fixée par la Caisse nationale du RSI. Lors de la liquidation des droits, le montant de la retraite complémentaire est calculé en multipliant le nombre de points accumulés par l'assuré par une valeur de service du point, également fixée par la Caisse nationale du RSI.

Le RCI fonctionne en « répartition provisionnée », à l'instar de la plupart des autres régimes complémentaires obligatoires : une fraction des cotisations payées par les actifs est mise en réserve afin de faire face aux besoins de financement futurs du régime. Les cotisations versées par les assurés et les produits financiers générés par les réserves financières constituent les seules ressources du régime.

La Caisse nationale du RSI gère le régime de façon autonome. Son conseil d'administration est ainsi chargé d'ajuster en permanence les valeurs d'acquisition et de service du point en fonction de l'évolution des perspectives du régime, afin d'en assurer la viabilité à long terme.

Les objectifs qui avaient été assignés à cette fusion ont été atteints, sans que le processus ait suscité de contestations notables :

- mettre en place un régime complémentaire unifié, qui couvrirait l'ensemble des assurés vieillesse du RSI ;
- garantir à l'ensemble des artisans et commerçants l'acquisition, dans des conditions similaires, des droits à retraite complémentaire ;

613. Parmi les commerçants, seuls les assurés mariés bénéficiaient, avant 2004, d'un complément de retraite au titre du régime obligatoire des conjoints, sous certaines conditions de ressources et de durée d'assurance. Le NRCO a repris l'ensemble des droits acquis au titre du régime obligatoire des conjoints.

- renforcer la pérennité du régime complémentaire des artisans et commerçants.

La création du RCI a conduit à l'harmonisation des conditions d'acquisition et d'ouverture des droits à retraite complémentaire des artisans et commerçants (assiette et taux de cotisation, taux de rendement, règles d'attribution des pensions de réversion etc.). Elle n'a pas emporté de modification substantielle du taux de remplacement des prestations complémentaires servies, qui reste compris entre 19 et 21 % et s'est accompagnée de variations mesurées de l'effort contributif de chacune des populations, comprises, pour un revenu annuel de 20 000 €, entre -3 % pour un artisan et +6 % pour un commerçant. En assurant à chaque catégorie de la population couverte des avancées par rapport à la couverture complémentaire dont elle bénéficiait précédemment (extension des capitaux décès aux commerçants, baisse du taux de cotisation et hausse du taux de rendement des artisans, élargissement des conditions d'accès aux pensions de réversion pour l'ensemble des cotisants vieillesse etc.), la Caisse nationale du RSI a favorisé l'acceptabilité de la réforme parmi les assurés.

La création du RCI a également contribué au renforcement de la soutenabilité de l'assurance-vieillesse complémentaire gérée par le RSI. Les deux régimes complémentaires présentaient en effet des perspectives financières très contrastées avant la fusion : si la situation du NRCO paraissait relativement confortable, il était prévu que le RCO commence à puiser dans ses réserves dès 2015 et les épuise à l'horizon 2036. La mutualisation des réserves du NRCO et du RCO fait bénéficier le RCI d'un horizon d'extinction des réserves nettement plus favorable, porté à 2056. En outre, elle s'est accompagnée de la mise en place de modalités de pilotage solides : le conseil d'administration de la Caisse nationale du RSI doit s'assurer, tous les trois ans, de la conformité des perspectives financières du régime à deux critères de solvabilité, relatifs à l'espérance de vie des réserves et à la couverture des nouveaux engagements par les cotisations et procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Le RCI présente à l'heure actuelle un résultat net largement excédentaire, égal à 745 M€ en 2013. D'après le bilan actuariel réalisé par le RSI en 2013, le régime continuerait, à valeur du point et prestation de référence constantes, de dégager un résultat net excédentaire jusqu'en 2031 et épuiserait ses réserves à l'horizon 2056. Ses perspectives financières apparaissent à cet égard favorables en comparaison des autres régimes complémentaires obligatoires, avantage largement tributaire de la faiblesse des droits à retraite complémentaire acquis par les commerçants, du fait de la création récente du NRCO.

Tableau n° 88 : prévision d'extinction des réserves des régimes complémentaires

AGIRC	ARRCO	CNAVPL	IRCANTEC	RCI
2017	2020	Entre 2022 et 2034 selon les sections professionnelles	2048	2056

Source : COR[614].

Les prévisions d'extinction des réserves du RCI ont été cependant établies sur la base de l'objectif de rendement fixé à la création du RCI à 2,5 % par an hors inflation. Au regard des produits financiers moyens obtenu depuis 2007, soit 3,17 % inflation comprise, ces prévisions peuvent apparaître avoir été réalisées sur la base de projections de rendement relativement optimistes.

Si la dégradation du rapport démographique du régime se confirmait ou si le rendement des réserves financières était inférieur aux objectifs fixés, il apparaîtrait inévitable de revoir à la baisse le taux de rendement du régime[615], fixé à 6,8 % depuis le 1er janvier 2013. Celui-ci apparaît relativement généreux en comparaison du taux de rendement réel de l'ARRCO pour les salariés non-cadres (estimé à 5 % en 2012 pour la tranche A[616] de l'ARRCO).

B - Une gestion encadrée mais encore perfectible des réserves financières

1 - Une gestion encadrée

Le RCI a repris à sa création les réserves financières des deux régimes complémentaires préexistants. Celles-ci ont fortement augmenté ces dernières années, sous le double effet des excédents techniques (cotisations perçues supérieures aux pensions complémentaires versées) et de rendements financiers positifs. À fin 2013, elles atteignaient

614 . Conseil d'orientation des retraites, *Réserves financières et capacités d'endettement des régimes de retraite,* séance plénière du 26 novembre 2013.

615. Le taux de rendement d'un régime en points correspond au montant de retraite acquis en contrepartie des cotisations payées l'année de la liquidation de la retraite.

616. L'ARRCO présente un rendement net de 6.6 % en 2012. Ce taux de rendement correspond toutefois à un âge de liquidation fixé à 65 ans, la retraite avant 65 ans sans abattement étant financée par une cotisation supplémentaire spécifique de 2,0 % pour la tranche A et 2,2 % pour la tranche B. En tenant compte de cette cotisation, le rendement réel de l'ARRCO en tranche A, avec la possibilité d'un départ dans les mêmes conditions qu'au régime de base, est de 5 %.

13,2 Md€. L'immobilier constituait 10,8 % des placements, les actions 34 %, les obligations 46,6 % et les produits monétaires 8,6 %.

Le RSI s'est imposé des règles de gestion qui respectent, voire sont parfois plus rigoureuses que celles qu'impose la législation en la matière. Sa stratégie est définie par le conseil d'administration de la caisse nationale et sa commission financière, organes qui prennent également toutes les décisions à impact financier significatif. Des prestataires extérieurs, choisis sur procédure de marché public, fournissent des conseils et effectuent un contrôle externe de la gestion et des résultats. Les placements sont diversifiés, le parc immobilier comptant une cinquantaine d'immeubles et les produits financiers étant en majorité gérés par une trentaine de gestionnaires de fonds dédiés choisis sur appels d'offres. La gestion elle-même tient compte des obligations de décaissement et des objectifs de durée de vie du régime, le rendement recherché découlant du choix d'une exposition limitée au risque.

2 - Des renforcements souhaitables

La gestion des réserves financières du RCI est soumise au contrôle des tutelles du RSI. Or ces dernières ont des moyens et une compétence limités pour exercer une telle fonction. Il importe ainsi que l'État renforce sa capacité de contrôle effectif de la gestion financière des réserves du régime complémentaire en faisant réaliser un audit externe dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion et en introduisant dans cette dernière des indicateurs spécifiques (la COG actuelle est silencieuse sur ces questions).

III - Une gestion du processus retraite peu satisfaisante malgré des efforts de redressement

A - L'impact de la mise en place de l'ISU sur la gestion des carrières

Les difficultés de l'interlocuteur social unique (ISU)

Dans la continuité de la création du RSI en 2006 a été mis en place, le 1er janvier 2008, un guichet unique confié aux URSSAF pour le recouvrement des cotisations, se substituant aux multiples intervenants précédents : l'ISU. Cette réforme avait pour ambition affichée de faciliter les relations des professions indépendantes avec les organismes gérant leur protection sociale.

Pourtant la création de l'ISU a provoqué dès 2008 de très lourds dysfonctionnements pour les assurés. Dans son rapport de 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a souligné que cette réforme avait été préparée et menée sans suffisamment prendre en compte les difficultés identifiées, en particulier dans le domaine des systèmes d'informations. Véritable « catastrophe industrielle », la mise en place de l'ISU a eu des conséquences lourdes sur les appels de cotisations, leur recouvrement et le suivi des droits des affiliés. Les mesures correctrices efficaces ont tardé à venir et le recouvrement des cotisations, en particulier, a été fortement perturbé jusqu'à très récemment.

Les difficultés prolongées de la mise en place de l'ISU ont eu un impact majeur sur la gestion des retraites du RSI car ce sont les cotisations perçues qui génèrent directement les droits à pension. Les difficultés d'accès à l'information qu'a rencontrées le RSI sur le recouvrement ont donc eu des conséquences sensibles sur le suivi des carrières et des droits acquis des assurés.

Le suivi des cotisations entre 2008 et 2013 - période de mise en place de l'ISU - est devenu très difficile. Pour récupérer les données de carrière, le RSI a dû mettre en place un système *ad hoc* lourd et complexe qui a fortement diminué la productivité des agents.

Une répercussion sur la mise en œuvre du droit à l'information,

Les lois de 2003 et 2010 portant réforme des retraites ont institué un droit à l'information avec l'envoi tous les cinq ans d'un relevé individuel de situation aux assurés de plus de 35 ans et, à partir de 55 ans, d'une estimation individuelle globale de la retraite à venir (EIG). En l'absence de fiabilité des données dont il disposait, le RSI a préféré dans un premier temps n'envoyer aucune information, puis a envoyé des informations en doutant de leur fiabilité et en précisant aux assurés que les données pouvaient ne pas correspondre à la réalité.

Le RSI attend cependant désormais un retour à la normale avant la fin de l'année, qui devrait, s'il est confirmé, permettre une avancée significative en termes de qualité du service rendu.

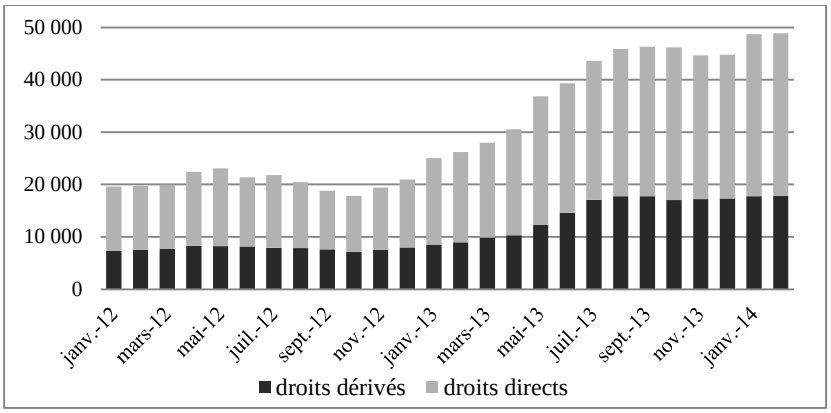
B - Une qualité de liquidation fortement perturbée par la mise en place d'une nouvelle application

Dans la perspective de la fusion des deux régimes complémentaires, le RSI a dû créer une application unique permettant de liquider à la fois les retraites de base des artisans, celles des commerçants et les retraites complémentaires du RCI. Cette « application système

unique de retraite » (ASUR) a été mise en place dans les délais prévus en mai 2013, mais dans une version incomplète, ce qui rendait impossibles un nombre important d'opérations de liquidation, notamment pour les pensions de droits dérivés (réversion).

Certaines opérations ne pouvant pas être réalisées dans ASUR au moment de sa mise en service, de nombreux dossiers n'ont pas pu être liquidés, faisant s'envoler le nombre de dossiers « en attente ».

Graphique n° 32 : évolution des stocks de pensions à liquider du RSI



Source : Cour des comptes d'après données RSI.

Les taux d'attribution dans les délais des pensions liquidées ont par conséquent connu en 2013 un véritable effondrement. Seule une pension sur deux de droit direct a été, en 2013, liquidée dans les délais. Pour les pensions de droits dérivés, les résultats, déjà très peu satisfaisants – à tel point que dès 2011, la définition d'un objectif chiffré avait été abandonnée – se sont encore fortement dégradés, avec moins d'une retraite sur cinq liquidée dans les délais.

Tableau n° 89 : taux d'attribution dans les délais des pensions du RSI

En %

	2009	2010	2011	2012	2013
Pensions de droits directs	70,40	70,40	71,13	68,86	52,47
Objectif COG	93	94	95	72	75
Pensions de droits dérivés	39	42,58	27,90	30,06	17,49
Objectif COG	50	70	-	-	-

Source : Cour des comptes d'après données RSI et bilan COG 2007-2011.

Pour en pallier les conséquences, ont été mis en place des versements d'acomptes pour les cas jugés les plus urgents, représentant au 31 décembre 2013 environ 12 M€.

Le RSI prévoit d'être en mesure d'assurer un fonctionnement normal et fiable d'ASUR avant la fin du deuxième semestre 2014, soit près de 18 mois après son introduction.

C - Anticiper les difficultés de mise en œuvre de la liquidation unique des retraites

L'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites prévoit la mise en place, au plus tard au 1er janvier 2017, d'un système de liquidation et de paiement unique des retraites alignées (régime général, salariés agricoles, RSI).

Ce passage à la « liquidation unique » nécessite un important effort d'anticipation, s'agissant en particulier des arbitrages à rendre pour aligner les règles de calcul des liquidations, de la fiabilisation des données de carrière et de la modification nécessaire des systèmes d'information.

Si les régimes concernés ont commencé à identifier les chantiers à engager, la complexité des processus à mettre en œuvre, impliquant des bases de données et des systèmes informatiques extrêmement lourds, rend particulièrement contraint le délai du 1er janvier 2017.

À cet égard, l'unification des régimes de retraite de base des artisans et commerçants est à parachever sans tarder de manière à éviter tout risque de difficultés susceptibles de se cumuler.

Le précédent de la mise en place de l'ISU dans des contraintes de calendrier inappropriées doit conduire le RSI et ses tutelles à être particulièrement vigilants pour permettre une mise en œuvre de la liquidation unique dans de bonnes conditions à l'échéance fixée, quitte à ce que cette dernière soit décalée, si besoin était.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les deux régimes de retraite de base des commerçants et des artisans, offrent à leurs affiliés des conditions de couverture vieillesse comparables à celles des salariés. En revanche, leur effort contributif demeure inférieur, eu égard aux différences de niveaux de cotisations qui subsistent et du fait d'une sous-déclaration récurrente de leurs revenus.

En raison d'un ratio démographique de plus en plus défavorable, ces régimes présentent un solde financier fortement négatif, qui devrait encore se dégrader à moyen terme. Leur financement dépend très largement dans ces conditions de la compensation démographique inter-régimes et de l'attribution d'une partie des produits de la C3S dont ils sont les affectataires historiques et qui assurent leur équilibre final à l'euro près.

La suppression en trois ans de cette dernière par la loi de financement rectificative du 8 août 2014 doit être suivie dès 2015 par l'intégration financière complète du RSI au régime général qui se traduira en particulier par le versement d'une dotation d'équilibre de la CNAVTS à la caisse nationale du RSI. Si n'étaient pas apportées à la CNAVTS des ressources nouvelles suffisantes à même de compenser dans la durée un déficit tendanciellement en aggravation continue, ce serait aux cotisants du régime général, déjà mis à contribution dans le cadre de la compensation démographique, d'en supporter le déséquilibre en résultant, sauf à alourdir la dette sociale.

Cette modification fondamentale du modèle du financement du RSI rend d'autant plus impérative la nécessité d'accroître un effort contributif qui reste inférieur à celui des salariés. La poursuite de l'effort d'harmonisation récemment engagé par la création d'une cotisation déplafonnée, mais fixée à un taux très inférieur à celui des salariés, s'impose notamment à cet égard. Plus généralement, sauf à risquer de laisser progressivement à la charge du régime général une partie de leurs déficits et finir par les faire financer par la dette sociale par transfert ensuite à la CADES, les ressources nouvelles à apporter à la CNAVTS pour compenser la charge de l'équilibrage financier de ces régimes doivent être à même de répondre aux perspectives d'aggravation de leurs déséquilibres dans les prochaines années.

La fusion des deux régimes complémentaires des artisans et commerçants en un unique régime complémentaire des indépendants au 1er janvier 2013 s'est effectuée dans de bonnes conditions. Contrairement aux régimes de base, il présente des perspectives financières satisfaisantes. La gestion des réserves, bien que renforcée, est cependant encore

perfectible, notamment par un renforcement des règles de déontologie et des conditions d'exercice de la tutelle.

La gestion du processus retraite a quant à elle été gravement perturbée, depuis la création du RSI, par la difficile mise en place de l'ISU puis, en 2013-2014, par les laborieux débuts de la nouvelle application de liquidation ASUR. Des améliorations supplémentaires de la qualité de service sont indispensables. Il faudra cependant veiller à ce que la mise en place de la liquidation unique, prévue pour le 1er janvier 2017, ne génère pas de nouvelles perturbations de grande ampleur.

Dans un contexte où le recouvrement des cotisations est pour l'essentiel délégué aux URSSAF, la liquidation des prestations d'assurance maladie à des organismes conventionnés et désormais son équilibre financier directement assuré par le régime général, la gestion de l'assurance vieillesse constitue le cœur de l'activité du RSI. De la manière dont il surmontera les difficultés récurrentes qu'il connaît en matière de qualité et de fiabilité de la liquidation des pensions et de la façon dont il maîtrisera l'enjeu majeur que représente la mise en œuvre de la liquidation unique des retraites, avec au premier chef la fusion en un seul régime des deux régimes de base des artisans et des commerçants, dépend largement son avenir.

La Cour formule les recommandations suivantes :

79. renforcer l'effort contributif des cotisants, notamment par l'alignement progressif du taux de la cotisation déplafonnée sur celui des salariés ;

80. éviter le risque d'un sous-financement chronique de la dotation d'équilibre de la CNAVTS aux régimes de retraite des commerçants et artisans dans le contexte de la suppression de la C3S en compensant cette charge par des recettes à même de répondre à l'accroissement tendanciel de leur déficit ;

81. anticiper suffisamment les modalités de mise en œuvre de la liquidation unique pour éviter toute difficulté à l'échéance fixée du 1er janvier 2017 et, en cas de risque, décaler cette dernière ;

82. procéder à cette occasion à la fusion des régimes de retraite de base des commerçants et des artisans ;

83. faire procéder, dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, à un audit externe des modalités de gestion des réserves financières du régime complémentaire.

SIXIÈME PARTIE

DES PROGRÈS INDISPENSABLES DANS LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre XVII

Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

PRÉSENTATION

Créé à la suite d'une réorganisation de grande ampleur de la protection sociale des travailleurs indépendants, le régime social des indépendants a regroupé à compter du 1er juillet 2006 les trois réseaux distincts qui jusque-là géraient cette dernière sur une base professionnelle.

Après avoir analysé en 2012 la mise en place très difficile à partir de 2008 de la réforme du recouvrement des cotisations destinée à instituer un interlocuteur social unique (ISU)[617]*, la Cour a examiné cette année l'organisation de ce réseau désormais unifié qui emploie 6 000 agents et a versé 18,3 Md€ de prestations en 2013 à 4,1 millions d'assurés au titre de l'assurance maladie et à 2 millions de retraités.*

Conformément aux dispositions de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, son enquête a été réalisée, lors des contrôles sur place de certaines caisses de base[618]*, avec le concours de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale rattachée à la direction de la sécurité sociale.*

La Cour a constaté que la fusion ambitieuse et rapide de trois régimes de sécurité sociale ayant conduit à la création du RSI n'a pas enclenché une réelle dynamique de gains de productivité du fait, en particulier, de la crise liée à la mise en place de l'ISU (I). Les ambitions initiales de réduction des coûts ayant été largement perdues de vue, plaçant le RSI en situation défavorable de ce point de vue face aux autres régimes de sécurité sociale, il apparaît indispensable de redonner une impulsion à une démarche structurée de gains de productivité, avec comme point d'appui la prochaine convention d'objectifs et de gestion (II).

617. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VII : le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique, La documentation française, septembre 2012, p. 199-230, disponible sur www.ccomptes.fr.

618. La Cour a examiné plus particulièrement la gestion de trois caisses du RSI (Paris Île-de-France Centre, Pays de la Loire, Provence-Alpes) et des deux caisses des professions libérales. Elle a utilisé certains constats faits à la caisse du RSI de Corse dans le cadre de l'enquête sur le recouvrement des cotisations sociales en Corse (cf. chapitre XVIII du présent rapport).

I - Une fusion ambitieuse mais sans dynamique de réduction des coûts

Deux ordonnances du 8 décembre 2005 ont réorganisé en profondeur la protection sociale des travailleurs indépendants :

- d'une part, en regroupant au sein du nouveau régime social des indépendants les assurances vieillesse et invalidité-décès des commerçants et des artisans ainsi que l'assurance maladie de toutes les professions non salariées non agricoles, gérées jusque-là par des réseaux à base professionnelle ;
- d'autre part, en transférant aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) relevant du régime général l'encaissement des cotisations sociales des indépendants, de telle sorte de mettre en place un interlocuteur social unique (ISU) en substitution des multiples intervenants précédents.

Tableau n° 90 : la réforme du régime social des indépendants (RSI) et de l'interlocuteur social unique (ISU)

	Avant la réforme		Après la réforme	
	Artisans commerçants	Professions libérales	Artisans, commerçants	Professions libérales
Recouvrement CSG, CRDS, cotisation famille	URSSAF		ISU -affiliation RSI -déclarations de revenus RSI -recouvrement jusqu'à 30 jours par délégation et pour le compte du RSI URSSAF -recouvrement après 30 jours : RSI	URSSAF
Cotisation retraite (régimes de base et complémentaires), invalidité-décès	CANCAVA ORGANIC	CNAVPL CNBF		CNAVPL CNBF
Cotisation maladie	Organismes conventionnés avec le réseau CANAM			Organismes conventionnés avec le RSI (gestion déléguée)
Prestations Retraite (régimes de base et complémentaires), invalidité-décès	CANCAVA ORGANIC	CNAVPL CNBF	RSI	CNAVPL CNBF
Maladie	Organismes conventionnés avec le réseau CANAM		Organismes conventionnés avec le RSI (gestion déléguée)	

Source : Cour des comptes, RALFSS 2012. Note de lecture : CANCAVA : assurance vieillesse des artisans ; ORGANIC : assurance vieillesse des commerçants ; CNAVPL : assurance vieillesse des professions libérales ; CNBF : caisse nationale des barreaux français ; CANAM : assurance maladie des non-salariés non agricoles.

La création du RSI s'est traduite par la fusion au 1er juillet 2006 des trois régimes de protection sociale des indépendants et de leurs réseaux. Toutefois, cette nouvelle organisation est restée très en-deçà de ce qu'une réforme de cette ampleur aurait pu permettre d'envisager.

A - Une réorganisation qui maintient un réseau local significatif

1 - Un resserrement important

Jusqu'en 2006, la protection sociale des non-salariés non agricoles relevait de trois caisses nationales - caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles (CANAM), caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA), organisation nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC) - et de 92 organismes de base dont 30 caisses régionales dépendant de la CANAM, 32 caisses relevant de la CANCAVA, 30 caisses rattachées à l'ORGANIC, auxquelles s'ajoutaient cinq caisses de retraite spécifiques à certaines professions.

Avec l'instauration d'un régime unique le 1er juillet 2006[619], le RSI a mis en place une organisation fondée sur une seule caisse nationale : la caisse nationale du RSI (CNRSI). Le nombre d'organismes de base, réduit désormais à 30 caisses, a diminué des deux-tiers.

Des coûts de réorganisation non négligeables

Jusqu'en 2011, deux fonds d'accompagnement des opérations de restructuration ont permis de mobiliser 221 M€ au total.

Le fonds de restructuration courant a financé à hauteur de 86 M€ des dépenses spécifiques liées à la création du RSI : frais liés au regroupement des sites (double charge immobilière, frais d'étude etc.) et dépenses d'ordre social. Un accord d'accompagnement social des restructurations conclu le 4 juillet 2006 a été appliqué jusque fin 2010 et prolongé jusqu'au 31 décembre 2012, avec pour éléments essentiels la garantie de l'emploi et l'absence de mobilité géographique imposée des agents. 15,6 M€ ont été affectés à cet accompagnement, essentiellement sous forme d'indemnités transactionnelles de départ (8,3 M€), de primes de mobilité géographique (5,5 M€) et d'aides diverses au passage à temps partiel ou de mise en retraite anticipée (1,5 M€). 318 agents ont bénéficié

619. À l'issue d'une période transitoire organisée par une ordonnance du 31 mars 2005 créant les institutions communes à titre provisoire, dont un conseil d'administration unique (« l'instance nationale provisoire »).

d'une indemnité de mobilité géographique, 286 de mesures incitatives au départ à la retraite, 49 agents de direction et trois cadres et employés d'indemnités transactionnelles, 24 personnes d'une compensation de passage à temps partiel.

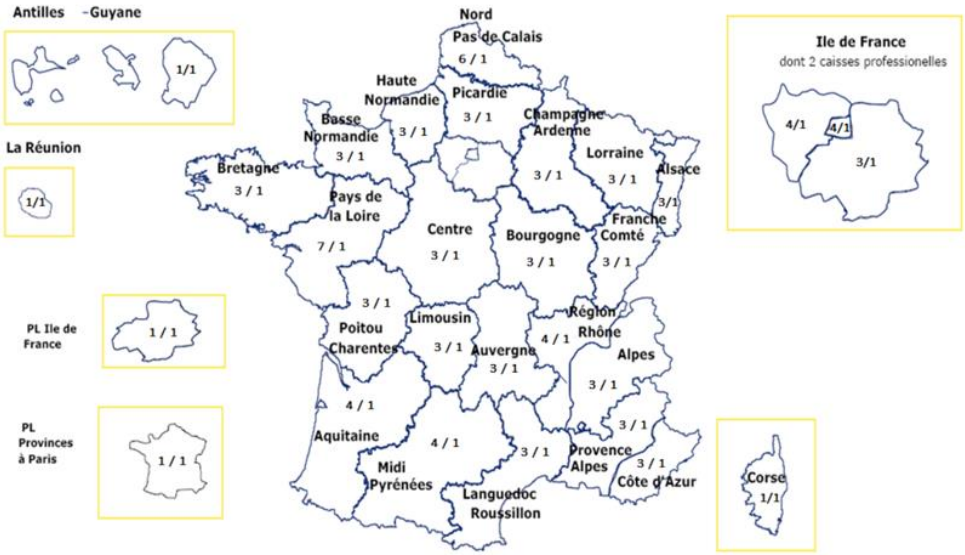
Un fonds de restructuration immobilier a permis d'affecter 135 M€ aux opérations immobilières liées à la constitution du RSI. Les produits de cessions d'immeubles ont été affectés à ce fonds et ont contribué au financement de l'achat de dix nouveaux sites, de la restructuration de locaux ainsi qu'au regroupement de salariés dans des immeubles pris à bail.

Depuis 2006, le réseau est composé de la façon suivante :

- 26 caisses régionales en France métropolitaine avec en principe une caisse par région administrative. Toutefois il existe trois caisses en Île-de-France[620], deux caisses en Provence-Alpes Côte-d'Azur (Marseille et Nice) et deux caisses en Rhône-Alpes (Lyon et Grenoble) ;
- deux caisses outre-mer (une caisse pour les Antilles et la Guyane à Fort-de-France et une caisse pour la Réunion à Saint-Denis de la Réunion) ;
- deux caisses consacrées aux professions libérales situées à Paris, l'une pour les professionnels parisiens, la seconde pour les autres assurés de cette catégorie, mono disciplinaires puisqu'elles ne traitent que de la couverture maladie de ces affiliés.

620. Île-de-France Centre à Paris pour Paris et la Seine-Saint-Denis, Île-de-France Ouest à Levallois-Perret (départements 78-92-95), Île-de-France Est à Melun (départements 77-91-94).

Carte n° 2 : les entités juridiques du RSI (évolutions entre janvier 2006 et juillet 2006)



Source : RSI. Note de lecture : les chiffres à gauche représentent le nombre de caisses en janvier 2006, celui de droite le nombre de caisses en juillet 2013.

Si dans leur quasi-totalité, les nouvelles caisses résultent de fusion des organismes pré-existant au sein des réseaux de chacun des régimes antérieurs, la caisse régionale de Corse et les deux caisses outre-mer correspondent en fait à des créations, seule la CANAM y étant représentée jusque-là[621].

2 - Des caisses locales demeurées de dimension modeste

Malgré ce resserrement important du réseau par rapport à la situation antérieure à la création du RSI, la taille des caisses est modeste : l'effectif réel moyen, CDD compris, des 30 caisses était de 114 ETP en 2012 ; celui des 26 caisses régionales de métropole (hors professions libérales), de 121 ETP. La majorité (14) des 26 caisses métropolitaines de droit commun compte un effectif de cotisants inférieur à 100 000 et 12 caisses un effectif total de cotisants, retraités et ayants-droits inférieur à 200 000.

621. La branche vieillesse était suivie pour la Corse par la caisse de Provence-Alpes Côte d'Azur et pour les DOM par des services en région parisienne.

La plus importante caisse du RSI (Aquitaine) liquide moins de 4 800 pensions par an quand la caisse d'assurance retraite d'Auvergne du régime général (CARSAT), la plus petite de métropole, en liquide près de quatre fois plus[622].

La plupart des caisses du RSI ont ainsi une taille critique insuffisante pour pouvoir assurer dans les meilleures conditions toutes leurs missions et optimiser leurs fonctions support. La part des fonctions support dans les effectifs des caisses, qui se situait à 25,6 % en 2006, s'élevait encore à 24,4 % en 2011, au lieu de 20 % comme prévu[623].

3 - Une organisation infrarégionale restée significative

Seule la caisse de Franche-Comté ne comprend qu'une seule implantation régionale. Les autres caisses ont décidé de garder des implantations dans les départements[624], à la fois pour des raisons historiques et de présence de proximité, sous la contrainte au demeurant du choix fait lors de la création du RSI de ne pas imposer aux agents de mobilité géographique.

Au total, le RSI a des implantations dans 80 chefs-lieux de départements[625]. La moitié des caisses maintenait, en 2013, des sites de plus de dix salariés autres que le siège régional. Le tiers des caisses comprend des implantations infrarégionales de moins de 10 salariés.

622. Elle a liquidé environ 18 000 « droits propres » en 2013, année pendant laquelle la moyenne des 16 CARSAT de métropole a atteint 42 000 « droits propres ».

623. Selon le document « Trajectoire 2018 » soumis au conseil d'administration le 10 décembre 2013.

624 . Ainsi, l'activité de la caisse des Pays-de-la-Loire en matière de retraite (liquidation, droit à l'information) est restée partagée entre quatre sites ; l'un d'eux ne gère que les artisans (Le Mans), un autre les seuls commerçants (Angers). Les deux autres sites sont mixtes.

625. Le RSI compte 64 agences d'accueil, ouvertes tous les jours et 273 permanences itinérantes assurées de façon discontinue.

Tableau n° 91 : organisation territoriale des caisses du RSI

Caisse ne comprenant qu'un site[626]	1	3%
Caisses comprenant plus d'un site et moins de cinq agents par site[627]	7	23%
Caisses comprenant plus d'un site et un nombre d'agents compris entre cinq et dix par site[628]	2	7%
Caisses comprenant plus d'un site et un nombre d'agents supérieur à dix par site	15	50%
Caisses parisiennes et professions libérales	5	17%
Total	30	100%

Source : RSI, retraitement Cour des comptes

B - Des mutualisations peu nombreuses

1 - Quelques fonctions centralisées sur des sites spécialisés

Certains sites sont spécialisés sur des fonctions mutualisées. Le centre national d'immatriculation commun, issu de la réorientation d'une caisse de retraite professionnelle située à Auray (Morbihan), assure avec 76 agents une part significative du processus d'affiliation des assurés du régime, un tiers de la charge demeurant assurée dans les caisses de base. Le recouvrement de la contribution sociale de solidarité (C3S)[629] est assuré par un service situé à Valbonne (Alpes-Maritimes).

626. Franche-Comté.

627 . Provence-Alpes, Corse, Auvergne, Alsace, Haute-Normandie, Picardie, Limousin.

628. Côte-d'Azur et Champagne Ardenne.

629. Créée en 1970, la C3S représente une recette totale de 5,6 Md€ en 2013, dont 55 % ont été affectés au RSI afin d'en assurer l'équilibre financier.

Le recouvrement de la contribution sociale de solidarité

La totalité de la gestion de la C3S est assurée par un département du RSI situé à Valbonne (Alpes-Maritimes). Au 1er janvier 2014, il comprend 142 personnes, dont 97 agents pour le recouvrement, 28 pour la lutte contre la fraude, 11 pour le service juridique et des études, auxquelles s'ajoutent les six personnes de l'antenne comptable. L'âge moyen des agents est de 49 ans, 19 d'entre eux ayant plus de 56 ans fin 2013. 83% des effectifs sont des agents féminins. Les trois quarts du personnel sont des agents d'exécution, classés dans les deux premiers niveaux de qualification (III et IV).

Cinq services inter-caisses du contentieux sis à Bordeaux, Clermont-Ferrand, Nantes, Orléans et Bordeaux, sont en charge de la gestion du contentieux, reprenant une organisation qui prévalait à la CANCAVA. Trois centres informatiques, situés à Strasbourg, Toulouse et Valbonne, assurent la gestion du système d'information à partir des implantations des caisses antérieures[630].

2 - Des ambitions limitées

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2012-2015 a présenté la mise en œuvre de la mutualisation des activités et des compétences[631] comme un « enjeu ».

Les actions évoquées dans la COG apparaissent cependant peu ambitieuses : « harmonisation » des sites et de « l'accueil partagé » avec les URSSAF et les organismes conventionnés, centralisation sur le site d'Auray - en réalité déjà effectuée lors de la signature de la convention - de la gestion administrative des affiliés, « articulation » du recouvrement entre les services contentieux et les caisses régionales, optimisation des achats, rapprochement, dans les caisses, du contrôle médical et de la gestion du risque, programmes de prévention des risques à mener avec l'assurance maladie, coordination accrue de l'action sanitaire et sociale, formation des agents dans un cadre inter-régimes.

Fin septembre 2012, la caisse nationale a transmis aux pouvoirs publics non pas le programme de mutualisation auquel elle s'était

630. Jusqu'en 2013, le RSI disposait de quatre centres informatiques. Ceux de Paris et de Valbonne provenaient des branches retraite, ceux de Strasbourg et de Toulouse de la CANAM. Celui de la rue Saint-Charles à Paris a été fermé en 2013.

631. Ceci « en évitant la dispersion des ressources et des compétences et en maîtrisant les coûts de structure (notamment des fonctions support et de management ».

engagée mais seulement un document retraçant l'ensemble des études prévues.

Optimo : un programme d'études étendu mais timide

Le programme « optimisation-mutualisation-organisation », dit « Optimo », est réputé mener une réflexion sur la mise en œuvre des objectifs de la COG 2012 et déployer la dynamique de mutualisation qu'elle prévoit. Il s'agit d'un programme de travail qui prévoit 120 études portant sur des sujets très divers et souvent complémentaires à des travaux antérieurs. Les mutualisations qui y sont examinées sont très délimitées, leur objectif et leur formulation sont des plus prudentes. Les actions à mener avec d'autres régimes sont très peu nombreuses. Aucun objectif quantifié ou, a fortiori, de gain économique, n'est mentionné. Alors qu'Optimo était supposé déboucher sur des orientations fortes dans la gestion du régime, tel n'est pas le cas.

3 - Des résultats décevants

Les rapprochements fonctionnels spontanés entre caisses ne sont guère nombreux. Dans les caisses visitées, peut seule être mentionnée la gestion commune par la caisse Île-de-France Centre du service médical et dentaire commun aux trois caisses d'Île-de-France (30 agents). Les rapprochements avec les caisses relevant d'autres régimes sont eux aussi timides.

S'agissant de l'accueil téléphonique, véritable enjeu au regard des graves perturbations de la relation avec les assurés constatée depuis l'introduction de l'ISU, le RSI a refondu son organisation en constituant six « groupements mutualisés de réponse téléphonique ». L'accueil téléphonique dans les caisses est ainsi assuré au sein de plateformes, physiques ou virtuelles, interfacées entre organismes[632]. Le déploiement de ces groupes s'est fait progressivement de juin 2012 à décembre 2013.

Le RSI n'a choisi qu'un seul indicateur a minima de la qualité de service, le taux de décroché téléphonique, pauvre en information. N'est en effet mesurée que la capacité du régime à apporter une réponse téléphonique sans critère de délai d'attente ni de qualité de réponse sur le fond. Malgré cette ambition modeste, le régime rencontre des difficultés pour atteindre la cible. La COG 2012-2015 a fixé un objectif de décroché

632. Les usagers sont invités à utiliser deux numéros de téléphone dédiés, l'un aux questions relatives aux prestations, l'autre aux cotisations. Ces numéros renvoient à des plateformes virtuelles qui associent plusieurs organismes au sein des inter-régions. La réponse téléphonique concernant les cotisations est mutualisée entre le RSI et l'ACOSS.

téléphonique de 85 %. En 2012, le taux moyen de décroché par téléconseiller était de 89 % ; il a chuté à 75 % en 2013 après la mise en place de la mutualisation[633].

II - Relancer une dynamique de gains d'efficience

A - Des coûts par agent plus élevés que les autres régimes

La COG 2007-2011 avait prévu que les dépenses de gestion administrative devaient baisser de 12,5 % en 2011 par rapport à 2006[634]. La mise en œuvre de la première COG ayant été marquée par la crise de l'interlocuteur social unique, ces résultats n'ont pas été atteints, des avenants successifs à la COG ayant notamment dégagé des moyens exceptionnels pour faire face aux dysfonctionnements majeurs apparus.

Marquée par une grande prudence dans la recherche de gains d'efficience dans un contexte demeurant sérieusement perturbé, la COG 2012-2015 a affiché un budget national de gestion administrative en diminution de 3,2 % sur la période, mais en augmentation à périmètre constant de 11,7 %[635].

Le caractère limité des réorganisations comme les difficultés récurrentes de mise en place de l'interlocuteur social unique n'ont pas encore permis, de fait, de dégager les gains d'efficience initialement attendus.

1 - Des effectifs qui n'ont pas diminué

S'agissant des emplois permanents, la fusion des réseaux n'a pas dégagé d'économies d'échelle de nature à permettre une réduction des effectifs. Le total des emplois en contrats à durée indéterminée (CDI) a

633. En 2013, l'indicateur prend en compte les appels dissuadés au dénominateur afin de mieux refléter la qualité de service rendu.

634 . Dont une diminution des dépenses de fonctionnement de - 8,7 % et une diminution des dépenses de personnel de - 3,4 % en euros courants.

635 . En raison d'une modification de périmètre du fonds national de gestion administrative conduisant à intégrer dans la base de référence 2011 30 M€ de crédits venant principalement des fonds de restructuration courant et immobilier. Une partie de ces dépenses résulte des avenants à la COG 2007-2011 qui ont dégagé des moyens exceptionnels pour faire face à la crise de l'ISU, en particulier sous forme de CDD.

augmenté de 2006 à 2012 avant de baisser en 2013, le ramenant à un niveau très légèrement inférieur à celui constaté en 2006. .

Jusqu'en 2012, la caisse nationale a accru ses effectifs permanents alors que ceux des caisses régionales étaient en légère baisse (-1,3 %) par rapport à 2006. En 2013, les caisses concernées se sont vu transférer les effectifs des services contentieux, auparavant directement rattachés à la caisse nationale.

La forte augmentation des contrats à durée déterminée (CDD) jusqu'en 2010 (+57 %) s'explique principalement par les difficultés liées à l'ISU. Depuis 2011, les plans successifs engagés par la direction du RSI, en collaboration avec l'ACOSS, ont permis de revenir à un nombre de CDD proche de la situation qui prévalait avant l'instauration de l'ISU.

Tableau n° 92 : évolution des effectifs rémunérés du RSI (2006-2013)

Effectifs au 31 décembre de l'année

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2006-2013 en %
Total RSI	**5 922**	**6 046**	**6 009**	**5 987**	**6 214**	**6 136**	**6 037**	**5 951**	**+ 0,5**
Total CDI	5 400	5 319	5 302	5 370	5 393	5 475	5 490	5 393	- 0,1
Total CDD	522	727	707	617	821	661	547	558	+ 6,9
Caisses régionales	**4 854**	**4 983**	**4 885**	**4 797**	**4 995**	**4 928**	**4 781**	**4 905**	**+ 1,1**
CDI	*4 404*	*4 311*	*4 288*	*4 322*	*4 334*	*4 369*	*4 347*	*4 409*	*+0,1*
CDD	*450*	*672*	*597*	*475*	*661*	*559*	*434*	*496*	*+ 10,2*
Caisse nationale	**1 068**	**1 063**	**1 124**	**1 190**	**1 219**	**1 208**	**1 256**	**1 046**	**- 2,06**
CDI	*996*	*1 008*	*1 014*	*1 048*	*1 059*	*1 106*	*1 143*	*984*	*- 1,2*
CDD	*72*	*55*	*110*	*142*	*160*	*102*	*113*	*62*	*- 13,9*

Source : Caisse nationale RSI

L'absence de diminution des effectifs rémunérés par le RSI par rapport à la date de sa création place ce dernier en net décalage par rapport aux autres régimes de sécurité sociale. Sur la même période de référence 2006-2013, les effectifs rémunérés moyens annuels du régime général ont baissé de 6,7 %, soit -10 786 emplois et ceux de la MSA de 13,3 %, soit -2 560 emplois[636].

