

IGAS

Rapport d'activité  
2013



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## **L'IGAS en bref**

**Corps de contrôle interministériel du secteur social, l'IGAS contrôle, audite ou évalue des structures et des politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets. Elle intervient à la demande des ministres ou sur la base de son programme d'activité.**

**Elle traite de sujets touchant la vie de tous les citoyens : emploi, travail et formation, santé, action sociale et politique familiale, systèmes de couverture sociale publics ou privés.**

**En 2013 :**

- **195 missions**
- **128 membres 'inspectant'**
- **217 rapports**

Avec 195 missions menées en 2013, l'IGAS a contribué à éclairer la décision publique notamment dans les domaines de la cohésion sociale, de la protection sociale, de la santé, du travail et de l'emploi. Elle s'est particulièrement investie dans l'évaluation et dans l'appui à la conduite de projets.



### Pierre BOISSIER, chef de l'IGAS

> Dans quelle mesure l'IGAS a-t-elle contribué à éclairer la décision publique en 2013 ?

En 2013, l'IGAS a été largement mobilisée par le gouvernement dans la perspective de réforme des politiques publiques.

Quelques exemples :

- nos propositions sur l'activité partielle ont été pratiquement intégralement reprises dans la loi sur la sécurisation de l'emploi de juin 2013 ;
- notre rapport sur la formation professionnelle des demandeurs d'emploi a conduit à la réorganisation des circuits de traitement au sein de Pôle emploi et à une plus grande coordination des achats de formation ;
- une mission de contrôle sur le centre hospitalier de Montluçon a ensuite donné lieu à une administration provisoire visant à la mise en œuvre des préconisations du rapport.

> Au-delà de ces recommandations, l'IGAS peut-elle être sollicitée pour accompagner leur mise en œuvre ?

C'est effectivement une part croissante de notre activité. Cela nous a amené à développer des compétences d'appui et de conduite de projet, dont l'administration a fortement besoin compte tenu de l'ampleur des réformes à conduire.

Quelques exemples :

- un rapport de l'IGAS a proposé, sous certaines conditions, la généralisation du tiers payant ; l'IGAS assure maintenant la coordination des travaux administratifs pour sa mise en œuvre ;
- à la suite de nos travaux sur les placements de régimes complémentaires obligatoires, il nous a été demandé d'appuyer la Direction de la sécurité sociale dans l'évolution de la réglementation ;
- l'IGAS assure le pilotage de la mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité.

## > L'IGAS a mené en 2013 des missions de contrôles marquantes. Le contrôle reste-t-il le socle des métiers de l'IGAS ?

Effectivement, ce pouvoir de contrôle nous est directement donné par la loi. Nous devons vérifier le bon fonctionnement des organismes sur lesquels l'État a une responsabilité ainsi que le bon usage des financements publics, des cotisations obligatoires, des fonds issus de la générosité publique. Cela nous conduit à intervenir auprès de nombreuses structures publiques ou privées. En revanche, nous ne sommes plus compétents dès lors qu'il n'y a pas de prélèvements obligatoires ou de dons : ainsi, nous ne pouvons pas contrôler une entreprise qui ne bénéficierait pas de ce type de financement, même si elle intervient dans le secteur social.

Concrètement, une bonne partie de nos contrôles est inscrite dans notre programme d'activité élaboré en interne. Les ministres peuvent aussi nous confier des missions de contrôle sur tel ou tel organisme.

## > Quelques exemples de contrôles menés en 2013 ?

Dans le cadre de ces pouvoirs conférés par la loi, un important cycle de contrôle des placements de régimes complémentaires obligatoires s'est intéressé aux conditions dans lesquelles sont placés ces fonds sur les marchés financiers.

Nous avons également procédé à plusieurs contrôles dans le secteur hospitalier à la demande des ministres : le fonctionnement du groupe hospitalier Paul Guiraud en région parisienne, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, ainsi que les relations entre la Fondation Maréchal Foch et l'association Hôpital Foch.

## > En quoi consiste un contrôle réalisé par l'IGAS ?

Le contrôle est un exercice exigeant. Il faut savoir que les inspecteurs de l'IGAS n'ont pas les pouvoirs des officiers de police judiciaire et ne sont pas assermentés. Ils doivent donc tirer les preuves nécessaires à la rédaction de leur rapport à partir d'éléments écrits et de pièces justificatives, même s'ils s'appuient sur des entretiens pour guider leurs investigations.