636. Direction de la sécurité sociale, effectifs CDI et CDD moyens annuels. Les effectifs de la branche maladie ont diminué de 10 % (-10 786), ceux de la branche retraite de 5,2 % (-734), ceux de l'activité recouvrement de 3,4 % (-491) et ceux de la branche famille ont augmenté de 1,3 % (+453).

2 - Des coûts immobiliers qui restent à ce stade importants

Les caisses, en accord avec la tutelle, se sont engagées dans des locations d'immeubles permettant de regrouper les équipes dans des délais très brefs. Les cessions d'immeubles programmées ne sont réalisées pour leur part que de façon progressive. Cette situation pèse sur le coût d'occupation. Ainsi, le nombre des locaux loués, rapporté au total des emprises, a progressé de 10 points entre 2006 et 2013.

Tableau n° 93 : évolution du nombre et de la nature des sites du RSI[637], 2006-2013

	2006	%	2013	%
Pleine propriété	59	26	38	25
Copropriété	79	35	36	24
Location	75	33	66	43
Mise à disposition et convention de partenariat	13	6	12	8
Propriétaire bailleur	0	0	1	1
Total	226	100	153	100

Source : Caisse nationale du RSI

Par ailleurs, les restructurations immobilières ne sont pas encore complètement achevées.

Une réduction des surfaces immobilières encore inaboutie mais importante à terme

La fusion des caisses a partiellement entrainé la libération de surfaces de bureaux et la réinstallation d'équipes, généralement sur un site unifié. En 2005, la surface hors œuvre nette (SHON) gérée par les trois caisses nationales préexistantes au RSI atteignait 167 000 m² pour 226 sites. En 2012, un nouveau recensement mené conjointement par le RSI et l'UCANSS a établi une surface SHON occupée égale à 152 650 m². La réduction des surfaces depuis 2006 était alors de 14 350 m², soit un recul encore limité à 8,6 %.

À fin 2013, 92 sites sur les 118 à céder avaient été vendus. Selon le RSI, sur les 26 sites restants, 12 avaient fait l'objet d'une offre à fin avril 2014. Dans l'hypothèse où l'ensemble des 26 sites non encore cédés serait vendu, les surfaces occupées s'établiraient à 116 650 m², soit alors 43 % de réduction par rapport à la situation initiale.

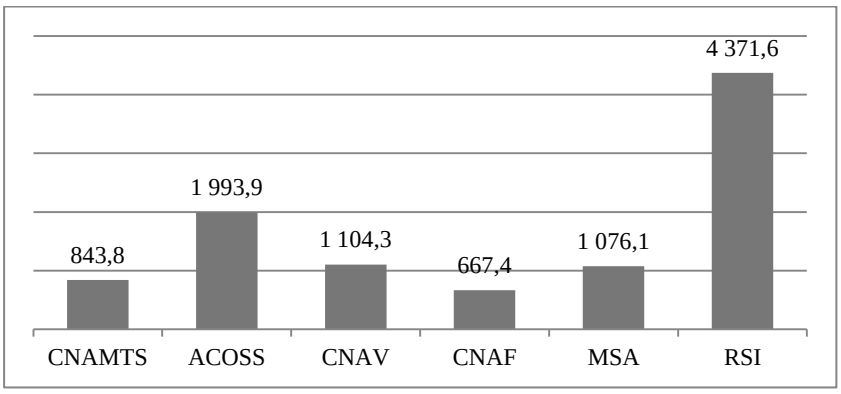
Ces facteurs alourdissent le coût de gestion des emprises immobilières du RSI. Selon l'union des caisses nationales de sécurité

637. Hors permanences d'accueil itinérant.

sociale (UCANSS), le coût d'occupation - loyers et impôts - du RSI ressort à 4 372 € par agent et par an. Ce montant est significativement plus élevé qu'au régime général et à la MSA, davantage propriétaires de leurs locaux.

Graphique n° 33 : coût d'occupation comparé par agent (2012)

En € par ETP



Source : UCANSS

3 - Des frais de gestion administrative qui restent élevés

a) Des dépenses en progression

De 2006 à 2013, les dépenses effectives de gestion administrative ont progressé de 9,7 %. Hors remises aux organismes conventionnés pour la gestion de l'assurance maladie, elles ont augmenté de +17,3 %. On observe toutefois une stabilisation en 2013.

Les dépenses de personnel, qui représentent 45 % du total, ont crû de 18,3 % sur la période. Cette progression traduit en particulier les effets des mesures catégorielles décidées dans le cadre de la fusion comportant une harmonisation des rémunérations et une nouvelle classification pour un coût total de près de 30 M€ sur la durée de la première COG. L'augmentation des investissements traduit l'effort fait en matière informatique, en particulier dans le cadre de la crise de l'interlocuteur social unique.

Tableau n° 94 : dépenses de gestion administrative (2006-2013)

En M€

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2006/2013
Personnel	302,2	310,8	312,8	323,8	334,2	337,5	355,5	357,5	+18,3 %
Fonctionnement	141,3	119,9	114,0	111,2	108,1	128,6	149,3*	141,4	+0,1 %
Crédits évaluatifs[638]	50,6	65,7	68,6	99,9	71,0	74,6	51,0	55,1	+8,9 %
Investissement	14,0	32,4	35,6	35,8	27,3	18,6	40,3	42,3	+202,1 %
(1) Sous-total	**508,1**	**528,8**	**531**	**570,7**	**540,6**	**559,3**	**596,1**	**596,3**	**+17,3%**
(2) Remises de gestion aux organismes conventionnés	224,9	235,4	211,0	204,5	198,4	206,1	209,1	208,1	-7,5%
(3) Total hors fonds de restructuration (1+2)	**733,0**	**764,2**	**742,0**	**775,2**	**739**	**765,4**	**805,2**	**804,4**	**+9,7 %**

*Source : Caisse nationale du RSI ; *hors 7,8 M€ de frais d'élections*

Les remises de gestion aux organismes en charge de la gestion déléguée de l'assurance maladie, qui ont fortement baissé à compter de 2008 en raison de la reprise en gestion du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des artisans et des commerçants avec la mise en place de l'interlocuteur social unique, ont progressé de nouveau en 2012, en lien notamment avec l'évolution de la population couverte, en particulier les auto-entrepreneurs.

b) Des coûts de gestion par agent plus élevés que les autres régimes de sécurité sociale

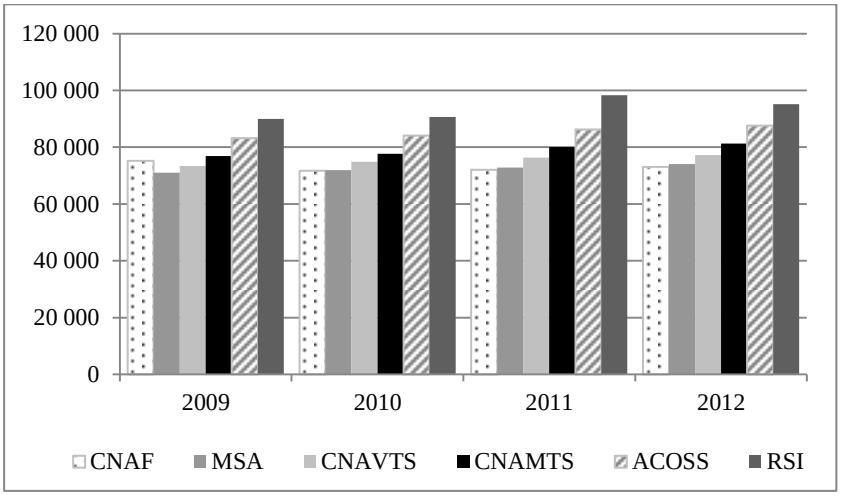
Si l'importante augmentation de la population couverte, par le seul facteur de la dynamique des auto-entrepreneurs, a permis au RSI d'engager à partir de 2010 un mouvement de baisse de ses coûts par assuré, ses dépenses de fonctionnement rapportées au nombre d'équivalents temps plein (ETP) sont les plus élevées (95 160 € en 2012) comparé aux branches et activités du régime général et à la MSA[639].

638 . La majorité de ces crédits est constituée par les amortissements des investissements.

639. ACOSS : 87 569 €, CNAMTS : 81 345 €, CNAV : 77 252 €, MSA : 74 079 €, CNAF : 73 011 €. Source : direction de la sécurité sociale.

Graphique n° 34 : frais de gestion par agent des branches du régime général, de la MSA et du RSI

En € par ETP



Source : DSS, rapport annuel sur la performance du service public, 2013

Ces coûts ont progressé de 5,8 % de 2009 à 2012, comme à la CNAMTS mais plus rapidement que dans les autres branches du régime général et à la MSA[640]

B - Donner une nouvelle impulsion à la recherche de gains de productivité

1 - La COG 2016 ; point d'appui pour structurer une démarche ambitieuse

Près de sept ans après la création de l'interlocuteur social unique et les très lourdes difficultés provoquées par sa mise en place préparée, les actions conduites par l'ACOSS et les URSSAF conjointement avec le RSI commencent à produire de premiers résultats, comme la Cour l'a noté dans son rapport sur la certification des comptes 2013 du régime

640. Entre 2009 et 2012, l'évolution des coûts de gestion par ETP des branches du régime général et régime agricole s'établit ainsi : CNAMTS : +5,8 % ; CNAV : +5,2 % ; ACOSS : +5,2 % ; MSA : +4,3 % ; CNAF : -3 %.

général[641]. Elles ont conduit notamment à une diminution des stocks d'instances et à une première amélioration des indicateurs de recouvrement[642], même si ces progrès demeurent encore limités, avec le maintien notamment d'un volume important de taxations d'office et une mise en œuvre récente et encore très partielle du recouvrement forcé.

La crise de l'ISU a mobilisé les énergies au détriment des autres missions des caisses, en particulier en matière d'assurance-vieillesse. Les dysfonctionnements apparus dans la liquidation des droits à pension à la suite de la mise en place d'une nouvelle application informatique[643], qui ont mis en lumière l'hétérogénéité des pratiques selon les caisses, restent encore à surmonter.

La préparation de la prochaine COG 2016-2020 constitue ainsi pour le RSI et sa tutelle un enjeu majeur afin de lui permettre de passer d'une posture de réaction à une attitude d'anticipation pour à la fois restaurer complètement sa qualité de service, diminuer significativement ses coûts de gestion et se préparer aux réformes à venir qui auront une répercussion profonde sur l'exercice de ses missions.

Il en va ainsi notamment de la mise en œuvre de la liquidation unique des pensions de retraite[644] qui prévoit la prise en charge des assurés poly-pensionnés par le régime de rattachement de leur dernière activité à compter de 2017. S'il est encore prématuré de mesurer précisément toutes les conséquences d'une telle réforme, elle aura nécessairement des effets importants sur l'organisation de la gestion des pensions au sein d'un réseau qui emploie à cette tâche 890 emplois équivalents temps plein.

---

641. Cour des comptes, *Rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale exercice 2013*, La documentation française, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

642. Avec en particulier le décret n° 2013-567 du 8 juillet 2013 modifiant les modalités de fonctionnement de l'ISU et d'organisation du RSI. Il s'agit d'effectuer les traitements de « back-office » avec un pilotage commun, dans un service qui regroupe des agents des deux réseaux et de procéder à un accueil physique commun, a minima dans la ville siège. Des conventions régionales ont été signées fin 2013-début 2014 dans 6 régions pilotes. Une deuxième vague est prévue à l'été 2014 avant une généralisation en 2015.

643. Cf. chapitre XVI du présent rapport : les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale.

644. Sur le fondement de l'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

La suppression de la C3S en trois ans, avec une première étape dès 2015 par un mécanisme d'abattements d'assiette instauré par la loi de financement rectificative du 8 août 2014, aura également une incidence majeure, non seulement en termes de financement du régime, appelé à être intégré financièrement avec le régime général[645], mais également au regard du devenir des 142 agents du centre de Valbonne.

2 - Replacer les évolutions en cours dans une recherche de gains de productivité

a) Renforcer la gestion centralisée des affiliations

Les affiliations des assurés du RSI sont gérées par deux types d'opérateurs. Le centre national d'immatriculation commune installé depuis 2007 à Auray[646] traite les dossiers les plus simples. Les caisses régionales traitent les dossiers les plus complexes, par exemple celles qui nécessitent une enquête et y consacrent encore 536 agents, soit 14 % des effectifs du régime.

L'extension de la gestion centralisée des affiliations apparaît devoir être prioritaire afin de maximiser les gains de productivité de ce processus. La mise en œuvre d'une base de données globale de tous les assurés du régime (dénommée Gaya) devrait permettre de faciliter cette démarche.

b) Conforter une gestion mutualisée du contentieux

S'agissant du recouvrement contentieux, dont la relance a été engagée en 2011 après plusieurs années de perturbation du fait des difficultés de l'ISU, le régime a dès 2006 fait le choix d'une centralisation de la gestion au sein de cinq services inter-caisses du contentieux dont les personnels étaient rattachés à la caisse nationale. La gestion des agents a été transférée à compter de 2013 aux caisses d'implantation de ces services mutualisés.

La caisse nationale envisage désormais de transférer la gestion du contentieux du recouvrement à chacune des 30 caisses de base. Cette perspective de démutualisation devrait cependant être considérée à l'aune

645 . Cf. chapitre XVI du présent rapport : les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale.

646. Cette caisse assurait auparavant la gestion des prestations retraites de plusieurs catégories professionnelles : hôtellerie, pâtisserie et agro-alimentaire.

de ses conséquences en termes de productivité et de capacité d'expertise. Il convient de veiller à garantir la cohérence et la solidité de la gestion d'une activité nécessitant des compétences techniques particulières.

c) Réexaminer le mode de rattachement des professions libérales

Souhaitée depuis 2005 par leurs deux conseils d'administration, le principe de la fusion des deux caisses des professions libérales, de taille l'une et l'autre réduite[647], a été adoptée par le conseil de la caisse nationale du RSI en février 2012. Un décret du 2 avril 2013 a prévu sa mise en œuvre au 1er janvier 2015. Cette réorganisation ne conduira cependant qu'à la constitution d'un organisme de dimension toujours très modeste, avec de faibles économies (200 000 € de masse salariale par an environ).

Les solutions alternatives, notamment l'intégration dans les caisses régionales des professionnels libéraux, n'ont pas été véritablement examinées, même s'il est prévu que ces dernières puissent assurer un accueil de premier niveau. Elles mériteraient de l'être pour vérifier si la fusion est pleinement justifiée au regard de la nécessité pour le régime de réduire ses frais de gestion et ses implantations immobilières. Pourraient être en ce cas envisagées non seulement la cession, en cours, des locaux de la caisse « Île-de-France » dans le XVème arrondissement de Paris, mais aussi celle des locaux du boulevard de la Bastille (XIIème arrondissement), pour un produit total de l'ordre de 20 M€[648].

3 - Procéder à une nouvelle reconfiguration du réseau

La caisse nationale du RSI, consciente de la nécessité de gagner en efficience et en qualité de service dans un contexte où d'importantes économies de gestion sont attendues des caisses de sécurité sociale dans les années à venir, a pris l'initiative de lancer fin 2013 un projet de nouvelle cartographie du réseau.

La démarche « Trajectoire RSI 2018 », menée dans une concertation très large[649], vise à rationaliser la taille des caisses

647. 80 salariés pour la caisse des professions libérales « province » et 45 pour la caisse Île-de-France.

648. Estimation des Domaines.

649 . Une « quadruple concertation » est menée, entre élus s'agissant de la gouvernance politique, avec les élus et les directeurs régionaux sur le volet des « fusions » d'organismes, avec les directeurs régionaux sur le volet du « pilotage de la production », « avec les institutions représentatives du personnel pour l'organisation du travail et l'adaptation des compétences ».

régionales et leur nombre en organisant une dynamique de regroupement par fusion, sur la période 2015-2018, des petits organismes avec d'autres plus importants.

Dans cette perspective, la taille minimale des caisses pourrait atteindre le plancher de 100 000 cotisants et 200 000 assurés, soit des effectifs encore limités, compris entre 200 et 400 ETP, ce qui conduirait, selon la caisse nationale, à moins d'une vingtaine de caisses en métropole, hors caisse fusionnée des professions libérale. Sous certaines hypothèses, le nombre de caisses pourrait avoisiner la douzaine, ce qui rapprocherait l'architecture du régime des réflexions en cours sur l'organisation régionale du pays.

À ce stade, il n'est cependant pas fait état d'objectifs chiffrés de gains d'efficience, qu'il s'agisse des effectifs ou des emprises immobilières. L'annonce que l'intégralité des 26 sièges actuels sera préservée peut apparaître à cet égard contradictoire avec l'impérieuse nécessité pour le RSI de diminuer ses coûts plus rapidement encore que les autres régimes eu égard au retard qu'il a pris sur ces derniers.

La dynamique de rapprochement de caisses régionales, même lorsqu'elles ne sont pas concernées par les critères retenus[650], constitue une opportunité pour amplifier et élargir l'effort de réorganisation, s'agissant notamment des trois caisses d'Île-de-France, laissées hors de l'exercice.

La venue à expiration, fin 2012, de l'accord d'accompagnement social signé en 2006 - qui a empêché les mobilités des agents dans l'intérêt du service - doit faciliter la recherche des solutions appropriées pour permettre désormais à de telles mobilités de s'effectuer, dans de bonnes conditions pour les agents et leurs familles.

650. C'est ce qui peut être constaté pour les caisses Pays de la Loire et Bretagne, Aquitaine et Poitou-Charentes et pour les caisses Provence-Alpes (Marseille) et Côte d'Azur (Nice).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La fusion très rapide en 2006 des trois régimes préexistants et la création du RSI doté d'un réseau de caisses unifiées constituent la réorganisation la plus ambitieuse par son ampleur et sa rapidité conduite au sein des organismes de sécurité sociale. Elle s'est traduite par une diminution des deux tiers du nombre des caisses de base.

Celles-ci sont cependant restées de dimension modeste. Des implantations fonctionnelles nombreuses ont été maintenues, notamment à un niveau infrarégional, en raison en particulier d'une faible mobilité du personnel favorisée par un accord d'accompagnement social contraignant. Les mutualisations sont restées peu exigeantes dans leurs objectifs et se sont avérées décevantes dans leurs résultats.

Mobilisé tout entier pour répondre aux difficultés majeures provoquées par la crise de l'ISU, le RSI n'a pas pu enclencher de réelle dynamique de gains de productivité, en dépit de l'ampleur de la fusion initiale dont il procède. Malgré une inflexion récente, l'absence de diminution de ses effectifs, seulement stabilisés, au rebours des autres grands régimes de sécurité sociale, la réduction encore limitée des surfaces immobilières d'ici l'achèvement du programme de cessions d'actifs, la progression des dépenses de fonctionnement depuis 2006, plus marquée en début de période, expliquent des coûts de gestion par agent substantiellement plus élevés qu'au régime général et à la MSA.

Près de 10 ans après sa création, le RSI se doit d'aller au-delà des efforts engagés et des premiers résultats obtenus dans la dernière période et de prendre sa part de l'effort d'économies sur les coûts de gestion des caisses de sécurité sociale annoncé dans le cadre de la programmation du retour à l'équilibre de la sécurité sociale d'ici 2017.

La nécessité de renforcer prioritairement une qualité de service aux assurés encore dégradée ainsi que les défis que représentent la perspective de la liquidation unique des retraites et la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité recouvrée par le RSI rendent impératif de rechercher une organisation plus efficiente.

Certaines évolutions en cours sont ainsi à replacer dans cette perspective, s'agissant notamment des affiliations, de l'organisation du contentieux ou du mode de rattachement des professions libérales.

Plus fondamentalement un nouveau et sensible resserrement du réseau s'impose, dont la démarche engagée par le RSI peut constituer l'assise dès lors qu'elle s'inscrirait clairement dans la perspective de dégager des gains de productivité à tous égards indispensables.

La préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion pour les années 2016-2020 constitue à cet égard une échéance majeure. Elle offre l'opportunité qui ne doit pas être manquée de poursuivre la redéfinition en profondeur de l'organisation du RSI. Compte tenu de l'importance des défis de tous ordres auxquels celui-ci est confronté, une ambition insuffisante le fragiliserait durablement.

La Cour formule les recommandations suivantes :

84. développer les mutualisations entre caisses par la centralisation accrue de l'affiliation, le maintien de services contentieux partagés et la reconsidération du mode de rattachement des professions libérales ;

85. réorganiser significativement le réseau des caisses pour renforcer sensiblement la qualité du service aux assurés et diminuer les coûts de gestion ;

86. accompagner les regroupements à venir en facilitant la mobilité des personnels.

Chapitre XVIII

Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir

PRÉSENTATION

Dans le cadre de ses contrôles d'organismes de base de la sécurité sociale sélectionnés en fonction de différents indicateurs d'alerte, la Cour a examiné la gestion des trois caisses qui collectent des cotisations sociales en Corse : l'union pour le recouvrement des cotisations sociales et d'allocations familiales (URSSAF) pour le régime général et le régime social des indépendants par délégation partielle de ce dernier, la caisse régionale du régime social des indépendants (RSI) qui conserve certaines attributions en la matière[651]*, la caisse régionale de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les exploitants et les employeurs de salariés du monde de l'agriculture. Leurs performances sont de fait très en retrait chaque année par rapport à la moyenne de leurs réseaux respectifs.*

Ces trois organismes ont appelé 1 Md€ en 2013 auprès de 45 000 cotisants. L'URSSAF de Corse a mis en recouvrement, pour le régime général, 830 M€ auprès de 15 000 cotisants et 100 M€ pour le compte du RSI auprès de 20 000 cotisants. La MSA de Corse a émis 63 M€ de cotisations auprès de 10 000 cotisants. Les caisses consacrent à cette fonction, 77 agents à l'URSSAF, 2 au RSI et 22 à la MSA.

L'écart entre les montants à recouvrer et ceux effectivement perçus est chaque année significativement plus élevé en Corse que dans le reste de la France métropolitaine. Il en résultait fin 2013 un montant total de restes à recouvrer de 266 M€.

Malgré des différences de résultats entre le régime général d'une part, le RSI et le régime agricole d'autre part, le recouvrement des cotisations sociales en Corse est caractérisé par de faibles paiements spontanés et des taux de restes à recouvrer élevés aboutissant à un lourd stock de créances (I). Cette situation préoccupante s'explique, dans un contexte marqué par une forme d'opposition au prélèvement social, par la taille insuffisante des organismes et des dysfonctionnements multiples dans le processus de recouvrement qui appellent des mesures de redressement fortes (II). La restauration de la crédibilité du recouvrement en Corse passe en particulier par une normalisation du traitement de la dette sociale agricole (III).

651. Depuis la mise en place de l'interlocuteur social unique le 1er janvier 2008, le RSI délègue aux URSSAF, qui agissent pour son compte et sous son appellation, le recouvrement amiable des cotisations et contributions sociales, jusqu'au trentième jour suivant la date d'échéance ou la date limite de paiement lorsqu'elle est distincte. Le RSI assure la poursuite du recouvrement au-delà du trentième jour.

I - Un recouvrement des cotisations très dégradé

Qu'il s'agisse de la faiblesse persistante des paiements spontanés ou de l'importance des restes à recouvrer, conduisant à un stock de créances très élevé, la problématique du recouvrement en Corse apparaît atypique.

A - Une faiblesse persistante du taux de paiement spontané malgré des progrès récents

Le recouvrement des cotisations sociales est effectué à échéances fixes. Pour le régime général, la déclaration et le paiement sont réalisés en une étape. Pour le régime des indépendants et la mutualité sociale agricole, le paiement est précédé d'une phase de déclaration des revenus par les assujettis et de calcul des cotisations par la caisse, qui aboutit à un appel de cotisation, suivi le cas échéant d'une régularisation.

1 - Un net décalage par rapport aux autres organismes collecteurs

Le taux de paiement spontané, qui mesure la proportion de paiements effectués à échéance, est plus faible en Corse, quel que soit le régime considéré, que dans l'ensemble de la France métropolitaine.

Le mouvement de réduction de l'écart à la moyenne de l'URSSAF de Corse que fait apparaître le tableau ci-après est plus dû à une érosion de la moyenne nationale qu'à une réelle amélioration de sa situation : l'URSSAF de Corse a perdu près d'un point quand la France métropolitaine en perdait près de trois. Pour le régime des indépendants, l'écart entre la caisse de Corse et la moyenne nationale se réduit sensiblement mais reste important, à près de 8 points.

Tableau n° 95 : paiement spontané des cotisations recouvrées par l'URSSAF de Corse (2010-2013)

En % et en points

	2010		2011		2012		2013	
	Régime général	RSI	Régime général	RSI	Régime général	RSI	Régime général	RSI
Corse	88,7 %	55,7 %	89,4 %	61,4 %	88,7 %	59,7 %	87,8 %	64,0 %
France	90,8 %	69,9 %	91,3 %	71,3 %	90,2 %	69,8 %	88,0 %	71,8 %
Écart Corse - France métropolitaine	- 2,1	- 14,2	- 1,9	- 9,9	- 1,5	- 10,1	- 0,2	- 7,8

Source : URSSAF de Corse et ACOSS, pour le régime général.

À la MSA, le recouvrement spontané est mesuré en distinguant entre les cotisations versées par les non-salariés et les cotisations versées par les employeurs – qui ne sont pas tous des exploitants agricoles[652]. L'écart entre la Corse et la moyenne nationale demeure très important. Pour les salariés, il s'est cependant nettement réduit à partir de 2012 tout en restant à un niveau élevé (près de 10 points en 2013). Pour les non-salariés il s'établit à près de 17 points en 2013, malgré une réduction par rapport à 2012.

Tableau n° 96 : taux de paiements à échéance de la MSA de Corse (2010 - 2013)

En % et en points

	2010		2011		2012		2013	
	Employeurs	Non-salariés	Employeurs	Non-salariés	Employeurs	Non-salariés	Employeurs	Non-salariés
Corse	70,2 %	72,2 %	70,8 %	74,2 %	75,9 %	67,2 %	77,7 %	69,7 %
France métropolitaine	88,6 %	88,1 %	88,9 %	88,3 %	88,7 %	87,8 %	87,2 %	86,6 %
Écart Corse - France métropolitaine	- 18,4	- 15,9	- 18,1	- 14,1	- 12,8	- 20,6 %	- 9,5	- 16,9

Source : Caisse MSA de Corse et CCMSA

L'URSSAF pour ce qui concerne le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants et la caisse de MSA de Corse se trouvent en dernière position au classement national de leur réseau respectif. Pour ce qui est de celui des cotisations du régime général, l'URSSAF se situe en 16e position sur 22 organismes.

Sur un montant total de 993 M€ de cotisations appelées, le recouvrement spontané s'établit à 848 M€, soit 85 %. La proportion de restes à recouvrer à l'échéance observée en Corse atteint ainsi près de 15 %.

652. Les organisations professionnelles agricoles, les chambres consulaires, mais aussi le Crédit agricole ou Groupama, versent notamment leurs cotisations à la MSA.

Tableau n° 97 : montant des restes à recouvrer une semaine après l'échéance (année 2013)

En M€ et %

	URSSAF	RSI	MSA	Total
Appels de cotisations	830	100	63	993
Restes à recouvrer à l'échéance	101	36	16	153
Part des restes à recouvrer dans les cotisations appelées	12,2 %	36 %	26,3 %	15,4 %

Source : Caisses nationales. Retraitement Cour des comptes.

2 - Des déclarations de revenus tardives au RSI et à la MSA

À la MSA et au RSI, l'insuffisance des paiements à l'échéance trouve notamment sa source dans le retard mis par les assujettis à déclarer leurs revenus, ce qui empêche de procéder à bonne date au calcul des cotisations et perturbe gravement le processus de recouvrement.

Au RSI, en 2013, sur quelque 9 591 « déclarations sociales des indépendants » (DSI) adressées fin mai par la caisse nationale à remplir et retourner pour le 28 juin à la caisse régionale, 3 000 environ étaient revenues par la poste à la date indiquée (dont plus de 200 en retour à l'envoyeur, la poste n'ayant pu distribuer le pli) et près de 4 100 avaient fait l'objet d'une déclaration dématérialisée par Net-Entreprise. À fin septembre, après un envoi complémentaire de 273 DSI fin juillet, on ne comptait encore que 3 815 retours papier (dont 245 retours à l'envoyeur) et 4 263 télé-déclarations, soit 7 833 retours sur un total d'envois de 9 864 DSI (79 %).

Le même phénomène s'observe à la MSA. En 2013, les formulaires ont été envoyés aux cotisants le 14 mai. Les 2 241 exploitants au forfait disposaient de 15 jours pour renvoyer leur déclaration – délai suffisant compte tenu de la simplicité des informations demandées. À la date du 21 juin, 56 % d'entre eux, soit 1 266, n'avaient pas fait parvenir leur réponse. Après relance, il manquait encore début octobre 2013 129 déclarations. Sur les 890 cotisants au réel qui avaient pour leur part jusqu'au 31 juillet pour retourner leur formulaire, 330, soit 37 %, n'avaient pas souscrit à leurs obligations à cette date.

Les employeurs cotisant à la MSA font à peine mieux. Par exemple, le 25 mars 2013, la caisse avait envoyé à ses 936 cotisants une déclaration trimestrielle de salaires à retourner avant le 11 avril. À cette date, elle en avait reçu 564 (60 %), dont 183 télé-déclarations. Le 25 avril, jour d'envoi des appels de cotisations, la caisse ne disposait que de 757 déclarations (81 %), puis le 21 mai en avait reçu 873 (93 %) – ce qui avait contraint à l'émission d'un appel de cotisations complémentaire.

Cet attentisme qui traduit une forme d'opposition au prélèvement social perturbe *ab initio* le processus de recouvrement et en dégrade les résultats d'autant plus fortement qu'il se prolonge.

B - Des taux de restes à recouvrer élevés

Le montant des restes à recouvrer à 15 mois s'établissait en Corse, en 2013, à 28 M€ pour le régime général et 27 M€ pour le RSI.

Tableau n° 98 : taux de restes à recouvrer[653] à 15 mois de l'URSSAF et du RSI de Corse (2013)

En % et en points

	France métropolitaine	Corse	Écart Corse-France métropolitaine
Régime général	0,9 %	3,4 %	+ 2,5
RSI	22,8 %	26,9 %	+ 4,1

Source : ACOSS, CNRSI

Même en tenant compte du fait que l'économie corse comprend une proportion élevée de très petites entreprises[654], les performances de recouvrement de l'URSSAF de Corse restent pour le régime général très inférieures à celles du reste de l'ensemble du réseau. Le taux de restes à recouvrer à 15 mois concernant les entreprises de moins de dix salariés est de 6,6 % en Corse contre 3,8 % en moyenne nationale, ce qui la met en dernière position de son réseau. Il en va de même pour le recouvrement des cotisations du régime social des indépendants, avec un taux de restes à recouvrer à 15 mois proche de 27 %, également en dernière position au plan national.

653. Y compris les taxations d'office. Les taxations d'office sont des sommes de cotisations forfaitaires calculées par l'organisme de recouvrement en l'absence de déclaration de revenus - et d'assiette pour le régime général - du cotisant.

654. La Corse présente le plus fort taux de cotisations liquidées du secteur privé des entreprises de moins de dix salariés avec, en 2012, près de 34 %. L'URSSAF de Corse ne compte aucune grande entreprise, aucune très grande entreprise ni aucune entreprise versant ses cotisations en lieu unique.

Des restes à recouvrer également plus élevés qu'en moyenne en matière fiscale

Des écarts importants peuvent aussi au demeurant être observés dans le recouvrement des impôts par l'administration fiscale entre la Corse et l'ensemble des départements métropolitains. Sans que puissent être comparés les taux moyens de recouvrement des URSSAF et des services de la direction générale des finances publiques (DGFIP), en raison notamment des différences de nature des prélèvements considérés, la Cour a constaté dans une enquête récente655 que les taux de restes à recouvrer auprès des entreprises sont nettement plus élevés en Corse que dans l'ensemble de la France métropolitaine tant en matière fiscale que sociale.

Tableau n° 99 : taux de restes à recouvrer moyens auprès des entreprises (2006-2001)

En %

	ACOSS	DGFIP
Corse du Sud	2,6	8,9
Haute Corse	2,0	6,7
Autres départements (moyenne des taux)	0,9	2,4

Source : Cour des comptes d'après ACOSS et DGFIP

Pour le régime agricole, le montant des restes à recouvrer en Corse à 12 mois (employeurs) ou à 15 mois (non-salariés) s'établit pour 2013 à 11 M€.

Tableau n° 100 : taux de restes à recouvrer656 à 12 ou 15 mois de la MSA (2013)

En % et en points

	France métropolitaine	Corse	Écart Corse-France métropolitaine
Employeurs	1,5 %	10,5 %	+ 9,0
Non-salariés	3,9 %	27,4 %	+ 23,6

Source : CCMSA

655. Dans cette enquête, le taux de restes à recouvrer de l'ACOSS correspond aux entreprises du secteur privé au 31 mars de l'année n+1 (taux de restes à recouvrer à 15 mois). Celui de la DGFIP est calculé sur l'impôt sur les sociétés et la TVA en rapportant le montant total des paiements à l'échéance au montant total des prises en charge de droits de l'année.

656. La MSA utilise des pénalités de retard déclaratif qui jouent le même rôle que les taxations d'office du régime général et du régime social des indépendants.

Les caractéristiques de l'agriculture corse, composée essentiellement d'exploitations de faible taille[657], ne peuvent à elles seules expliquer les écarts de performance de la caisse de Corse, respectivement de 9 et près de 24 points en 2013 en deçà de la moyenne nationale pour les cotisations versées par les employeurs et par les non-salariés agricoles.

Pour les trois réseaux, les taux de restes à recouvrer en Corse sont plus élevés que la moyenne des cinq organismes de France métropolitaine les moins bien classés.

Tableau n° 101 : taux de restes à recouvrer[658] observés en 2013 en Corse et dans les réseaux (France métropolitaine)

En %

	Corse	Cinq organismes les moins bien classés du réseau (moyenne)[659]	Cinq organismes les mieux classés du réseau (moyenne)[660]
URSSAF	3,4	1,6	0,8
RSI	26,9	23,7	14,3
MSA	10,5	8,4	2,65

Source : Caisses nationales ; retraitement Cour des comptes

C - Un stock de créances important

Les taux d'impayés élevés et les restes à recouvrer qui en résultent contribuent à entretenir un stock de créances élevé, tous exercices confondus, en dépit d'admissions régulières en non-valeur et, pour la MSA, des nombreux plans d'apurement qui se sont succédé (voir *infra)*.

657 . Sur 2 810 exploitations actives en 2010, 38 % comprenaient moins de 20 hectares et 4,5 % seulement 200 hectares ou plus. Sur les quelque 3 700 cotisants non-salariés de la MSA, plus de 2 000 sont déclarés au forfait, leurs recettes agricoles brutes annuelles étant inférieures à 76 300 €.

658. Y compris les taxations d'office.

659. Organismes les moins bien classés (hors Corse) au sein des trois réseaux : URSSAF de Melun, de Languedoc-Roussillon, de Lorraine, de Champagne-Ardenne et de Haute-Normandie. Caisses du RSI : Île-de-France-centre, Île-de-France-ouest, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France-est. Caisses de MSA : Languedoc, Midi-Pyrénées-Nord, Provence-Azur, Dordogne-Lot-et-Garonne, Ardèche-Drôme-Loire.

660. Organismes les mieux classés (hors Corse) au sein des trois réseaux : URSSAF de Rhône-Alpes, du Nord-Pas-de-Calais, des Pays-de-la-Loire, de Paris et de Midi-Pyrénées. Caisses du RSI : Bourgogne, Basse-Normandie, Pays de Loire, Auvergne, Bretagne. Caisses de MSA : Auvergne, Beauce cœur de Loire, Sud-Champagne, Marne-Ardennes-Meuse, Franche-Comté.

Tableau n° 102 : stock de créances tous exercices confondus au 31 décembre 2013[661]

En M€

	URSSAF	RSI	MSA	TOTAL
Stock de créances	108	77	82	266
Cotisations 2013 appelées	830	100	63	993
Créances en mois de cotisations appelées 2013	1,6 mois	9,2 mois	15,6 mois	3,2 mois

Source : caisses nationales

L'importance des créances par rapport au montant des cotisations appelées annuellement varie sensiblement d'un régime à l'autre. Elle représente plus d'un an de cotisations à la MSA et un peu plus de 9 mois pour le RSI.

Le recouvrement des cotisations sociales en Corse apparaît ainsi très fortement perturbé dès le début du processus par un défaut de respect nettement plus marqué qu'ailleurs des échéances règlementaires, même si d'un régime à l'autre des différences apparaissent. Malgré une certaine amélioration plus ou moins marquée dans la période récente selon les réseaux, la performance du recouvrement en Corse reste très insuffisante, en particulier pour la MSA, suivie du RSI.

II - Une organisation inefficiente

Au-delà du comportement individuel des assujettis, la qualité du recouvrement des cotisations sociales en Corse est affectée par la faible dimension des organismes qui en ont la charge. Soumis périodiquement à de fortes pressions collectives, ces derniers ont parfois répugné à engager des recouvrements contentieux.

A - Des organismes dépourvus de la taille critique nécessaire

Les trois organismes qui participent au recouvrement des cotisations sociales en Corse ont pour caractéristique commune d'avoir la plus faible taille au sein de leur réseau[662]. Un seul est spécialisé, l'URSSAF, les deux autres étant généralistes, à la fois collecteurs de

661. Cotisants actifs.

662. Au total, 125 agents pour la caisse de MSA (dont 9 en CDD), 77 pour l'URSSAF et 46 pour la caisse du RSI au 31 décembre 2013.

cotisations et caisses prestataires et consacrant des effectifs très limités au recouvrement.

1 - La caisse de MSA : un organisme aux difficultés nombreuses

Les agents de la caisse régionale de MSA, à l'instar des autres organismes du régime agricole, assurent la gestion du recouvrement, de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse, des allocations familiales (et prestations assimilées) ainsi que de la santé au travail, tant pour les exploitants que pour les salariés du monde agricole[663]. De ce fait, les services techniques ont des effectifs réduits : 22 pour le recouvrement, 5 pour les allocations familiales, autant pour la retraite et 18 agents pour la maladie, service médical compris.

Des dysfonctionnements multiples en cours de redressement

La caisse de MSA connaît depuis longtemps des difficultés particulièrement marquées en matière de gestion du temps de travail et d'absentéisme, notamment de de longue durée, qui ne se retrouvent pas à l'URSSAF ni au RSI. La durée de travail hebdomadaire n'a été remontée de 31 h 30 à 35 heures que depuis le 1er janvier 2014, au terme d'un rattrapage progressif.

La gestion technique des prestations a longtemps été caractérisée par un grand manque de rigueur. À titre d'exemple, sur les huit plus importants dossiers de retraites indûment versées qui représentent depuis 2008 un reste à recouvrer de 299 264 €, cinq concernent des personnes plus que centenaires, sans que la caisse ait alors mis en place comme ordinairement un dispositif de blocage des paiements des pensions à un certain âge pour vérifier la situation des intéressés

L'arrivée récente d'une nouvelle équipe de direction, solide et expérimentée, a permis d'engager activement un redressement qui n'avait que trop tardé. Malgré de réels progrès, les résultats ne sont pas encore toujours à la hauteur des attentes : ainsi le traitement des minima sociaux est effectué dans un délai de deux mois et demi à la MSA de Corse alors qu'il l'est en dix jours pour plus de 95 % des dossiers dans les deux caisses d'allocations familiales de Corse.

Ces effectifs réduits, très sensibles à la moindre absence, dans un organisme où les référents spécialisés sont nécessairement rares, expliquent pour partie les mauvaises performances de la caisse en matière de recouvrement. Des unions de moyens ou des mutualisations avec des caisses du continent paraissent indispensables dans ce domaine comme dans les autres pour pallier ces difficultés et améliorer la qualité de

663. Ils comprennent des salariés relevant du secteur des services, notamment de la mutualité sociale agricole, du Crédit agricole et des organismes professionnels.

service, démarche à laquelle s'est toutefois refusé jusqu'ici son conseil d'administration.

2 - La caisse du RSI : une création à contre-courant

Résultant de la fusion nationale de plusieurs caisses[664], le RSI a mis en place à compter du 1er juillet 2006 en métropole un réseau de 26 caisses de base (hors professions libérales et hors DOM).

La mise en place de ces dernières s'est faite dans la plupart des cas dans une optique de rationalisation par regroupement d'entités préexistantes, sauf en Corse où une nouvelle caisse a été créée à partir d'un seul organisme, de très faible taille. Si en effet, en Corse, l'assurance maladie des travailleurs indépendants était déjà gérée par une caisse régionale de 18 agents, les assurances retraite des artisans et des industriels et commerçants étaient traitées à Nice, avec de simples guichets - représentant quatre agents - dans l'île. La création d'une caisse régionale de plein exercice s'est traduite par un doublement des effectifs en Corse, passés de 22 à 46 agents.

Une absence très préjudiciable de maîtrise dans la liquidation des pensions

Le service des retraites compte cinq agents dont un superviseur. En 2013 et en dépit d'un dispositif de contrôle interne impliquant un agent à temps plein, le taux d'erreurs de liquidation des prestations était de 18 %. Les délais de paiement des prestations sont très médiocres : seuls 37 % des dossiers sont payés en moins de deux mois. L'agent comptable de la caisse nationale a refusé de valider les comptes 2013 de la caisse régionale en raison d'une incertitude et d'anomalies significatives dans le processus de liquidation des pensions de retraite.

Le processus de recouvrement des indépendants étant assuré par l'URSSAF pendant les trente premiers jours dans le cadre de l'interlocuteur social unique et le recouvrement forcé étant pris en charge par une structure inter-régionale du RSI[665], la caisse consacre deux agents à superviser les activités de recouvrement amiable.

664. Principalement la CANAM s'agissant de l'assurance maladie, l'ORGANIC pour les retraites des commerçants et des industriels et la CANCAVA pour les retraites des artisans.

665. Le traitement de ses dossiers contentieux est confié à un service inter-caisses situé à Clermont-Ferrand. Il gère le recouvrement forcé pour les caisses régionales Alpes, Auvergne, Corse, Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes et Rhône.

3 - L'URSSAF : des mutualisations qui ont partiellement compensé les handicaps de taille

L'URSSAF de Corse emploie 77 salariés. Quoiqu'ayant le statut d'organisme régional à part entière, elle mutualise à des degrés divers jusqu'à 22 fonctions avec ses homologues du continent, notamment de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Une convention de coopération interrégionale a visé en janvier 2012 à renforcer les modalités d'association des deux régions.

Ces mutualisations permettent d'importantes économies d'échelle, équivalentes à 10 emplois pour la caisse de Corse et mettent l'organisme en mesure de bénéficier d'une expertise renforcée qui explique en particulier qu'il puisse afficher des performances comparables, dans de nombreux domaines, à celles des URSSAF du continent.

B - Une activité de recouvrement sous pression

À des degrés variables, les organismes corses sont confrontés à des manifestations d'hostilité susceptibles d'entraver, directement ou indirectement par le climat ainsi créé, la fermeté de leurs actions en recouvrement.

1 - Une URSSAF confrontée à un climat de tension larvée

Bien que déjà lointain et sans répétition depuis lors d'événements aussi graves, l'attentat à la voiture piégée en novembre 1999 qui fit trois blessés parmi les salariés de l'organisme et endommagea son bâtiment, continue à peser sur l'atmosphère générale de ses relations avec ses cotisants.

Périodiquement, des menaces de grève du versement des cotisations sociales sont exprimées par des acteurs économiques. Ainsi en 2013, de certains représentants du secteur hôtelier, nécessitant une réunion d'urgence à la préfecture en présence du directeur de l'URSSAF.

L'organisme et ses salariés, dont le métier est de vérifier sur pièces et sur place les assiettes des cotisations et la réalité économique de l'entreprise contrôlée, évoluent ainsi dans un environnement qui leur impose de redoubler d'efforts et parfois de prudence.

2 - Des pressions fortes et récurrentes sur la MSA

Compte tenu du délai de prescription, alors trentenaire[666], le recouvrement contentieux ne constituait pas, pour la caisse de MSA, une priorité. Le passage à la prescription quinquennale a modifié profondément sa politique de recouvrement. Pour éviter la prescription de ses droits, la caisse a dû, avant le 19 juin 2013[667] constituer des garanties ou émettre, quelquefois non sans erreur[668], des commandements de payer.

La direction de la caisse a été alors prise publiquement à partie, des manifestations ont eu lieu devant l'organisme, ses bureaux ont été envahis. Ces réactions ont conduit pendant plusieurs semaines à la suspension des opérations. Leur reprise n'a eu lieu qu'avec l'assurance que les prises de garanties ne se concrétiseraient d'aucune façon.

Ce dernier épisode n'est que le plus récent d'une longue série de mises en cause de l'action de la caisse dans une ambiance de violence plus ou moins diffuse qui fait obstacle au recouvrement des créances, même quand il s'agit de débiteurs qui ne sont pas exploitants agricoles.

La caisse du RSI n'est pas pour sa part soumise à ce stade à des difficultés de ce type. Les graves dysfonctionnements de la mise en place de l'interlocuteur social unique au plan national se sont traduits de fait par la suspension de toute action en recouvrement avant que ne s'opère progressivement à compter seulement de fin 2012-début 2013 une relance du recouvrement amiable. Le recouvrement forcé n'a quant à lui commencé à reprendre que très récemment.

C - Des actions de recouvrement précautionneuses

1 - Un recouvrement amiable accommodant

L'URSSAF privilégie, plus encore qu'ailleurs, le recouvrement amiable, en particulier par recours à la relance téléphonique auprès des cotisants[669]. Elle accorde en revanche des délais de paiement dans des

666. La loi n° 2008-561 du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile a réduit de trente à cinq ans le délai de prescription de droit commun.
667. Cinquième anniversaire du passage à la prescription quinquennale.
668. Pour cause d'insuffisance du système informatique, certains commandements ont été adressés par erreur à des débiteurs pour des montants comprenant des sommes qui, par ailleurs, avaient fait l'objet d'un plan de désendettement en cours d'exécution.
669. La part du téléphone dans la relance amiable est de 61 % en Corse et de 47 % en France métropolitaine.

proportions significativement plus importantes que le reste du réseau et pour des durées supérieures à la moyenne nationale[670]. Malgré cette attitude souple qui cherche à accompagner un retour à meilleure fortune du cotisant, l'efficacité de la politique de recouvrement amiable, mesurée par le nombre de paiements déclenchés, tend à décliner, même si elle demeurait fin 2013 légèrement supérieure à la moyenne nationale[671].

La caisse du RSI a confié les relances téléphoniques à ses agents, en dépit de l'instruction nationale qui prévoit une répartition des tâches à égalité entre le RSI et les URSSAF, car elle estime mieux maîtriser cette activité alors même que l'URSSAF de Corse a une expérience reconnue en ce domaine. Pour autant, le classement du RSI reste très en dessous de la moyenne nationale en ce qui concerne la part des relances téléphoniques (32 %) dans le traitement amiable du recouvrement[672]. Le nombre et l'importance des délais de paiement accordés, élevés jusqu'en 2011, ont tendu toutefois à diminuer dans la période récente à la suite de la mise en œuvre tardive d'une action mieux structurée visant à encadrer leur octroi et à faire baisser leur durée. La caisse accorde désormais moins de délais de paiement à ses ressortissants et leur échéance est plus courte que le reste du réseau : l'écart était de presque trois mois en 2013[673].

Contrairement aux autres organismes, la caisse de MSA n'a pas défini une politique de recouvrement amiable. Elle ne met pas en œuvre les modalités de relance prévues par la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (lettres de rappel en recommandé, puis rappels téléphoniques et le cas échéant proposition de rendez-vous). Elle privilégie l'envoi postal et n'assure aucune relance téléphonique, alors même que l'efficacité globale du recouvrement est généralement améliorée par la rapidité d'un contact direct. Cette timidité, significative d'une ambiance générale de défiance, contribue à la dégradation du taux de recouvrement de l'organisme. Les délais de paiement accordés sont en revanche dans la moyenne du réseau[674].

670. Le délai médian était en 2012 de quatre mois pour la Corse et de moins de trois mois en moyenne dans le réseau des URSSAF.

671. L'indicateur d'efficacité était au 31 octobre 2013 de 55,4 % en Corse contre 54,5 % en moyenne nationale. Il s'élevait en 2010 à 60,4 %.

672. La caisse du RSI de Corse se situe à cet égard en 22e position nationale sur 26 (hors professions libérales et hors DOM).

673. Trois mois pour la Corse, six mois pour la moyenne du réseau RSI.

674. 0,3 % en nombre et 0,5 % en montant, les émissions totales de cotisations de la MSA de Corse représentant 0,4 % du total national.

2 - Un recouvrement contentieux manquant le plus souvent de détermination

L'URSSAF n'utilise qu'une partie de l'éventail de procédures proposées par la réglementation pour le recouvrement contentieux. Les commandements de payer - ou contraintes - qu'elle émet sont très rarement assortis de saisies-attributions[675]. Elle recourt en revanche de façon très appuyée, en cas d'échec de cette procédure, aux assignations en redressement judiciaire auprès du tribunal de commerce[676].

Depuis la remise en œuvre du recouvrement forcé par la caisse nationale, la caisse de RSI de Corse associe des saisies attributions à ses contraintes dans des proportions supérieures à la moyenne de l'inter-région à laquelle elle est rattachée[677] mais elle ne recourt pratiquement pas aux saisies-ventes mobilières et les prises de garantie sont exceptionnelles[678]. Le recours aux assignations devant le tribunal de commerce reste très limité (25 en 2013). Le recouvrement contentieux est ainsi encore dans une phase de montée en charge très progressive.

La MSA de Corse a eu jusqu'à très récemment une attitude particulièrement en retrait en ce qui concerne les actions de recouvrement. Aucune convention avec les huissiers n'avait été conclue. Leur activité n'était pas suivie. Ainsi, de nombreux commandements de payer qui n'ont pas été signifiés aux débiteurs sont restés sans effet, les titres étant susceptibles de prescription dans une proportion encore inconnue.

Une nouvelle direction a cependant relancé les actions en recouvrement avec plus de fermeté. Depuis 2011, le nombre de contraintes signifiées par huissier a plus que doublé. Ces dernières sont cependant émises avec un délai très largement supérieur à celui demandé par la caisse centrale de la MSA : alors qu'elles devraient être notifiées dans le mois qui suit la date limite de paiement figurant sur la mise en demeure, les délais observés sont de 4,5 à 6 mois. Le nombre de saisies-attributions émises par la caisse représente désormais 8 % de l'ensemble des saisies-attributions émises au plan national et 20 % des montants.

675. La saisie-attribution est un acte d'huissier adressé à la banque d'un débiteur, sans l'en informer, qui permet d'attribuer, à concurrence des sommes pour lesquelles la saisie est pratiquée, le montant saisi au profit du saisissant.
676. La moyenne des assignations près le tribunal de commerce est, en 2012, de 60 % en Corse et de 26 % en France métropolitaine.
677. 25 % en Corse, 10 % dans l'inter-région PACA Auvergne.
678. Quatre en 2013.

Tableau n° 103 : contraintes et saisies attributions de la MSA (2011-2013)

	2011	2012	2013
Contraintes en nombre	32	39	105
Contraintes en montant (en €)	97 354	142 622	326 876
Saisies-attribution en nombre	0	0	115
Saisies-attribution en montant émis (en €)	0	0	735 270

Source : CCMSA

La reprise tardive des poursuites dans le contexte du passage de 30 à cinq ans du délai de prescription des créances fait suite à une suspension générale prolongée qui n'a pu que réduire progressivement le consentement à payer et encourager un attentisme anormal dans le respect des obligations sociales. Elle explique le climat de vives tensions et de contestation houleuse qui s'exerce à l'encontre de la caisse et de ses responsables (cf. *supra*).

Des actions de contrôle à la portée inégale

À l'URSSAF, se constatent des résultats en demi-teinte du fait notamment d'un taux de couverture du fichier global des cotisants qui a tendu à se dégrader nettement. Pour autant, le taux de redressement des cotisations appelées est en amélioration, en particulier s'agissant des PME où les objectifs sont systématiquement dépassés. À la caisse du RSI, comme dans tout le réseau, les difficultés de la mise en place de l'interlocuteur social unique ont suspendu tout contrôle comptable d'assiette depuis 2008. À la caisse de MSA, l'accent est mis sur les contrôles d'affiliation et d'assiette au détriment de ceux dans le domaine du recouvrement. De 2011 à 2013, le nombre total de contrôles s'est réduit [679] mais le montant des redressements a nettement progressé (550 771 € en 2011, 330 660 € en 2012 et 976 000 € en 2013).

S'agissant des résultats de la lutte contre la fraude au travail dissimulé, ils apparaissent tout autant contrastés. En 2013, l'URSSAF a notifié à ce titre 3,1 M€ de redressement[680], le RSI de l'ordre seulement de 40 000 €[681] et la MSA plus de 633 000 €[682].

679. 422 contrôles en 2011, 374 en 2012 et 376 en 2013.

680. Cet objectif était fixé à 900 000 €. En 2012, avec 1,2 M€, elle avait également dépassé cet objectif fixé dans son contrat pluriannuel de gestion. Les années précédentes n'étaient pas marquées par des résultats aussi élevés, la caisse de Corse se situant dans la moyenne des organismes.

681. Le RSI n'a pas d'objectif de lutte contre le travail illégal dans son contrat pluriannuel de gestion.

682. L'objectif de la caisse centrale des MSA était fixé à 49 200 €.

Les multiples difficultés rencontrées par les organismes collecteurs en Corse, particulièrement accentuées pour la caisse de MSA et celle du RSI, mais dont l'URSSAF est loin d'être exempte, interrogent sur leur positionnement. Seule une mutualisation beaucoup plus poussée avec d'autres caisses du continent paraît de nature à garantir dans la durée le degré particulièrement exigeant d'expertise et de professionnalisme qu'impose un environnement difficile, tout en permettant de maintenir une présence de proximité dans les domaines où elle est nécessaire. Des délégations croisées devraient être prioritairement étudiées dans le cadre de la poursuite indispensable de la reconfiguration des différents réseaux de l'ACOSS, du RSI et de la MSA.

III - Restaurer la crédibilité du recouvrement : traiter autrement la dette sociale agricole

A - Trois plans d'apurement exceptionnels depuis 2001

En raison du caractère récurrent du non-paiement des cotisations du secteur agricole en Corse, les pouvoirs publics ont mis successivement en œuvre en 2001, 2003 et 2005 des mesures de désendettement social.

Même s'ils n'ont porté ni exactement sur les mêmes catégories de débiteurs ni sur le même ensemble de cotisations et contributions sociales, ils se sont traduits par la prise en charge d'une partie des arriérés de cotisations par l'État, par l'attribution d'échéanciers de paiement et par une remise des pénalités et majorations de retard après paiement du principal des cotisations laissées à charge.

1 - Le dispositif dit « BAPSA[683] » de 2001

Ne visant que les cotisations personnelles des exploitants individuels actifs antérieures à 1999, ce dispositif consistait, sur demande des intéressés, en une prise en charge d'une partie ou de la totalité des arriérés de cotisations sociales par l'État. 400 dossiers ont été déposés, dont seulement 156 satisfaisant aux conditions préalables pour une dépense finale de 2,01 M€.

683. Budget annexe des prestations sociales agricoles, supprimé en 2005.

2 - Le dispositif dit « des articles 52/103 » de 2002

Créé par l'article 52 de la loi du 22 janvier 2002 relative à la Corse[684], ce dispositif complétait le précédent. Il s'adressait à tous les agriculteurs individuels actifs[685] redevables de cotisations patronales pour leurs salariés agricoles antérieures à 2003. Les cotisants devaient avoir réglé au moins la moitié de la part de cotisations dite « patronale » ou s'y engager par échéancier. Ils devaient enfin disposer d'une exploitation dont la viabilité serait constatée par un audit. L'État s'engageait à payer la moitié du solde des cotisations patronales restant dues.

Sur 153 dossiers déposés, 123 satisfaisaient aux conditions légales. Seulement 31 des 123 projets d'accords envoyés aux débiteurs ont été signés par eux pour un montant de dettes de 1,43 M€ et une charge pour l'État de 0,45 M€.

3 - Le dispositif dit « de l'article 122 » de 2005

Institué par l'article 122 de la loi de finances rectificative pour 2005 du 30 décembre 2005, ce troisième dispositif était caractérisé par trois éléments.

En premier lieu, il autorisait la caisse de MSA à admettre en non-valeur l'ensemble des créances prescrites antérieures au 1er janvier 2005. En second lieu, l'État prenait en charge la moitié, au maximum, des cotisations antérieures à 2005 dues par l'ensemble des exploitants agricoles, qu'il s'agisse des cotisations individuelles des non-salariés (CSG et CRDS incluses) ou de la part patronale des cotisations dues par les employeurs de main d'œuvre agricole[686]. En troisième lieu, les intéressés n'avaient pas de demande à présenter, la caisse de MSA étant chargée de proposer un plan. Les signataires d'un plan se voyaient octroyer l'admission en non-valeur de leurs dettes antérieures à 1996, prescrites ou non et, au terme de la réalisation du plan, la suppression pure et simple des pénalités de retard.

684. Ce dispositif a ensuite été modifié par l'article 103 de la loi de finances rectificatives pour 2003 du 30 décembre 2003.

685. Cette limitation résulte de l'article 103. Elle a eu pour effet d'empêcher les coopératives et les sociétés d'accéder au dispositif.

686. La « part ouvrière » des cotisations antérieures à 2005 devait être acquittée, ainsi que l'encours des cotisations postérieur à 2004. La notion d'acquittement s'entendait, pour les créances antérieures à 2005, d'un plan de règlement sur sept ans et, pour l'encours ainsi que la part ouvrière de l'antérieur, d'un plan de règlement sur trois ans.

Le nombre des dossiers d'apurement a été plus important que précédemment : 465 dossiers ont été acceptés représentant une dette globale de 21,1 M€, dont 66 pour des retraités, 288 pour des actifs ayant une dette inférieure à 10 000 € et 111 pour une dette individuellement supérieure à 10 000 €. Au 8 janvier 2014, 132 plans étaient encore en cours, essentiellement pour des débiteurs de plus de 10 000 €. Au terme des opérations – qui n'interviendra qu'en 2019 – et en supposant que tous les plans soient honorés, le montant de la prise en charge des cotisations sociales agricoles en application de ce dernier plan aura été de 3,7 M€.

La charge totale de ces trois plans pour l'État aura été de 6,16 M€.

B - Revenir au droit commun

1 - L'inadaptation des mesures à caractère général

Ces différents plans ont permis – avec le complément d'une série d'admissions en non-valeur de créances devenues irrécouvrables – de réduire le montant global des créances de la MSA de Corse sur ses cotisants à 81,6 M€ fin 2013. Pour autant, leur impact a été limité : la majeure partie de la dette sociale - 76,3 % - est portée par des débiteurs qui n'ont bénéficié d'aucune mesure d'apurement.

Plus généralement, les dispositifs de soutien en désendettement mis en place souffrent de plusieurs défauts.

Ces mesures à caractère général ont eu un clair caractère contre-incitatif au paiement régulier et à échéance des cotisations, du fait de l'effet d'aubaine que constitue l'apurement régulier d'une partie de la dette par les pouvoirs publics.

Les plans n'ont par ailleurs pas tenu compte de la variété des situations réelles, résumées par le tableau suivant, qui ne concerne que les 4 314 débiteurs (sur 4 523) n'ayant fait l'objet d'aucun plan de désendettement.

Tableau n° 104 : classement des débiteurs n'ayant fait l'objet d'aucun plan par montant individuel de la dette

Situation du débiteur	Effectif	Montant total de la dette	Montant moyen de la dette
Liquidation judiciaire	66	8,39 M€	127 000 €
Doit moins de 5 000 €	2 966	3,18 M€	1 072 €
De 5 000 à 9 999 €	469	3,41 M€	7 270 €
De 10 000 à 49 999 €	622	13,43 M€	21 590 €
De 50 000 à 99 999 €	189	29,12 M€	154 000 €
100 000 € et plus	2	2,49 M€	1 245 000 €
TOTAL	4 314	60,02 M€	2 682 €

Source : CMSA de Corse

Les petits débiteurs apparaissent très nombreux, représentant les deux tiers du total, pour un montant total de créances limité. Leur cas relève, pour beaucoup et après examen, d'une aide à la résorption de leur dette au titre de l'action sociale.

En revanche, la situation des plus gros débiteurs nécessite la mise en œuvre de diligences de recouvrement plus déterminées.

2 - Restaurer le recouvrement forcé

Renouveler une opération de soutien au désendettement ne pourrait que faire progresser à nouveau l'attentisme et gonfler les restes à recouvrer. Dans un contexte de déficit récurrent du régime de la mutualité sociale agricole, l'équité entre les cotisants appelle le réenclenchement d'un cycle vertueux du paiement des cotisations sociales agricoles. Au-delà au demeurant du régime agricole, le risque existe aussi d'un effet de contagion aux redevables du RSI au moment où les actions en recouvrement reprennent progressivement dans ce régime.

La relance du recouvrement contentieux à la caisse du MSA est handicapée par l'incertitude de la qualité de certains dossiers, que les agents doivent examiner un à un avant d'initier un recouvrement contentieux. La priorité doit être ainsi consacrée aux dossiers les plus significatifs, certes parfois délicats, avec un ferme soutien, indispensable des pouvoirs publics à l'action de la caisse.

Des débiteurs réfractaires

Deux organismes liés au monde de l'agriculture figurent parmi les gros débiteurs de la caisse : une fédération syndicale est débitrice depuis 1978 ; sa dette à fin avril 2014 s'élevait à 620 000 €. La créance de la MSA sur une association départementale de gestion de la comptabilité des exploitants agricoles se montait fin avril 2014 à 1,2 M€.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La situation du recouvrement social en Corse est préoccupante. Si le régime général parvient à assurer, en dépit des obstacles, une collecte des cotisations a minima*, le régime social des indépendants et la mutualité sociale agricole sont dans une situation critique.*

Sans méconnaître la fragilité du tissu économique de l'île, cette situation très dégradée trouve d'abord son origine dans le caractère insuffisamment efficient des processus de recouvrement eux-mêmes dans un contexte où le consentement à payer s'est fortement érodé.

Cet environnement difficile exige une expertise et un professionnalisme renforcés que la trop petite taille des organismes et la faiblesse des effectifs consacrés au recouvrement ne permettent pas d'assurer convenablement. Il impose aussi une vigilance constante des caisses nationales et un soutien affirmé des pouvoirs publics.

Dans le prolongement de l'orientation suivie par l'URSSAF, elle-même à approfondir encore très substantiellement, s'impose en particulier pour y remédier une réorganisation d'ensemble des modes de fonctionnement de la caisse du RSI et de la caisse de MSA par la mise en œuvre déterminée de partage des tâches avec d'autres organismes de leurs réseaux respectifs, voire entre réseaux s'agissant en particulier du RSI, quelle qu'en soit la forme (unions de moyens, mutualisations, spécialisations croisées…). À cet égard, le cas corse n'est qu'une illustration d'une nécessité à laquelle l'ensemble des organismes de sécurité sociale est confrontée. L'achèvement de la régionalisation des URSSAF, les réflexions en cours sur l'adaptation du réseau du RSI et celles qui devront s'engager sur ce point à la MSA dans le cadre de la préparation de sa prochaine convention d'objectifs et de gestion fournissent l'opportunité qui ne doit pas être manquée d'un repositionnement de fond des missions confiées aux organismes de Corse.

La restauration de la crédibilité du recouvrement en Corse passe sans attendre ces réorganisations structurelles par des actions en recouvrement amiable plus exigeantes et surtout par une relance déterminée du recouvrement contentieux, en particulier au RSI, où cette

démarche a été suspendue depuis 2008 à la suite des graves difficultés de l'interlocuteur social unique et à la MSA, qui doit être soutenue sans faiblesse dans la mise en œuvre des voies d'exécution forcées vis-à-vis de ses plus gros débiteurs.

Les multiples mesures d'apurement de la dette sociale agricole prises dans un passé récent par les pouvoirs publics n'ont en effet que partiellement résorbé un endettement massif et, surtout, incité implicitement les débiteurs à ne pas s'acquitter régulièrement et à échéance de leurs obligations dans l'attente de mesures de clémence. Elles ne sauraient être renouvelées sans que les mêmes effets pervers se constatent de nouveau.

La réaffirmation de la crédibilité du recouvrement social en Corse doit ainsi devenir une priorité non seulement des organismes de sécurité sociale locaux mais aussi des caisses nationales, des autorités de tutelle et, plus généralement, des autorités publiques. Sans cette coopération, aucun résultat effectif et durable ne pourra être ni atteint, ni maintenu. À défaut, les pouvoirs publics seront dans l'incapacité de garantir une égalité de traitement des ressortissants des trois régimes au regard de leurs obligations sociales.

La Cour formule les recommandations suivantes :

87. systématiser les coopérations entre les caisses insulaires et les organismes continentaux pour mieux professionnaliser les activités de recouvrement des cotisations ;

88. restaurer le droit commun des cotisations sociales en Corse en mettant en œuvre avec détermination l'ensemble des voies de recouvrement forcé et en évitant tout nouveau plan de « désendettement social ».

Chapitre XIX

La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

PRÉSENTATION

Les agents de direction (ADD) des organismes de sécurité sociale en constituent l'encadrement supérieur. Aux termes de l'article R. 123-48 du code de la sécurité sociale (CSS), ils se définissent par la nature des fonctions qu'ils occupent : sous-directeur, directeur délégué, directeur adjoint, agent comptable ou directeur, ces deux derniers niveaux correspondant aux postes dits de « cadres dirigeants ».

En 2013, le régime général en comptait 1 885, la mutualité sociale agricole (MSA) 264 et le régime social des indépendants (RSI) 175, soit respectivement 1,2 %, 1,5 % et 2,9 % des effectifs globaux de ces régimes.

Les agents de direction sont des salariés de droit privé soumis au droit commun du travail. Cependant, en raison de la mission de service public qui leur est confiée, leur recrutement et leur carrière sont en partie régis par le code de la sécurité sociale (articles L. 123-2 et R. 123-1 et suivants) qui prévoit notamment leur formation par une école de service public, leur inscription sur une liste d'aptitude et un agrément par l'État[687].

Dans le cadre d'une enquête plus large sur les personnels de la sécurité sociale dont le présent chapitre constitue un premier volet, la Cour a examiné, selon une approche comparative entre les trois principaux régimes, la gestion de cette catégorie de personnel[688] *et a cherché à en apprécier l'adéquation au regard des objectifs et enjeux des organismes de sécurité sociale.*

Elle a constaté que l'évolution des effectifs et des rémunérations des agents de direction est insuffisamment maîtrisée (I) et que leurs parcours professionnels sont peu encadrés et peu diversifiés (II). Ces lacunes en termes de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences se doublent d'un éclatement des fonctions de l'employeur qui fait obstacle au pilotage par les caisses nationales de leur réseau et d'un cadre de gestion qui ne favorise pas le développement de carrières transversales (III).

687. Seuls échappent à l'une ou plusieurs de ces obligations les agents des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales, de la Caisse des français à l'étranger, des organismes ayant le caractère d'établissement public et de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, qui n'entrent pas dans le périmètre de cette enquête.

688. Une précédente enquête sur ce sujet a été publiée en 2000 : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2000*, chapitre X : la gestion des branches et des organismes, La Documentation française, septembre 2000, p. 408-438, disponible sur www.ccomptes.fr.

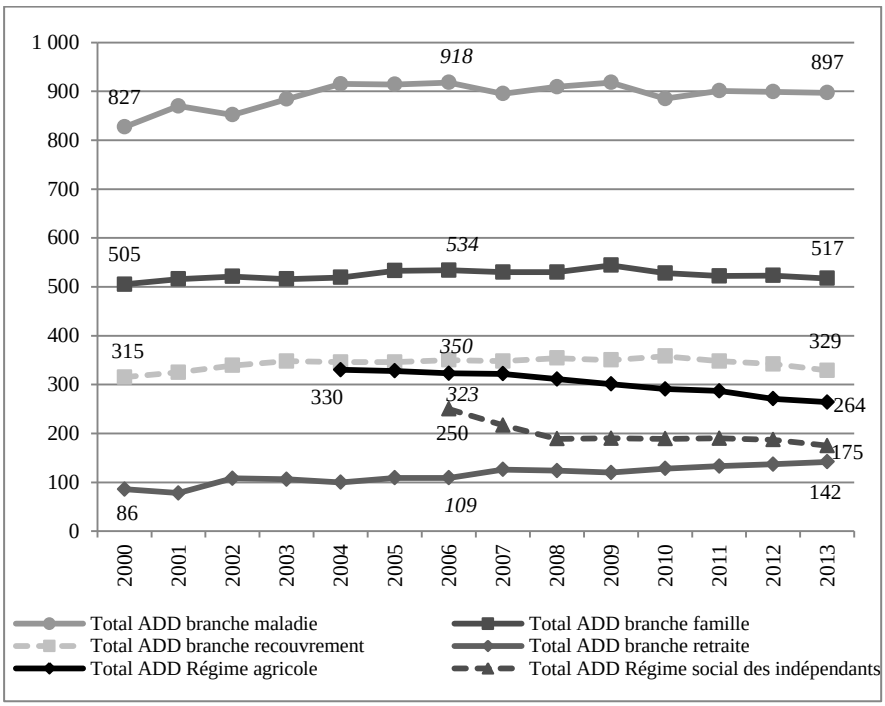
I - Des effectifs en décroissance récente, une politique salariale avantageuse

A - Un ajustement progressif des effectifs

1 - Des évolutions tardives et limitées

Après une hausse globale sur la période 2000-2006, correspondant principalement à une augmentation de 11,2 % au sein du régime général, l'effectif des agents de direction des trois principaux régimes de sécurité sociale est passé, entre 2006 et 2013, de 2 484 à 2 324[689], soit une diminution de 6,4 %.

Graphique n° 35 : évolution des effectifs d'ADD (régime général, MSA,RSI)



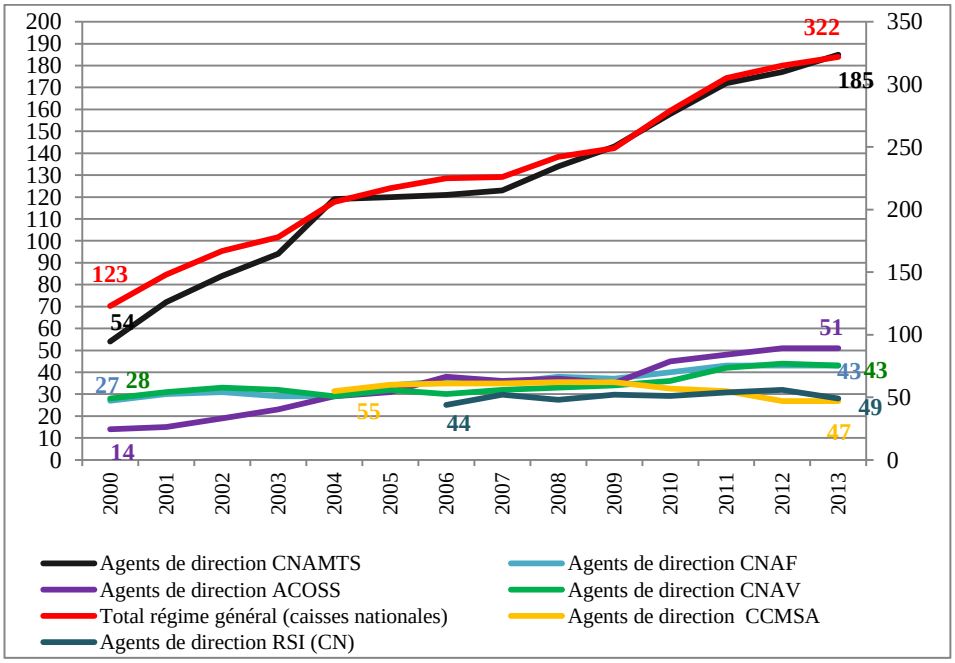
Source : Cour des comptes

689. 47,7 % des agents de direction sont des femmes. Pour les directeurs, cette part tombe à 28 % au régime général, 9 % à la MSA et 14 % au RSI, alors que les femmes représentent 76 % du personnel de la sécurité sociale.

Cette inflexion tardive traduit un défaut d'anticipation, alors que les restructurations des réseaux devenaient inévitables compte tenu des gains de productivité enregistrés. Les caisses du régime général sont de fait passées de 415 en 2005 à 316 en 2013, celles de la MSA de 74 à 35 entre 2001-2011. En 2006, le RSI a fusionné 90 caisses locales et trois caisses nationales en 30 organismes locaux.

Le caractère cependant limité de la diminution des effectifs d'ADD est dû au renforcement des compétences de pilotage et d'expertise des caisses nationales dans un contexte marqué par de fréquentes réformes, sans préjudice du reclassement au niveau central d'agents de direction issus des caisses de base ayant fusionné. Pour le seul régime général, le nombre d'agents de direction affectés en caisses nationales s'est accru de 160 %.

Graphique n° 36 : évolution des effectifs d'ADD des caisses nationales



Source : Cour des comptes

La diminution des effectifs est plus nette au niveau local, même si elle a été encadrée par des accords conventionnels protecteurs.

Les garanties conventionnelles négociées dans le cadre des restructurations

Au régime général, les protocoles d'accord des 5 septembre 2006 et 26 janvier 2010 ont interdit tout licenciement économique et toute mobilité géographique ou fonctionnelle imposée dans le cadre des restructurations. Le plan d'accompagnement social du RSI du 4 juillet 2006 prévoyait quant à lui l'absence de mobilité géographique contrainte. En plus d'un dispositif d'accompagnement individuel des changements d'emploi ou de qualification, ces accords comportaient des aides financières en cas de mobilité géographique : indemnité de deux à trois mois de salaire ; remboursement des frais de double résidence, de déménagement ; de recherche d'un logement ; indemnité compensatrice de réinstallation et assistance à la recherche d'emploi du conjoint. 24 ADD de la branche maladie ont bénéficié d'une aide pour un montant global de 328 753 €. Pour les ADD du RSI, ces mesures se sont élevées à 392 956 €, qui s'ajoutent aux 5,8 M€ versés dans le cadre des 49 départs négociés d'ADD.

L'accord de la MSA en date du 13 février 2008 visait à inciter financièrement les salariés à partir en retraite. Une indemnité de départ à la retraite, égale à deux mois de salaire brut mensuel, a été versée à 49 personnes, pour des montants individuels s'échelonnant de 8 467 € à 33 240 € (pour un montant global de 1,16 M€ entre 2008 et 2012), en complément de l'indemnité de 3 mois prévue par la convention collective. Une aide d'un montant différencié (de 2 000 à 3 000 € nets par trimestre racheté) a été accordée en fonction du nombre de trimestres rachetés, dans la limite de 12. Sept agents en ont bénéficié pour des montants allant de 8 970 à 72 900 €, pour un coût total de 231 000 €.

Les restructurations, qui ont conduit à la création d'organismes plus importants, ont eu pour conséquence une hausse des rémunérations des ADD, dans la mesure où celles-ci dépendent en partie de la taille des caisses et où des revalorisations de salaire ont été accordées en cas de cumul de fonctions au moment de la fusion et n'ont pas toujours été remises en cause une fois l'opération réalisée.

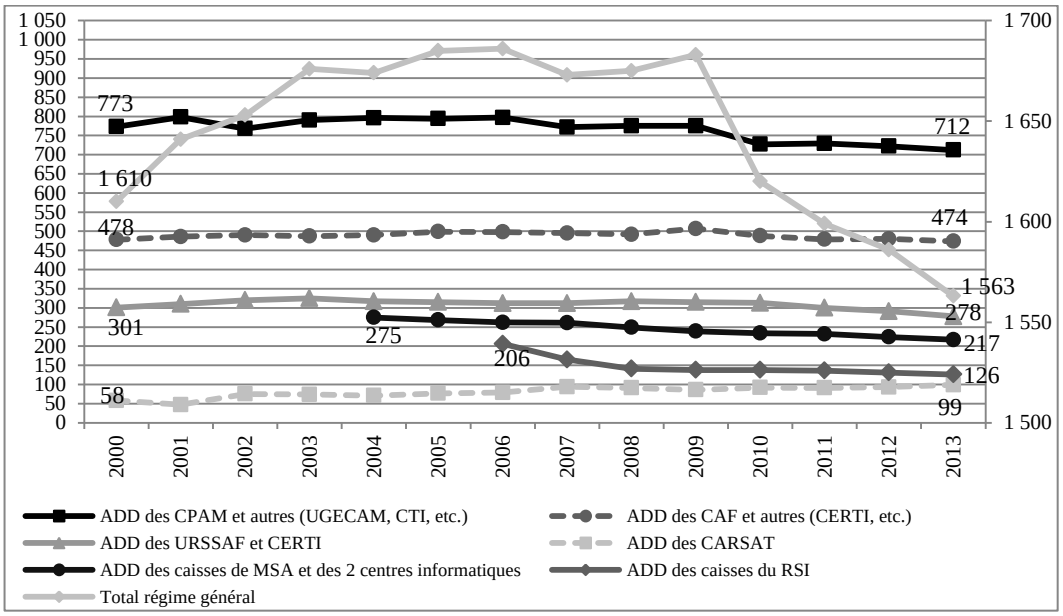
La diminution des effectifs a aussi été facilitée par les nombreux départs en retraite[690], qui devraient se poursuivre dans les prochaines années compte tenu de la pyramide des âges[691].

690. Sur la période 2003 à 2013, 170 ADD de la MSA sont partis à la retraite ; 329 à la CNAMTS ; 234 à la CNAF. On dénombre 59 départs à la retraite d'ADD entre 2006 et 2013 au RSI et 22 dans la branche vieillesse. Entre 2010 et 2013, 48 ADD de l'activité recouvrement ont pris leur retraite.

691. Au régime général, la part des agents de direction de plus de 55 ans est passée de 18,3 % en 1998 à 40 % en 2012 ; au RSI de 40 % à 48 % entre 2006 et 2013 et à la MSA de 32 % à 50 % entre 2003 et 2013.

Cette rationalisation recouvre néanmoins des évolutions contrastées selon les branches et les régimes. Au régime général, à l'exception des ADD des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), qui ont crû de 70 % entre 2000 et 2013 tout en restant proportionnellement moins nombreux que dans les autres branches, le nombre d'ADD est resté globalement stable en caisses locales. Après avoir augmenté progressivement jusqu'en 2008-2009, les ADD des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des caisses d'allocations familiales (CAF) et des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) baissent depuis légèrement sous l'effet des restructurations (-5,7 %). Les effectifs d'ADD des autres organismes locaux (UGECAM, centres informatiques etc.) ont diminué de 30 %. Les fusions d'organismes de base au RSI et à la MSA se sont traduites par une réduction plus significative du nombre d'ADD qu'au sein du régime général : depuis sa création en 2006, le RSI a ainsi perdu 30 % d'ADD, tandis que le nombre de ceux de la MSA a baissé de 20 % depuis 2004.

Graphique n° 37 : évolution des effectifs d'ADD des organismes locaux



Source : Cour des comptes

2 - Des taux d'encadrement variables selon les réseaux

Les taux d'encadrement supérieur (défini comme le nombre d'employés, de cadres et d'informaticiens pour un agent de direction)

varient du simple au triple en fonction des réseaux, comme le fait apparaître le tableau suivant. Ces taux sont beaucoup plus élevés dans la branche recouvrement et au RSI que dans les branches maladie et vieillesse, ceux de la branche famille et de la MSA se situant entre ces deux extrêmes.

Tableau n° 105 : taux d'encadrement supérieur moyen en 2013 par réseau

1 ADD pour X agents	Maladie	Famille	Recouvrement	Vieillesse	MSA	RSI
Caisse nationale	1 pour 100	1 pour 8	1 pour 10	1 pour 84	1 pour 23	1 pour 20
Caisses locales	1 pour 100	1 pour 65	1 pour 46	1 pour 98	1 pour 66	1 pour 34
Ensemble	1 pour 98	1 pour 61	1 pour 41	1 pour 94	1 pour 61	1 pour 30

Source : Cour des comptes

Ces disparités apparaissent plus refléter l'histoire des différents régimes que liées à des facteurs objectifs, en particulier pour ce qui concerne les caisses nationales[692].

D'une manière générale cependant, les réorganisations, qui se sont traduites dans chaque réseau par une disparition nette de postes de direction, en particulier de pleine responsabilité, ont accentué les difficultés d'évolution de carrière des agents de direction. Les écarts très réduits entre l'âge moyen des différentes catégories (de l'ordre de quatre à sept ans selon les régimes) témoignent de ce que nombre de sous-directeurs et de directeurs adjoints n'accèderont jamais à des fonctions de cadres dirigeants. Cette situation appelle à la vigilance dans la détermination des recrutements à venir.

692. Le taux d'encadrement supérieur élevé de la CNAV s'explique cependant par le fait que celle-ci assure, pour la région Ile-de-France, les missions dévolues aux CARSAT.

Une estimation des besoins à fiabiliser

Ce n'est qu'en 2012 que l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)[693] a conçu une méthode formalisée pour fixer la taille des promotions de l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), qui forme les agents de direction et les cadres de la sécurité sociale (à l'exception de ceux des caisses des professions libérales). Celle-ci repose sur une évaluation des besoins en ADD à un horizon anticipé de cinq à six ans, à laquelle est appliqué un taux de renouvellement déterminé pour chaque réseau. Malgré ces progrès, les estimations réalisées dans ce cadre demeurent discutables. Outre la non prise en compte des anciens élèves de l'EN3S non nommés agents de direction après dix années d'exercice professionnel (soit environ 5 % des élèves d'une promotion qui en compte en moyenne 65) et une évaluation encore approximative des besoins des régimes spéciaux, les trois principaux régimes ne justifient pas de façon précise du taux de renouvellement qu'ils ont retenu, en particulier au regard des gains de productivité à réaliser dans les années à venir. De plus, les besoins du régime général tels que calculés par l'UCANSS apparaissent surévalués au regard des perspectives d'évolution des réseaux : alors que l'UCANSS estime la réduction du nombre d'ADD entre 2018 et 2022 à 67,4 ETP, celle-ci serait en réalité deux fois plus importante, en tenant compte des objectifs des branches maladie et recouvrement de diminuer leurs effectifs respectivement de 90 et 38 ADD. Par prudence, l'EN3S a retenu, pour l'année 2014, un taux global de renouvellement de 67 %, soit un recrutement de 87 ADD pour un besoin estimé de 130.

Ces ajustements restent limités. Quand bien même les caisses des professions libérales seraient soumises à l'obligation de recruter parmi les agents formés par l'EN3S[694] et même si les mobilités hors de la sécurité sociale se développaient, un resserrement de la taille des promotions de l'école doit être envisagé.

B - Une politique salariale avantageuse

La rémunération principale brute annuelle des agents de direction s'élève en moyenne à 95 000 € (96 679 € au régime général ; 89 517 € au RSI ; 100 956 € à la MSA).

693. En application de l'article L. 224-5 du CSS, l'UCANSS est la fédération des employeurs du régime général chargée de la négociation des accords collectifs nationaux applicables aux employés et cadres et aux agents de direction et d'assurer « les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines ». Elle peut également se voir confier par l'État des missions inter-régimes dans ce domaine ou « sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières ».