L'exercice concret du contrôle est extrêmement divers selon l'objet du contrôle : on ne contrôle pas de la même manière la pertinence d'une politique de placements, le respect du code des marchés publics ou le fonctionnement d'un bloc opératoire.

## > L'IGAS a mené en 2012-2013 plusieurs administrations provisoires d'établissements de santé en difficulté (Ajaccio, Montluçon...)

En effet, depuis 2009<sup>1</sup>, les inspecteurs de l'IGAS font partie des personnes susceptibles d'assurer l'administration provisoire des établissements de santé.

Ce sont des missions peu nombreuses, mais qui pèsent lourdement sur le plan de charge de l'IGAS, car une administration provisoire peut durer de 12 à 18 mois et mobilise, sur la période, de 3 à 5 inspecteurs.

### > L'IGAS a-t-elle développé une méthodologie particulière dans ce domaine ?

Tout d'abord, nous intervenons toujours en équipe, au moins un directeur d'hôpital et un médecin, auxquels se rajoute souvent, suivant la situation de l'établissement, un inspecteur qui se consacre aux questions financières et/ou un autre qui se consacre aux ressources humaines.

Ensuite, nous procédons à une évaluation détaillée de la situation sociale et financière de l'établissement, ainsi que de sa place dans l'offre territoriale de soins.

Puis, nous remettons sur rails l'établissement, avant de passer la main à une nouvelle équipe de direction.

### > Quels en ont été les résultats ?

L'intervention de l'IGAS s'est, dans la quasi-totalité des cas, avérée positive et a permis des progrès importants dans des établissements en grande difficulté.

Le principal écueil est celui de la sortie d'une période d'administration provisoire. À ce moment, l'établissement est plus convalescent que véritablement guéri. Et une rechute est probable si le directeur qui prend la suite ne peut s'appuyer sur une équipe de direction de qualité et sur un soutien fort de l'agence régionale de santé.

*1. Disposition inscrite dans loi du 21 juillet 2009 'Hôpital, Patients, Santé, Territoires' (HPST) transcrite dans le Code de la santé publique.*



Dans la Tour Mirabeau (Paris 15<sup>e</sup>), l'IGAS occupe deux niveaux.

## SOMMAIRE

### 9 L'IGAS en 2013

- 9 Contrôler, auditer, évaluer...
- 10 Sollicitations ministérielles et programme d'activité
- 12 195 missions en 2013
- 13 Une majorité de missions d'évaluation en 2013
- 15 Une organisation collégiale pour accompagner les missions
- 19 Suite aux recommandations de l'IGAS
- 21 Le service et le corps de l'IGAS

### 25 Les rapports de l'IGAS en 2013, par domaine d'activité

- 25 Cohésion sociale
- 32 Protection sociale
- 38 Santé
- 43 Travail – emploi – formation professionnelle
- 49 Appui et conseil au management
- 54 Les missions permanentes de l'IGAS
- 57 Les missions interministérielles rattachées à l'IGAS

### 61 Annexes

- 61 L'organigramme (décembre 2013)
- 62 Liste des rapports rendus publics en 2013
- 68 Quelques définitions : contrôle, inspection, enquête, évaluation, audit, appui...
- 69 Liste des sigles et abréviations



## Contrôler, auditer, évaluer...

Corps de contrôle interministériel du secteur social, l'IGAS contrôle, audite ou évalue des structures et des politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets. Elle intervient à la demande des ministres ou sur la base de son programme d'activité.

Elle traite de sujets touchant la vie de tous les citoyens : emploi, travail et formation, santé, action sociale et politique familiale, systèmes de couverture sociale publics ou privés.

Service relevant du pouvoir exécutif, son champ d'investigation couvre l'ensemble des structures et politiques publiques du domaine social ; mais elle est également compétente, en application de l'article 42 de la loi du 28 mai 1996, pour contrôler, quelle que soit leur nature juridique, tous les organismes qui bénéficient de financements de l'État, d'une collectivité territoriale, de la sécurité sociale ou de contributions provenant de l'Union Européenne.

La loi lui donne également compétence pour contrôler les structures financées par des cotisations obligatoires et intervenant dans le champ social, ainsi que les comptes d'emplois des ressources collectées auprès du public par les organismes qui font appel à la générosité publique.