694. Elles comptent environ 24 cadres supérieurs.

Tableau n° 106 : grilles de rémunération des ADD[695]

(En €)

	Régime général			MSA			RSI		
	Minimum	Maximum	Moyenne	Minimum	Maximum	Moyenne	Minimum	Maximum	Moyenne
Directeur	77 493	140 558	109 026	102 546	135 336	118 941	86 268	125 268	105 768
Agent comptable	65 990	121 386	93 688	85 966	113 476	99 721	65 988	102 648	84 318
Directeur adjoint	57 817	118 359	88 088	85 510	111 019	97 265	57 408	90 168	73 788
Sous-directeur	56 001	118 359	87 180	74 913	99 721	87 317	52 728	90 168	71 448

Source : Cour des comptes, données régime général, MSA, RSI.

Pour compléter la rémunération principale qui dépend du niveau de fonction et de la taille de l'organisme, des mécanismes d'individualisation des rémunérations et de rétribution de la performance ont été substitués dans les trois principaux régimes à l'avancement automatique à l'ancienneté.

La progression de la rémunération est pour le reste assurée par l'attribution de points de compétence reconnaissant les progrès dans la maîtrise des fonctions. Chaque année, environ un tiers des ADD bénéficient ainsi de points de compétence[696], dont le nombre n'est limité au régime général et au RSI que par le plafond de la grille de rémunération. Leur attribution ainsi que la répartition et l'évolution entre les positions de sous-directeur et de directeur adjoint et les différents niveaux de qualification relèvent des directeurs des organismes locaux, sur les pratiques desquels les caisses nationales n'ont qu'une visibilité limitée. Dans le régime général, la mise en place d'une pesée des emplois de sous-directeur et de directeur adjoint afin de permettre une meilleure adaptation des rémunérations aux responsabilités effectivement assumées, constituait l'un des points de la négociation collective qui a échoué en décembre 2013.

Une augmentation minimale de 5 % est aussi garantie en cas de promotion. Des compléments de rémunérations peuvent également être

695. Ces montants ont été obtenus en multipliant les coefficients des grilles de rémunération (augmentés pour les cadres dirigeants des points de responsabilité supplémentaires) par la valeur du point, puis par 13 ou 14 mois en fonction des régimes. Ils ne comportent donc pas d'éléments d'individualisation de la rémunération (part variable, intéressement, points liés à l'exercice de fonctions supplémentaires).

696. Environ 30 % et 11 % des ADD de la MSA et du RSI n'ont perçu aucune rémunération rétribuant la maîtrise des fonctions entre 2011 et 2013. Seule une minorité d'ADD (2,9 %) du régime général n'ont bénéficié ni de part variable, ni de points d'évolution salariale en 2011 et 2012.

versés en cas de surcroît de responsabilités (fonctions de cadres dirigeants, cumul de fonctions dans plusieurs organismes, missions nationales etc.), dans la limite d'un plafond fixé par les conventions collectives. Celui-ci n'est cependant pas toujours respecté.

Des irrégularités de rémunération

Dans toutes les branches du régime général, la Cour a constaté que plusieurs directeurs d'organismes locaux ou nationaux bénéficient jusqu'à 160 à 200 points de cumul de fonctions, alors que le plafond est fixé à 80 points par la convention collective du 22 juillet 2005, quel que soit le nombre de situations y ouvrant droit et qu'ils n'assurent pas toujours une mission identifiée en contrepartie de cette rémunération complémentaire, qui peut aller de 1 729 € à 12 108 € par an.

Bien que plus incitative pour les ADD que les dispositifs d'intéressement[697], la création d'une part variable de rémunération (en 2005 au régime général et en 2009 à la MSA et au RSI), qui peut représenter jusqu'à un mois et demi de salaire de base pour un directeur et un mois de salaire pour les autres ADD, ne s'est inscrite que de façon limitée dans une logique de résultat et de performance.

Certes, l'individualisation des rémunérations semble pratiquée dans la plupart des réseaux[698], puisqu'en 2012, 41 %, 50 % et 38 % des ADD respectivement des branches recouvrement, maladie et vieillesse et 35 % de ceux des caisses du RSI n'ont pas atteint le taux de performance moyen.

Toutefois, une part variable a été attribuée à 95 % des ADD du régime général. Les taux moyens de réalisation des objectifs (en fonction desquels est calculée la part variable) apparaissent en outre très élevés (de l'ordre de 79 à 83 %). De plus, les parts variables se surajoutent aux rémunérations principales et ne représentaient en 2012 que 4,4 %, 4,0 % et 1 % des masses salariales globales des ADD du régime général, de la MSA et du RSI[699]. Depuis 2009, la part variable a d'ailleurs fortement augmenté (+20,3 % au régime général, +174 % à la MSA et +37 % au

697. Identique pour tous les agents d'un même organisme, le montant moyen de la prime d'intéressement s'est élevé à 816 € au régime général, 510 € au RSI et 532 € à la MSA en 2012.

698. Seule la CNAF n'a pas connaissance des parts variables attribuées par les directeurs des CAF à leurs ADD.

699. Les masses salariales des ADD du régime général (184,6 M€), de la MSA (29,5 M€) et du RSI (18,7 M€) correspondent à 3,9 % de la masse salariale globale, pour des effectifs qui représentent 1,3 % des effectifs totaux.

RSI), alors même que la masse salariale globale des ADD a progressé plus lentement ou diminué[700].

La part variable des ADD du régime agricole

Les conditions de fixation de la part variable à la MSA apparaissent garantes d'une meilleure égalité de traitement des ADD qu'au régime général et au RSI. Contrairement à ces derniers où les objectifs sont fixés par le directeur de l'organisme de base pour ses ADD, les objectifs sont définis et mesurés par la caisse centrale de la MSA (CCMSA) pour tous les organismes de façon identique au travers de 35 indicateurs, fonction en grande partie des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion. Lorsque les organismes ont atteint ou dépassé 50 % des objectifs, l'enveloppe de part variable à distribuer est égale au pourcentage d'atteinte des objectifs appliquée au total des rémunérations de base de l'équipe de direction et est répartie entre les ADD par le directeur et pour ce dernier, par le président du conseil d'administration après avis du directeur général de la CCMSA. En 2012, les taux de réussite des caisses ont varié entre 48,06 % et 86,44 % (avec une moyenne de 73,56 %), les caisses de Corse et d'Ile-de-France n'ayant pas été éligibles à la rémunération variable.

Enfin, d'autres avantages complètent la rémunération principale des ADD : régimes de prévoyance et complémentaires santé financés pour moitié au moins par des cotisations à la charge de l'employeur, plans d'épargne entreprise pouvant donner lieu, au régime agricole, à des abondements plafonnés de l'organisme, œuvres sociales, avantages en nature dont aucune caisse nationale n'assure toutefois le suivi, régime de retraite supplémentaire à la MSA.

Des indemnités de rupture conventionnelle parfois très généreuses

Dans la branche maladie, neuf des treize ruptures conventionnelles conclues par la CNAMTS depuis 2009 ont donné lieu à des indemnités supérieures à ce qui est prévu par la convention collective, soit une indemnité égale à un mois de traitement (calculée sur la base du dernier mois d'activité) par année d'ancienneté, avec un maximum de 18 mois de salaire. Un directeur adjoint a ainsi perçu une indemnité de 118 643 € égale à 11,8 années d'ancienneté, alors qu'il n'avait que cinq ans d'ancienneté effective. Un sous-directeur, avec 2,2 années d'ancienneté, a bénéficié d'une indemnité de 42 848 €, équivalente à 8,6 mois de rémunération. Dans la branche vieillesse, l'une des deux ruptures conventionnelles conclues depuis 2000 a conduit au versement d'une indemnité de 23,1 mois de salaire (137 841,17 €), pour un agent qui avait plus de 40 ans d'ancienneté. Dans la branche famille, les quatre

700. En euros constants, -3,3 % au régime général et -10,6 % à la MSA et +8,7 % au RSI en euros courants.

transactions conclues depuis 2000 et sept ruptures conventionnelles sur huit l'ont été pour des montants supérieurs à ceux prévus par les stipulations conventionnelles. Par exemple, un ADD de la CNAF et un directeur adjoint de CAF (qui avaient plus de 35 ans d'ancienneté) ont touché une indemnité respectivement de 324 522€ et de 210 000€, correspondant respectivement à 34,9 mois et 36,3 mois de salaire. Dans la branche recouvrement, une des quatre ruptures conventionnelles intervenues entre 2011 et 2013 s'est soldée par une indemnité de 126 365 € correspondant à 10,5 mois de rémunération pour un directeur qui n'avait que 4,2 ans d'ancienneté. Seules deux des neuf ruptures conventionnelles conclues par la MSA depuis 2008 l'ont été pour des montants supérieurs à ceux prévus par la convention collective. Le RSI n'a pas été pour sa part en mesure de fournir à la Cour l'intégralité des données permettant d'apprécier le montant des indemnités allouées dans le cadre des 49 départs négociés conclus lors de la restructuration de son réseau.

II - Des parcours professionnels peu encadrés et peu diversifiés

A - L'accès aux fonctions d'agent de direction : un processus lourd et jusqu'à récemment peu sélectif

Pour pouvoir postuler à des fonctions d'ADD, un candidat doit en principe être inscrit sur la liste d'aptitude prévue à l'article R. 123-45 du code de la sécurité sociale. Instituée en 1960 en même temps que l'agrément ministériel[701] pour mettre fin aux dérives constatées dans l'exercice par les conseils d'administration de leur pouvoir de nomination, cette liste devait permettre d'assurer le caractère transparent et équitable des conditions de recrutement. Elle n'a toutefois pas toujours garanti la qualification des personnes ainsi nommées. En effet, à côté des 1ère et 3ème sections de la liste ouvertes respectivement aux anciens élèves de l'EN3S après cinq ou six années d'exercice et aux agents publics justifiant d'une ancienneté de huit ans dans un poste de catégorie A et d'une expérience de six ans dans le secteur sanitaire et social, la 2ème section permettait à des cadres d'accéder à un premier niveau de fonction

701. Délivré généralement de façon tacite, l'agrément prévu à l'article R. 123-48 du CSS atteste que les ADD remplissent les conditions administratives pour exercer ces fonctions et leur aptitude à assurer la gestion d'un service public.

de direction, sans formation ni sélection particulière[702]. Environ 24 % des ADD du régime général et du RSI et 35 % des ADD de la MSA relèvent de cette catégorie. Seule la progression sur des postes de direction plus importants était subordonnée au suivi d'un cycle diplômant obligatoire.

En 2013, la « réforme Morel » (cf. encadré) a supprimé la 2ème section et a conditionné, à compter de 2014, l'accès à la fonction d'ADD par promotion interne à une certification préalable des compétences assurée par l'EN3S dans le cadre d'une formation diplômante intitulée « CAP DIRigeant » (CAPDIR). Elle a aussi rénové les conditions de gestion de la liste d'aptitude qui était devenue un « tableau d'honneur » obéissant à des règles d'accès rigides et complexes, privilégiant l'ancienneté au détriment d'une recherche des compétences et des potentiels et de la fluidité des parcours. Malgré ces simplifications, ce dispositif, qui sera effectif en 2015, demeure lourd.

La liste d'aptitude depuis la « réforme Morel »

Fin 2009, le ministre chargé de la sécurité sociale a confié à Mme Annick Morel, inspectrice générale des affaires sociales, une mission visant à dynamiser la gestion des ADD du régime général et du RSI. Ses conclusions ont conduit, en 2013, à la refonte des conditions d'accès aux fonctions d'ADD, à la réforme de l'EN3S ainsi qu'à la préconisation d'outils destinés à favoriser l'accompagnement des parcours professionnels. La volonté de parvenir à des modifications consensuelles qui a présidé aux travaux de cette réforme n'a pas permis l'adoption de mesures plus ambitieuses, telles que la suppression de la liste d'aptitude ou l'institution d'une mobilité obligatoire.

La nouvelle liste d'aptitude a donc été uniquement simplifiée. Les emplois d'ADD ne sont plus classés qu'en trois catégories : la classe L1 regroupe les postes de directeurs de plein exercice des organismes les plus importants du régime général et les postes stratégiques des caisses nationales ; la classe L2 couvre les postes de directeurs d'organismes locaux moins importants du régime général, de directeurs du RSI et de directeurs de caisses de régime spécial ; la classe L3 porte sur tous les autres postes d'ADD, y compris les agents comptables.

702. Le nombre de candidats inscrits en 2ème section ne pouvait toutefois excéder le cinquième du nombre total des candidats inscrits en 1ère section l'année précédente.

Assurée par deux commissions [703] l'inscription sur la liste d'aptitude est précédée d'évaluations croisées réalisées, d'une part, par les caisses nationales ou par le directeur de la caisse locale et d'autre part, par la mission nationale de contrôle, rattachée au directeur de la sécurité sociale.

Pour l'accès aux classes L1 et L2, il est également prévu de recourir à un centre d'évaluation extérieur. L'obligation d'avoir effectué une mobilité inter-branches ou inter-régimes, en organisme national ou à l'extérieur de la sécurité sociale, en tant que cadre dirigeant, n'est requise que pour accéder à des postes relevant de la classe L1. Pour l'inscription dans la classe L2, la mobilité ne joue qu'un rôle d'accélérateur de carrière en permettant de réduire la condition d'ancienneté requise.

L'existence d'autres dispositifs d'évaluation (en particulier pour la nomination aux postes de cadres dirigeants du régime général et du RSI cf. *infra*) et leur professionnalisation, la mise en place du CAPDIR qui vise à garantir la qualification des agents qui accèdent à des fonctions de direction par promotion interne, ainsi que les outils préconisés par la « réforme Morel » (gestionnaire et entretiens de carrières, dispositifs de détection des hauts potentiels cf. *infra*) devraient permettre de constituer des viviers de profils susceptibles d'accéder à des emplois d'ADD, équivalents à ceux de la liste d'aptitude, tout en évitant la lourdeur de la procédure administrative actuelle. Dans ces conditions, la suppression de la liste d'aptitude apparaît souhaitable à terme rapproché.

B - Des carrières réalisées principalement au sein d'un même réseau

Les mobilités des agents de direction restent largement associées à des promotions successives, conduisant à occuper des fonctions de plus en plus élevées dans des organismes locaux de taille croissante au sein d'un même réseau. Chaque année, environ 6 à 7 % des agents de direction du régime général effectuent ainsi une mobilité inter-organismes et, en 2013, 45 % d'entre eux avaient réalisé une mobilité géographique. Au 1er décembre 2013, 58 % de ceux de la MSA avaient déjà changé de caisse locale. Depuis la création du RSI en 2006, un peu plus de la moitié des 44 mobilités effectuées se sont traduites par un changement de caisse locale.

La proportion des agents de direction ayant accompli une mobilité entre branches du régime général s'élevait en moyenne à 28 % en 2013.

703. L'une pour le régime général et le RSI, l'autre pour la MSA qui conserve une liste d'aptitude distincte.

Les mobilités entre caisse nationale et caisses locales, qui permettent pourtant une meilleure appréhension des problématiques de fonctionnement propres à chacun de ces niveaux, sont encore plus minoritaires : seuls 11 % des agents du régime général et de la MSA avaient déjà effectué une telle mobilité en 2013 ; au RSI en revanche 48 % des mobilités depuis 2006 ont été constituées par des mouvements de cette nature.

Les mobilités inter-régimes sont encore plus rares, puisqu'au 1er décembre 2013 elles n'avaient concerné que 7 % des ADD du régime général et de la MSA. Seuls 7 agents de direction du RSI ont rejoint le régime général depuis 2006[704].

Enfin, les mobilités à l'extérieur de la sécurité sociale sont quasi-inexistantes. Outre la question des écarts de rémunération, les passerelles vers la fonction publique sont en effet récentes, limitées et imprécises et les passages en administration publique perçus comme une parenthèse plutôt que comme une étape qualifiante dans le cadre d'un parcours professionnel.

Les mobilités vers les trois fonctions publiques

En l'état actuel des textes, les agents de direction peuvent être détachés sur des emplois de directeur d'hôpital ou de rapporteur à la Cour de comptes et les cadres dirigeants intégrés à l'IGAS. La loi du 2 février 2007 autorise la mise à disposition de personnels de droit privé ayant « une qualification technique spécialisée » au bénéfice des administrations et établissements publics, sans toutefois viser expressément les ADD ni préciser à quels corps, ni cadre d'emplois ou grade de la fonction publique ils peuvent prétendre, ce qui la rend de fait difficilement applicable. Le développement de liens vers la fonction publique permettrait pourtant de renforcer l'attractivité des métiers de direction de la sécurité sociale, en garantissant des parcours professionnels plus diversifiés.

Malgré l'existence d'un accompagnement financier à la mobilité, plusieurs facteurs se combinent pour expliquer cette situation de cloisonnement préjudiciable à une vision transversale des enjeux de la gestion de la sécurité sociale.

Les ADD ne sont pas soumis à une durée maximale de fonction. À l'exception de la mobilité inter-organismes[705], aucune obligation de

704. Au régime général, ces pourcentages progressent néanmoins avec l'ancienneté. Ainsi, la mobilité inter-branches, inter-régimes et en caisse nationale concernait respectivement 44 %, 11 % et 18 % des ADD avec une ancienneté de 15 à 19 ans.

705. Qui constitue une condition d'accès à une première fonction d'ADD à la MSA ou à un premier poste de cadre dirigeant au régime général et au RSI.

mobilité ne s'impose à eux, ce qui peut se traduire par le maintien dans un organisme pendant des durées parfois longues : en moyenne, 36 % des ADD présentent une ancienneté dans leur organisme supérieure à 10 ans et 14 % une ancienneté de plus de 20 ans. Les régimes font par ailleurs preuve d'un degré d'ouverture variable. Les directeurs des caisses peuvent en effet hésiter à prendre le risque de recruter un ADD qui n'a pas d'expérience professionnelle dans leur réseau. De même les caisses nationales tendent à réserver les postes les plus importants aux agents de leur réseau afin de les fidéliser. Les parcours présentant des mobilités diversifiées, considérés comme atypiques, ne sont pas valorisés.

C - Une gestion des compétences et des parcours à construire

Si toutes les caisses nationales évaluent les directeurs de leur réseau (à l'exception de la CCMSA qui ne met en place une telle procédure qu'en 2014), elles ont en revanche peu de visibilité sur la façon dont les directeurs locaux évaluent les agents de direction qui relèvent de leur autorité. Le niveau de profondeur de l'entretien ainsi que les méthodes de fixation des objectifs, de mesure de la performance (dont dépend pourtant le montant de la part variable) et d'appréciation de la maîtrise de la fonction peuvent de fait être très différents d'une caisse locale à une autre.

Comme les évaluations, la formation continue des ADD s'inscrit rarement dans une véritable démarche de gestion de carrière et de construction institutionnalisée d'un parcours professionnel. À l'exception de la « stratégie nationale et dynamique de réseau »[706] et de quelques actions de formation spécifiques à leur branche[707], les caisses nationales du régime général et du RSI se sont peu impliquées dans l'élaboration de parcours de formation obligatoire permettant d'accompagner l'évolution de leurs missions et de leurs compétences.

706. La SNDR est un cycle d'études de 25 jours destiné à apporter à une douzaine de stagiaires sélectionnés sur candidature par les caisses nationales et l'EN3S une vision globale et stratégique des enjeux nationaux de la sécurité sociale et une meilleure compréhension des mécanismes de construction des politiques publiques ainsi qu'une culture de réseau dans une logique inter-branches et inter-régimes.

707. En 2013, l'ACOSS a par exemple proposé à ses ADD une formation sur le thème du management et lancera en 2014 un plan de formation annuelle dédié aux ADD, en partenariat avec l'EN3S.

De même, à l'exception de l'ACOSS[708] et de la MSA où le suivi de la carrière des ADD apparaît davantage structuré, n'ont pas encore été mis en place les outils préconisés par la « réforme Morel » pour gérer les parcours professionnels, tels que les gestionnaires et les entretiens de carrière ou encore les dispositifs d'accompagnement à la prise de fonction.

Le suivi des ADD à la MSA

Assurée depuis 2007 par un ancien cadre dirigeant, la mission des cadres dirigeants de la CCMSA a permis, en lien avec la direction des ressources humaines, un suivi individualisé plus étroit des ADD du régime reposant sur un référentiel des compétences managériales et sur l'organisation tous les trois ans d'entretiens de carrière.

La MSA a également mis en place un accompagnement à la première prise de fonction des directeurs et des agents de direction, afin de sécuriser les transitions professionnelles. Elle a aussi formalisé sa démarche de formation continue par l'organisation d'une université des cadres dirigeants et de formations spécifiques destinées aux directeurs ou ADD, en lien avec l'EN3S et Sciences-po.

À partir du vivier d'agents à haut potentiel identifiés, la mission réalise, avec le directeur général et le directeur délégué aux ressources institutionnelles, un point régulier sur les perspectives de départ à 5 ans et les profils susceptibles d'assurer la relève. Les directeurs d'organismes doivent par ailleurs favoriser la mobilité fonctionnelle ou géographique d'un agent à fort potentiel afin de construire un parcours lui permettant d'évoluer dans ses fonctions et accompagner les cadres prometteurs dans la préparation au concours de l'EN3S ou du CAPDIR.

La gestion prévisionnelle des compétences au niveau de l'ensemble des régimes reste à construire. Des outils permettant d'homogénéiser les pratiques du régime général et du RSI ont été récemment élaborés (grille d'évaluation et référentiels de compétences communs). Conformément aux recommandations du rapport Morel, un observatoire des ressources dirigeantes[709] et des « revues de viviers » interbranches et inter-régimes pilotés par l'UCANSS afin d'identifier et

708. Depuis 2010, la régionalisation des URSSAF et l'organisation d'une nouvelle gouvernance ont conduit l'ACOSS à mener 310 entretiens de carrière et à mettre en place un système de gestion des informations sur le parcours de ses ADD, un accompagnement des mobilités et un parcours d'intégration au sein de son réseau.

709. Géré par l'UCANSS, l'observatoire de la gestion des carrières des ADD, prenant appui sur un système d'information rénové, permettra de disposer d'informations sur les trajectoires professionnelles et de mesurer l'impact des réformes mises en place. Il s'inscrit en cohérence avec l'enquête triennale que doit réaliser l'EN3S sur les parcours professionnels des anciens diplômés sur une longue période.

de suivre les agents les plus prometteurs doivent également être mis en place en 2014. Une expérimentation portant sur un examen conjoint des cadres à haut potentiel entre les organismes de sécurité sociale situés sur un même bassin d'emploi est également envisagée fin 2014. Elle pourrait favoriser le développement de parcours plus transversaux. Leurs modalités concrètes n'ont toutefois pas encore été arrêtées.

La définition d'une politique d'ensemble de recrutement, de formation et de définition de parcours professionnels, adaptée aux contraintes et aux choix stratégiques des organismes, demeure ainsi très largement à construire, que ce soit au niveau de chaque branche et de chaque régime ou de la sécurité sociale dans son ensemble.

III - Des caisses nationales aux pouvoirs incomplets, une gestion transversale inexistante

A - Un éclatement des fonctions de l'employeur

En dépit d'un renforcement de l'autorité des caisses nationales, les pouvoirs relatifs à la nomination des cadres dirigeants et à la cessation de leurs fonctions restent dispersés entre différentes autorités, affaiblissant ainsi l'effectivité de leur pilotage.

1 - Des nominations subordonnées par les textes à l'accord des conseils d'administration

Si les directeurs des caisses nationales du régime général nomment désormais leurs cadres dirigeants[710], après avis du comité des carrières (cf. encadré) et après avoir informé le conseil d'administration de l'organisme concerné, celui-ci peut s'opposer au candidat retenu à la majorité des deux tiers (article L. 217-3 du code de la sécurité sociale). Au RSI en application de l'article L. 611-14 du même code, le directeur général doit proposer une liste de trois candidats au conseil d'administration de la caisse de base, lequel émet un avis conforme sur le candidat qu'il souhaite retenir. Ce n'est que si le conseil ne retient aucun des trois noms que le directeur général peut nommer l'un des candidats de la liste. En vertu de la procédure fixée par le conseil d'administration de la CCMSA depuis 2011 dans le cadre de l'article R. 121-1 du code, la nomination des cadres dirigeants de la MSA, qui associe le directeur général de la CCMSA et le président du conseil d'administration de la

710. Depuis 2004 pour la branche maladie et 2009 pour les autres branches.

caisse locale, est encore plus décentralisée : la décision de nommer relève *in fine* de ce dernier, qui peut en théorie choisir un candidat n'ayant pas reçu l'avis favorable du premier[711].

Le comité des carrières

Présidé par un inspecteur général des affaires sociales et composé des directeurs des caisses nationales du régime général, du RSI, de l'UCANSS, de l'EN3S et du chef de la mission nationale de contrôle (MNC), le comité des carrières est chargé d'émettre, tous les mois, un avis motivé sur l'adéquation du profil des candidats aux fonctions de directeurs et agents comptables du régime général et du RSI, à partir des évaluations réalisées par les caisses nationales, leur cabinet de conseil et la MNC. Cette procédure vise à assurer la transparence et l'égalité de traitement des candidats et à promouvoir la mobilité des cadres dirigeants entre les branches et les régimes. Elle devrait être étendue au régime agricole.

Le choix du directeur a pu servir à certains conseils d'administration pour contester la stratégie globale du réseau. Ainsi, en 2010 et 2012, dans les Alpes-Maritimes et l'Eure, l'opposition de ces instances aux candidats nommés par l'ACOSS a traduit leur rejet du projet de régionalisation des URSSAF. De même, la mise en œuvre de la disposition législative autorisant le conseil d'administration de la CCMSA à se substituer à ceux des caisses locales pour désigner les directeurs[712] a été nécessaire pour parachever les fusions des caisses Ardèche-Drôme-Loire et Charente-Charente-Maritime.

2 - La cessation de fonction : des pouvoirs inefficaces

Faute de consensus lors de la « réforme Morel », la clarification du cadre juridique et la cohérence des différentes procédures existantes pour

711. A l'exception de la MSA où les sous-directeurs et directeurs adjoints continuent d'être nommés par le conseil d'administration sur proposition du directeur, les directeurs d'organismes locaux sont libres de choisir leurs collaborateurs directs.
712. Article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

mettre fin aux fonctions d'un ADD ne sont toujours pas assurées, malgré les recommandations réitérées de la Cour[713].

Aucune caisse nationale ne dispose du pouvoir de licencier ou de sanctionner disciplinairement les cadres dirigeants de son réseau, dans la mesure où ces derniers sont liés par contrat à une caisse locale et non à la caisse nationale. Ces pouvoirs continuent par conséquent de relever du conseil d'administration[714], ce qui est de nature à en limiter l'usage.

Si les directeurs des caisses nationales du régime général et du RSI peuvent en principe mettre fin aux fonctions d'un directeur ou d'un agent comptable local pour un motif autre que disciplinaire[715], cette faculté est dans les faits peu utilisée[716], La mise en œuvre de cette procédure apparaît au demeurant juridiquement risquée. Dans la mesure où la décision de cessation de fonctions emporte modification du contrat de travail et non rupture, elle nécessite l'accord exprès du salarié. En cas de refus de celui-ci, l'organisme local ne peut que poursuivre le contrat de travail en contradiction avec la décision nationale ou bien engager une procédure de licenciement, avec le risque que celui-ci soit jugé sans cause réelle et sérieuse par les juridictions prud'homales. Au demeurant les négociations sur les garanties conventionnelles auxquelles renvoie en principe le code de la sécurité sociale pour encadrer cette procédure n'ont pas abouti en 2013.

La procédure de retrait de l'agrément accordé par l'État aux ADD n'est pour sa part quasiment jamais employée (depuis 2000, seuls deux refus et non retraits, ont été prononcés), en raison notamment des conséquences juridiques incertaines attachées à cette prérogative ministérielle. En effet, si le retrait d'agrément entraîne de plein droit

713. Cour des comptes, *Référé, Contrôle de la caisse générale de sécurité sociale de la Réunion.* 27 mai 2003 ; Cour des comptes. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre XII : le suivi des précédentes recommandations, p. 405-410 ; La Documentation française, septembre 2008 ; *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre IV : le réseau d'alerte, p. 108-109 ; La Documentation française, septembre 2009 ; *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XVII : les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte, p. 494-497, La Documentation française, septembre 2011, disponibles sur www.ccomptes.fr.

714. Le directeur de l'organisme, en lien avec son conseil d'administration à la MSA, est compétent pour les directeurs adjoints et sous-directeurs placés sous son autorité.

715. Articles L. 217-3, R. 217-11 et L. 611-14 et R. 611-57 du CSS.

716. Elle a été employée trois fois par l'ACOSS et deux fois par la CNAMTS. Son caractère dissuasif a toutefois permis de résoudre des situations problématiques, la perspective d'en être l'objet incitant les ADD à accepter une solution de compromis.

cessation des fonctions pour lesquelles il a été accordé, il résulte de la jurisprudence qu'il n'implique pas automatiquement la rupture du contrat de travail. Le retrait d'agrément n'emporte à lui seul aucune conséquence sur la relation contractuelle et laisse donc perdurer les difficultés constatées, à défaut de licenciement ou de repositionnement des ADD concernés dans d'autres organismes.

En l'état des textes, les caisses nationales ne peuvent donc pas mettre fin aux fonctions d'un cadre dirigeant qui, sans avoir commis de faute professionnelle caractérisée, ne donne pas satisfaction. Il s'ensuit une quasi-inamovibilité des agents en cause, dès lors que ceux-ci ne sont par ailleurs soumis à aucune obligation légale de mobilité, ni aucune durée maximale de fonction.

B - Un cadre de gestion à clarifier

1 - Donner aux directeurs des caisses nationales la plénitude des pouvoirs de l'employeur

Afin d'améliorer la gouvernance des réseaux, la Cour a déjà recommandé de réunifier entre les mains des directeurs des caisses nationales l'ensemble des pouvoirs de nomination, d'évaluation et de cessation de fonctions des cadres dirigeants des organismes locaux[717]. Une telle évolution implique l'instauration d'un lien contractuel entre ces derniers et la caisse nationale pour donner à celle-ci les moyens effectifs de piloter ses ressources dirigeantes. Parallèlement et par dérogation à apporter par la loi aux dispositions du droit du travail auxquelles sont soumis les ADD, les directeurs des caisses nationales devraient se voir reconnaître la capacité de fixer à leurs cadres dirigeants une durée maximale de fonctions, de manière à leur permettre d'assurer une rotation des équipes de direction.

Cette clarification des responsabilités et des procédures ne devrait toutefois pas aller jusqu'à la suppression du retrait ministériel d'agrément. Dans des situations complexes où le directeur de l'organisme local et la caisse nationale refuseraient d'engager les mesures qu'imposent la situation, cette procédure peut conserver sa justification, sous réserve d'en clarifier ses effets. La Cour avait recommandé en ce sens que soit

717. Cour des comptes. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre XII : le suivi des précédentes recommandations, p. 405-410, La Documentation française, septembre 2008, disponible sur www.ccomptes.fr.

explicitement prévu par la loi que le retrait d'agrément prononcé par l'État vaut licenciement[718].

2 - Développer une gestion plus transversale

Dans un contexte marqué par l'allongement des vies professionnelles, des mesures devraient permettre le développement de carrières plus évolutives, moins cloisonnées et davantage ouvertes sur l'extérieur.

Ainsi, l'obligation de mobilité imposée pour l'accès aux postes de la classe 1 devrait être étendue à ceux de la classe 2. De même, une durée maximale de fonctions devrait être fixée sur un même poste.

La création d'un centre de ressources dirigeantes, commun à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, qui pourrait être confié à l'UCANSS par élargissement de ses compétences et de son périmètre constitutif, favoriserait la modernisation de la gestion des agents de direction. Ses attributions actuelles, même après la « réforme Morel », n'apparaissent pas suffisantes pour répondre au besoin de transversalité accrue. Tandis que la gestion de proximité des ADD (nomination, cessation de fonctions, évaluation, rémunération) serait assurée par les caisses nationales et locales, ce centre serait chargé, en lien avec les caisses nationales, de la gestion de leurs problématiques démographiques et statutaires. Afin de favoriser les mobilités et de sécuriser les transitions professionnelles, ce centre, aurait vocation à coordonner les « revues de viviers » inter-branches et inter-régimes aux niveaux local et national, à élaborer des objectifs cibles en termes de parcours professionnels et à accompagner les agents de direction en recherche d'affectation ou momentanément privés d'emploi. Ces derniers seraient rémunérés par ce centre et se verraient confier des missions d'études ou d'analyse, à l'image du corps de mission pour le régime général[719].

718. Cour des comptes, *Référé, Contrôle de la caisse générale de sécurité sociale de la Réunion*. 27 mai 2003, disponible sur www.ccomptes.fr.

719. Le corps de mission comprend au maximum dix postes par an attribués à des ADD en attente d'affectation, auxquels est confiée une mission d'une durée de six mois à deux ans en vue de répondre à des besoins d'intérêt commun au régime général ou d'accompagner un changement programmé par une caisse nationale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les agents de direction doivent jouer, de par les fonctions qu'ils ont vocation à occuper, un rôle majeur pour la modernisation et l'efficience des organismes de sécurité sociale.

Les modalités de leur gestion ne sont cependant pas à hauteur de cette exigence.

La rémunération des agents de direction, avantageuse, n'apparaît pas assez individualisée pour inciter à atteindre les objectifs ambitieux qui devraient leur être fixés personnellement par les caisses nationales.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est limitée, qu'il s'agisse de l'évolution des effectifs, trop tardivement ajustée avec pour conséquence des difficultés qui ne pourront que s'accroître d'accéder aux postes de responsabilité, de parcours de carrière linéaires, trop cloisonnés, très insuffisamment ouverts sur des mobilités interbranches et inter-régimes comme vers les fonctions publiques, ou de dispositifs d'évaluation et de formation continue qui ne s'inscrivent que rarement dans une perspective construite.

Les décisions prises dernièrement pour moderniser sur différents points la gestion des agents de direction, certes utiles, ne sont pas à la hauteur des objectifs que les pouvoirs publics ont assignés aux caisses nationales pour que les économies sur la gestion de la sécurité sociale contribuent beaucoup plus fortement au redressement des comptes sociaux.

Une approche plus stratégique et un pilotage plus ferme apparaissent indispensables à cet effet.

La Cour formule les recommandations suivantes :

89. moduler plus rigoureusement la rémunération des agents de direction en fonction de l'atteinte des objectifs qui leur sont fixés ;

90. déterminer au niveau national un taux-cible d'encadrement supérieur pour les différentes branches et régimes en fonction de leurs spécificités organisationnelles et dimensionner en conséquence les flux de recrutement d'ADD, en y intégrant, comme déjà recommandé par la Cour, les caisses de retraite des professions libérales ;

91. donner aux directeurs des caisses nationales la pleine responsabilité d'employeur des cadres dirigeants de leur réseau, en modifiant, par la loi, les modalités de leur nomination et de cessation de fonction et en instituant une relation contractuelle de salariat entre ces personnels et la caisse nationale ;

92. favoriser une gestion plus transversale des ADD :

- *en créant un centre de ressources dirigeantes inter-régimes ;*
- *en ouvrant les perspectives professionnelles des ADD par l'institution d'une mobilité obligatoire pour accéder à des postes de direction de classe 2 et par le développement de passerelles vers les trois fonctions publiques ;*
- *en construisant une politique de formation continue, d'évaluation et de définition de parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes et d'envisager à terme rapproché la suppression de la liste d'aptitude.*

A N N E X E S

Annexe 1

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE

UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX À AFFERMIR

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile

1. renforcer les mesures structurelles d'économies, telles que celles recommandées en divers chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses et conforter les prévisions de retour à l'équilibre des comptes sociaux d'ici 2017 ;

2. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale une évaluation a posteriori du rendement effectif des mesures nouvelles adoptées l'année précédente ;

3. mettre fin au sous-financement structurel du FSV (recommandation réitérée).

Chapitre II – Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial relatifs à 2013 : avis sur la cohérence

4. améliorer l'information procurée sur les résultats effectifs de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général en intégrant une rubrique propre au fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une part et du régime général de sécurité sociale d'autre part (recommandation réitérée) ;

5. assurer une information appropriée du Parlement sur la formation des soldes retracés par les tableaux d'équilibre, en mettant fin aux contractions injustifiées de produits et de charges et en intégrant à l'annexe 4 au projet de loi de financement des informations d'un niveau de détail approprié sur la consistance, l'évolution et les écarts par rapport aux prévisions des produits et des charges (recommandation réitérée).

Chapitre III – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

6. déterminer la base de référence de l'ONDAM à partir du résultat de l'exécution de l'année n-2 après dénouement des provisions ;

7. insérer, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe consacrée à la méthode de construction de l'ONDAM comportant toutes les informations nécessaires sur les choix ayant conduit à la détermination de la base et à la fixation des tendanciels par sous-objectif ainsi qu'une présentation des méthodes d'évaluation des économies prévues et de leur réalisation ;

8. en fonction des tendances observées, différencier davantage les taux d'évolution des sous-objectifs ONDAM ville et ONDAM hospitalier ;

9. abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie.

Chapitre IV – La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

10. procéder à intervalle régulier à une estimation de la fraude aux cotisations sociales, selon une méthodologie rigoureuse et harmonisée appliquée à un champ exhaustif ;

11. renforcer les moyens d'action des organismes sociaux contre la fraude aux cotisations, notamment en renforçant leurs pouvoirs d'investigation, en les dotant de nouveaux outils plus efficaces en matière de recouvrement des montants redressés et en augmentant fortement les pénalités ;

12. mettre en place sans délai le contrôle par les URSSAF des cotisations aux régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés ;

13. mobiliser fortement la MSA sur les enjeux de la lutte contre la fraude aux cotisations par la fixation d'objectifs spécifiques, accompagnée de la révision de ses procédures et d'une réorganisation de ses moyens ;

14. faire de la lutte contre la fraude aux cotisations une priorité du RSI, en restaurant sans délai une politique d'ensemble fixant aux caisses locales des objectifs de taux de contrôle, de redressement et de recouvrement ;

15. constituer dans la branche recouvrement du régime général, en tant que de besoin, des équipes inter-régionales de lutte contre la fraude et créer une direction nationale d'enquête chargée de combattre la « grande fraude » celle qui concerne les grandes entreprises.

DEUXIÈME PARTIE

DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À MODERNISER POUR UN PILOTAGE PLUS EFFICACE DES FINANCES SOCIALES

RECOMMANDATIONS

Chapitre V – Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir

16. transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels pour couvrir l'ensemble du champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) ;

17. distinguer une « loi de résultat » de la sécurité sociale, présentée dans un calendrier convergeant avec celui de la loi de règlement et une loi de financement à l'automne portant sur l'exercice en cours et à venir ;

18. articuler plus étroitement l'examen par le Parlement des lois financières, notamment en organisant un volet commun de discussion des volets recettes du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) ;

19. supprimer la possibilité de faire reprendre les déficits structurels de la sécurité sociale par un organisme comme la CADES, une fois les comptes sociaux revenus à l'équilibre ;

20. décliner l'ONDAM pluriannuel en sous-objectifs assortis des mesures nécessaires à leur respect ;

21. mettre en œuvre un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille ;

22. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale des projections pluriannuelles en termes de soldes et d'efforts structurels pour les régimes obligatoires de base.

Chapitre VI – Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer

23. publier, comme pour le budget de l'État et au moins trimestriellement, des données relatives à l'exécution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale et développer des indicateurs avancés

permettant de prendre en temps utile d'éventuelles mesures correctrices pour respecter les objectifs des lois de financement ;

24. systématiser et formaliser l'examen a posteriori des prévisions, y compris celles portant sur les mesures nouvelles, en les confrontant avec la réalité observée et en analysant les origines des écarts afin d'améliorer le processus de prévision et en en reprenant les résultats dans une annexe de la loi de financement de la sécurité sociale ;

25. procéder à l'audit des modèles de prévision et de simulation des organismes de sécurité sociale et introduire systématiquement dans les conventions d'objectifs et de gestion conclues avec eux des objectifs spécifiques d'amélioration à cet égard ;

26. préciser, dans un document de référence rendu public, le rôle et les obligations de chacun des intervenants dans le processus de prévision et de suivi et tenir à jour un répertoire des méthodes employées.

TROISIÈME PARTIE

DES DÉPENSES DE VILLE À RÉGULER BEAUCOUP PLUS VIGOUREUSEMENT

RECOMMANDATIONS

Chapitre VII – L'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster

27. prendre en considération les informations les plus récentes sur l'exécution en cours des soins de ville au moment de la fixation de la nouvelle base ;

28. éliminer les biais de construction pouvant conduire à une surévaluation du tendanciel et vérifier la crédibilité de la prévision au regard des ruptures de tendance observables, notamment dans les domaines du médicament et des indemnités journalières, à cette fin, utiliser des données exogènes ;

29. réserver l'appellation de « mesures d'économies » aux mesures discrétionnaires décidées par les pouvoirs publics pour la maîtrise de la dépense et ne pas l'appliquer aux écarts constatés par rapport à une croissance tendancielle de la dépense au caractère largement conventionnel, en l'absence d'une évaluation précise de l'effet des mesures prises;

30. documenter à destination des parlementaires les méthodes, les hypothèses et les conventions qui président à la fixation du tendanciel, à l'évaluation de l'effet de report des mesures antérieures et à celle des

mesures d'économies nouvelles ; indiquer également la sensibilité des projections à ces hypothèses.

Chapitre VIII – Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense

31. mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution et de mieux articuler les actions des différents acteurs ;

32. développer de façon prioritaire les approches interprofessionnelles pour une plus grande efficience des soins de premier recours ;

33. recentrer les politiques conventionnelles sur les enjeux essentiels (rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses) dans le cadre de négociations moins nombreuses et moins éclatées ;

34. étendre, dans les zones de surdensité, le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris aux médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire ;

35. lier plus étroitement l'ensemble des modes de rémunération, hors rémunération à l'acte, (forfaits, rémunération à la performance, avantages sociaux) à une meilleure organisation des soins de ville en les modulant en fonction des résultats atteints ;

36. en particulier, moduler la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné (recommandation réitérée) ;

37. évaluer systématiquement les conditions de mise en œuvre des actions conventionnelles et les résultats obtenus au regard des objectifs ;

Chapitre IX – La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

38. responsabiliser les médecins en les informant sur le volume et le coût de leur prescription en fonction des caractéristiques de leur patientèle et sur les économies rendues possibles par une évolution de leurs comportements de prescription ;

39. élargir les objectifs de prescriptions en génériques liées à la rémunération sur objectifs de performance, les compléter par des objectifs de taux de prescription en dénomination commune internationale et moduler à la baisse le montant de cette rémunération en cas de non-atteinte de ces objectifs ;

40. supprimer à terme le répertoire des médicaments génériques ;

41. redéfinir les modalités de rémunération des pharmaciens en révisant progressivement à la baisse les incitations en faveur des génériques et en allant vers une rémunération davantage forfaitaire et moins dépendante du volume des ventes; dans ce cadre, réformer notamment la rémunération sur objectifs de santé publique liée aux génériques;

42. conclure des accords prix-volume avec les producteurs de génériques dans le cadre d'un plan de développement de ces médicaments ;

43. mettre en œuvre des baisses des prix ciblées sur les classes thérapeutiques les plus coûteuses pour l'assurance maladie et un alignement automatique de prix pour les médicaments sans amélioration du service médical rendu ;

44. développer des campagnes régulières d'information des assurés sociaux sur les médicaments génériques.

Chapitre X – Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

45. déterminer sur la période 2015-2017 un objectif de régulation de la dépense de dispositifs médicaux ;

46. renforcer la légitimité et les moyens du comité économique des produits de santé sur ce champ pour lui permettre d'assurer la mise en cohérence des acteurs publics et une régulation rigoureuse de la dépense ;

47. réduire significativement la liste en sus et rétablir la fixation d'un taux prévisionnel d'évolution de la dépense résultant de celle-ci ;

48. ouvrir certains marchés (dispositifs standardisés à fort volume) à une concurrence accrue en expérimentant des procédures nationales d'appel d'offres ;

49. mettre en œuvre une procédure allégée de révision des lignes génériques ;

50. procéder dans un délai rapproché à des baisses de prix significatives de certaines catégories de dispositifs médicaux ;

51. mettre sous entente préalable les dispositifs médicaux à forts enjeux et sous accord préalable les gros prescripteurs ;

52. expérimenter une démarche de définition de produits génériques sur quelques dispositifs simples et aisément substituables.

QUATRIÈME PARTIE

DES GAINS D'EFFICIENCE À MOBILISER PLUS FERMEMENT À L'HÔPITAL

RECOMMANDATIONS

Chapitre XI – Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel

53. simplifier les conditions d'élaboration des projets régionaux de santé autour d'un nombre limité de priorités ;

54. assortir obligatoirement ces dernières d'un chiffrage financier des actions inscrites au projet, compatible avec les contraintes de l'ONDAM ;

55. faire de l'observatoire régional de santé (ORS) l'opérateur de référence chargé de réaliser une observation globale et continue, ouverte à l'ensemble des acteurs en santé publique ;

56. supprimer les conférences de territoire ;

57. subordonner l'engagement d'actions de santé publique par les organismes locaux d'assurance maladie à l'accord des ARS ;

58. permettre un accès complet des ARS aux données du SNIIRAM.

Chapitre XII – Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

59. généraliser les nouveaux modes d'organisation interne des urgences qui ont fait preuve de leur efficacité (notamment circuits courts, mise en place de gestionnaires de lits, admissions directes en gériatrie) ;

60. faire évoluer la tarification en vue d'améliorer l'efficience des urgences, sur la base, notamment, de comparaisons des coûts de prise en charge à l'hôpital et en ville des patients nécessitant une simple consultation (recommandation réitérée) ;

61. mesurer et analyser les « passages évitables » aux urgences de patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville ;

62. renforcer la permanence des soins ambulatoires par le développement des maisons médicales de garde ;

63. développer la prise en charge en ville des soins non programmés, dans le cadre notamment de maisons de santé pluri-professionnelles dotées d'un plateau technique léger.

Chapitre XIII – L'assurance maternité : une place à clarifier

64. intégrer les indemnités journalières maternité dans l'ONDAM ;

65. redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité, soit par intégration à garanties inchangées au sein du risque maladie, soit par constitution à côté de l'assurance maladie d'une assurance maternité plus cohérente, plus complète et plus fermement pilotée ;

66. dans les établissements de santé, accélérer la diminution de la durée moyenne de séjour pour la faire converger avec celle constatée à l'étranger et redéfinir en conséquence les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance pour faire bénéficier l'assurance maladie des économies en résultant ;

67. conditionner à cette fin le déploiement du programme PRADO à l'identification précise des économies qui pourront être dégagées ;

68. modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal (recommandation réitérée).

Chapitre XIV – Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

69. se doter des outils nécessaires à un suivi précis et régulier de l'évolution de la masse salariale et de ses déterminants et en particulier des effectifs médicaux et non médicaux, appuyé sur une connaissance précise des données et projections démographiques ;

70. identifier en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences sur l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie de toute décision impactant les dépenses de personnel des hôpitaux publics ;

71. élaborer un programme national d'efficience destiné à optimiser l'organisation et la gestion des effectifs et des temps de travail, incluant un objectif pluriannuel d'économies et s'appuyant sur un dispositif d'accompagnement des établissements ;

72. inciter les hôpitaux à la renégociation des accords locaux sur le temps de travail pour mettre en conformité la durée effective du temps de travail avec la durée légale ;

73. donner instruction aux agences régionales de santé d'exercer un rôle beaucoup plus actif en matière de suivi et de régulation des dépenses de personnel des hôpitaux de leur ressort, en utilisant à cette fin

l'ensemble des leviers juridiques et financiers dont elles disposent et en intensifiant les restructurations porteuses de réels gains de productivité ;

74. mettre en œuvre une modulation, neutre sur le plan budgétaire, des rémunérations des médecins en fonction de la performance.

Chapitre XV – Les dépenses de personnel des cliniques privées une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

75. accompagner la création d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie d'une information plus complète et plus détaillée en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les différentes composantes de la dépense de personnel des cliniques privées, y compris les honoraires (à tarifs opposables et dépassements) perçus par les professionnels libéraux pour leur activité en cliniques ;

76. adapter en conséquence les dispositifs de suivi et d'analyse de ces dépenses ;

77. développer sur des champs pertinents et selon une méthodologie rigoureuse les comparaisons entre hospitalisation publique et hospitalisation privée à but lucratif ;

78. publier le décret d'application de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique pour rendre effective l'obligation de transmission par les cliniques de leurs comptes aux agences régionales de santé.

CINQUIÈME PARTIE

LES RETRAITES DES INDÉPENDANTS : LA NÉCESSISTÉ D'UN EFFORT CONTRIBUTIF ACCRU

RECOMMANDATIONS

Chapitre XVI – Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

79. renforcer l'effort contributif des cotisants, notamment par l'alignement progressif du taux de la cotisation déplafonnée sur celui des salariés ;

80. éviter le risque d'un sous-financement chronique de la dotation d'équilibre de la CNAVTS aux régimes de retraite des commerçants et artisans dans le contexte de la suppression de la C3S en compensant cette

charge par des recettes à même de répondre à l'accroissement tendanciel de leur déficit ;

81. anticiper suffisamment les modalités de mise en œuvre de la liquidation unique pour éviter toute difficulté à l'échéance fixée du 1er janvier 2017 et, en cas de risque, décaler cette dernière ;

82. procéder à cette occasion à la fusion des régimes de retraite de base des commerçants et des artisans ;

83. faire procéder, dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, à un audit externe des modalités de gestion des réserves financières du régime complémentaire.

SIXIÈME PARTIE

DES PROGRÈS INDISPENSABLES DANS LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre XVII – Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

84. développer les mutualisations entre caisses par la centralisation accrue de l'affiliation, le maintien de services contentieux partagés et la reconsidération du mode de rattachement des professions libérales ;

85. réorganiser significativement le réseau des caisses pour renforcer sensiblement la qualité du service aux assurés et diminuer les coûts de gestion ;

86. accompagner les regroupements à venir en facilitant la mobilité des personnels.

Chapitre XVIII – Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir

87. systématiser les coopérations entre les caisses insulaires et les organismes continentaux pour mieux professionnaliser les activités de recouvrement des cotisations ;

88. restaurer le droit commun des cotisations sociales en Corse en mettant en œuvre avec détermination l'ensemble des voies de recouvrement forcé et en évitant tout nouveau plan de « désendettement social ».

Chapitre XIX – La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

89. moduler plus rigoureusement la rémunération des agents de direction en fonction de l'atteinte des objectifs qui leur sont fixés ;

90. déterminer au niveau national un taux-cible d'encadrement supérieur pour les différentes branches et régimes en fonction de leurs spécificités organisationnelles et dimensionner en conséquence les flux de recrutement d'ADD, en y intégrant, comme déjà recommandé par la Cour, les caisses de retraite des professions libérales ;

91. donner aux directeurs des caisses nationales la pleine responsabilité d'employeur des cadres dirigeants de leur réseau, en modifiant, par la loi, les modalités de leur nomination et de cessation de fonction et en instituant une relation contractuelle de salariat entre ces personnels et la caisse nationale ;

92. favoriser une gestion plus transversale des ADD :

- *en créant un centre de ressources dirigeantes inter-régimes ;*
- *en ouvrant les perspectives professionnelles des ADD par l'institution d'une mobilité obligatoire pour accéder à des postes de direction de classe 2 et par le développement de passerelles vers les trois fonctions publiques ;*
- *en construisant une politique de formation continue, d'évaluation et de définition de parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes et d'envisager à terme rapproché la suppression de la liste d'aptitude.*

Annexe 2

Le suivi des recommandations formulées antérieurement par la Cour

PRÉSENTATION

Chaque année, la Cour rend compte des suites données aux recommandations formulées dans ses précédents rapports, de manière globale et statistique, en se fondant sur l'examen qui en est fait par l'administration.

Par ailleurs, elle réexamine régulièrement des thématiques déjà évoquées les années précédentes et peut être amenée à cette occasion à réitérer ou à reformuler des recommandations déjà émises et restées sans suite. C'est le cas en 2014 sur les relations conventionnelles entre professions de santé et assurance maladie (examinée en 2007) ou encore sur le déroulement de carrière des agents de direction des organismes de sécurité sociale (traité pour partie en 2009 et 2011).

La Cour a examiné les suites données à 229 recommandations formulées dans le cadre des trois derniers rapports annuels sur la sécurité sociale, 2011, 2012 et 2013. Cet examen a été effectué à partir d'une analyse menée, sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux, par la direction de la sécurité sociale et la direction générale de l'offre de soins complétée des éléments transmis, pour les recommandations relevant directement de leur mise en œuvre, par les caisses nationales de sécurité sociale et par la Haute autorité de santé. La traduction en indicateurs a été effectuée par la Cour.

La synthèse de ces travaux est présentée sous la forme d'un taux de suite donné aux recommandations, défini comme la part, dans les recommandations formulées au cours de la période, de celles qui ont été suivies d'une réforme effective, soit totale, soit partielle[720].

Cette analyse fait apparaître que 62 % des recommandations des trois derniers rapports annuels de la Cour sur la sécurité sociale ont été suivies d'effet, 10 % d'entre elles étant complètement mises en œuvre et 52 % encore partiellement.

720. Les recommandations de la Cour ont vocation chaque année à mettre en lumière des domaines d'amélioration possible de l'efficience des dépenses de sécurité sociale et à proposer aux pouvoirs publics des pistes d'action à cet effet.

Tableau n° 107 : suites données aux recommandations des trois précédents rapports

	RALFSS 2011	RALFSS 2012	RALFSS 2013	TOTAL
a) Nombre de recommandations	88	72	82	242
b) Nombre de recommandations prises en compte (1)	83	66	80	229
c) Nombre de recommandations totalement suivies (2)	16	6	0	22
d) Nombre de recommandations suivies partiellement (3)	47	35	37	119
e) Taux de suite ((2+3)/1)	76 %	62 %	46 %	62 %

b) Un certain nombre de recommandations sont écartées de l'analyse car devenues sans objet ou obsolètes[721].

Source : Calcul Cour des comptes à partir de données SGMAS, caisses nationales de sécurité sociale et HAS

Le taux global de suivi 2014 est assez stable par rapport à celui de 2013 (65 %).

La mise en œuvre des recommandations est nécessairement progressive dans le temps et varie selon leur nature et les secteurs concernés. On peut cependant citer des exemples où les recommandations de la Cour les plus récemment émises (RALFSS 2013) ont déjà suscité réflexions et premières mesures.

C'est par exemple le cas pour la chirurgie ambulatoire (tarification) ou au sujet la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit ainsi de rendre les contrats responsables plus exigeants et plus sélectifs, notamment en fixant des plafonds aux dépenses prises en charge dans ces domaines. La Cour recommandait également d'encourager de nouveaux modes de distribution et d'ouvrir le marché à plus de concurrence. La loi du 17 mars 2014 relative à la consommation devrait permettre à ce marché de se développer.

721. C'est le cas des recommandations qui s'appliquaient à des dispositifs modifiés très significativement par la suite ou abandonnés ou parce que l'administration a choisi la voie d'une autre réforme que celle préconisée par la Cour.

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS

ET DES ORGANISMES CONCERNÉS

SOMMAIRE DES REPONSES

Ministre des finances et des comptes publics	593
Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes	
Secrétaire d'État chargé du budget	
Chapitre III – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir	601
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	601
Chapitre IV – La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier	603
Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	603
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	604
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	608
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	609
Chapitre VI – Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer	610
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	610
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	610
Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	611
Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)	612
Caisse des dépôts et consignations (CDC)	612
Chapitre VII – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster	612
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	612
Chapitre VIII – Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense	612
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	612
Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)	613
Chapitre IX – La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés	614
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	614
Comité économique des produits de santé (CEPS)	614
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	617

Chapitre X – Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée	619
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	619
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	620
Comité économique des produits de santé (CEPS)	621
Haute autorité de santé (HAS)	622
Chapitre XI – Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel	622
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	622
Fédération nationale des organismes régionaux de santé (FNORS)	623
Chapitre XII – Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser	623
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	623
Institut national de veille sanitaire (INVS)	623
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	623
Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph	625
Chapitre XIII – L'assurance maternité : une place à clarifier	625
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	625
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	626
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	626
Chapitre XIV – Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire	627
Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)	627
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	627
Centre hospitalier Alès-Cévennes	627
Centre hospitalier d'Argenteuil	627
Centre hospitalier de Carcassonne	627
Centre hospitalier de Castres-Mazamet	629
Centre hospitalier de Givors	630
Centre hospitalier intercommunal hôpitaux du Léman	630
Centre hospitalier de Mende	630
Centre hospitalier de Montluçon	630
Centre hospitalier de Nîmes	630
Centre hospitalier de Poitiers	631
Établissement public de santé mentale Etienne Gourmelen (Quimper)	631
Centre hospitalier de Saint-Brieuc	631
Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	632

Chapitre XV – Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître	632
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)	632
Fédération hospitalière privée – Médecine chirurgie obstétrique (FHP-MCO)	
Fédération hospitalière de France (FHF)	633
Chapitre XVI – Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale	635
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	635
Chapitre XVII – Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever	638
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	638
Chapitre XVIII – Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir	643
Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	643
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	644
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	647
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	647
Chapitre XIX – La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire	648
Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	648
Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)	648
Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	652
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	654
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	655
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	656
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	657

RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET

Les conclusions des travaux de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) constituent, comme les années précédentes, une contribution importante aux réflexions qui président à l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui portera des mesures annoncées dans le cadre du conseil stratégique de la dépense publique contribuant aux 20 Md€ d'économies attendues sur les dépenses de protection sociale d'ici 2017.

Cependant, nous ne partageons pas l'analyse de la Cour quant à l'évolution des déficits. Dans un contexte marqué pourtant par une conjoncture économique fragile, la diminution des déficits des régimes sociaux s'est poursuivie en 2013. Sur le champ des régimes de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, les déficits se sont en effet réduits en 2013 dans le même ordre de grandeur (- 3 Md€) qu'en 2012 (- 3,3 Md€). Ce résultat est d'autant plus remarquable que la conjoncture économique a été moins favorable en 2013 qu'en 2012, la masse salariale du secteur privée (sur le champ des entreprises relevant URSSAF) ayant crû de 1,2 % seulement contre 2,1 % l'année précédente.

Cet effort de redressement est largement imputable au ralentissement de la progression de la dépense, conformément à la stratégie poursuivie par le Gouvernement. Des efforts importants ont en effet été accomplis sur l'ensemble des champs de la dépense – retraite, assurance maladie, politique familiale – pour contenir durablement leur rythme d'évolution : ainsi, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont crû, en moyenne, de 2,3 points de moins chaque année entre 2010 et 2013 qu'elles ne l'ont fait durant les dix années qui ont précédé la crise économique et financière (2,5 % en 2010-13, contre + 4,8 % en 1999-2008). En 2013, l'exécution de l'ONDAM, qui a été contenue à 2,3 %, constitue une performance qu'il convient de souligner. De même, l'évolution de certains postes de dépenses, et notamment celui des retraites, a été durablement abaissée à la suite des réformes adoptées.

Comme le relève la Cour, les mesures prises représentent un effort structurel très important. Si le Gouvernement considère que les soldes effectifs et structurels constituent un outil structurant du pilotage financier de la sécurité sociale, il importe également de ne pas obérer les perspectives de redressement à long terme des finances sociales, qui reposent au premier chef sur un raffermissement des déterminants de notre croissance économique. À cet égard, les mesures du pacte de responsabilité et de solidarité sont la condition du renforcement durable de l'offre productive en France.

Concernant l'évolution des dépenses d'assurance maladie et en particulier l'évolution de l'ONDAM, nous tenons à rappeler, d'une part que les exercices 2012 et 2013 ont marqué un net ralentissement du rythme des dépenses et d'autre part que le Gouvernement s'est engagé fermement dans une maîtrise accrue en se fixant comme objectif un ONDAM à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017. Cet engagement s'est d'ailleurs d'ores et déjà matérialisé en 2014 par de nouvelles mesures d'économies qui ont donné lieu à une révision à la baisse de l'ONDAM 2014, afin que la sous-exécution observée de l'ONDAM 2013 ne se traduise pas par une progression en 2014 supérieure à 2,4%. L'écart constaté par la Cour entre la prévision et l'exécution pour la base de référence utilisée pour le calcul de l'ONDAM de l'année suivante a ainsi été résorbé.

En outre, il nous semble important de souligner que la progression des dépenses sur les soins de ville sur ces exercices 2012 et 2013 est la plus faible jamais mesurée depuis la création de l'ONDAM. La surestimation du tendanciel sur ce champ ne nous semble donc pas avérée : les tombées de brevet, les révisions des dépenses en cours d'année ainsi que le dénouement des provisions sont intégrées dans sa construction. L'exemple des indemnités journalières, dont la progression importante au cours des premiers mois de l'année contredit les conclusions de la Cour, montre les limites d'une projection se fondant sur la seule conjoncture. On peut également s'étonner que la Cour estime que la dépense de médicament va spontanément ralentir du fait d'une absence d'innovation, alors que les enjeux financiers liés aux nouveaux traitements de l'hépatite C ont fait l'objet de communications ministérielles au niveau européen. De manière générale, tant le ralentissement de l'ONDAM que la maîtrise de son exécution au cours des derniers exercices sont des données difficilement contestables. Les dépenses d'assurance maladie progressent désormais au niveau de la croissance structurelle du pays et l'objectif du Gouvernement est d'amplifier encore cet effort dans les années à venir.

Au regard de l'ensemble de de ces éléments, il nous paraît important de souligner l'effort accompli, avec une évolution des dépenses d'assurance maladie qui n'a jamais été aussi faible qu'en 2013. Les comptes de la santé confirment d'ailleurs la poursuite du ralentissement de la croissance de la consommation des soins et des biens médicaux (CSMB) à 2,2%, parallèlement à une diminution du taux de reste à charge des patients, ce qui doit évidemment être souligné.

Enfin, au-delà de la question du niveau du seuil d'alerte de l'ONDAM que vous évoquez, la qualité du pilotage des dépenses d'assurance maladie dépend avant tout du succès des réformes structurelles qui sont conduites pour maîtriser leur évolution

L'objectif de progression de 2 % sur 2015-2017 s'appuiera sur quatre axes principaux qui ont été présentés par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes : il s'agit de la diminution des dépenses hospitalières, appuyée notamment sur une forte rationalisation des

dépenses relatives aux fonctions support, du virage ambulatoire qui permettra de favoriser la prise en charge la plus légère et la plus efficiente (en développant notamment la chirurgie ambulatoire et les logiques de parcours qui privilégient la prévention), de l'amélioration de la pertinence et du bon usage des soins et enfin des baisses de prix des produits de santé amplifiés par la promotion des génériques. Sur ce dernier chantier, un plan d'action spécifique sera lancé dans le cadre de la gestion de l'ONDAM 2015. Les travaux menés par la Cour des Comptes, seront par ailleurs utilisés pour permettre de poursuivre et de sécuriser les baisses de prix des dispositifs médicaux et améliorer le recours aux génériques.

En ce qui concerne la négociation conventionnelle, celle-ci sera axée au cours des prochains mois sur la conclusion des accords pluri-professionnels relatifs aux soins de proximité. Il s'agira d'un levier important d'amélioration de l'efficience des soins.

Nous partageons globalement les constats et recommandations formulées par la Cour des comptes sur les urgences hospitalières et notamment l'objectif d'améliorer la connaissance de l'activité et des modes de prise en charge en urgence et de développer des outils d'analyse et de comparaison médico-économique entre les prises en charge hospitalières et les prises en charge en ville. Les travaux pilotés par l'ATIH visant à identifier les coûts complets des services d'urgence contribueront à cet objectif. Il convient néanmoins de rappeler que les services d'urgence sont caractérisés par des coûts fixes importants relativement indépendants des variations à la marge et seulement ponctuelles du nombre de patients pris en charge dans ces services.

S'agissant de l'évolution des modes de financement, les travaux de refonte du modèle de financement des urgences ont permis la re-modélisation de la mission d'intérêt général des SAMU en 2014 et se poursuivent en ce qui concerne les services d'urgence et les SMUR. La réforme envisagée pour les services d'urgence a notamment pour objectif, en cohérence avec les recommandations de la Cour, de réduire l'incitation à l'activité n'ayant pas vocation à être réalisée au sein des services d'urgence et de concourir à la régulation par l'accompagnement aux mutualisations de services. Ce nouveau modèle doit également permettre aux ARS d'articuler de manière plus efficiente les services d'urgence avec les autres organisations à même de prendre en charge les demandes de soins non programmés, de manière à réaliser les économies nécessaires au respect de l'ONDAM.

Ainsi que la Cour le souligne, des gains importants d'efficience restent à mobiliser dans le secteur hospitalier. Les recommandations sur l'évolution de l'assurance maternité font l'objet d'une attention particulière de notre part. Ce dispositif assurantiel, qui garantit un taux de couverture très satisfaisant doit être suivi de manière spécifique pour en renforcer sa lisibilité. Certaines modalités d'allocation financière pourraient être réexaminées. L'équilibre économique global du programme d'accompagnement mis en œuvre par l'assurance maladie du retour à

domicile post-accouchement (PRADO), qui offre l'opportunité de renforcer la qualité de la prise en charge postnatale et de dégager des économies structurelles pour l'assurance maladie, doit également être assuré par la prise en compte de ses effets dans les tarifs de prise en charge des accouchements à l'hôpital.

Nous partageons également les constats et recommandations formulés par la Cour concernant les dépenses de personnels médicaux et non médicaux des établissements publics de santé, notamment les remarques sur le suivi des effectifs des établissements de santé, en particulier sur la nécessité d'estimer plus précisément l'impact des mesures catégorielles et de calculer les effets de carrière et les effets structure. Cet objectif sous-tend le projet engagé depuis 2012 par les services du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes visant à extraire directement les données des systèmes d'information de gestion des ressources humaines des établissements de santé. Ce projet permettra de systématiser le recueil des données de manière annuelle et infra annuelle. En parallèle, vient d'être réalisée une mise à jour du guide de suivi de la masse salariale qui dotera les établissements d'un outil permettant une lecture dynamique de la masse salariale.

De même, nous souscrivons à l'objectif de la Cour d'estimer à terme le potentiel d'économies relatif à une meilleure organisation et gestion des effectifs et des temps de travail à l'hôpital. La contribution du secteur hospitalier au respect de la trajectoire des dépenses d'assurance maladie implique de mobiliser tous les leviers d'amélioration de la productivité des établissements. Les outils de contrôle et de régulation de la masse salariale doivent être complétés et à ce titre, la renégociation des accords locaux RTT d'ores et déjà engagée par un certain nombre d'établissements peut constituer un levier, comme le mentionne le projet de rapport. En outre, le processus d'approbation des budgets des établissements de santé par les ARS, notamment pour ceux des établissements qui font l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier, pourrait être révisé afin de mieux tenir compte des hypothèses d'évolution de la masse salariale et des effectifs. De la même manière, nous sommes favorables à un encadrement du recours à l'intérim médical, qui est, comme le souligne la Cour, un déterminant très dynamique de la croissance des dépenses de personnel.

Nous partageons les constats s'attachant à la complexité de la procédure d'élaboration et d'adoption des projets régionaux de santé (PRS). Comme la Cour le recommande, la structure des nouveaux PRS sera complètement refondée dans le cadre du projet de loi de santé. Le PRS sera désormais composé d'un cadre d'orientation traduisant la vision stratégique de l'ARS à dix ans et d'un schéma régional de santé établi lui pour cinq ans qui fixera les prévisions d'évolution de l'offre sur l'ensemble du champ de compétence des ARS et des objectifs pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge. Ce schéma régional unique permettra une approche transversale des prises en charge (soins et accompagnements) dans la proximité et la continuité, dans une logique de parcours.

*

L'insertion du rapport relative aux lois de financement de la sécurité sociale, leur champ et leur articulation avec les lois de finances et plus largement les outils de pilotage des finances publiques met en évidence la contribution de ces lois au bon pilotage des finances de la sécurité sociale, avec, certes, certaines limites. Le projet de rapport suggère plusieurs pistes d'amélioration qui nous semblent intéressantes.

Si les LFSS constituent une avancée incontestable en matière de suivi et de pilotage des finances sociales, la persistance de déficits structurels reste difficilement justifiable alors que les dépenses sociales, par nature, ne peuvent être financées durablement par l'emprunt. Ce constat plaide pour un renforcement des LFSS, dans le cadre d'un pilotage global, et donc avec une meilleure articulation avec les autres rendez-vous des finances publiques. C'est le sens des engagements pris dans le cadre du pacte budgétaire européen. A cet égard, les lois de programmation des finances publiques (LPFP), rapprochées annuellement de l'article liminaire des lois financières, marquent un tournant qui concerne tout autant les finances sociales que les autres segments des finances publiques.

Dans ce même objectif de bonne articulation du programme de stabilité, du débat sur l'orientation des finances publiques et des lois financières, le passage d'une logique de solde et d'effort structurels, exprimés selon les normes de la comptabilité nationale, aux tableaux d'équilibre des régimes et des branches de la sécurité sociale, élaborés sous le format de la comptabilité générale et des LFSS, qui est facilité par les avancées récentes des LPFP, continuera, au bénéfice de ces efforts, à gagner en lisibilité pour les parlementaires.

La proposition de la Cour d'une « loi de financement de la protection sociale obligatoire » apparaît quant à elle ambitieuse et ne pourrait s'inscrire que dans une perspective de long terme. En revanche, une meilleure information du Parlement sur la participation de chaque composante du champ des administrations de sécurité sociale aux trajectoires globales de dépenses des régimes sociaux peut sans doute être menée à bien dans le respect du caractère conventionnel de certains de ces régimes.

Dans le contexte de la recherche d'une maîtrise toujours accrue de la progression des dépenses, un suivi dynamique et réactif des objectifs de dépenses, notamment en matière de politique familiale ou de vieillesse, est souhaitable. Ce suivi doit se fonder sur l'examen de l'exécution et le respect de l'objectif d'une année à l'autre. La proposition d'aboutir à la création d'un objectif analogue à l'ONDAM, dont l'utilité pour prévoir et réguler la dépense est reconnue, devrait donc être examinée dans le sens d'une présentation plus précise et structurée, à l'occasion des LFSS, de l'ensemble des mesures qui concourent à l'objectif de dépenses de ces branches et de leurs taux d'évolution.

La Cour considère enfin que la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aurait facilité la succession des déficits en permettant l'accumulation d'une dette considérable dont l'amortissement est régulièrement reporté. L'action de la CADES s'inscrit au contraire dans une démarche de responsabilisation face à l'aggravation des déficits sociaux. Cette logique de responsabilisation a par ailleurs été renforcée, comme le projet de rapport le souligne, par l'instauration par la LOLFSS d'une contrainte forte quant aux ressources qui doivent être affectées à la Caisse en cas de reprise de dette. S'il est vrai que la LFSS pour 2011 a prévu un schéma de transfert de dette de grande ampleur, justifié par le caractère exceptionnel des déficits nés de la crise économique, celle-ci a bien été financée par l'affectation de recettes à due concurrence. La solidité des ressources attribuées à la CADES a d'ailleurs permis de rapprocher l'horizon prévisionnel de sa suppression, qui est prévue en 2024 au lieu de 2025. En outre, les déficits dont la reprise avait été programmée par la LFSS pour 2011 n'ont pas atteint les niveaux anticipés, ce qui démontre au contraire que l'existence de la CADES ne saurait être considérée comme déresponsabilisante. En réalité, le retour à l'équilibre est d'autant plus nécessaire que le caractère temporaire de cet organisme n'a à aucun moment été remis en cause. Dans cette perspective, sa suppression devrait s'accompagner, comme la Cour le propose, de mécanismes pérennes permettant la correction rapide des déséquilibres qui pourraient survenir ultérieurement, afin de prévenir la constitution d'une dette nouvelle. Il s'agit là cependant d'enjeux de moyen terme.

*

La qualité de la prévision des recettes, des dépenses et des soldes des régimes de sécurité sociale est un objectif partagé avec la Cour puisque le bon pilotage des comptes sociaux en dépend. Il est notamment important de questionner régulièrement les méthodes de prévision, de travailler en permanence à leur amélioration et de bien en documenter les hypothèses. De plus, les apports du traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernances des finances publiques (TSCG) et de la loi organique qui le décline ont conduit à dépasser le cadre des seules LFSS, à renforcer la coordination entre administrations, et à progresser dans la formalisation des processus de prévisions et de suivi infra-annuel des recettes sociales. A cet égard, la publication à venir de données comptables trimestrielles puis mensuelles sur le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), complétées dans un second temps par des données sur les autres régimes, fournit assurément un levier pour fiabiliser le suivi des recettes et de la dépense et pour enrichir les outils de prévision.

Il est à noter, toutefois, que le rapport de la Cour donne une vision pour partie erronée des écarts entre prévisions et réalisations de dépenses et de recettes, qui sont beaucoup moins élevés qu'elle ne le calcule. Des changements de modes de consolidation comptable, suite, notamment, à des observations de la Cour, accroissent, s'ils ne sont pas neutralisés, l'écart apparent entre les prévisions faites en septembre pour l'année suivante et les réalisations. Ils ne peuvent être assimilés à des erreurs de prévisions. Or, ces

changements de mode de consolidation jouent l'année de leur mise en œuvre pour plusieurs milliards d'euros et expliquent une large part des écarts calculés par la Cour.

*

Dans le domaine de la lutte contre la fraude, les orientations prises récemment dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017 de l'ACOSS vont dans le sens de la recommandation de la Cour d'une évaluation des cotisations et contributions éludées. En effet, la COG vise à renforcer l'expertise de l'ACOSS en ce domaine en privilégiant une approche sectorielle et en augmentant le nombre de contrôles réalisés afin d'asseoir la robustesse statistique des extrapolations. La stratégie retenue vise ainsi à combiner la conduite de contrôles aléatoires dans certains secteurs d'activité identifiés « à risque » et la poursuite de contrôles dans des domaines insuffisamment couverts jusqu'à alors tels que les emplois à domicile ou les travailleurs indépendants

Plus généralement, les axes du Plan national de lutte contre la fraude aux finances publiques pour 2014-2015, adopté en mai, rejoignent largement certaines suggestions de la Cour : l'évaluation de l'ampleur de la fraude sociale, tous secteurs confondus, qui nécessite un nombre de contrôles aléatoires très important et un travail méthodologique sérieux, relève des travaux prévus par ce plan. De même, concernant les échanges avec la Direction Générale des Finances Publiques, la Cour insiste sur la nécessité d'un rapprochement de méthodes et la mise en place d'une plus grande coordination entre les corps de contrôle, qui fait précisément l'objet de conventions actualisées fréquemment. La recherche d'une fluidité optimale des pratiques de travail entre ces administrations est un objectif partagé.

*

Même si, de manière générale, l'effort contributif des travailleurs indépendants demeure inférieur à celui des salariés, il convient de souligner que les mesures prises depuis 2012 vont précisément dans le sens des recommandations de la Cour. Ainsi, le déplafonnement de la cotisation maladie maternité et la suppression de la déduction pour frais professionnels en LFSS 2013 et le déplafonnement de la cotisation vieillesse de base en LFSS 2014 contribuent à davantage d'équité entre les différentes catégories d'assurés. En outre, la mise en œuvre d'exonérations dégressives pour les cotisations personnelles des travailleurs indépendants les plus modestes permet de réduire significativement les inéquités qui préexistaient au sein du régime des travailleurs indépendants lui-même. En revanche, le Gouvernement n'entend pas à ce stade porter le taux de la nouvelle cotisation vieillesse déplafonnée au même niveau que celui du régime général, les taux de cotisations des régimes n'étant pas immédiatement comparables. La différence restera en 2017 de 1,7 point.

*

S'agissant de la gestion du régime social des indépendants (RSI), nous partageons l'essentiel des constats et préconisations de la Cour. Comme le rapport le relève, la création du régime social des indépendants (RSI) le 1er juillet 2006 s'est accompagnée d'une restructuration d'ampleur que le RSI a dû gérer dans un contexte difficile marqué par des dysfonctionnements liés à la mise en œuvre de l'interlocuteur social unique (ISU). Ce contexte a fortement pesé sur la réalisation des gains d'efficience attendus de la restructuration du réseau, la résolution des graves difficultés rencontrées dans la mise en place de l'ISU et le rétablissement d'une qualité de service satisfaisante pour les cotisants et les assurés constituant un enjeu prioritaire.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et la caisse nationale du RSI pour la période 2012-2015 a toutefois marqué une première inflexion et a fixé des objectifs d'économies de fonctionnement traduisant des premiers gains de productivité. Ces objectifs ont été tenus sur les premières années de la période conventionnelle et nous serons vigilants à ce que cette dynamique se poursuive.

Nous partageons pleinement les conclusions de la Cour sur la nécessité, dix ans après la création du RSI et alors que la gestion de l'ISU s'est nettement améliorée, de tirer toutes les conséquences de la réorganisation du régime qui doit se traduire par une gestion plus efficiente et une réduction des coûts de fonctionnement. La prochaine COG qui entrera en vigueur en 2015 devra s'attacher à traduire cette orientation et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs d'économies ambitieux qu'a fixés le Gouvernement sur les coûts de fonctionnement de la sécurité sociale. Un nouveau resserrement du réseau, que la Cour estime nécessaire, la caisse nationale du RSI a d'ores et déjà engagé une réflexion en ce sens avec la démarche « Trajectoire 2018 ». Cette démarche aura également vocation à être confortée dans le cadre de la prochaine convention.

PREMIÈRE PARTIE – UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX À AFFERMIR

Chapitre III

L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

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

En ce qui concerne le chapitre relatif à la construction de l'ONDAM, le projet de rapport développe l'argumentation selon laquelle la maîtrise des dépenses d'assurance maladie n'est qu'apparente dans la mesure où le respect de l'ONDAM s'expliquerait essentiellement par la surestimation de la base de construction et des prévisions tendancielles.

Je ne peux souscrire à cette analyse qui se fonde sur des approches partielles orientant les conclusions et qui ne reflète en aucun cas la réalité de l'effort accompli depuis plusieurs années. En effet, vous estimez, dans un premier temps, que les taux d'évolution des objectifs de dépenses, c'est-à-dire les ONDAM votés, ne sont pas assez rigoureux compte tenu de la conjoncture économique. Même s'il n'appartient pas à la CNAMTS de se prononcer sur la fixation de l'ONDAM, qui relève des prérogatives du Parlement, j'observe que votre raisonnement s'appuie sur la seule année 2013, ce qui conduit à passer sous silence le ralentissement structurel opéré sur le moyen terme.

De la même manière, vous mettez en avant un écart au PIB calculé sur cinq ans sans indiquer que les trois quarts de cet écart proviennent de l'année 2009, année qui a connu, comme vous le savez, un recul du PIB sans précédent (- 3 % en volume). Ce choc conjoncturel a d'ailleurs été mondial, tous les pays ayant enregistré cette année-là un fort différentiel entre l'évolution de leur richesse et celui de leurs dépenses de santé. La France n'y a pas fait exception.

Vous considérez ensuite qu'en exécution, la dépense n'a pas ralenti. Si l'on observe les évolutions depuis une dizaine d'années, cette affirmation ne me paraît pas juste. Structurellement, la dépense d'assurance maladie ralentit, et c'est le cas aussi de la dépense de santé dans son ensemble, comme l'attestent les comptes de la santé. En 2013, après dénouement des provisions, l'ONDAM exécuté évoluerait ainsi de + 2,3 %, c'est-à-dire la même évolution qu'en 2012 : ce sont les taux les plus bas constatés depuis 1997.

Par ailleurs, l'argument selon lequel le respect de l'ONDAM serait en trompe l'œil et ne serait dû qu'à un effet base favorable donne une vision biaisée de la réalité. Par construction, si l'effet de base augmente, c'est bien

que le taux d'exécution de l'ONDAM est inférieur à l'objectif. Cette sous-exécution significative depuis quatre ans constitue un réel succès, qui témoigne d'une rigueur accrue dans la gestion des dépenses d'assurance maladie. Les économies cumulées ainsi engrangées ont fait l'objet d'un rebasage en 2013 et 2014.

Concernant les prévisions de soins de ville, je partage la conviction de la nécessité d'améliorer encore les méthodes utilisées, l'Assurance Maladie y travaillant en permanence. Un certain nombre de recommandations formulées par le projet de rapport sont ainsi d'ores et déjà appliquées : les données les plus récentes sont systématiquement utilisées, de même que les données connues sur le dénouement des provisions au moment du calcul de l'ONDAM.

En revanche, je ne peux souscrire au jugement porté tendant à mettre en cause la qualité et le sérieux des prévisions tendancielles réalisées, qui seraient biaisées à la hausse. Des éléments de réponse techniques vous sont apportés en annexe sur les indemnités journalières et le médicament, que vous prenez en exemple de cette surestimation. De manière générale, les inflexions de tendance qui peuvent affecter certains postes de dépenses ne sont pas aisées à anticiper et elles peuvent jouer dans les deux sens, comme le montrent les évolutions en 2014, qui voient à la fois une reprise des indemnités journalières, dans un contexte économique pourtant déprimé, et l'arrivée de nouvelles molécules très coûteuses dans le traitement de l'hépatite C.

Je tiens à souligner également que les éléments constitutifs de ces prévisions font déjà l'objet d'un regard externe porté par le comité d'alerte, que les méthodes de traitement des séries temporelles de la CNAMTS ont été auditées dans le cadre de la certification des comptes, et que l'Assurance Maladie est engagée dans un processus de certification de ses méthodes auprès de l'INSEE. Il me semble donc que la contre-expertise que la Cour appelle de ces vœux est déjà à l'œuvre.

D'une façon générale, je ne peux que partager votre souhait d'améliorer encore la gestion de l'ONDAM, mais je regrette, alors que celle-ci est devenue de plus en plus rigoureuse au fil des années, que la tonalité du projet de rapport tende à accréditer l'idée que la maîtrise est peu volontariste, voire artificielle.

L'exhortation à renforcer encore les outils de contrôle de la dépense n'est d'ailleurs pas contradictoire avec la reconnaissance des efforts déjà accomplis.

Chapitre IV
La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

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

La Cour formule, concernant la Mutualité Sociale Agricole (MSA) des recommandations particulières en matière de contrôle.

Conformément à ce que prévoit la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), la MSA s'attache à faire progresser le ciblage de ses actions de contrôle tant en ce qui concerne les cas de dissimulation d'activité que les cas de dissimulation d'emploi salarié ou d'heures travaillées. Dans le cadre de la politique institutionnelle de contrôle, la branche cotisations constitue une des priorités pour les années 2014-2015 avec notamment, en 2014 la formalisation des procédures de contrôle.

Les évaluations annuelles des trois premières années de la COG 2011-2015 montrent que la MSA atteint et dépasse les objectifs assignés dans le domaine de la lutte contre la fraude.

Le montant de la fraude constatée atteint 22,4 M€, montant identique à 2012, au-delà de la cible de 16 M€ pour 2013. Ce résultat global stable marque des divergences entre les branches : alors que les fraudes en matière de retraite sont en forte baisse (- 45 % avec la fin des contentieux liés au rachat), les fraudes constatées en matière de cotisations et de travail illégal sont en forte hausse (respectivement + 35 % par rapport à 2012 et + 37 % depuis 2011). Ainsi, le montant de 11,2 M€ relevé par la Cour en 2012 relatif aux fraudes sur cotisations progresse encore en 2013 et atteint 13,1 M€ (dépassant l'objectif fixé de 8 M€, comme les deux années précédentes). Ces résultats ont été remarqués par la Délégation nationale de lutte contre la fraude et les tutelles lors des évaluations annuelles de la COG.