Ses **contrôles**<sup>2</sup> peuvent prendre des formes diverses : depuis la vérification du bon fonctionnement d'un service hospitalier jusqu'à l'analyse de la sécurité des placements de régimes de retraite, en passant par des enquêtes en cas de suspicion de comportement fautif.

En matière d'audit<sup>2</sup>, elle intervient de deux manières :

- en tant qu'auditeur interne de l'État pour l'ensemble des ministères sociaux et des organismes placés sous leur tutelle ;
- en tant qu'auditeur externe de la Commission Européenne pour la vérification du bon usage du Fonds social européen et du Fonds d'aide aux plus démunis.

Les **évaluations**<sup>2</sup> conduites par l'IGAS visent à éclairer les pouvoirs publics sur la qualité des interventions publiques : leurs résultats, leurs impacts... Elles se fondent sur la collecte et l'analyse des données, notamment statistiques, disponibles, mais également sur des investigations de terrain et sur l'écoute des acteurs des politiques publiques.

À la demande des ministres, l'IGAS peut enfin apporter son concours à **la mise en œuvre de projets** : déclinaison opérationnelle de décision gouvernementale, réorganisation de structures pouvant aller, dans le cas des établissements publics de santé, jusqu'à l'administration provisoire.

Dans tous ces métiers, l'Inspection générale ne se borne jamais aux seuls constats : tous ces travaux débouchent sur des préconisations visant, selon les cas, à tirer les conséquences en termes humains et structurels des contrôles, à éclairer le choix des pouvoirs publics ou des responsables de structures.

2. Cf. les définitions des métiers de l'IGAS p. 68

## Sollicitations ministérielles et programme d'activité

2013 ne rompt pas avec la tradition qui fait que l'IGAS, en termes de nombre de missions réalisées chaque année, traite en premier lieu de sujets relevant **du champ de la santé** (70 missions, y compris les missions hospitalières relevant de l'appui et du conseil au management). Cette apparente priorité est le fruit de considérations de divers ordres. En premier lieu, quelle que soit l'organisation gouvernementale en vigueur, l'IGAS est placée sous l'autorité du ministre en charge de la santé. Au-delà de cet aspect réglementaire, c'est aussi le lieu où les ministres savent qu'ils peuvent trouver des compétences en matière de santé (médecin, pharmacien, directeur d'hôpital) pour mener à bien les missions nécessitant un tel éclairage.

La désignation d'un inspecteur ayant une qualification médicale était ainsi presque incontournable pour mener, avec la Chancellerie, la mission d'évaluation du nouveau schéma d'organisation de la médecine légale.

De telles compétences sont également précieuses, croisées avec d'autres profils, pour la plupart des missions faisant intervenir l'IGAS sur le champ hospitalier, qu'il s'agisse de contrôles (comme celui mené sur un service de radiothérapie à l'Institut Curie), de missions d'évaluation ou de missions d'administration provisoire d'établissements publics de santé en grandes difficultés financières (généralement avec d'autres collègues, de profil hospitalier). Cette année encore, l'IGAS est ainsi intervenue sur deux établissements: le centre hospitalier d'Ajaccio et celui de Montluçon. Les médecins de l'IGAS sont également sollicités pour instruire et rapporter, devant la commission de discipline, les quelques dossiers individuels de praticiens qui y sont soumis chaque année.

En termes de secteur d'activité, et en nombre de missions lancées, c'est **le secteur de la cohésion sociale** qui arrive, cette année, second. L'IGAS est ainsi intervenue sur la mission d'accessibilité de La Banque Postale, à la demande du ministre de l'économie, ou sur l'évaluation de l'ordonnance de protection des victimes, à la demande du ministre en charge de la justice...

Cette année, dans ce domaine, sept missions d'évaluation de politiques publiques se sont inscrites dans la cadre de la MAP (modernisation de l'action publique). Ont ainsi été évaluées: la gouvernance de la protection de l'enfance, la prévention des expulsions locatives, l'admission au séjour et au premier accueil des demandeurs d'asile, la politique en faveur de l'économie sociale et solidaire, les prestations en faveur des populations relevant du ministre en charge des anciens combattants et la politique d'accueil des primo-arrivants.

On trouve également dans ce secteur les missions auxquelles l'IGAS participe, dans le cadre du comité de pilotage des DDI (directions départementales interministérielles) installé auprès des services du Premier ministre. Compte tenu de son champ de compétence, l'IGAS intervient notamment auprès des DDCS<sup>3</sup> (Puy-de-Dôme, Savoie, Pas-de-Calais) et DDCSPP (Ille-et-Vilaine).