En matière de sanctions prononcées pour cause de travail dissimulé, le résultat (279 sanctions), du même niveau que 2012, dépasse l'objectif 2013 et 2015 (250).

La Cour observe que le rôle de la caisse centrale de la MSA (CCMSA), notamment en matière de méthodologie de contrôle, devrait être plus important. Le décret n°2013-1222 du 23 décembre 2013, en modifiant l'article R. 724-10 du code rural et de la pêche maritime, permet dorénavant à la CCMSA non seulement d'apprécier la pertinence des objectifs fixés localement et les moyens d'y parvenir, mais aussi de demander l'aménagement ou la modification du plan de contrôle de la caisse concernée.

Par ailleurs, il convient de noter que les différents acteurs de la lutte contre le travail illégal en agriculture ont conclu, le 24 février 2014, une convention de partenariat définissant la nature et les modalités de mise en œuvre des actions ainsi que les rôles respectifs des signataires, à savoir l'Etat,

les organisations syndicales et professionnelles et la caisse centrale de la MSA.

Dans ce cadre, la CCMSA est chargée de centraliser les informations transmises par les services de contrôle, y compris celles issues des Comités Opérationnels Départementaux Anti-fraude (CODAF). Son pôle ressources, renforcé, devient le référent de l'ensemble du réseau en matière juridique et contentieuse. Elle s'engage en outre à affecter aux services de contrôle les moyens nécessaires à l'exercice de leur mission et à accentuer, ainsi que la Cour le recommande, la professionnalisation des personnels.

Cette convention met l'accent sur la vigilance particulière qui doit, comme le souligne la Cour, être portée sur les entreprises de prestations de services internationales. Ainsi, les agents de contrôle des caisses de MSA vont être en capacité de vérifier la situation de détachement via la base de données « Système Informatisé de Recherche des Détachements Autorisés et Réguliers ». Tout fait susceptible de caractériser une situation de travail illégal pourra être signalé aux CODAF.

Allant dans le sens préconisé par la Cour, une démarche de data-mining est développée par la CCMSA (fraude aux indemnités journalières, fraudes aux cotisations). Ces travaux permettent de mettre en évidence des indicateurs de présomption. Elles débouchent sur l'élaboration de requêtes pour ciblage des contrôles.

Enfin, les caisses de MSA sont chargées de mettre en place diverses actions de communication destinées à réduire le travail dissimulé, notamment auprès des établissements d'enseignement et des centres de formation afin que les élèves et stagiaires soient informés sur leur statut, et de sensibiliser les candidats à l'installation en tant que chef d'exploitation.

Ces différentes actions qui font l'objet de toute mon attention, sont de nature à améliorer les résultats de la lutte contre la fraude aux cotisations dans le secteur agricole. Je partage cependant l'avis de la Cour sur la nécessité de poursuivre les efforts entamés en matière de formation et de spécialisation des personnels de contrôle dans ce domaine.

La négociation de la prochaine COG, qui doit débuter en 2015, doit être l'occasion de mener une réflexion associant la maîtrise des risques afin de mettre en place des indicateurs communs. Cette négociation devra en outre prendre en compte, comme le recommande la Cour, les conséquences de la généralisation de la déclaration sociale nominative sur l'organisation des caisses et sur les évolutions rendues nécessaires dans le domaine du contrôle.

RÉPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

Dans son rapport, la Cour fait état de réserves concernant notamment l'évaluation de la fraude et le rendement de la lutte opérée par la branche recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) souhaite préciser son interprétation globale de ces observations et les perspectives en la matière.

La stratégie de la branche Recouvrement en matière de lutte contre la fraude est ancienne et elle s'est structurée depuis une vingtaine d'année selon les principes d'éradication des structures en situation de fraude, afin de garantir une saine concurrence entre les acteurs économiques et d'œuvrer au rétablissement des droits sociaux des salariés. L'organisation qui s'est mise en place progressivement a conduit à distinguer deux grandes missions au sein du contrôle : les contrôles comptables d'assiette visant à régulariser les erreurs d'appréciation par les employeurs de la réglementation et la lutte contre la fraude.

1. Une analyse fondée sur une évaluation biaisée et sur une comparaison à relativiser

1. 1 Sur l'évaluation de la fraude et le ciblage

L'Acoss a reproduit dans le cadre des travaux liés à l'enquête de la Cour des Comptes l'évaluation réalisée en 2007 par le CPO sur données 2004 sans modifications majeures de méthode. Elle a fourni une note indiquant les limites qu'elle considère importantes pour un sujet à caractère très sensible. La principale limite concerne la capacité à corriger les biais de sélection et de détection. Comme indiqué dans la note fournie « les résultats sont présentés sous la forme d'intervalles de confiance à 95 % pour rendre compte de l'imprécision des résultats liée à la taille des populations étudiées. En revanche, ils ne rendent pas compte des limites de la méthode en termes de correction des biais de sélection et de détection ». Suit une phrase encadrée : « Il convient donc de considérer cette évaluation avec beaucoup de prudence. En particulier, il importe de ne pas sur interpréter les écarts constatés entre les différentes évaluations annuelles ».

Il nous semble que la rédaction retenue pourrait insister davantage sur les limites indiquées par l'Acoss. En effet il n'est guère possible de bien corriger l'ensemble des biais de sélection dans une méthode s'appuyant sur des contrôles ciblés en ne prenant en compte que les critères de ciblage objectivables ou mesurables, en pratique les seuls effets taille et secteur pour la LCTI. Il existe en effet des critères de ciblage non mesurables générant « un biais de sélection résiduel potentiellement important ». Il semble dès lors probable que l'estimation ainsi calculée soit surestimée pour la lutte contre le travail illégal, au vu de ce que disent les rendements des contrôles mobilisés et comme semblent l'indiquer les résultats alternatifs issus des travaux menés à partir de contrôles aléatoires au niveau des secteurs spécifiques étudiés à ce stade. Cela ne veut toutefois pas dire que des évaluations complètes ne pourraient pas indiquer des chiffres de cet ordre de grandeur dès lors qu'elles pourraient s'appuyer sur des contrôles menés sur des secteurs ou des espaces géographiques plus difficiles à appréhender où les contrôles doivent nécessairement être menés de manière adaptée aux spécificités et au contexte. Mais ceci restera encore à démontrer.

Dès lors il nous paraît délicat de mettre l'accent sur le fait que le montant proposé sous forme de fourchette est sous-évalué, même si celui-ci est calculé sur un champ incomplet, en raison des difficultés de correction du biais de sélection. Il est en effet clair qu'il existe des biais de nature à sous-

estimer la fraude (le champ, les biais de détection) mais aussi des biais de nature à la surestimer (les biais de sélection insuffisamment corrigés selon l'Acoss) et il n'est pas possible de trancher sur le signe du solde des corrections restant à effectuer. En tout état de cause les montants affichés apparaissent déjà très élevés. En conséquence, et pour ces mêmes raisons, il nous paraît ni souhaitable ni pertinent d'afficher un rendement des opérations de lutte contre le travail dissimulé s'appuyant sur un ratio des redressements d'un peu plus de 1 % de la fraude estimée.

1.2 Sur les limites de la comparaison avec la DGFIP

La comparaison entre la DGFIP et la branche des taux de recouvrement sur redressement proposée par la Cour est considérablement biaisée par la définition et le périmètre de la fraude qui diffèrent entre les deux opérateurs. L'ensemble des montants d'impôts éludés par le contribuable de toute nature ou statut apparait constitutif de fraude. En matière sociale, seul le redressement pour travail dissimulé entre dans cette catégorie.

La DGFIP fait donc masse de l'ensemble des « rehaussements d'impôts » pour calculer un indicateur de performance de recouvrement. Elle ne produit en aucun cas des éléments de mesure sur les conséquences fiscales des opérations mettant en évidence des infractions de travail dissimulé.

La comparaison et l'analyse pris sous cet angle n'aurait de sens que par la détermination de mesures homogènes sur un même périmètre. Le taux de recouvrement suite à créances LCTI de 15 à 16 % rappelé par la Cour est global (brut) prenant ainsi en compte l'ensemble des redressements transformés en créances LCTI. La neutralisation des situations de disparitions d'entreprises ou leur liquidation immédiate (procédures collectives) fait mécaniquement et significativement progresser ce taux à plus de 30 %. Les contestations sans paiement (souvent totalement dilatoires) sont également de nature à influer sur ce résultat. Pour la branche recouvrement, deux activités de contrôles apparaissent donc bien distinctes : le contrôle comptable d'assiette et la lutte contre le travail illégal. En l'état, le taux de recouvrement sur créances frauduleuses (LCTI) ne peut donc être valablement comparé à celui de la fraude DGFIP. C'est d'ailleurs en ce sens que la COG 2014-2017 de la branche recouvrement prévoit la création et le suivi d'un taux global de recouvrement sur l'ensemble des créances nées d'opérations de contrôle de toute nature.

Par ailleurs, la branche ne disposant pas de pouvoir exorbitant de recouvrement ou de garantie des procédures à l'image de la DGFIP, les URSSAF ne peuvent engager des démarches de recouvrement forcé qu'après l'obtention d'un titre exécutoire dans les conditions prévues par les textes. Dans le domaine de la lutte contre la fraude, ces procédures s'avèrent peu efficaces compte tenu des délais des procédures et des voies de recours prévus par les textes. L'Acoss a sollicité une évolution des textes devant lui permettre de bénéficier de la procédure d'avis à tiers détenteur (ATD) dont les conditions des mises en œuvre répondent aux contraintes d'actions rapides, ce dispositif n'impliquant pas l'obtention préalable d'un titre exécutoire à toute action de garantie ou d'exécution forcée.

2. Des pistes de progrès déjà investies

La Cour regrette que le taux de redressement dans le cadre de la lutte contre la fraude soit faible et que le recouvrement effectif soit d'un montant dérisoire. Certes, le recouvrement effectif apparait en première analyse peu élevé mais la lutte contre la fraude vise à garantir une saine concurrence entre les acteurs économiques et à lutter contre ceux qui tirent du non respect de la réglementation un avantage économique par rapport à leurs concurrents. La sanction infligée doit être financière mais elle peut également conduire à faire disparaitre la structure qui fraude, avec pour conséquence le chiffrage d'un redressement mais l'absence de recouvrement. Par ailleurs, les structures organisées pour frauder organisent leur insolvabilité rendant encore plus improbable le recouvrement. L'ensemble des sanctions administratives et financières est mobilisé à titre dissuasif (en supprimant notamment le sentiment d'impunité des auteurs des infractions) comme à titre répressif, comme un levier efficace de lutte contre le travail dissimulé.

En matière d'organisation de la lutte contre la fraude, la Cour propose une organisation inter-régionale des moyens et ressources. Dans le cadre de la régionalisation de son réseau, la branche s'attache à réaffirmer la nécessité de pérenniser la mise en place de structures régionales dédiées à la lutte contre la fraude composées d'inspecteurs du recouvrement et de managers affectés à plein temps aux missions de lutte contre la fraude. L'efficacité de la spécialisation des corps de contrôle investis dans cette mission induit une politique spécifique de gestion des ressources humaines adaptées. La mise en place d'une maille inter régionale très opérationnelle ne parait pas devoir apporter de plus-value. Le pilotage national et les travaux de convergence entre Urssaf apparaissent plus pertinents pour répondre aux exigences des politiques publiques en matière de lutte contre la fraude aux finances publiques.

La Cour s'interroge sur la pertinence d'un redéploiement d'une partie des inspecteurs en faveur de la lutte contre la fraude. Il convient de rappeler que les activités de contrôle et de lutte contre la fraude ne peuvent être dissociées. Il s'agit de mettre en place une stratégie globale permettant de répondre à l'ensemble des finalités du contrôle et de facto contenir les phénomènes d'évasion sociale. Le nombre d'actions de contrôle contribue à conforter la perception du cotisant sur le nombre de contrôles. Le temps moyen d'une action LCTI est deux fois plus élevé que le temps moyen de réalisation d'un contrôle comptable d'assiette (CCA) sur une TPE (85 % du fichier de l'Urssaf). De ce fait, le redéploiement des moyens modifierait le niveau de présence auprès des cotisants les incitant à développer des comportements d'évasion sociale. L'ensemble de ces constats conduit l'Acoss, tout en maintenant son effort de contrôle à 15 % du temps dédié à la LCTI, à privilégier la poursuite d'une politique de professionnalisation des inspecteurs dédiés à la LCTI mais également des inspecteurs CCA pour la détection de la fraude dans le cadre d'une vérification classique.

La Cour considère que les objectifs fixés en matière de LCTI ne sont pas assez ambitieux et peu adaptés aux organismes. Les objectifs sont déclinés et adaptés en tenant compte des spécificités des organismes. Sur la

durée, on peut observer une augmentation continue de redressements notifiés. En début de COG, les objectifs nationaux sont ensuite déclinés par organisme en tenant compte d'une part de la capacité à faire, d'autre part des résultats observés sur les périodes antérieures. Sur la COG qui vient de s'achever, les résultats par région laissent apparaitre que 14 organismes ont atteint ou dépassé l'objectif CPG assigné.

La Cour propose de renforcer les moyens juridiques d'actions de la branche. La branche considère que les pouvoirs d'investigation et d'action des inspecteurs du recouvrement semblent suffisants au regard de la mission confiée. Il semble nécessaire de renforcer davantage le partenariat et la coordination en matière d'action, en particulier les actions menées sous l'autorité du procureur de la République, car elles sont de nature à créer une synergie des pouvoirs et des compétences, une efficacité accrue et une meilleure maitrise des procédures.

Dans le même temps, il convient de rappeler que la branche a initié des travaux avec la DNLF en vue d'accentuer juridiquement, dans certaines circonstances, la sanction pénale. Ces axes de réflexion portés auprès de la Chancellerie devraient aboutir à une circulaire de politique pénale afin d'accompagner cette réforme.

L'Acoss émet quelques réserves quant à la proposition d'augmenter de manière généralisée le montant des sanctions financières mais souhaite, comme indiqué pouvoir disposer de moyens permettant, à l'instar des services fiscaux de recouvrer plus rapidement et plus efficacement les cotisations éludées.

S'agissant des préconisations relatives au contrôle de l'Agirc Arrco, l'Acoss précise que ce champ relève principalement des actions de contrôle comptable d'assiette. Dès lors que les actions seront engagées et que des fraudes à l'encontre du GIE auront été détectées, les redressements seront notifiés selon les dispositions qui conviennent à la situation observée.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

La mise en place en 2008 de l'Interlocuteur Social Unique s'est faite dans des conditions extrêmement difficiles et a entraîné des perturbations importantes dans le service du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants que la Cour a souligné dans son rapport de 2012 sur la réforme du régime social des indépendants (RSI).

Comme la Cour le recommandait dans ce rapport, le RSI et l'ACOSS se sont mobilisés pleinement et de façon prioritaire pour restaurer les fonctions de base du recouvrement avec pour objectif de faire baisser les restes à recouvrer tout en améliorant la qualité de service rendus aux cotisants. Il y a lieu de souligner, en matière de performance du recouvrement, le succès de cette mobilisation puisque le taux des restes à recouvrer au 31 décembre 2013 sur les émissions de cotisations de l'année était plus de 3 points plus bas que le même taux au 31 décembre 2011 sur les

émissions 2011 ; cela représente un gain pérenne en base de près d'un demi-milliard d'euros, baisse acquise dans un contexte économique difficile qui s'explique donc par le seul effet de la remise en ordre des processus de recouvrement.

Compte tenu de cette normalisation, la Caisse nationale du RSI partage la recommandation de la Cour de rendre désormais prioritaire la lutte contre la fraude aux cotisations des travailleurs indépendants.

Dès 2013, au vu des contrôles systématiques pour les remboursement de trop versés de cotisations supérieurs à 9 000 €, un plan de lutte contre le travail illégal portant notamment sur les travailleurs indépendants non déclarés a été mis en place en 2013 ; il a permis de détecter près de 5 millions d'euros de préjudice financier pour lesquels des opérations de mise en demeure et de dépôt de plainte ont été engagées.

Au-delà, la mise en œuvre du contrôle de la législation sociale en matière de recouvrement incombant selon les textes aux URSSAF (L.133-6-5 du code de la sécurité sociale), la Caisse nationale du RSI a insisté pour que les développements informatiques nécessaires au recouvrement et au redressement des cotisations sur les périodes litigieuses soient priorisés et conduits de manière pragmatique pour permettre une mise en service dans les prochains mois.

Elle a souhaité également, nonobstant les règles de partage des compétences entre les deux réseaux, que les opérations matérielles de contrôle et de lutte contre le travail illégal soient incluses dans le périmètre des activités partagées et gérées dans le cadre posé par la convention nationale du 31 juillet 2013 entre la Caisse nationale du RSI et l'ACOSS et les conventions régionales entre les caisses régionales et les URSSAF.

Enfin, la Caisse nationale du RSI propose qu'une partie de ses équipes en charge aujourd'hui des contrôle et des redressements d'assiette au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés puisse progressivement à partir de 2015 contribuer aux travaux de vérification d'assiette et puisse à cet effet exploiter les données fiscales de déclarations des revenus des travailleurs indépendants.

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

La CCMSA n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

DEUXIÈME PARTIE – DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À MODERNISER POUR UN PILOTAGE PLUS EFFICACE DES FINANCES SOCIALES

Chapitre VI
Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer

RÉPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

Sur l'encadré « des moyens fractionnés » concernant l'Acoss la formulation retenue fait référence aux travaux statistiques de fiabilisation des données d'effectifs salariés et d'assiettes salariales qui ne sont pas menés dans les services en charge des prévisions. En revanche ceux-ci ont la charge d'opérations lourdes et connexes à la prévision : par exemple le service des prévisions de l'Acoss produit mensuellement des prévisions de trésorerie directement mobilisées pour la gestion de trésorerie de l'Agence et il valide pour le compte de l'ordonnateur les notifications des versements aux attributaires élaborées chaque mois en droits constatés, garantissant ainsi le lien entre les deux approches de comptabilisation.

Concernant la dernière phrase du chapitre 1 du A. du III (Un suivi à perfectionner), cette phrase fait apparaître une asymétrie entre assiettes plafonnée et déplafonnée alors que leur calendrier de diffusion est assez proche. Par ailleurs, compte tenu des fluctuations infra trimestrielles de l'assiette liées aux versements de primes notamment l'Acoss considère pertinente une production trimestrielle des données sur la masse salariale alors qu'elle produit chaque mois dans son baromètre économique une estimation des évolutions de l'emploi sur le champ des entreprises déclarant mensuellement (les plus de 10 salariés).

Pour ce qui concerne les recettes l'Acoss publie les séries d'assiette déplafonnée 70 jours après la fin de chaque trimestre avec la décomposition entre évolutions de l'emploi salarié et du salaire moyen par tête. Les suivis de l'assiette plafonnée et des exonérations sont élaborés avec la même fréquence.

Concernant les notifications comptables, selon nos informations, la tutelle les exploite, même si elle peut ne pas valoriser la note d'analyse qui les accompagne.

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

Cf. réponse au chapitre III.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

- Sur les sources d'expertise nombreuses :

La Cour souligne que la Cnaf consacre moins de moyens que les autres organismes aux tâches de prévisions de ses dépenses : 4 personnes - également affectées à d'autres travaux -, contre 11 personnes à la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et 12 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), alors que le champ des prestations couvertes par l'exercice de prévision est large et complexe.

La Cnaf précise que ces effectifs réduits peuvent effectivement limiter sa capacité à procéder à des travaux de fond sur l'amélioration des modèles et que le renforcement prévu des moyens de la Cnaf dans le cadre de la présente convention d'objectifs et de gestion (COG) ne permettra probablement pas de régler rapidement cette difficulté.

- Sur les difficultés d'intégration au niveau central :

La Cour indique que l'utilisation de clefs pour extrapoler la prévision effectuée sur le champ de la branche Famille à l'ensemble des régimes « peut poser un problème de rapprochement entre la prévision ainsi construite et le suivi, assuré par la Mutualité Sociale Agricole (MSA). L'intégration financière désormais totale entre les deux régimes devrait conduire à des évolutions positives ».

La méthode de prévision réalisée à partir de clefs reste toutefois pertinente du fait, d'une part, de la fraction très réduite des dépenses pour la MSA et, d'autre part, de sa simplicité de mise en œuvre. En outre, les conditions de l'intégration financière totale entre la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (Ccmsa) et la Cnaf ne sont pas encore totalement définies et n'impliquent pas nécessairement, à ce stade, une remontée mensuelle des dépenses. Cependant, au-delà de la nécessaire information de la Ccmsa à la Cnaf, sur les envois à la direction de la sécurité sociale (Dss) en matière de prévisions, des échanges auront lieu afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque pour le prochain exercice de prévision. Les recommandations de la Cour seront mises à l'étude dans ce cadre.

Par ailleurs, la Cnaf a pris l'initiative d'un échange en juillet 2014 avec la Dss, la direction générale de la cohésion sociale (Dgcs) et la direction du budget (Db) afin de définir en commun le calendrier des prévisions du revenu de solidarité active (Rsa).

- Sur les écarts de solde non négligeables entre prévisions et réalisations :

La Cour précise que pour la branche famille, « l'écart moyen sur la période 2006-2013 est […] limité à 1,1 % ».

À la lecture du texte envoyé par la Cour, il semble que ces écarts non négligeables ne concernent pas les dépenses de la branche Famille qui figurent dans une sous-partie « des différences limitées sur les dépenses ».

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

Le CNAVTS n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

RÉPONSE DE LA CAISSE DES DÉPOTS ET CONSIGNATIONS (CDC)

La Caisse des dépôts et consignations n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

TROISIÈME PARTIE – DES DÉPENSES DE VILLE À REGULER BEAUCOUP PLUS VIGOUREUSEMENT

Chapitre VII
L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster

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

Cf. réponse au chapitre III.

Chapitre VIII
Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense

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

Il me paraît essentiel de nuancer le bilan présenté dans le projet de rapport en tenant compte du contexte financier particulièrement contraint dans lequel ont été menées les négociations ces dernières années.

De manière constante, l'UNCAM a en effet recherché le meilleur équilibre entre le respect strict des objectifs de dépenses d'assurance maladie et la mise en œuvre de réformes structurelles tout en maintenant l'opposabilité des tarifs. L'impression de complexité mise en avant dans le rapport résulte principalement d'une utilisation optimale des nombreux dispositifs proposés par les textes pour répondre à ces différents objectifs.

Au cours des dernières années, 1'Assurance Maladie a ainsi mis en place la rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins puis

les pharmaciens, liant ainsi des rémunérations à une véritable évolution des pratiques individuelles et à une amélioration de la qualité et de l'efficience du système de soins.

Les négociations conventionnelles ont également permis d'expérimenter et étendre, dans la limite des outils juridiques disponibles, le conventionnement sélectif pour améliorer la répartition géographique de certaines professions de santé. A cet égard, il revient aux pouvoirs publics de mieux sécuriser le cadre législatif de ces accords à la suite de la décision du Conseil d'Etat du 17 mars 2014.

En matière d'organisation des soins, la prise en charge en sortie d'hôpital a été améliorée (accord avec les sages-femmes sur la sortie de maternité, avec les infirmières et masseurs- kinésithérapeutes, accord-cadre interprofessionnel...) et ces accords ont démontré l'efficacité de la voie conventionnelle pour déployer des dispositifs permettant sur le terrain une évolution concrète des pratiques : plus de 250 000 jeunes mères ont bénéficié de cet accompagnement, plus de 3 000 personnes ont été prises en charge après une chirurgie orthopédique et environ 500 insuffisants cardiaques ont déjà été accompagnés pour améliorer leur qualité de vie et éviter leur réhospitalisation.

S'agissant des approches interprofessionnelles, des travaux sont en cours depuis le printemps 2014 autour d'objectifs clairement fixés par la stratégie nationale de santé et des orientations du conseil de l'UNCAM. Ces séances de travail ont montré la complexité de réunir les professionnels de santé libéraux autour d'objectifs communs et équilibrés, et le temps nécessaire pour définir, au-delà de débats sur les outils juridiques à disposition, les modalités d'action collectives et les engagements associés.

Sur le fond, j'insiste sur la nécessité de prendre en compte les avancées significatives et pragmatiques obtenues par la voie conventionnelle au cours des dernières années et veiller à conserver un bon équilibre avec 1'intervention de la loi pour mener à bien les évolutions de notre système de santé.

RÉPONSE DE L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM)

L'UNOCAM a signé sept accords conventionnels tripartites en 2012 et 2013. Comme la Cour, elle regrette que son association aux négociations, du fait de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), ait effectivement été « chaotique ». L'UNOCAM constate qu'elle n'a pu parvenir à un accord de méthode entre financeurs et se réjouit aujourd'hui des propositions de la Cour visant à instaurer « une véritable coopération des régimes de base et complémentaires ». C'est en effet l'une des conditions pour que l'UNOCAM puisse tenir le rôle qui lui a été confié en matière de négociations conventionnelles.

L'UNOCAM s'est mise en retrait des discussions conventionnelles à la fin 2013. Pour expliquer cette décision, la Cour indique que l'UNOCAM

« estim(ait) qu'elle n'était pas reconnue comme un véritable acteur de la régulation du système de soins ».

Cette affirmation d'ordre général appelle une précision. L'UNOCAM s'est retirée des négociations conventionnelles après la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, dont l'article 4 prévoyait de dévoyer l'engagement financier pris par l'assurance maladie complémentaire dans l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel le 7 décembre 2012. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a transformé, en effet, le copaiement du forfait médecin traitant par l'assurance maladie complémentaire en une disposition assimilable à une taxe parafiscale versée à l'assurance maladie obligatoire par les organismes complémentaires d'assurance maladie. L'UNOCAM suggère à la Cour d'intégrer cette précision dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014.

Chapitre IX
La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

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

L'assurance maladie partage globalement les constats dressés par la Cour qui souligne la croissance importante de la substitution en 10 ans ainsi que les marges de progression qui permettront de renforcer la diffusion des génériques pour contribuer à l'efficience du système de santé.

La CNAMTS est favorable à l'instauration d'une réflexion approfondie sur la notion de répertoire, permettant d'envisager un assouplissement de ses critères car la suppression préconisée par la Cour ne saurait être envisagée sans mesurer les effets sur la responsabilité des prescripteurs et des pharmaciens et en veillant à ne pas entamer la confiance des patients.

Concernant le calcul des économies, la Cour indique que le montant d'économies calculé par la CNAMTS est surestimé du fait que les baisses de prix du princeps qui seraient intervenues en l'absence de générication ne sont pas prises en compte. Or, le calcul des économies génériques considère les prix courants des princeps et des génériques. Il intègre donc l'évolution à la baisse des prix des princeps (dans une ampleur sans doute encore plus prononcée que celle qui serait observée en l'absence de génériques).

RÉPONSE DU COMITÉ ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ (CEPS)

- Sur le retard français en matière de diffusion des génériques :

La Cour se réfère à une étude de la CNAMTS mettant en évidence des coûts par unité standard de prescription plus élevés en France pour les statines, les anti-ulcéreux et les antihypertenseurs.

L'écart entre la France et les pays de comparaison tient pour partie au prix des produits, mais également et largement à la structure de prescription (par exemple, pour les statines, la rosuvastatine, non génériquée et plus chère est fortement prescrite en France, mais très peu en Allemagne et au Royaume Uni).

En outre, depuis 2011 (données utilisées dans l'étude citée de la CNAMTS), les classes de médicaments génériques citées ont justement fait l'objet en France de baisses de prix importantes.

Enfin, les écarts de prix publics reflètent également des marges de distribution plus élevées en France, et des prix fabricants qui sont tributaires, de pratiques coûteuses de « coopération commerciale ».

- Sur l'inscription du paracétamol au répertoire des médicaments génériques :

La création d'un groupe générique « sans référent » des paracétamols n'apporte a priori aucune économie à l'assurance maladie par le biais des mécanismes classiques de substitution de génériques, et ne garantit en soi aucune concurrence entre produits. Dans un groupe générique « sans référent », il n'existe, par définition, ni princeps ni générique. Il ne peut donc y avoir de décote de prix particulière pour aucun des médicaments du groupe. Aucune substitution ne s'opère donc sur la base du mécanisme classique d'incitation des pharmaciens (marge de distribution du générique égale à la marge calculée pour le produit princeps).

- Sur le prix du CRESTOR :

La fixation du prix a été faite en conformité avec la réglementation en vigueur (économie dans le coût de traitement), avec un prix initialement inférieur à celui du TAHOR. Depuis l'arrivée de génériques de ce dernier produit, et les baisses successives qui lui ont été appliquées, le prix de la rosuvastatine est désormais supérieur à celui du TAHOR, et relève donc de l'application de la politique de cohérence des prix fixée à l'article 13bis de l'accord cadre CEPS-LEEM. Un avenant conventionnel conclu avec le laboratoire Astra Zeneca prévoit une première baisse de la rosuvastatine (7 % en moyenne pondérée sur l'ensemble des dosages, et non 5 %), applicable au 1er avril 2014. Des baisses seront négociées pour 2015 et 2016, avec pour objectif une convergence complète mi 2017, à la date de chute de brevet de CRESTOR.

Les surcoûts mentionnés par la Cour ne sont pas uniquement liés au prix du CRESTOR, qui est nettement plus faible en France qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni. Ils sont également largement liés à la surprescription de ce produit en France par rapport à ces deux pays.

- Sur les « injonctions contradictoires » :

La Cour ne montre pas en quoi les objectifs qu'elle qualifie de contradictoires auraient pu avoir des conséquences concrètes et préjudiciables sur la politique de fixation des prix des génériques menée par le CEPS.

Les orientations ministérielles du 2 avril 2013 rappellent en introduction l'ensemble des considérants fondant une politique économique cohérente du secteur pharmaceutique.

Comme le relève la Cour, ces objectifs ne relèvent pas tous du CEPS. En particulier, les objectifs de politique industrielle sont pris en charge par le Conseil stratégique des industries de santé et les administrations compétentes en la matière.

Le CEPS n'est donc pas placé dans une situation d'injonction contradictoire. L'époque où des considérations de politique industrielle – implantations d'usines en particulier- pouvaient être prises en compte pour la fixation des prix est totalement révolue- et on n'en trouvera aucun signe, encore moins d'exemple dans les dernières années, a fortiori dans le domaine des médicaments génériques.

- Sur la rénovation de la politique de fixation des prix :

La première orientation suggérée par la Cour déjà largement mise en œuvre. On rappelle que la classe des inhibiteurs de la pompe à protons et celle des statines ont fait l'objet de mesures de convergence en 2013 et 2014. La négociation pour des baisses importantes au sein des classes des sartans et inhibiteurs de l'enzyme de conversion est engagée, avec des économies attendues pour 2015. Deux opérations de baisses de prix de génériques, en référence à des prix européens ont été menées avec des effets 2013 et 2014.

Le CEPS partage la proposition de conclusion d'accords prix/volumes. Il souligne que les très importantes baisses de prix de génériques en 2013 et 2014 n'ont pu être obtenues que dans un contexte de progression des volumes lié à l'augmentation des taux de substitution (convention pharmaciens d'officine).

De nouvelles baisses pour 2015 et 2016 peuvent être envisagées - alors même que le marché des génériques décroît significativement début 2014 - accompagnées de mesures puissantes, visibles et quantifiées portant sur le développement du marché.

Enfin, le CEPS s'apprête à mettre en œuvre les dispositions de la LFSS 2014, pour tenir compte dans la fixation des prix de la connaissance des remises consenties par les fabricants aux pharmaciens d'officine.

RÉPONSE DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ (ANSM)

- Sur le retard français en matière de diffusion des génériques :

Le rapport souligne le retard considérable qu'aurait la France en termes de diffusion des médicaments génériques et rappelle à juste raison, que les comparaisons internationales doivent être maniées avec prudence.

A cet égard, le rapport pourrait effectivement relativiser le constat en indiquant que la plupart des données concernant le marché des spécialités génériques à l'étranger incluent, contrairement à la France, le paracétamol. En France, si l'on ajoute les ventes de paracétamol à celles des génériques stricto sensu, la part des génériques représente 46 % en volume.

- Sur les outils d'une efficacité déclinante :

L'Agence se félicite que les considérations de sécurité sanitaire aient été rappelées dans la problématique de la substitution des spécialités administrées à l'aide de dispositifs d'inhalation.

En effet, il convient de préciser que les spécialités administrées à l'aide de dispositifs d'inhalation se caractérisent par le fait que pour une même substance active, et alors même que les compositions excipiendaires seraient identiques, le dispositif d'administration varie selon la spécialité et, dans ces conditions, exerce un rôle prépondérant dans l'efficacité et la sécurité de la spécialité.

Ainsi, les médicaments dont les substances actives (voire les excipients) sont similaires ne sont-ils absolument pas interchangeables si le dispositif ne présente pas des caractéristiques strictement identiques à la spécialité de référence qui a été prescrite. La substitution en officine d'un dispositif par un autre pour une même substance active irait donc à l'encontre du choix thérapeutique élaboré, dans le cadre de la prescription, sur la base des raisons médicales propres au patient considéré.

En tout état de cause, l'équivalence thérapeutique avec la spécialité de référence justifiée par les demandeurs d'AMM des spécialités considérées ne tient aucunement compte des particularités individuelles telles qu'elles se présentent sur le terrain. Ainsi, l'efficacité d'un traitement chez un patient avec une spécialité donnée, peut ne peut plus exister avec une autre spécialité équipée d'un dispositif dont les caractéristiques d'utilisation / manipulation / débit inspiratoire diffèrent.

C'est la raison pour laquelle la constitution d'un groupe rassemblant des spécialités administrées à l'aide d'un dispositif d'inhalation ne pourrait être envisagée que sur la base des spécialités dites « copie-copie », c'est-à-dire issues de la même fabrication que le produit de référence (identités de substance active, de dispositifs d'administration et de granulométrie).

Toutefois, une initiative expérimentale encadrée de substitution, qui mobiliserait patients, médecins prescripteurs et pharmaciens, pourrait être mise en œuvre à un échelon local. Une telle initiative permettrait ainsi de parfaire les connaissances des pouvoirs publics sur cette problématique.

- Sur la suppression éventuelle du répertoire :

L'Agence se félicite de ce que sa proposition de supprimer le répertoire des groupes génériques (inadapté à l'exercice du droit de substitution par les pharmaciens en ce sens notamment que d'une part le répertoire liste l'ensemble des spécialités génériques autorisées, et que d'autre part le répertoire ne fait pas l'objet de mises à jour « en temps réel » du fait des délais de publication au Journal officiel des décisions de modification du répertoire), et de lui substituer le vecteur, plus opérationnel pour les professionnels de santé, de la base de données administratives et scientifiques du médicament mentionnée à l'article L. 161-40-1 du Code de la sécurité sociale, ait été relayée par la Cour .

Dans l'intérêt des patients et afin d'assurer une sécurité optimale lors de la délivrance de la spécialité générique, cette base de données du médicament listerait, dans des conditions de procédure assouplies, les médicaments génériques commercialisés et fournirait aux prescripteurs et aux dispensateurs des indications sur ces médicaments notamment s'agissant de ceux dont la substitution nécessite des précautions particulières (médicaments à marge thérapeutique étroite…), ainsi que des recommandations sur la nécessité d'assurer une continuité de traitement avec le même générique pour des populations particulières (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes ayant un traitement au long cours…).

Dans un souci de simplification administrative, pour les autorités sanitaires comme pour les laboratoires développant ces médicaments, cette proposition contribuerait ainsi à rendre possible la substitution par les médicaments génériques ayant la même DCI que le princeps dès leur mise sur le marché, tout en en supprimant pour les pouvoirs publics la charge administrative de la création et de la gestion du répertoire.

Toutefois, une suppression pure et simple du répertoire, qui permettrait selon le rapport d'élargir significativement le périmètre des médicaments substituables, appelle de ma part les plus expresses réserves, pour des raisons tenant à la protection de la santé publique.

A ce jour, pour les acteurs du système de santé (pharmaciens et patients), lorsque les médicaments sont inscrits au sein d'un groupe du répertoire, ils sont substituables. A contrario, ceux qui ne sont pas inscrits ne le sont pas. C'est sur la base de ce raisonnement binaire mais néanmoins simple que la substitution a pu progresser en France.

En l'état, pour une même substance active, la proposition pourrait permettre, pour une spécialité de référence qui se présenterait sous une forme pharmaceutique donnée ou ses génériques, sa substitution par des spécialités génériques d'un second groupe de cette même spécialité de référence mais dont la forme pharmaceutique serait différente. Or, l'écart de biodisponibilité éventuellement perceptible entre une spécialité de référence et les produits génériques respectifs se trouverait, dans un contexte de substitution transversale, démultiplié de sorte que la bioéquivalence entre ces produits ne serait plus garantie et entraînerait des conséquences indésirables en termes de sécurité et d'efficacité.

Si l'on envisage la situation d'une substitution de substances actives différentes, cette proposition pourrait porter en germe, en cas de substitutions répétées, des risques de surdosage ou de sous-dosage avec des effets toxiques ou perte d'efficacité thérapeutique dont les conséquences dépendent essentiellement de la marge thérapeutique du médicament substitué. En d'autres termes, il est des cas où de telles spécialités ne pourront, compte tenu de la nature de la pathologie ou des modalités d'administration de ces spécialités, être permutées sans qu'apparaisse un risque majeur pour la santé des patients.

De tels accidents de substitution entraîneraient une perte de crédibilité dans la sécurité d'emploi des médicaments considérés comme étant équivalents sur le plan thérapeutique.

Étendre le champ de la substitution à une telle configuration comporte donc de réels enjeux de santé publique de nature à engendrer des polémiques futures qui ne pourraient qu'affaiblir la confiance déjà difficilement instaurée dans le médicament générique.

Surtout, une telle configuration renverserait complètement la logique nationale qui repose actuellement sur la substitution, en permettant aux pharmaciens, non plus de substituer une spécialité générique à une spécialité de référence initialement prescrite, mais de modifier fondamentalement une prescription en permutant entre elles des substances actives différentes, et ce indépendamment des éventuels contre-indications ou effets indésirables inhérents à cette permutation, alors que le prescripteur aura, pour des raisons qu'il aura lui-même appréciées en conscience, sérieusement appréhendé la sécurité et l'acceptabilité du traitement par le patient. Cette configuration pourrait modifier en profondeur les conditions de la responsabilité encourue par les professionnels de santé et notamment par les pharmaciens.

Chapitre X
Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

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

La CNAMTS partage l'analyse de la Cour sur la nécessité de renforcer la régulation des dépenses de dispositifs médicaux et est prête à poursuivre, en lien avec les pouvoirs publics, les efforts déjà engagés dans ce secteur. Des propositions sont d'ailleurs portées par la CNAMTS chaque année au sein du rapport « charges et produits ».

Il est reproché à la CNAMTS de ne pas associer le CEPS et les autres acteurs institutionnels à ses études relatives à la tarification, au prix, à l'usage des dispositifs médicaux et aux comparaisons internationales, et de ne communiquer qu'avec difficulté les informations qui lui sont demandées.

S'agissant de la diffusion restreinte des études en sa possession, la CNAMTS en partage les conclusions avec ses partenaires au sein du CEPS et dans ses rapports sur les charges et produits.

Concernant par ailleurs les informations demandées par le CEPS, la CNAMTS se montre toujours disposée, dans la limite des ressources disponibles, à communiquer toute information nécessaire à l'investigation des dossiers par le CEPS.

RÉPONSE DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITE DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ (ANSM)

- Sur la critique par la Cour d'une absence de suivi des dispositifs médicaux par l'ANSM :

Le libellé de cet intitulé et des développements qui suivent laisseraient à penser que le suivi des dispositifs médicaux par l'ANSM se réduirait au contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles les DM sont soumis, ce qui n'est pas le cas.

En particulier, le contrôle de la conformité aux règles de certification européenne des dispositifs médicaux résulte à proprement parler des missions et prérogatives que l'Agence tient des articles L.5312-1 et suivants du Code de la santé publique et aux termes desquels l'Agence peut notamment suspendre, jusqu'à mise en conformité du produit, toutes opérations relatives aux dispositifs médicaux lorsque ces derniers sont mis sur le marché, mis en service ou utilisés en infraction aux dispositions législatives ou réglementaires qui leur sont applicables.

Et force est de constater que l'Agence fait montre de diligences en ce domaine. Ainsi, à titre d'exemple, l'ANSM a traité 13 822 incidents de matériovigilance (hors dossier implants mammaires PIP), et a conduit à la communication de 511 informations de sécurité sur son site internet.

Enfin, 122 inspections ont été réalisées et ont conduit à 10 décisions de police sanitaire visant pour la plupart à suspendre la mise sur le marché de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, alors qu'en 2012, seule une DPS avait été prise. Ces éléments montrent l'engagement et le volontarisme de l'ANSM dans le suivi des dispositifs médicaux dans le cadre de la Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 précitée, et selon les modalités et priorités présentées dans le rapport au Parlement prévue par cette même loi.

- S'agissant du respect des spécifications techniques :

Au-delà du fait que cette mission est impartie à l'Agence sans allocation de ressources supplémentaires, il conviendrait de préciser que l'Agence ne dispose, afin d'accomplir les missions qui lui sont dévolues en termes de sécurité sanitaire (surveillance du marché, vigilance), que des données disponibles dans le dossier technique du produit destiné à sa mise sur le marché. Surtout, il apparaît que pour certains produits identifiés comme étant à surveiller plus particulièrement, les spécifications techniques de remboursement ne mentionnent ni les caractéristiques susceptibles d'être

contrôlées, ni les normes européennes ou internationales reconnues dans les secteurs industriels concernés. Il conviendrait que les spécifications techniques de remboursement renvoient explicitement à des caractéristiques contrôlables selon des méthodes définies reflétant les exigences nationales en termes de remboursement.

RÉPONSE DU COMITE ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ (CEPS)

- Sur la critique d'une « régulation défaillante » :

Il est intéressant de rappeler certaines caractéristiques du secteur du dispositif médical (DM), qui rendent la régulation tarifaire originale et délicate. Un dispositif médical est avant tout un produit manufacturé dont le coût de fabrication occupe une place importante dans le prix fabricant. Les marges de baisses des tarifs sont souvent faibles, d'autant que l'absence même de revalorisation des tarifs sur longue période ne peut être absorbée, dans les secteurs à dominante industrielle, que par des gains permanents d'efficience. En outre, de fait, à la différence d'un médicament, qui ne se modifie pas dans le temps, les dispositifs médicaux connaissent de constantes évolutions. Celles-ci portent sur des améliorations régulières des composants, de la fiabilité, de la durée de vie des produits, du confort pour le patient… Or ces innovations dites « incrémentales » ne font aujourd'hui l'objet d'aucune reconnaissance en termes d'amélioration de service attendu (ASA) et donc d'aucune revalorisation tarifaire, même marginale.

Pour la mise en œuvre de ses compétences de tarification, le CEPS s'appuie sur l'article L 165-2 du code de la sécurité sociale : « La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation ». Il n'utilise aucun autre critère, et aucun exemple illustratif n'est d'ailleurs apporté par la Cour sur ce sujet.

- Sur la « recherche systématique d'un accord avec le fabricant » :

Il n'est en rien démontré que la rareté des décisions unilatérales puisse être préjudiciable à la qualité des travaux de tarification. Au demeurant, l'absence d'accord peut se traduire plus simplement par l'absence de commercialisation du dispositif concerné.

- Sur les « économies modestes au fil de l'eau » :

L'ampleur des économies s'accroît fortement depuis 2011. Par ailleurs, le Comité a, au cours des dernières années, examiné au moins une fois, à un titre ou à un autre, tous les secteurs de la LPPR dont le montant des remboursements est supérieur à 50 M€, à quatre exceptions (l'optique, les audioprothèses, le petit appareillage et les véhicules pour handicapés) correspondant à des secteurs sans prix limite de vente et où les remboursements par l'assurance maladie obligatoire sont généralement faibles.

RÉPONSE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTÉ (HAS)

La HAS se reconnaît pleinement dans la recommandation de la Cour d'une remise à plat de la planification pluriannuelle des réévaluations des dispositifs médicaux inscrits sous descriptions génériques ainsi que le délai initialement envisagé expirant le 31 juillet 2015. Cette planification doit prioriser les objectifs au regard des moyens mobilisables et de la criticité éventuelle des sujets. Il convient de souligner que les descriptions génériques ne concernent pas, par construction, les innovations et que leur actualisation est davantage une préoccupation pour le décideur que pour le fabricant.

L'évaluation des dispositifs intra-GHS qui s'est rajoutée depuis, milite encore davantage pour une planification très rigoureuse et réaliste, articulée avec la précédente, de l'évaluation des catégories de dispositifs médicaux.

Enfin, l'évaluation médico-économique des dispositifs médicaux en vue d'une inscription sous nom de marque, possible juridiquement depuis le 1er octobre 2013, est désormais opérationnelle. À ce jour, deux dispositifs éligibles à cette mesure au titre de l'impact potentiel qu'ils représentent pour les dépenses d'assurance maladie sont en cours d'évaluation. La HAS souhaite rappeler qu'elle a produit par ailleurs des évaluations médico économiques relatives à des catégories de dispositifs (la dernière en date portant sur les dispositifs médicaux et prestations associés à la prise en charge des syndromes d'apnée du sommeil dont le poids dans les dépenses de l'Assurance maladie a été souligné par la Cour).

QUATRIÈME PARTIE – DES GAINS D'EFFICIENCE À MOBILISER PLUS FERMEMENT À L'HÔPITAL

Chapitre XI
Les projets régionaux de santé, un cadre peu opérationnel

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

Il y a lieu de souligner qu'il n'existe pas de frein de la part de la CNAMTS à l'action des ARS mais une préoccupation de maintenir, en période de montée en charge des ARS, l'efficacité de ses actions. Le terme de la Cour d'« irrédentisme » de l'assurance maladie apparaît excessif notamment concernant l'accès des ARS au SNIIRAM qui n'est pas restreint par la CNAMTS mais par des textes législatifs et réglementaires ou des recommandations de la CNIL. Il est également excessif de dire que la CNAMTS « agit en toute autonomie en ce qui concerne ses programmes propres de prévention du type SOPHIA ou Santé active » puisque ces actions

sont encadrées par les engagements pris avec l'État dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion. (…)

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ORGANISMES RÉGIONAUX DE SANTÉ (FNORS)

La FNORS n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

Chapitre XII
Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

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

Le modèle de tarification des activités hospitalières est construit sur une logique de coût de prise en charge. Les urgences font l'objet d'un financement forfaitaire auquel, s'ajoute le paiement à l'acte pour les médecins libéraux intervenant dans les services d'urgences des établissements privés.

Si le suivi du financement forfaitaire des services d'urgences des établissements privés est aisé, les bases de données ne permettent pas de distinguer si les actes, rémunérés sous forme d'honoraires, sont effectués dans le cadre d'une activité d'urgence.

Seule la modélisation du parcours du patient permettrait d'évaluer le coût moyen des prises en charge aux urgences tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

RÉPONSE DE L'INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

Le projet que vous m'avez transmis n'appelle pas d'observation de fond.

RÉPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS

Je partage les constats formulés par la Cour des comptes dans les paragraphes II B et III C du Chapitre XII.

Il me parait toutefois opportun de les compléter par des éléments de la stratégie de l'AP-HP qui affiche un changement de doctrine en matière d'amélioration des urgences, axe fort de son prochain plan stratégique 2015-2019. Bien entendu, l'AP-HP s'inscrit résolument dans la démarche

nationale d'amélioration des urgences arrêtée par la Ministre des affaires sociales et de la santé.

L'organisation des urgences de l'AP-HP représente en effet un enjeu considérable. Les structures d'urgences se composent de 4 SAMU Centre 15, 12 SMUR et 25 SAU dont 8 pédiatriques. Ces services d'urgences ont enregistré 1,1 million de passages en 2013 (70 % adultes et 30 % pédiatrie), activité en progression de + 2,1 % par an depuis 2004. 20 % des patients reçus aux urgences seront hospitalisés. Les SAU engendrent ainsi autour d'un tiers des hospitalisations complètes en MCO de l'AP-HP, ce qui représente la plus grande partie des hospitalisations non programmées.

Constatant d'une part, que le besoin de soins d'urgence n'a jamais été aussi fort en raison de l'importance des urgences dans le quotidien de santé des Franciliens au-delà de la prise en charge des urgences vitales, et d'autre part, que la gestion des flux très importants de patients génère des délais d'attente trop élevés, l'AP-HP s'est fixé comme objectif d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et a décidé d'agir simultanément sur l'ensemble des leviers : en amont des urgences, au sein même des services d'urgence et en aval des urgences.

À cet effet, sept engagements et quarante mesures ont été pris, notamment la diminution significative et observable par tous du temps d'attente aux urgences : l'objectif est de diviser par deux le temps moyen d'attente aux urgences, aujourd'hui proche de 4 heures pour les adultes et de 2h25 pour les enfants ; il s'agit aussi de mettre fin aux attentes supérieures à 4 heures pour des patients qui n'ont pas à être hospitalisés (patients qui attendent plus de 4 heures = moins de 5 % pour les adultes et moins de 3 % pour les enfants). Dans cet esprit, les conditions de prise en charge des patients vont être diversifiées et mieux adaptées à leurs besoins spécifiques : en généralisant les filières rapides ou « fast track » pour les patients ayant besoin d'un avis médical rapide ; en renforçant la présence des psychiatres dans les services d'urgence ; en améliorant les liens avec la prise en charge sociale. De plus, sera renforcée la fluidité avec l'aval des urgences, en augmentant la capacité à hospitaliser rapidement les patients dans la bonne filière et en se coordonnant mieux avec les établissements médico-sociaux.

Ces engagements seront mis en œuvre d'ici l'hiver 2014-2015 ; pour déployer ces mesures, avec le soutien de la Ville de Paris, l'AP-HP prévoit de consacrer 40 millions d'euros aux investissements nécessaires sur la période du plan stratégique.

L'Hôtel-Dieu se voit assigner une place nouvelle dans le nouveau schéma des urgences de l'AP-HP afin de répondre aux Parisiens qui ont besoin rapidement d'un avis ou d'une consultation médicale et qui, aujourd'hui, se rendent dans les services d'urgence. L'Hôtel-Dieu leur garantira une prise en charge plus rapide avec des médecins urgentistes, des généralistes et des spécialistes et contribuera ainsi à diminuer la pression sur les autres services d'urgence.

Son plateau technique en imagerie (IRM, scanner, radiologie conventionnelle), avec de larges plages d'ouverture et des tarifs exclusivement en secteur 1 sans dépassement, pourra être à la disposition des patients ayant recours directement à l'Hôtel-Dieu, ou adressés par l'un des services de l'AP-HP ou par les médecins de ville. L'Hôtel-Dieu sera organisé pour répondre à des urgences en psychiatrie (mieux orienter les patients présentant des troubles, bien prendre en compte les difficultés des patients en situation de précarité).

Lorsqu'un dispositif de régulation aura été contractualisé entre la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et le SAMU, il sera proposé un accès « régulé » aux patients adressés par les ambulances ou les véhicules de la BSPP, lorsqu'ils relèvent des services disponibles à l'Hôtel-Dieu.

Un lien de complémentarité avec le service d'urgences de Cochin sera conservé, avec une liaison dédiée entre les deux sites.

L'AP-HP s'engage à publier un bilan annuel sur les conditions d'accueil aux urgences.

RÉPONSE DU GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH

Je ne souhaite pas apporter de réponse à ce projet de rapport qui relate bien la réalité du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.

Chapitre XIII
L'assurance maternité : une place à clarifier

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

Concernant l'accélération de la baisse de la DMS que la Cour appelle de ses vœux, la CNAMTS a indiqué qu'un objectif de passage de 4,2 à 3 jours pourrait être atteint progressivement sur cinq ans (avec un point d'étape à 3,5 jours en 2017).

Cette évolution n'implique pas nécessairement de restructuration du tissu des maternités, au sens d'une concentration des établissements : celle-ci a d'ailleurs été déjà largement opérée. Elle n'impacte pas non plus le dimensionnement des blocs obstétricaux, le nombre d'accouchements étant globalement stable. Elle suppose, en revanche, un ajustement des organisations en aval des blocs, en ville comme à l'hôpital. La condition préalable à un raccourcissement des durées de séjour à la maternité est l'assurance donnée aux femmes d'une continuité du suivi lorsqu'elles reviennent à leur domicile avec leur enfant.

Ces évolutions vont dans le sens de la volonté de la stratégie nationale de santé de développer les prises en charge en ambulatoire et en ville

lorsqu'elles sont possibles et du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) mis en place par l'assurance maladie.

Concernant l'intérêt économique du PRADO, la CNAMTS partage l'avis de Cour. Elle a d'ailleurs déjà indiqué à la Cour qu'il serait souhaitable que la diminution de la DMS s'accompagne en contrepartie d'un ajustement des tarifs du GHS qui apparaît comme nécessaire pour en tirer les conséquences financières.

Elle partage également l'avis de la Cour sur le fait que « le programme PRADO doit viser beaucoup plus nettement à une accélération de la diminution de la DMS tout en garantissant la santé des femmes et des nouveau-nés ». Dans le cadre du rapport « charges et produits pour 2015 », elle a indiqué sa volonté d'étendre le PRADO aux sorties précoces de maternité. Cette extension implique une coordination plus étroite entre les différents intervenants. C'est pourquoi, elle s'accompagnera d'une organisation adaptée prévoyant également la réalisation par les sages-femmes des tests de dépistages néo-nataux actuellement effectués par les établissements dans les jours qui suivent l'accouchement ainsi que la surveillance du risque d'ictère.

Enfin, concernant les séances de préparation à la naissance, dans une volonté partagée avec la Cour de recherche d'une bonne gestion des ressources de l'Assurance Maladie, une réflexion sera entamée au regard des besoins avérés en suivi post-natal, dans l'objectif de privilégier a minima la préparation de la sortie dans le cadre de ces séances.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

Le projet d'extrait du RALFSS sur ce domaine n'appelle aucun commentaire de la part du RSI.

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

La CCMSA n'a pas d'observation à formuler sur ce chapitre.

Chapitre XIV
Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

RÉPONSE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE DIRECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE (CNG)

La CNG n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

RÉPONSE DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)

L'ATIH n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER ALÈS-CÉVENNES

Nous n'apportons pas d'élément de réponse supplémentaire sauf à préciser que tous les contrats médicaux ont toujours été soumis pour validation à l'ARS.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL

Je vous informe que je n'ai pas d'observation à faire sur l'extrait du projet de rapport pour lequel vous m'avez saisi.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE

L'affirmation selon laquelle : « Le recours aux agences d'intérim s'effectue la plupart du temps sans mise en concurrence (CH de….., Carcassonne, CHU de ……) » n'intègre pas le contexte du recours à l'intérim et ne reflète pas la pratique de l'établissement en la matière :

1.1 Le contexte du recours à l'intérim

On notera tout d'abord que le recours à l'intérim du Centre Hospitalier de Carcassonne est tout à fait exceptionnel et repose sur des situations par définition imprévisibles.

En effet, le recours à l'intérim n'est pas systématique, mais répond à des absences inopinées mettant gravement en péril la continuité du service public et, par voie de conséquence, la sécurité des soins apportés aux patients.

Par ailleurs, les dépenses engagées à cet effet sont à chaque fois de très faible montant, inférieur au seuil de 4 000 €.

Il s'agit d'un recours exceptionnel à l'intérim. L'établissement devant agir dans l'urgence et non de façon systématique a privilégié, en accord avec sa mission : la sécurité sanitaire des patients.

1.2. Malgré l'urgence de la décision, le Centre Hospitalier a bien procédé « la plupart du temps » à une mise en concurrence :

Chaque fois que cela est possible, le Centre Hospitalier de Carcassonne a demandé plusieurs devis tant pour le Personnel Médical que Non Médical.

1.2.1. Pour le Personnel Médical :

Un devis a été transmis au Centre Hospitalier par la société Arc-intérim, en date du 13 aout 2009, indiquant le coût de la prestation pour un praticien urgentiste à 1 850 € HT pour une mission de 24 heures.

Dans le même temps, la société d'intérim Médic-services a été contactée.

Le coût de la prestation proposée par Médic-services était fixé à 1 500 € HT pour une même mission de 24 heures.

C'est avec cette société moins disante de 350 € HT par 24 heures que le contrat a été passé comme en atteste les pièces jointes (devis et contrat).

Par la suite, un rabais a été négocié dès lors que l'absentéisme des urgentistes s'est reproduit. Ainsi, le coût de la prestation est passé de 1 500 € à 1 475 € puis 1 450 € HT par 24 heures à partir d'avril 2010.

1.2.2 Pour le Personnel Non Médical :

Dans ce domaine, le recours à l'intérim est encore plus exceptionnel au Centre hospitalier de Carcassonne.

En cas de recours exceptionnel à l'intérim, la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier demande plusieurs devis à plusieurs agences de travail temporaire (par exemple ADDECO, Appel Médical …) comme en atteste les pièces jointes. Il est ensuite procédé au choix du prestataire en fonction du prix demandé et de l'adéquation entre l'offre et le besoin exprimé.

Les pièces jointes démontrent non seulement une vraie mise en concurrence mais aussi un coût total, qui, si on le compare avec le coût moyen mensuel brut toutes charges comprises d'une IDE titulaire (3 950 €, auxquels il faut ajouter des coûts indirects : gestion de la paye, gestion des congés, établissement de contrats …) n'est pas disproportionné du tout.

Enfin, tant pour le Personnel Médical que Non Médical, il est procédé à une évaluation *a posteriori* qui permet de choisir non seulement le moins disant mais le mieux disant en fonction de la qualité des intervenants retenus par la société d'intérim.

En conséquence, le projet de rapport devrait être modifié afin d'intégrer le fait que le Centre Hospitalier a bien recours à l'intérim après mise en concurrence dans la plupart des cas et a fait le choix du mieux disant.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CASTRES-MAZAMET

Dans le Chapitre II - C Une gestion insuffisamment efficiente - 1 Des pratiques peu rigoureuses ; la Cour relève « une pratique généreuse de l'avancement intermédiaire. La durée maximale d'avancement est fréquemment remplacée par une durée intermédiaire, non prévue statutairement et néanmoins appliquée à plus de la moitié des agents dans certains établissements ... »

Il convient tout d'abord de noter que la réglementation permet à chaque établissement hospitalier d'adopter des grilles d'avancement à la durée intermédiaire.

La question qui se pose consiste donc en l'occurrence à déterminer à la fois le coût de cette mesure interne mais également son caractère éventuellement excessif eu égard aux pratiques - toujours légales - en vigueur dans d'autres établissements hospitaliers voire aux pratiques des commissions départementales.

En moyenne, le coût de ces avancements à la durée intermédiaire se situe autour de 150 000 € tous budgets confondus pour l'établissement.

Ainsi, pour les dernières Commissions Paritaires dont nous disposons, celles relatives à l'année 2013, le coût pour l'ensemble du CHIC Castres-Mazamet des avancements à la durée intermédiaire s'élève à 142 059 €.

A ce stade de notre analyse, une comparaison avec d'autres durées d'avancement est nécessaire pour affiner notre regard sur la situation.

Afin de vérifier si nos grilles d'avancement à la durée intermédiaire accordent des avantages excessifs à nos collaborateurs, nous avons récupéré la grille utilisée par le département de la Haute-Garonne au niveau des Commissions Administratives Paritaires Départementales qui historiquement étaient gérées par les Autorités de tutelle.

En appliquant la grille d'avancement à la durée intermédiaire en vigueur au niveau des CAPD de la Haute-Garonne à nos Commissions Paritaires de l'année 2013, nous enregistrons un coût pour les avancements à la durée intermédiaire de l'ordre de 145 931 € légèrement donc supérieur de quelques 3 800 € au coût que nous avons enregistré avec nos propres grilles.

Ainsi, si l'on peut effectivement dire que le CHIC Castres-Mazamet accorde à ses collaborateurs des avancements à la durée intermédiaire qui ne constituent pas une obligation légale - mais qui ne constituent pas pour autant un avantage indu puisque ces avancements sont possibles au titre de la réglementation - on se doit également de constater que le niveau effectif de cet avantage reste très comparable aux pratiques validées par les

commissions départementales de Haute-Garonne, et donc ne saurait être en aucune manière qualifié d'excessif.

La question est ainsi, à notre sens, non pas de pointer cette pratique de façon isolée, établissement par établissement, mais de la resituer dans un contexte plus général d'harmonisation des pratiques en la matière (y compris pour les commissions départementales) et de gestion des accords locaux, dont la réflexion serait certainement à rapprocher de l'échelon régional.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS

Je n'ai aucune remarque à formuler.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL HÔPITAUX DU LÉMAN

Je vous informe que je ne souhaite pas apporter de réponse à ce projet.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE MENDE

Le centre hospitalier de Mende n'a pas d'observations à formuler.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUÇON

Le service de gynéco-obstétrique fonctionne avec 2,8 ETP praticiens hospitaliers :

- une à vocation « gynécologie médicale » n'assure pas les gardes obstétricales ;
- la plus âgées (61 ans) a les compétences obstétricales requises ;
- seule une PH (59 ans) a les compétences obstétricales et chirurgicales.

Une praticienne attachée-associée travaille dans le service et assure également la garde obstétricale mais doit être doublée par une sénior, tant qu'elle n'est pas inscrite à l'ordre des médecins.

Une praticienne hospitalière contractuelle est recrutée en septembre 2014 et un praticien hospitalier est recruté pour 1 an, à compter de novembre 2014 puis retour au CHU de Clermont-Ferrand.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE NÎMES

Le CHRU de Nîmes n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS

Je me permets simplement d'apporter une précision en indiquant que, dès 2014, nous sommes désormais en mesure de réaliser une mise en concurrence des agences d'intérim.

RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE ÉTIENNE GOURMELEN (QUIMPER)

Conformément aux termes de votre envoi, il m'appartient de vous informer que je ne souhaite pas apporter de réponse au projet de rapport tel que transmis.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC

Le système d'avancement à la durée intermédiaire existe dans la quasi-totalité des Établissements Hospitaliers depuis plus de cinquante ans ; de même que dans la Fonction Publique d'État et dans la Fonction Publique Territoriale.

Les administrations de l'État chargées de l'organisation des Commissions Administratives Paritaires Départementales n'y ont d'ailleurs jamais trouvé à redire. Il n'y a donc pas lieu de citer le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, sauf à citer à peu près tous les Établissements Hospitaliers de France.

La considération selon laquelle les pratiques privent l'encadrement d'un outil de management… n'est pas démontrée. Bien au contraire, l'octroi d'une réduction intermédiaire fondée sur la note était une forme de reconnaissance du mérite professionnel. Celle-ci disparaitrait donc au profit d'un avancement à caractère automatique.

RÉPONSE DU HOSPITALIER DE SAINT-CYR-AU-MONT-D'OR

Je vous informe que nous ne souhaitons pas apporter de réponse au rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014.

Chapitre XV
Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

RÉPONSE COMMUNE DE LA FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) ET DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE PRIVÉE – MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE (FHP-MCO)

Vous abordez le sujet des dépenses de personnel des cliniques privées dans le but d'estimer leur volume pour le secteur et d'en apprécier les spécificités en comparaison des autres types d'établissements de santé.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à notre secteur et des analyses que vous menez pour améliorer l'efficience du système de santé.

Sur le document transmis, au-delà de l'extrait pour lequel je vous formulerai quelques remarques ci-après, j'aurais souhaité que vous me communiquiez l'ensemble du projet afin de vous apporter une réponse plus complète sur un sujet d'une telle importance. En effet, les dépenses de personnel constituent non seulement le premier poste de charges (44,1 % de la masse salariale en 2012) des établissements de santé privés mais également un enjeu majeur pour l'organisation et la qualité des soins délivrés aux patients dans un contexte social difficile.

Pour ce qui concerne les commentaires de la FHP et de la FHP-MCO sur le projet de rapport, la première porte sur le paragraphe suivant : « Représentant 15 % des emplois salariés, les personnels administratifs apparaissent, rapportés au nombre de lits et de places, moins nombreux que constaté dans le secteur public. Cet indicateur ne tient cependant pas compte de l'externalisation par certaines cliniques de diverses activités administratives, non quantifiable ».

L'externalisation, certes plus largement utilisée dans le secteur privé, ne peut expliquer qu'à la marge les différences constatées : il y a 3 fois plus de secrétaires médicaux par lits et places dans le public et 2 fois plus d'administratifs sans fonction d'encadrement (Source : SAE 2012).

Sur l'analyse des coûts de personnel réalisée notamment, une deuxième remarque porte sur le paragraphe suivant : « Une étude réalisée par le cabinet Aumeras à la demande du ministère de la santé en 2010 conclut à un coût global du travail dans le secteur à but lucratif inférieur à celui du secteur public ».

Il convient de rappeler également que le coût global est inférieur malgré une fiscalité particulièrement désavantageuse : pour un salaire net de 1 000 €, le secteur privé verse 2 020 € et le secteur public 1 900 €. Cette question de la fiscalité n'est pas anecdotique car elle impacte fortement les charges des établissements de santé (la FHP évalue le surcoût à 170 M€) et par conséquent l'organisation.

Enfin, vous regrettez le refus de participer des établissements que vous avez contactés mais je ne trouve pas trace de l'exemple du Groupe Bordeaux Nord Aquitaine sur la politique d'externalisation des fonctions logistiques, la restauration en l'occurrence ici.

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF)

Cet extrait appelle de notre part plusieurs remarques.

Tout d'abord, concernant les effectifs, il apparaît nécessaire préalablement à toute comparaison public-privé de rappeler les spécificités de chaque secteur. Nombre d'activités sont en effet sous-traitées par les cliniques (entretien des locaux, restauration…). Les plateaux médicotechniques sont également souvent gérés par une autre société installée dans la clinique, ce qui explique le faible taux de personnel médicotechnique. Enfin, il convient d'intégrer dans le calcul des ratios d'encadrement soignant les personnels de rééducation, gérés dans le public par les cadres de santé.

Au-delà de ces réserves, les ratios affichés ne révèlent-ils pas une déqualification de certaines tâches soignantes dans le privé, des actes aides-soignants pouvant être réalisés par des agents de service hospitalier (ASH) dans les cliniques ? L'analyse des structures d'effectifs menée par la mission T2A en 2010 avait déjà mis en évidence des différences entre secteurs trouvant leur sens dans l'obligation faite au secteur public de recruter des professionnels diplômés.

Concernant l'analyse du coût du travail, et notamment des charges sociales, le Rapport Aumeras, cité dans le Rapport Annuel, rappelait dès 2010 la nécessité d'intégrer dans le calcul du coût du travail le poids de la protection sociale et de la prévoyance. Si le secteur privé présente certes des taux de cotisations minimales obligatoires (55 %) supérieures au secteur public (51 %), le coût réel du travail du secteur hospitalier public demeure plus important de par le poids du maintien du salaire en cas d'absence pour raisons de santé. Dans le secteur privé, la prévoyance est la garantie souscrite par l'entreprise afin de compléter les prestations servies par la Sécurité Sociale. Elle varie entre 2,4 et 2,9 %, réparties entre 60 % employeur et 40 % salarié. Cette cotisation fait en outre l'objet d'exonérations fiscales. Dans la fonction publique hospitalière, lorsqu'un agent est arrêté pour raison médicale, son salaire est maintenu dans son intégralité. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a estimé le taux de charges supplémentaires liées à l'absentéisme et pouvant être mis en parallèle avec les cotisations prévoyance du secteur privé à 8,07 %. En intégrant le maintien des salaires

des professionnels absents pour raison de santé, le taux de charges patronales est de 59 % des salaires bruts dans le secteur public pour 57 % dans le secteur privé.

La gestion « internalisée » de la protection sociale reporte de même des charges sur le secteur public non présentes dans le secteur privé. C'est notamment le cas de l'élaboration des dossiers retraites, réalisée par les hôpitaux publics, sans financement de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRCAL).

Il est par ailleurs nécessaire de noter que les médecins sont salariés à l'hôpital, ce qui génère des charges sociales supplémentaires, inexistantes dans le secteur privé où ils sont généralement associés.

Les règles de gestion du temps de travail viennent enfin majorer le coût du travail dans la fonction publique hospitalière (FPH). Les quotités de travail de 80 et 90 % sont en effet rémunérées respectivement 6/7ème (85,7 %) et 32/35ème (91,4 %), qu'il s'agisse de temps partiel sur autorisation ou de temps partiel de droit. Le maintien des droits à réduction du temps de travail (RTT) pour les congés maternité, la gestion du compte épargne temps (CET) propre aux établissements publics, les 32h de nuit, la règlementation relative au repos de sécurité pour les médecins expliquent qu'à structure d'effectifs identique, le coût du travail est comparativement plus lourd dans le secteur public. Ce différentiel tend aujourd'hui à s'accroitre du fait des dernières mesures de revalorisation. À titre d'exemple, l'augmentation du taux de cotisation CNRACL de 27,3 % à 30,45 % entre 2007 et 2015, représente une évolution estimée à 422M euros.

Si l'analyse de la masse salariale des structures privées est certes complexe, l'analyse de leur financement, conjuguant tarifs et honoraires, n'en est pas moins aisée. Suite au CICE, les tarifs des cliniques ont été partiellement revus. L'avantage demeure cependant très significatif, notamment du fait de leur maintien pour les sociétés d'imagerie et de laboratoire. Par ailleurs, dans le cadre conventionnel, l'Assurance Maladie participe au financement des charges sociales des médecins pour la partie de leur activité réalisée en secteur 1, ainsi qu'au financement des assurances en responsabilité civile médicale.

La comparaison entre les secteurs commerciaux et les secteurs public et privé non lucratif ne pouvant plus faire l'objet d'interprétations divergentes, nous appelons donc de nos vœux la réalisation d'une étude comparative actualisée, obéissant à une méthodologie partagée, et intégrant, en miroir à l'analyse du coût du travail, l'analyse des financements.

Enfin, la FHF aurait souhaité être de la même façon destinataire des chapitres du Rapport Annuel consacrés à l'hospitalisation publique.

CINQUIÈME PARTIE – LES RETRAITES DES INDÉPENDANTS : LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONTRIBUTIF ACCRU

Chapitre XVI
Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

La Cour souligne la situation et les perspectives financières contrastées des régimes de retraite de base des artisans et commerçants, qui bénéficient, en tant que régime aligné, d'un équilibrage automatique par des ressources externes en complément de l'effort contributif des cotisants, et celui de leur régime unifié de retraite complémentaire dont la Cour note à juste titre les perspectives favorables d'équilibre qui, sous le pilotage des gestionnaires du régime, incombe entièrement aux cotisants.

S'agissant des régimes de base, comme la Cour le souligne, le besoin du financement ira grandissant dans les années à venir en raison d'un rapport démographique qui se dégrade, accentué par le faible apport contributif du sous-ensemble croissant des cotisants affiliés sous le régime de l'auto-entreprenariat (et demain du régime simplifié créé par la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises). A cet égard, en l'absence, aujourd'hui pour les auto-entrepreneurs en-dessous d'un revenu annuel équivalent à 200 heures de SMIC (ramené prochainement à 150 heures) et demain pour tous les cotisants relevant du régime simplifié, de toute compensation du non paiement des cotisations minimales au titre de la retraite que versent pour leur part les artisans et commerçants qui cotisent dans le cadre du régime classique, il faut relever :

- l'inadéquation des modalités de calcul de la compensation démographique, comme le fait la Cour,
- le manque à gagner instantané pour le régime dans le cadre d'un financement par répartition,
- mais aussi la problématique future des très faibles pensions qui seront versées à ces assurés ayant cotisé dans le cadre du régime de l'auto-entreprenariat.

S'agissant des comparaisons des efforts contributifs entre les salariés d'un côté, et les artisans et les commerçants de l'autre, il faut souligner que l'analyse ne peut s'en tenir à la seule comparaison des barèmes de taux de cotisation. Il faudrait approfondir cette analyse pour tenir compte des différences des assiettes, salaire brut d'un côté, revenu net fiscal corrigé de l'autre ; prendre en compte, s'agissant des barèmes, que le taux de la

cotisation retraite déplafonnée applicable pour la part des revenus dépassant le plafond de la sécurité sociale passera de 0,2 % en 2014 à 0,4 % en 2016 ; et surtout, s'agissant des assiettes, que l'effort contributif demandé aux travailleurs indépendants a été fortement augmenté à compter de 2013 par :

- la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels de l'assiette sociale en 2013 ;
- l'intégration des dividendes dans l'assiette sociale pour les versements supérieurs à 10 % du capital social ; l'assiette sociale supplémentaire générée par cette mesure est de l'ordre de 740 M€ en 2013 correspondant à des cotisations supplémentaires à hauteur de 170 M€ tous risques confondus dont 22,2 ME pour le risque vieillesse. Cette intégration des dividendes dans l'assiette sociale ne concerne aujourd'hui que les gérants majoritaires relevant du RSI. Les administrateurs nationaux du RSI proposent par souci d'équité que cette mesure soit également appliquée aux dividendes distribués aux présidents des SAS et aux gérants minoritaires qui relèvent du régime général.

Il faut noter enfin que l'année 2013 a été marquée par le déplafonnement complet des cotisations maladie dues par les travailleurs indépendants, accentuant l'effort contributif global des travailleurs indépendants à leur couverture sociale.

Au total, au titre des mesures 2013, l'impact sur l'évolution des cotisations sociales des artisans et commerçants tous risques confondus a été d'environ 660 M€ dont 120 M€ pour le risque vieillesse de base. Par ailleurs, pour 2014, l'augmentation du taux de cotisation retraite (concomitante à la baisse du taux de cotisation famille) a un impact sur le risque retraite estimé à 64 M€. Ce qui porte l'effort contributif supplémentaire des artisans et commerçants sur le risque vieillesse pour ces deux dernières années à 184 M€.

S'agissant de la qualité de la gestion, la Cour note les efforts de redressement concernant les outils informatiques. Ils ont été considérables et ont du être menés dans des délais très courts.

Depuis la mise en œuvre de l'ISU en 2008, le RSI ne disposait plus dans son propre système d'information des données exactes issues des cotisations versées par les travailleurs indépendants nécessaires à la liquidation des retraites. Cette situation inédite pour un régime de retraite avait perduré jusqu'en 2011. Le chantier, capital pour le régime, de récupération de données fiables a été identifié comme prioritaire à l'automne 2011. Extrêmement lourd (plus de 150 heures de traitement en temps machine entre les 22 et 28 décembre 2013 pour la seule récupération des données de cotisations pour les années 2008-2013 avant leur transformation en données de carrière) s'est achevé au printemps 2014. Il permet désormais d'automatiser largement au sein des caisses régionales l'activité essentielle de fiabilisation de la carrière, préalable à la liquidation de la retraite.

Par ailleurs, l'ouverture, saluée par la Cour, du nouveau régime de retraite complémentaire des indépendants (le « RCI ») le 1er janvier 2013 a rendu impérative une évolution majeure du système informatique de gestion des pensions (liquidation des nouvelles pensions et paiement mensuel des pensions). Ce chantier informatique très lourd et très risqué (migration des données de pension relatives à plus de deux millions de personnes déjà pensionnées) a du être conduit dans des délais extrêmement courts pour un projet de cette ampleur (moins de deux ans), comprenant outre la migration des données, la mise à niveau réglementaire (certaines règles de gestion n'étant plus à jour dans les applications informatiques anciennes depuis plusieurs années, les gestionnaires devaient effectuer des calculs manuels), la refonte intégrale des interfaces applicatives, l'implémentation des nouvelles règles du régime complémentaire.

Le nouvel applicatif ASUR de liquidation des retraites a été déployé mi-mai 2013, avec un périmètre fonctionnel permettant dès sa première année d'exploitation de liquider un nombre de pensions supérieur à celui liquidé l'année précédente avec les anciens applicatifs. Des versions successives ont été déployées dans les mois suivants afin de compléter le périmètre fonctionnel nécessaire à la liquidation de certaines situations spécifiques. Pour les assurés concernés, des instructions ont été données au réseau pour procéder à des avances sur pensions. Les stocks de dossiers restant à liquider sont redevenus normaux dès le premier semestre 2014 dans un certain nombre de caisses ; c'est l'objectif fixé pour l'ensemble des caisses à la fin de l'année 2014, en dépit de la forte augmentation des demandes de liquidation de droits à la retraite constatées depuis dix-huit mois.

Au vu de l'expérience acquise au titre des deux chantiers informatiques (ASUR et récupération des données de carrière), la caisse nationale du RSI partage absolument l'avis de la Cour sur la nécessité d'anticiper dès 2014 les évolutions techniques nécessaires à la mise en œuvre de la liquidation et du paiement unique des retraites de base pour les trois régimes alignés (salariés du régime général et de la MSA et artisans-commerçants). C'est de manière constante le message porté dans les instances inter-régimes et vis-à-vis de la tutelle : ces évolutions doivent être prises en compte comme un projet à part entière et prioritaire, nonobstant le fait qu'il vienne s'ajouter ou perturber d'autres projets plus anciens.

En outre, la perspective de la liquidation unique pour les trois régimes alignés n'implique pas, pour le RSI, la fusion préalable des deux régimes de base artisans et commerçants ; au contraire, elle permettra, en « l'enjambant », de faire l'économie de ce chantier spécifique, la liquidation d'une double carrière artisans-commerçants pouvant s'effectuer sur la base de données de carrière unifiées dans le cadre du calcul entre régimes alignés. C'est la raison pour laquelle les actions relatives à la préparation de la fusion des régimes de base artisans et commerçants pourtant prévues par la COG du

RSI n'ont pas été conduites, compte tenu des nouvelles orientations fixées postérieurement par la loi du 20 janvier 2014.

Par ailleurs, comme le souligne la Cour, le RSI s'est doté de règles de gestion des réserves financières du régime complémentaire rigoureuses et faisant appel à des conseils externes pour définir sa stratégie et effectuer un contrôle externe. La caisse nationale du RSI est bien évidemment favorable à la recommandation de la Cour proposant un audit externe des modalités de gestion des réserves dans le cadre de la préparation de la future COG.

Enfin, la caisse nationale du RSI regrette que la Cour n'ait pas retenu dans ses recommandations la proposition faite constamment depuis trois ans par le régime de supprimer le mécanisme peu lisible, lourd et complexe en gestion, introduit au moment de la création de l'interlocuteur social unique, qui oblige les gestionnaires à solliciter auprès des anciens travailleurs indépendants actifs dans les semaines qui suivent la radiation de leur activité une déclaration de revenu pour permettre un recalcul a posteriori des cotisations provisionnelles. Ce mécanisme, mal compris, contribue à entretenir une image dégradée en termes de qualité de service ; il est devenu le principal contributeur à l'augmentation des restes à recouvrer et des taxations d'office. Sa suppression serait une réelle simplification pour les assurés, sans effet sur les droits à la retraite pour les assurés terminant leur activité professionnelle, porteuses d'économie de gestion et aurait un effet légèrement favorable pour les équilibres financiers du régime.

SIXIÈME PARTIE – DES PROGRÈS INDISPENSABLES DANS LA GESTION DE LA SÉCURITE SOCIALE

Chapitre XVII
Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

La caisse nationale du RSI tient à marquer son engagement ancien et durable à rechercher à travers le réseau des caisses régionales plus d'efficience pour fournir aux assurés du régime les services qu'ils attendent au moindre coût de gestion. C'est le sens constant de l'action des administrateurs élus par leurs pairs au sein des instances du régime, comme au sein des régimes antérieurs qui ont toujours été gérés dans un cadre budgétaire strict et rigoureux, voire malthusien, les organismes dont sont

issues les caisses régionales actuelles du RSI étant de petits organismes de quelques dizaines d'agents.

La caisse nationale du RSI est consciente des efforts demandés à l'ensemble des services publics et en particulier aux caisses de sécurité sociale. Elle prendra sa part des efforts demandés dans le cadre de la programmation du retour à l'équilibre de la sécurité sociale d'ici 2017.

À cet égard, elle regrette fortement les formulations ou les raisonnements sous-tendant certaines observations de la Cour qui pourraient laisser croire que les gestionnaires du régime n'ont pas constamment à l'esprit la nécessité de l'efficience de gestion, qu'ils se seraient abrités derrière les difficultés majeures résultant des décisions hâtives prises il y a quelques années en matière de recouvrement pour relâcher leurs efforts dans le domaine de la gestion, et qu'il y aurait des gisements particulièrement importants de productivité au sein des organismes du régime. Cela est erroné.

D'abord, comme cela a été souligné à la Cour par des éléments qui mériteraient de figurer dans le corps du rapport, les caisses du régime et les organismes conventionnés pour le service des prestations maladie, mais aussi les URSSAF, ont du absorber à effectif inchangé voire réduit une très forte augmentation d'activité (affiliation /radiation /recouvrement /versement des prestations maladie) en raison de l'exceptionnelle dynamique d'augmentation de la population couverte : les effectifs d'assurés actifs ont augmenté de 50 % entre fin 2008 et fin 2013 (passage de 1 875 000 à 2 800 000 cotisants) en raison principalement de l'engouement pour le régime de l'auto-entreprise. Le coût de gestion par ressortissant toutes charges comprises en euro courant a ainsi baissé de 17,10 % sur la période 2006 à 2013.

Ces éléments seraient à eux seuls de nature à justifier pourquoi les effectifs du régime n'ont pas évolué comme ceux des autres régimes, régime général ou MSA.

Mais, plus fondamentalement, il aurait été pertinent de procéder à des comparaisons, qui ne cherchent pas à justifier le présupposé de principe selon lequel il y aurait des sureffectifs importants au sein du RSI, égaux ou supérieurs à ceux que les efforts de gestion des autres régimes ont conduit à diminuer. Comparer, dans l'absolu, l'importance des réductions d'effectifs entre régimes, c'est partir de l'hypothèse, fausse s'agissant du RSI, que la situation initiale en termes de productivité est égale entre les régimes.

Pour s'en convaincre, il suffirait d'examiner le nombre d'assurés servis par agent pour chacun des régimes. On peut regretter que les données disponibles ne permettent pas de faire ce calcul pour le régime général envisagé comme un régime multi-risques (pour le faire, il faudrait pouvoir dénombrer sans double comptes les ressortissants des différentes branches du régime général). La comparaison n'a donc été faite que pour le RSI et la MSA, en corrigeant le fait que le RSI et ses organismes conventionnés ne servent pas les prestations famille ou AT-MP. Cette comparaison est sans

appel : en moyenne, un agent RSI (y compris les agents travaillant en organismes conventionnés) sert 711 bénéficiaires, contre seulement 438 bénéficiaires servis par agent de la MSA (le détail des calculs a été fourni à la Cour et à la Direction de la sécurité sociale).

Cette analyse n'a pas été faite par la Cour. En revanche, la caisse nationale du RSI conteste la pertinence des tableaux de coût par agent (graphique n°32 et surtout graphique n° 33 non soumis à un échange contradictoire préalable). Ces tableaux font certes ressortir un coût d'occupation par agent et un coût de gestion par agent sensiblement supérieurs pour le RSI à ceux des autres régimes.