Ce secteur est aussi celui des politiques sociales décentralisées, champ sur lequel la compétence de l'IGAS est explicitement prévue par la loi et qui fonde une partie des

3 . Cf. liste des sigles et abréviations p. 69

missions prévues au programme d'activité de l'IGAS. A ce titre, il a été procédé à un contrôle d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance. C'est également sur la base de ses compétences légales que l'IGAS a choisi de contrôler un organisme faisant appel à la générosité publique, en l'espèce, la Fondation Raoul Follereau.

En 2013, l'IGAS est intervenue sur le **champ « travail, emploi, formation professionnelle »**, dans un volume à peu près comparable à celui de la cohésion sociale en termes de nombre de missions.

Tout comme dans ce champ, plusieurs missions (6) ont été lancées au titre de la MAP, par exemple sur la politique de formation professionnelle à destination des demandeurs d'emplois ou sur les aides à l'alternance. Dans ce secteur, le déclenchement des missions sur la base de saisine ministérielle ou interministérielle est plus fréquent encore qu'en matière de cohésion sociale.

Ainsi, deux missions seulement ont été lancées dans ce champ au titre du programme d'activité. Elles ont permis à l'IGAS de se pencher sur la thématique de la santé au travail et, notamment, sur la question de l'articulation entre les politiques de santé au travail et de santé publique, sur la base d'une illustration à partir des maladies cardiovasculaires. Là encore, un inspecteur ayant une compétence médicale a été mobilisé.

Les missions lancées dans le **champ de la protection sociale** ont, plus que d'habitude, relevé du programme d'activité. C'est en effet dans ce programme que sont inscrites les missions d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui lient l'État et les grandes caisses et régimes de la sécurité sociale. Engagée dans cet exercice depuis la création de l'instrument COG, l'IGAS est intervenue, en 2013, sur trois des quatre branches du régime général de sécurité sociale : l'ACOSS (recouvrement), la CNAVTS (assurance vieillesse) et la CNAMTS (assurance maladie).

Dans le cadre de la MAP, l'IGAS est intervenue sur la mesure de l'efficacité de la gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Elle a également été sollicitée pour la préparation de grandes réformes, en matière de retraite par exemple, mais aussi d'assurance maladie, en étudiant la faisabilité et en posant les conditions de la généralisation du tiers payant en ville.

C'est également un inspecteur de l'IGAS qui assure la direction du projet de mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité.

### Trois quart des missions issues de commandes ministérielles

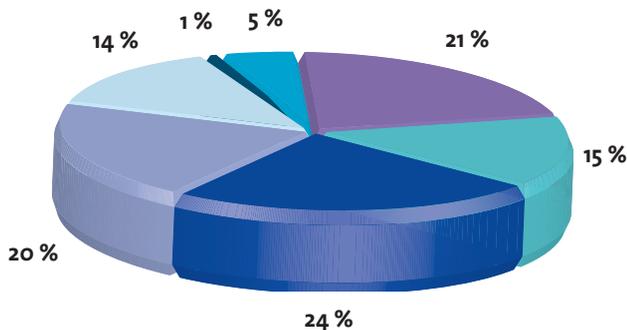
- C'est sur la base de lettres de mission que l'IGAS intervient le plus fréquemment. Au total, sur l'ensemble du champ, ces lettres de mission, signées d'un ou plusieurs ministres, représentent environ 75 % de l'activité d'une année (près de 140 missions en 2013).
- Les missions peuvent également être lancées sur la base du **programme d'activité** de l'IGAS. Prévu par le décret statutaire (décret n° 2011-931 du 1<sup>er</sup> août 2011), il rassemble les missions proposées par les inspecteurs, après débats en collèges (cf. p.17). Ces propositions sont ensuite confrontées aux avis des directeurs d'administration centrale et directeurs de cabinet des ministres concernés. Elles sont ensuite lancées à l'initiative du chef de l'IGAS. Compte tenu des très nombreuses sollicitations ministérielles sur des sujets d'actualité, le programme d'activité s'est limité en 2013 à 15 % environ du total des missions lancées.
- Enfin, les missions d'audit interne déclinent le programme d'audit des ministères sociaux et les missions d'audit des fonds européens, le programme de vérification validé par la Commission.

## 195 missions en 2013

La répartition par champ/collège a été la suivante :

Champ/collège	Nombre de missions en 2013	%
Cohésion sociale	42	21
Protection sociale	29	15
Santé	46	24
Travail - emploi - formation professionnelle (TEFP)	39	20
Appui & conseil au management	28	14
Mission Permanente Inspection Contrôle - MPIC	2	1
Mission d'audit interne des ministères sociaux - MAI	9	5
	195	100

- Cohésion sociale
- Protection sociale
- Santé
- Travail - emploi - formation professionnelle (TEFP)
- Appui & conseil au management
- Mission Permanente Inspection Contrôle - MPIC
- Mission d'audit interne des ministères sociaux - MAI



## Une majorité de missions d'évaluation en 2013

En 2013, les missions d'évaluation ont été les plus nombreuses avec 44 % des interventions réalisées, suivies par les missions d'appui et de conseil, puis les missions d'inspection-contrôle<sup>4</sup>.

### 1. Les missions d'inspection-contrôle (17 % des missions en 2013)

Par exemple, en 2013 : contrôle des placements de régimes complémentaires obligatoires, contrôle de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, contrôle du fonctionnement du groupe hospitalier Paul Guiraud, contrôle des relations entre la Fondation Maréchal Foch et l'association Hôpital Foch.

### 2. Les missions d'audit (4 % des missions en 2013)

Par exemple, en 2013 : audit du déploiement de contrôle interne budgétaire dans le secteur travail et emploi et formation professionnelle, audit de l'organisation de la direction générale de la santé pour gérer le recours à l'expertise.

### 3. Les missions d'évaluation (44 % des missions en 2013)

Par exemple, en 2013 : évaluation partenariale de la politique de formation professionnelle des demandeurs d'emploi, le retour à l'emploi des seniors au chômage, les centres de santé, interactions entre santé et travail, évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, le financement de l'insertion par l'activité économique, évaluation du régime de l'auto-entrepreneur, affectation et mobilité des fonctionnaires sur le territoire, l'accompagnement des élèves en situation de handicap, évaluation de la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants, le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, l'évaluation de quatre conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et certaines caisses de sécurité sociale, les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif Licence, Master, Doctorat (LMD), réforme de la tarification des établissements et des services médico-sociaux pour personnes handicapées.

### 4. Les missions d'appui et de conseil (30 % des missions en 2013)

Par exemple, en 2013 : appui à la direction de la sécurité sociale pour l'évolution de la réglementation concernant les placements des régimes de retraite complémentaires obligatoires, appui à la mise en œuvre de la suppression de la vignette pharmaceutique, conduite du projet de mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité, conduite du projet de mise en place du compte personnel de formation. LIGAS peut aussi assurer une assistance à des intervenants extérieurs pour la rédaction de rapports (par exemple : parlementaires ou personnalités qualifiées en charge d'une mission pour le compte de l'exécutif).

### 5. Les administrations provisoires/management de transition (2 % des missions en 2013)

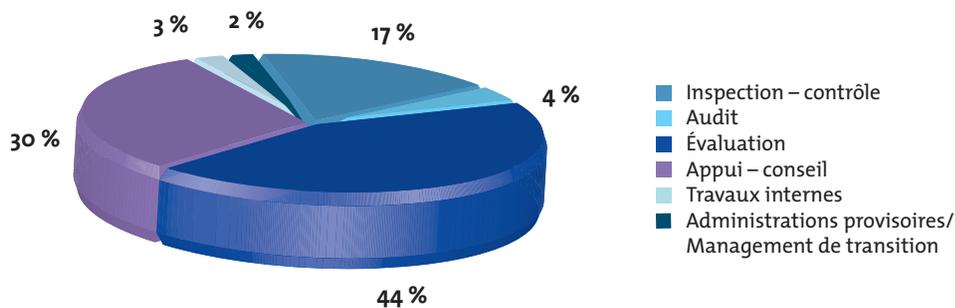
Par exemple : administrations provisoires des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Montluçon.

Par ailleurs, l'IGAS effectue des missions méthodologiques internes.

<sup>4</sup> Cf. les définitions des métiers de l'IGAS p. 68

En 2013, la répartition par métier a été la suivante :

Métier	Nombre de missions en 2013	%
Inspection – contrôle	33	17
Audit	8	4
Évaluation	86	44
Appui – conseil	59	30
Travaux internes	6	3
Administrations provisoires/ Management de transition	3	2
	<b>195</b>	<b>100</b>