Mais, s'agissant du coût d'occupation, il est la résultante des orientations fixées par la tutelle qui ont conduit le RSI a devoir majoritairement prendre à bail plutôt que les acheter ses locaux de service. Par ailleurs, la restructuration du RSI l'amène à avoir une structure d'ancienneté des immeubles de service dont il est propriétaire beaucoup plus récente que les autres régimes et en conséquence des dotations aux amortissements sans commune mesure avec ces régimes. Ces deux éléments privent de pertinence la comparaison.

Par ailleurs, penser démontrer l'importance des gains de productivité à dégager au sein du RSI par l'affichage d'un coût de gestion par agent, est une erreur d'analyse, que des échanges en amont auraient permis d'éviter. En effet, il est de notoriété publique que la faiblesse de ses moyens internes oblige le RSI à recourir à des achats de prestations externes, notamment mais pas uniquement dans le domaine informatique : au moins quatre fois plus que les autres régimes dans le domaine informatique et le double pour les autres domaines de gestion. (les données comparatives sont issues des travaux « benchmark », pilotés par la Direction de la Sécurité Sociale et réunissant l'ensemble des organismes de sécurité sociale). Le RSI a procédé au recalcul du coût de gestion par agent du RSI en corrigeant les effets liés à la structure de ses charges par un alignement sur celles des achats de prestations externes et des coûts d'occupation constatés en moyenne dans les autres régimes (ces travaux ont été transmis à la Cour et la Direction de la Sécurité sociale). Il ressort que le coût de gestion par agent du RSI passe de 95 160 € à 81 626 € ; il est ramené dans la moyenne de ceux des autres régimes, à peu près au niveau de celui de la CNAMTS (Cf tableau ci-dessous avec recalcul pour le RSI). Ces calculs ont été faits de manière conservatoire au détriment du RSI, puisque les ETP « réinternalisés » ont été calculés sur la base d'une clé 1 pour 1, alors que le coût d'un ETP interne notamment en informatique est sensiblement plus bas que celui d'un ETP externe et qu'en conséquence une clé de 1 pour 1,3 aurait été plus justifiée ; il n'a pas également été tenu compte de la déformation des coûts salariaux au détriment du RSI dans le domaine maladie-santé structurellement plus élevés qu'au régime général ou à la MSA, puisque les effectifs de back-office relèvent des organismes conventionnés alors que les activités de contrôle ou de supervision qui emploient du personnel plus qualifié relèvent des caisses régionales.

Organismes	Coût de gestion / agent
ACOSS	87 569 €
RSI	81 626 €
CNAMTS	81 345 €
CNAV	77 252 €
MSA	74 079 €
CNAF	73 011 €

En bref, dans une logique de pesée relative entre régimes des gains de productivité à réaliser, il faudrait privilégier l'analyse des ratios de bénéficiaires par agent ; les ratios de coûts par agent n'étant pas pertinents pour le RSI compte tenu du cas limite qu'il représente au regard du volume de prestations qu'il sous-traite, situation qui illustre d'ailleurs l'étroitesse de ses marges de manœuvre en terme d'effectifs internes.

Pour autant, et comme dit en propos liminaire, le RSI contribuera à l'effort collectif demandé au service public de la sécurité sociale. Il le fera en poursuivant et intensifiant l'effort d'organisation de ses activités, effort dont le principal objectif sera cependant d'améliorer la performance de gestion dans une logique de qualité de service.

Cette réorganisation interne est conduite en cohérence avec les évolutions de gestion demandée à l'ensemble des régimes. Elle vise en particulier à faciliter le travail avec les régimes partenaires dans le cadre des projets opérationnels, dont dépend la qualité du service rendu aux assurés du régime. L'objectif de ces projets dépassent la mutualisation, pour aller jusqu'à la coproduction. À cet égard, la caisse nationale du RSI tient à souligner le caractère novateur et extrêmement structurant pour le régime des deux projets majeurs que constituent :

- la création depuis 2013 avec les URSSAF d'un service commun et d'une gouvernance ad-hoc pour la gestion de l'interlocuteur social unique, permettant notamment une remise à plat des processus visant à éviter les redondances et les pertes de qualité,
- le projet d'organisation d'une liquidation unique des retraites pour les poly-actifs avec les CARSAT et les caisses de MSA.

S'agissant des réorganisations internes, il semble que les enquêteurs de la Cour n'aient pas pleinement perçu la portée des travaux menés dans le cadre du programme Optimo (« optimisation-mutualisation-organisation »), qui en moins de deux ans ont notamment permis :

- une stratégie de service et de relation clients offensive, mise en œuvre depuis l'été 2013 ;
- un inventaire précis des quelques mutualisations internes restant possibles, conduisant comme principale orientation à rassembler à partir de 2015 sur un seul site les activités de gestion du recours contre tiers et à tirer partie de la suppression des activités de

recouvrement de la C3S sur le site de Valbonne pour y mutualiser des activités qui sont actuellement en cours de définition ;

- une externalisation complète de l'éditique de masse du régime auprès de l'ACOSS, la CNAMTS et la MSA mise en œuvre depuis début 2013, et la fermeture subséquente d'un site informatique de la caisse nationale ;
- une stratégie de redéploiement des activités de recouvrement forcé, mise en œuvre depuis le début de l'année 2013, et qui sera poursuivie parallèlement au programme « Trajectoire RSI 2018 » évoqué ci-après ;
- les travaux préalables au déploiement progressif à compter de mi-2014 d'un logiciel moderne, libre, de numérisation et de gestion des tâches, qui permettra notamment des transferts de gestion d'activité entre caisses et d'importantes économies de licences et de maintenance ;
- les éléments d'un pilotage revisité des activités de production des caisses pour plus d'homogénéité de traitement, qui s'est traduit au printemps 2014 par une réorganisation de la caisse nationale, et qui sera un axe majeur de travail avec les caisses régionales dans le cadre de la réorganisation territoriale actuellement discutée au sein du régime ;
- les travaux préalables à ce projet de réorganisation territoriale, baptisé Trajectoire RSI 2018. Ces travaux ont montré la nécessité d'accroître la taille des équipes de gestion des caisses pour mener leurs missions au service des assurés de façon plus performante, dans le respect des contraintes budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion.

Ce projet de réorganisation territoriale a été initié à l'automne 2013 par une proposition de la direction générale. Sous l'égide du président national, ce projet fait actuellement l'objet de débats entre les présidents des caisses régionales et les administrateurs nationaux du régime et devrait conduire d'ici la fin de cette année à des votes des conseils d'administration des caisses régionales sur une carte du réseau fortement resserrée. Ce programme aura pour but de faciliter les réorganisations et spécialisations internes et l'homogénéisation des différentes activités, gérées de manière trop inégales actuellement, en tirant partie de l'unité de commandement ainsi créée et des marges de manœuvre qui pourront être dégagées sur les fonctions support au bénéfice des missions au service direct des assurés.

Chapitre XVIII
Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à rétablir

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

La Cour préconise de « restaurer le droit commun des cotisations sociales en Corse en mettant en œuvre avec détermination l'ensemble des voies de recouvrement forcé et en évitant tout nouveau plan de désendettement social ».

Afin de contribuer au désendettement social de l'agriculture corse, les pouvoirs publics ont mis en place trois dispositifs de désendettement successifs depuis 2001. En effet, la MSA de la région Corse présente d'importants restes à recouvrer de cotisations de sécurité sociale, pénalités et majorations de retard.

Le dernier plan mis en œuvre, en application de l'article 122 de la loi de finances rectificative pour 2005 du 30 décembre 2005, a permis essentiellement la résorption des petites dettes (< 10 000 €). En revanche, il n'a pas donné les résultats escomptés notamment pour les dettes d'un montant supérieur à 10 000 €.

Aussi, par lettre du 4 octobre 2013, les ministres chargés de l'économie et des finances, du budget, des affaires sociales, de l'intérieur et de l'agriculture ont confié à leurs inspections générales une mission d'expertise relative à l'amélioration des procédures de recouvrement des créances de la MSA de Corse.

Cette mission a préconisé une série de propositions adaptée aux moyens humains de la MSA de Corse ayant pour ambition de contribuer à la résorption de la dette sociale de manière efficace sans affecter de manière importante les finances publiques.

Le recouvrement des cotisations sociales est d'ordre public et s'impose à tous sans distinction. Pour cela il est important que la MSA puisse dans un premier temps définir une politique de recouvrement amiable puis dans un second temps qu'elle mette en œuvre des mesures d'exécution forcée pour améliorer les procédures de recouvrement dans le respect de la loi. Je ne peux donc que souscrire à cette recommandation formulée par la Cour.

Néanmoins, ces étapes ne sauront être valablement envisagées qu'après la résorption de certaines des dettes les plus anciennes, ce à quoi le Gouvernement travaille actuellement sur la base des conclusions de la mission des inspections générales.

S'agissant de la taille de la caisse de Corse et des difficultés qui y sont associées, la Cour préconise de mettre en œuvre des mutualisations d'activités avec d'autres caisses afin de renforcer des processus métiers et améliorer la qualité du service rendu.

Je partage cette orientation de la Cour. En effet, la caisse de Corse est fragilisée par une trop grande diversité de ses activités. Cette dernière entraîne des services trop fragmentés et d'une taille insuffisante pour faire face à des surcroîts d'activité ou à un épisode d'absentéisme.

Toutefois, les effectifs de la caisse de Corse doivent être maintenus constants, conformément aux engagements pris en 2010. Compte-tenu du cadrage des effectifs de la MSA par la COG, un effort supplémentaire de réduction d'effectif est donc demandé aux autres caisses du réseau. Un processus de mutualisation devra ainsi répondre à plusieurs exigences : maintenir la proximité avec les usagers et l'activité globale de la caisse. Dans un premier temps, la mutualisation de l'activité cotisations/recouvrement pourrait être envisagée avec une caisse du continent. En contrepartie, des missions nouvelles et de volume suffisant pourraient être confiées à la caisse de Corse qui permettraient en outre de développer l'expertise des agents.

Les négociations qui vont s'ouvrir pour la nouvelle COG seront l'occasion de faire évoluer cet aspect de la gestion du réseau des caisses de MSA.

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

- Sur l'URSSAF : des mutualisations qui ont partiellement compensé les handicaps de taille :

Au-delà des mutualisations évoquées, la gestion du réseau via notamment les différentes instances nationales [comme l'Instance Nationale de Recouvrement (INR)] contribuent au portage et à la diffusion de pratiques éprouvées et efficientes sur l'ensemble du territoire.

Les politiques sont formalisées au travers d'orientations stratégiques et de références de pratiques opposables au sein du réseau.

- Sur le recouvrement amiable accommodant :

La politique de recouvrement amiable mise en œuvre par l'Urssaf s'inscrit dans le cadre de la politique définie sur le plan national ; cette politique vise à privilégier les actions amiables et notamment les relances téléphoniques auprès des cotisants.

En parallèle, l'Urssaf concourt fortement à l'accompagnement des entreprises en difficulté en privilégiant l'octroi de délais de paiement sensiblement plus importants et d'une durée plus longue que ceux consentis sur le territoire. Le maintien d'un taux élevé de respect des délais tend à conforter le choix des options retenues.

- Sur le recouvrement contentieux manquant le plus souvent de détermination :

Les procédures pouvant être utilisées par l'Urssaf dans le cadre du recouvrement forcé sont limitées et conditionnées, dans tous les cas, à l'obtention d'un titre exécutoire : la contrainte ou le jugement du tribunal.

Ce n'est qu'à obtention de ce titre que les procédures de recouvrement forcé pourront être mises en œuvre.

Pour le réseau des Urssaf en général, et l'Urssaf de Corse en particuliers, cette mise en œuvre est déléguée aux huissiers de justice, officiers publics ministériels qui disposent de toutes les latitudes nécessaires à l'atteinte des objectifs de recouvrement.

Il est exact d'affirmer qu'en l'espèce, les Urssaf sont dépendantes de l'action des huissiers de justice au regard de l'enchaînement des procédures.

Ce cadre procédural contraint doit cependant pourvoir évoluer .C'est pourquoi, dans le cadre de l'INR et en lien avec la nouvelle Convention d'Objectifs et de Gestion, d'importants travaux nationaux ont d'ores et déjà été initiés et seront poursuivis sur le périmètre du recouvrement forcé.

Ces travaux concerneront notamment les procédures existantes mais également les différentes relations partenariales (huissiers de justice, tribunal de commerce et mandataires de justice).

La définition de nouvelles préconisations vise à renforcer la normalisation accrue des pratiques au sein du réseau.

- Sur les actions de contrôle à la portée inégale :

La Direction de la réglementation et du recouvrement et du service (DIRRES) a désigné, pour chaque région, des interlocuteurs privilégiés dans les domaines du contrôle et de la lutte contre la fraude. Le suivi des résultats de la Corse est assuré dans ce cadre. L'analyse de l'Acoss sur le niveau d'activité et de performance de l'Ur de la Corse peut ainsi être restituée.

Le niveau d'activité examiné sous l'angle du taux de couverture du fichier est en deçà des cibles fixés et des résultats nationaux.

En revanche, les socles TPE et GE sont respectés. Au cours de l'année 2013, la Corse a réalisé 5 contrôles de GE représentant plus de 45% des cotisations contrôlables de ce segment.

Ce choix peut expliquer la baisse du taux de couverture du fichier de 4.18 points par rapport à 2012.

Le taux de couverture par le contrôle sur pièces est également en retrait (2,16 % contre 3.08 % au national).

L'ensemble des indicateurs permettant d'analyser les résultats met en évidence la qualité du ciblage et des investigations. Seul le taux de redressement TPE apparait en retrait par rapport à la cible avec une valeur à 5,35 % contre 6.25 % attendu. Cet écart à la cible mérite toutefois d'être largement relativisé par le rappel de la valeur nationale à 3.98 %.

Le niveau d'activité doit systématiquement être mis en lien avec le niveau des résultats.

En effet, l'analyse des données du contrôle sur une longue période permet d'observer la corrélation inverse entre le nombre de contrôles réalisés et les résultats du contrôle. L'accroissement de la performance dans la

sélection des entreprises à risque se matérialise par l'accroissement de la fréquence et du montant des régularisations opérées. Ce phénomène allonge la durée des contrôles et entraine une diminution du volume de contrôles.

La très bonne performance de la Corse en matière de résultats influe donc sur son niveau d'activité.

Enfin la configuration particulière du territoire génère des temps de déplacement important qui ne sont pas sans conséquence sur le niveau d'activité.

Du point de vue de la Caisse Nationale, l'Urssaf de la Corse affiche des résultats tout à fait satisfaisants témoignant d'un fort investissement et d'un savoir-faire dans un contexte politique et culturel délicat.

La région atteint en fin d'exercice 2013 d'excellents résultats financiers : en franche progression de plus de 56 % en un an, le montant global des redressements opérés dans le cadre de la LCTI s'élève à 3,083 millions d'euros. En termes d'objectif contractuel, les montants enregistrés au cours de la période se révèlent largement supérieurs à la cible fixée à 0,90 millions d'euros. D'ores et déjà en 2012, la région affichait des redressements (1,976 millions d'euros) largement supérieurs à l'objectif conventionnel assigné (0,80 million). Pour autant, la moyenne des redressements LCTI (21 760 euros) s'avère en deçà de la moyenne nationale 2013 (33 393 euros).

La région enregistre par ailleurs un réel regain d'activité en 2013 : le nombre global d'actions LCTI (849) augmentent significativement de près de 68 % en un an. Cette évolution positive s'avère tangible tant sur les actions ciblées conduites sur les entreprises du régime générale et les travailleurs indépendants (99 actions soit + 34 %) que sur les actions de prévention (700 actions soit + 75 %).

Il est à cet effet observé que la part des actions de prévention dans l'ensemble de l'activité LCTI est de 87,6 %, soit un ratio quelque peu supérieur à la moyenne nationale (85 %).

La part des actions portant sur des travailleurs indépendants atteint en fin d'exercice 16,2% : au regard du référentiel national enregistré en 2013 (8,9 %), ce taux se révèle largement supérieur.

Les actions partenariales issues de l'exploitation des PV partenaire (50), également en nette progression par rapport à l'exercice précédent (+47 %), représentent 6 % des actions globales LCTI ; soit un ratio supérieur à celui calculé nationalement pour 2013 (2,8 %). Ces résultats témoignent ainsi d'une synergie partenariale particulièrement développée en région.

La fréquence des redressements (94 %) mesurant la pertinence du ciblage, augmentent en fin d'exercice 2013 de 2 pts. À titre de comparaison, ce taux est proche de 79 % sur la période visée au plan national.

Le recours aux annulations d'exonérations de charges sociales est correctement appréhendé par le corps de contrôle dédié puisque le nombre de chefs de redressement relatif à ce dispositif est de 37,6 %. Pour information,

nationalement, il se situe à 38 %. À titre de rappel, ce dispositif a vocation à sanctionner financièrement les auteurs d'infractions de travail dissimulé.

En progression de 21 % en un an, le nombre de jours consacrés à la LCTI s'est traduit par une part du temps de travail effectif dédiée à la lutte contre la fraude en Corse s'établissant à 28% soit un ratio nettement supérieur à celui enregistré au niveau national en la matière (11%).

La Caisse nationale estime que l'activité et la performance de la Corse sont particulièrement satisfaisantes témoignant d'un fort investissement de la région en matière de lutte contre la fraude.

- Sur la conclusion et les recommandations :

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance et des instances mises en œuvre au sein du réseau, l'Acoss veillera à la co-production d'une part et à la diffusion d'autre part des bonnes pratiques de recouvrement sur l'ensemble du territoire et notamment en région Corse.

Dans ce cadre, des expérimentations pourront par ailleurs être menées ; elles feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation systématiques, préalables à une éventuelle généralisation.

Des expériences pourraient également être menées en lien avec d'autres recouvreurs sociaux.

Enfin, dans le respect des textes en vigueur, une communication voire une mise à disposition élargie des procédures respectivement utilisées et évaluées au sein des différents réseaux pourrait être mise en œuvre (exemple modèle de conventions avec les huissiers de justice).

Cependant, ces actions visant à restaurer la crédibilité du recouvrement social au sein de la région Corse nécessite d'une part la prise en compte effective du contexte insulaire et de son impact sur le recouvrement et d'autre part un appui sans faille des pouvoirs publics.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

La CNRSI n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

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

La CCMSA n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

Chapitre XIX
La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

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

La Cour préconise notamment de donner au directeur général de la CCMSA la pleine responsabilité d'employeur des cadres dirigeants de son réseau, en particulier vis-à-vis de leur nomination et cessation d'activité.

Jusqu'en 2010, les conseils d'administration des caisses locales de MSA avaient tout pouvoir pour nommer leurs directeurs. L'engagement figurant dans la COG pour la période 2011-2015 prévoyant la modification de cette procédure résulte d'un compromis qui constitue la première étape dans le renforcement du pouvoir de gestion des équipes de direction par le Directeur Général de la CCMSA.

Je partage l'analyse de la Cour selon laquelle le pilotage du réseau nécessite de confier au directeur général de la CCMSA à la fois le pouvoir de nommer les directeurs des caisses locales et celui de les évaluer. La finalisation de cette réforme nécessiterait des modifications législatives.

La Cour propose par ailleurs que les directeurs et agents comptables des caisses locales soient salariés de la CCMSA. Ce lien salarial permettrait notamment de limiter la durée de fonction des directeurs qui ne sont tenus à aucune mobilité et de construire des parcours professionnels non seulement au sein d'un même réseau mais aussi par exemple dans un même bassin d'emplois en interrégime.

Je suis d'avis qu'une obligation de mobilité instituée pour les agents de direction des organismes de Sécurité Sociale serait une évolution légitime. Pour autant, il est inutile d'en faire des salariés de la caisse nationale car cette option pose de redoutables difficultés au plan du droit du travail, notamment en phase transitoire.

RÉPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (UCANSS)

L'Ucanss formule des observations sur les axes suivants :

- les recommandations relatives à la rémunération et au pilotage des effectifs des agents de direction,
- les recommandations visant à disposer de leviers permettant de mettre fin aux fonctions des cadres dirigeants,
- les recommandations visant à favoriser une gestion plus transversale des agents de direction.

1) Sur les recommandations relatives à la rémunération et au pilotage des effectifs des agents de direction

La Cour indique que la rémunération des agents de direction et la politique salariale dont ils bénéficient sont avantageuses. Nous nous interrogeons sur les éléments d'objectivation permettant de fonder ces appréciations, qui ne figurent pas dans l'extrait transmis à l'Ucanss.

La Cour préconise de moduler plus rigoureusement la rémunération des agents de direction en fonction de l'atteinte des objectifs qui leur sont fixés. La formulation de cette recommandation n'est pas assortie d'éléments permettant d'attester d'un manque de rigueur dans les politiques d'attribution des éléments variables de rémunération.

La Cour indique que les décisions prises dernièrement pour moderniser sur différents points la gestion des agents de direction ne sont pas à la hauteur pour que les économies sur la gestion de la sécurité sociale contribuent beaucoup plus fortement au redressement des comptes sociaux. Cette affirmation mérite d'être nuancée au regard :

- du poids très faible de la masse salariale des agents de direction dans l'ensemble des coûts de gestion de la sécurité sociale (à titre d'illustration, la masse salariale des agents de direction représentait en 2013 moins de 3,5% de la masse salariale du régime général),
- de l'atteinte, dans l'ensemble des réseaux, des objectifs de maîtrise des coûts et effectifs fixés dans les conventions d'objectifs conclues avec l'État, traduisant à la fois un pilotage fin des caisses nationales mais également un investissement direct des équipes de direction dans les organismes locaux.

2) Sur les recommandations visant à disposer de leviers permettant de mettre fin aux fonctions de cadres dirigeants

- Sur le recours au dispositif de cessation de fonctions

Dans son projet de rapport, la Cour indique que le dispositif permettant de mettre fin aux fonctions d'un directeur ou d'un agent comptable est une faculté peu utilisée dans les faits, car les garanties conventionnelles auxquelles renvoie le code de la sécurité sociale n'ont pas fait l'objet de négociations. L'Ucanss précise que l'absence de garanties conventionnelles supplémentaires, qui avaient été intégrées dans la négociation non aboutie engagée en 2013, ne constitue pas la raison principale au faible niveau de recours au dispositif réglementaire de la cessation de fonctions.

En effet, comme le souligne la Cour, la principale difficulté juridique réside dans le fait que la décision de cessation de fonctions emporte

modification du contrat de travail et non pas rupture du contrat de travail. Le reclassement qui s'ensuit nécessite dès lors l'accord exprès du salarié. En cas de refus du salarié et d'engagement d'une procédure de licenciement à la suite du refus de reclassement, l'employeur s'expose à une condamnation pour licenciement sans cause réelle et sérieuse par les juridictions prud'homales.

Il en irait au demeurant de même dans l'hypothèse où serait définie une durée maximale de fonctions, emportant nécessairement une obligation subséquente de reclassement des personnels arrivant au terme de leur « mandat ».

3) Sur les mesures visant à favoriser une gestion plus transversale des agents de direction

- Sur la création d'un centre des ressources dirigeantes

Le rapport provisoire de la Cour émet une recommandation visant à la création d'un centre de ressources dirigeantes piloté par l'Ucanss chargé d'assurer la gestion statutaire des agents de direction (ADD), de les accompagner dans leur parcours professionnel et de coordonner les revues de viviers. Cette proposition appelle les remarques suivantes.

S'agissant de la gestion des problématiques démographiques et statutaires, l'Ucanss a pour mission d'offrir un appui méthodologique et pratique aux caisses nationales, d'organiser une mission de réflexion et d'études sur les cadres et agents de direction (observation, prospective, benchmarking…) et de créer un véritable système d'information dédié à la gestion des agents de direction. Ces missions seront réalisées dans le cadre de la création d'un observatoire des ressources dirigeantes, tel que prévu dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Ucanss. Il permettra notamment de disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs sur la gestion de carrière et les parcours professionnels des agents de direction, et d'élaborer des plans d'actions reposant sur des données fiables et partagées.

Dans l'objectif visant à favoriser les mobilités et sécuriser les transitions professionnelles, le centre de ressources évoqué par la Cour aurait également vocation à coordonner les revues de viviers interbranches et inter régimes aux niveaux local et national. Sur ce point, il est précisé que le rôle de coordination des revues de vivier fait déjà partie intégrante du rôle de l'Ucanss dans le cadre de la conclusion de la COG 2013-2016, et que des travaux en ce sens ont été engagés dès le 1er semestre 2014 en association avec les caisses nationales.

Sous réserve des deux observations formulées ci-dessus, l'Ucanss est sensible à la recommandation formulée par la Cour en ce qu'elle constituerait une réponse au besoin de suivi des carrières des agents de direction qui ne sont pas intégrés à l'un des six grands réseaux nationaux, parce qu'ils exercent dans des organismes multi branches spécifiques, dans certains régimes spéciaux appliquant la convention collective de l'Ucanss ou se situent dans des positions de détachement ou de mise à disposition auprès d'institutions ou administrations tierces.

- Sur le développement de passerelles vers les fonctions publiques

S'agissant des passerelles vers les fonctions publiques, il est à noter qu'un projet placé sous l'égide de la Direction de la sécurité sociale, auquel l'Ucanss est étroitement associée, a été élaboré. Ce projet est décliné en un plan d'actions sur 3 ans.

- Sur la construction d'une politique de formation continue, d'évaluation et de définition des parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes

Dans ses recommandations, la Cour préconise la construction d'une politique de formation continue, d'évaluation et de définition des parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes.

La gestion des agents de direction repose sur une étroite articulation entre les prérogatives et missions dévolues aux caisses nationales, aux directeurs d'organismes locaux, à l'Ucanss et à l'EN3S pour la formation.

Comme le précise le rapport provisoire de la Cour, les problématiques de gestion des agents de direction sont marquées par la montée en charge des caisses nationales et par la traduction des politiques de gestion des agents de direction dans les conventions d'objectifs et de gestion.

Les évolutions législatives et réglementaires successives depuis 1996 ont permis aux caisses nationales de disposer de prérogatives structurantes sur la nomination, la gestion et l'évaluation des directeurs et agents comptables. Ce positionnement des caisses nationales s'est concrétisé par la mise en place de politiques nationales de gestion des ressources dirigeantes dans chaque réseau.

En parallèle, les travaux réalisés dans le cadre de la mission relative à la dynamisation de la gestion de carrières des agents de direction ont permis la définition d'orientations stratégiques visant à disposer d'un cadre de gestion interbranche des agents de direction se traduisant notamment par la définition d'objectifs stratégiques et d'indicateurs ciblés dans les COG. Pour l'Ucanss, ce cadre s'est traduit par la constitution d'instances de coopération associant les caisses nationales. Ces instances sont chargées de la définition et du pilotage des chantiers portant sur les problématiques de gestion des ressources humaines des agents de direction. L'une des premières étapes de ces chantiers sera notamment la mise en place d'un dispositif d'évaluation annuel normalisé et unifié au sein du régime général.

Dans le même temps, l'Ucanss a piloté dès la fin de l'année 2013 les projets destinés à aider les cadres à haut potentiel de l'institution à accéder aux fonctions de direction, par le biais d'une préparation aux épreuves d'accès au dispositif Capdirigeants, en complément de la préparation au concours interne de l'EN3S.

- Sur le projet de suppression de la liste d'aptitude

Dans ses recommandations, la Cour préconise la suppression de la liste d'aptitude dans un temps rapproché.

Outre les garanties de transparence ayant conduit au maintien de la liste d'aptitude, les mesures visant à améliorer l'efficience du processus ont produit leurs effets dès 2014. La mise en œuvre de la première campagne se caractérise par une réduction massive du flux de candidatures (passage d'un volume moyen annuel de 1100 candidatures annuelles à 670 candidatures). Sur ce total, seuls 285 candidats feront l'objet d'une évaluation. En effet, l'introduction des mécanismes d'inscription de droit a permis de circonscrire le champ de la sélection à 200 candidats pour le dispositif Capdirigeants et à 85 candidats pour les classes L1 et/ou L2. Ces éléments sont de nature à reconsidérer l'analyse du rapport coût/efficacité du processus et sa lourdeur.

Par ailleurs, la professionnalisation du processus d'évaluation permet une sélection plus rigoureuse du vivier des agents de direction. En cas de suppression de la liste d'aptitude, il conviendrait de s'interroger sur un dispositif offrant des garanties similaires de qualité et de compétence du vivier des dirigeants.

Aussi l'Ucanss considère que le caractère récent de la publication des textes portant réforme de la liste d'aptitude (publiés le 3 juillet 2013 pour une entrée en vigueur en 2014), ainsi que les gains d'efficience déjà enregistrés militent en faveur d'une réflexion complémentaire avant toute prise de décision.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

La Cnaf s'associe avec les autres caisses nationales aux réponses faites par l'Union des caisses de Sécurité sociale (Ucanss) dans le cadre de cette procédure contradictoire sur l'ensemble de ce chapitre.

- Sur les irrégularités de rémunération :

Sur la question particulière du cumul de fonctions, la Cnaf souhaite faire valoir que, pour ce qui concerne la branche Famille, il n'y a qu'un seul cas de ce type qui par ailleurs, se justifie par un cumul très spécifique de fonctions effectivement assurées.

- Sur la politique salariale avantageuse :

La Cour relève que « les quatre transactions conclues depuis 2000 et sept ruptures conventionnelles sur huit l'ont été pour des montants supérieurs à ceux prévus par les stipulations conventionnelles ».

Si la Cnaf prend acte de cette observation, elle souhaite toutefois faire valoir que ces modes de rupture de contrats de travail sont conformes au droit du travail et généralement plus économiques que la voie contentieuse. La longueur de la procédure, l'ancienneté des intéressés et le risque élevé de condamnation au versement d'indemnités (notamment pour préjudice moral) justifient de privilégier des départs négociés.

- Sur le fait de donner aux directeurs des caisses nationales la plénitude des pouvoirs de l'employeur : Sur la proposition de faire des directeurs d'organismes locaux des salariés de la caisse nationale, la Cnaf précise que cela supposerait que l'organisation et le mode de gouvernance de l'Institution soient profondément modifiés et, notamment, que soit supprimée l'autonomie juridique des organismes.

Dans cette hypothèse, seules les caisses nationales auraient la personnalité morale et les organismes locaux deviendraient de simples «directions» ou «délégations» de l'organisme national, ce qui ne manquerait pas d'avoir de profondes conséquences sur l'organisation des branches.

Sur le plan juridique, cette proposition aurait notamment pour effet, de transférer la responsabilité juridique d'employeur local sur la caisse nationale d'appartenance, ce qui n'apparaît pas souhaitable à la direction de la Cnaf.

Au-delà de cet aspect juridique, la Cnaf a mis en place un dispositif de suivi et d'évaluation de l'activité des directeurs dès la nomination de chaque intéressé : lettre de prise de fonctions, bilan à six mois se traduisant notamment par la rédaction d'un rapport d'étonnement, lettre de mission pour les trois ans à venir, entretiens annuels d'évaluation pour faire un bilan des résultats et de la mise en œuvre de la lettre de mission, évaluation de la maitrise de la fonction. De surcroît, depuis la fin de l'année 2013, les directeurs nouvellement nommés se voient annoncer un « rendez-vous de carrière » prévu au terme d'une période de quatre ans pour faire un point sur leurs perspectives de carrière au vu de leurs résultats et de leurs aspirations professionnelles.

La mise en œuvre de cette politique montre qu'un pilotage plus suivi du réseau et une autorité sur les directeurs n'est, dès lors qu'ils sont nommés par le directeur général de la Cnaf, pas incompatible avec l'autonomie juridique des caisses qui garantit plus de souplesse de gestion.

- Sur la recommandation visant à déterminer un taux-cible d'encadrement supérieur :

La Cnaf prend acte de cette recommandation et va lancer un travail spécifique sur le sujet au cours de l'année 2015. Elle note cependant que ce taux est resté extrêmement stable sur la durée observée et ce, en dépit d'une évolution marquée des missions confiées à la branche Famille sur la période (Rsa, politique de la petite enfance, parentalité, etc.) et d'un renforcement du pilotage de la Branche. Enfin, l'analyse qui sera conduite devra tenir compte des missions de la Branche d'ailleurs conforme aux recommandations de la Cour.

À cet égard, l'action sociale de la Branche contribue à des politiques publiques importantes sur des activités variées, par essence partenariales, qui supposent un pilotage spécifique. Ainsi, tout autant que les prestations versées, l'action sociale conduite par la Branche s'avère un élément constitutif du rôle d'amortisseur social qu'elle joue notamment en temps de crise économique ou du développement de l'offre de service aux familles et aux

personnes. Ces activités supposent un pilotage spécifique assuré dans de nombreux organismes par un agent de direction dédié.

- Sur la recommandation visant à construire une politique de formation continue, d'évaluation et de définition des parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes :

La Cnaf précise que sa convention d'objectifs et de gestion pour la période 2013 à 2017 a identifié la nécessaire dynamisation de la gestion des agents de direction de la branche Famille. Dans ce cadre, la branche a élaboré, dès le début de l'année 2014, un schéma directeur spécifique à ses agents de direction, qui intègre les apports du rapport sur la « dynamisation de la carrière des agents de direction des organismes de sécurité sociale » et s'articule autour des trois axes suivants :

- développer le management stratégique du réseau ;
- définir et mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des carrières des agents de direction de la branche ;
- accompagner le développement des compétences des agents de direction et faciliter l'exercice de leur métier.

Parmi les actions réalisées sur le troisième axe, il convient de citer la mise en place d'un parcours d'intégration personnalisé des directeurs et des agents comptables, ainsi que le déploiement d'une démarche d'accompagnement au changement auprès des équipes de direction du réseau.

En outre, la Cnaf s'inscrit pleinement dans la démarche, animée par l'Ucanss, de définition d'orientations stratégiques visant à disposer d'un cadre de gestion interbranche des agents de direction et se traduisant, notamment, par la mise en œuvre d'outils communs tel que le dispositif d'évaluation annuel normalisé et unifié au sein du régime général.

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

La Cour réitère ses recommandations relatives à la poursuite du transfert de compétences aux caisses nationales visant notamment une clarification du dispositif de cessation de fonctions et l'instauration d'une relation contractuelle de salariat entre les caisses nationales et les cadres dirigeants des organismes locaux.

Il convient tout d'abord de préciser que le dispositif réglementaire de cessation de fonction permet aux caisses nationales de mettre fin aux fonctions d'un Directeur sans son accord préalable mais, dans ce cas si le dirigeant n'accepte pas dans les six mois un poste équivalent, le directeur de la caisse nationale doit mettre fin à son contrat de travail aux conditions prévues par la convention collective. Dans ce cas, il convient de prévenir le risque que le juge requalifie le licenciement sans cause réelle et sérieuse, ce

qui peut ouvrir droit à dommages et intérêts en sus de l'indemnité conventionnelle.

Par ailleurs, il est rappelé que le salariat des directeurs des organismes locaux par les caisses nationales a constitué l'une des pistes de réflexion examinées dans le cadre de la mission Morel relative à la dynamisation de la carrière des agents de direction. Si cette solution présente des avantages, elle comporte également divers inconvénients qui ont conduit à son abandon, notamment en raison des risques liés à la distension des liens entre le personnel des organismes locaux et leur dirigeant (remise en cause de la personnalité morale des caisses locales et responsabilité d'employeur des caisses nationales à l'égard du personnel des caisses locales).

S'agissant de la mise en place d'un centre de gestion interrégimes à l'instar du centre de gestion de la fonction publique hospitalière, il convient de rappeler que si la CNAMTS partage l'idée d'un renforcement de son rôle dans la gestion des ADD au-delà des directeurs et des agents comptables, la mise en place d'un troisième interlocuteur intervenant dans le dialogue Caisses nationales/Caisses locales conduirait à complexifier les rôles de chacun et pourrait même nuire au nécessaire rôle de pilotage de la direction de la caisse nationale sur l'ensemble de l'activité du réseau et singulièrement de ses directeurs pour tenir des objectifs de plus en plus ambitieux. Subsidiairement, un tel centre représenterait de surcroît des coûts de gestion pour une population au demeurant assez faible en nombre et ayant vocation à ne pas croître.

RÉPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

- Sur la politique salariale avantageuse :

Concernant la branche Recouvrement

- 70 ADD, personnels de direction, bénéficient de points de responsabilités supplémentaires en lien avec l'article 2.5 de la convention collective nationale (CCN),

- 7 dépassent les 80 points de plafond CCN.

Ce dépassement se justifie, après vérification, par les responsabilités exercées par les bénéficiaires ; pour exemple le directeur de l'Urssaf Ile de France a bénéficié de 40 points supplémentaires compte tenu de sa responsabilité du centre régional de formation, certaines situations exceptionnelles liées à des points de responsabilités attribués dans le cadre de la période de préfiguration de la régionalisation, et des erreurs de codifications des organismes.

La rupture conventionnelle est un mode de rupture autonome qui obéit à une procédure spécifique.

L'employeur Acoss et le directeur concerné ont donc pu convenir en commun des conditions de la rupture du contrat de travail à durée

indéterminée qui les liait et ont soumis dans ce cadre celles-ci à homologation.

À la suite de la négociation ayant eu lieu pour parvenir à cette rupture, il est apparu que le montant sur lequel les parties arrivaient à un accord était situé à 126 365€ représentant conformément à l'article 28 de la convention collective ; « une indemnité égale à un mois de traitement (calculée sur la base du dernier mois d'activité) par année d'ancienneté, telles que celle-ci est déterminée à l'article 16 de la présente convention, avec un maximum de 18 mois de salaire. »

En outre compte tenu de la volonté commune de rompre tout lien contractuel dans un délai court, l'Acoss a consenti à verser en sus des 4,5 mois un complément de 6 mois correspondant au paiement de 70 jours de congés payés (soit 3 mois et demi) non pris en solde ainsi que le financement d'une prestation en cabinet de outplacement permettant d'accompagner la procédure de recherche d'emploi de l'intéressé, le cumul de ces données a abouti au versement de 10,5 mois.

Ce point d'équilibre nous est apparu comme conforme à l'intérêt de l'établissement public.

- Sur le cadre de gestion à clarifier :

S'agissant de l'Acoss, une lettre collective en date du 13 décembre 2013 évoque les modalités de gestion de carrière des directeurs et des agents comptables : « afin de favoriser les mobilités professionnelles, et dans une perspective de gestion des carrières, les postes de directeur et d'agent comptable sont pourvus, depuis le 1er novembre 2013, pour une durée de quatre ans renouvelable une fois, après un bilan. Afin de mettre en œuvre cette règle de gestion, un dispositif d'accompagnement spécifique sera élaboré. »

À noter que cette lettre collective est actuellement soumise à un contentieux pendant devant le conseil d'État.

L'Acoss s'engage dans le cadre de son schéma directeur des ressources humaines à développer la GPEC des agents de direction. Dans ce cadre un processus d'évaluation de la maitrise de la fonction est mis en place entre autre à compter de 2014.

Parallèlement l'Union des caisses de Sécurité sociale (Ucanss) entame dès 2014 des travaux avec les caisses Nationales pour la mise en place de revue de viviers interbranches.

La direction de la Sécurité sociale (DSS) quant à elle a engagé des travaux avec les Caisses Nationales afin de faciliter la mobilité branches Sécurité Sociale vers les administrations.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

Contrairement à la mention figurant dans l'extrait du RALFSS, le RSI a communiqué à la Cour les données permettant d'apprécier le montant des indemnités allouées dans le cadre de la restructuration du réseau. Ceux-ci font d'ailleurs l'objet de commentaires de la part de la Cour dans le cadre du chapitre sur le réseau du RSI.

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

La CCMSA n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADD	Agent de direction
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANSM	Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APL	Aide personnalisée au logement
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASSO	Administrations de sécurité sociale
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATD	Avis à tiers détenteur
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
ATU	Forfait accueil et traitement des urgences
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAS	Contrat d'accès aux soins
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CEPS	Comité économique des produits de santé
CET	Compte épargne temps
CH	Centre hospitalier
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CLS	Contrat local de santé
CMD	Catégorie majeure de diagnostic

CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNEDiMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNP	Comité national de pilotage
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODAF	Comité opérationnel départemental anti-fraude
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COPERMO	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPO	Conseil des prélèvements obligatoires
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRC	Chambre régionale des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CSSS (C3S)	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DAF	Dotation annuelle de financement
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DNLF	Délégation nationale à la lutte contre la fraude
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI	Déclarations sociales des indépendants
DSN	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
EIR	Échantillon interrégimes des retraités
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
EN3S	École nationale supérieure de sécurité sociale

EPS	Établissement public de santé
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FAU	Forfait annuel urgences
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIR	Fonds d'intervention régional
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupe homogène de tarifs
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCICOSS	Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
HPST (loi)	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires
IEG	Industries électriques et gazières
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière
IMC	Indice de masse corporelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISU	Interlocuteur social unique
ITAF	Impôts et taxes affectés
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LFRSS	Loi de financement rectificative de la sécurité sociale
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
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
LCTI	Lutte contre le travail illégal
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIG	Missions d'intérêt général

MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MNC	Mission nationale de contrôle
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
ODMCO	Objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
OGD	Objectif global des dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
OQN	Objectif quantifié national
ORS	Observatoire régional de santé
ORU	Observatoire régional des urgences
OTD	Opposition à tiers détenteur
PAERPA	Parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PAMC	Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PIB	Produit intérieur brut
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNA	Programme national pour l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RCI	Régime complémentaire des indépendants
RCO	Régime complémentaire obligatoire des artisans
RMPP	Rémunération moyenne du personnel en place
RNCO	Régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SHON	Surface hors œuvre nette
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation
SNIIRAM	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SROSM	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SRP	Schéma régional de prévention
SSR	Soins de suite et de réadaptation

T2A	Tarification à l'activité
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TIPS	Tarif interministériel des prestations sanitaires
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie
UHCD	Unités d'hospitalisation de courte durée
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
UNPS	Union nationale des professions de santé
UNV	Unité neuro-vasculaire
URSSAF	Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales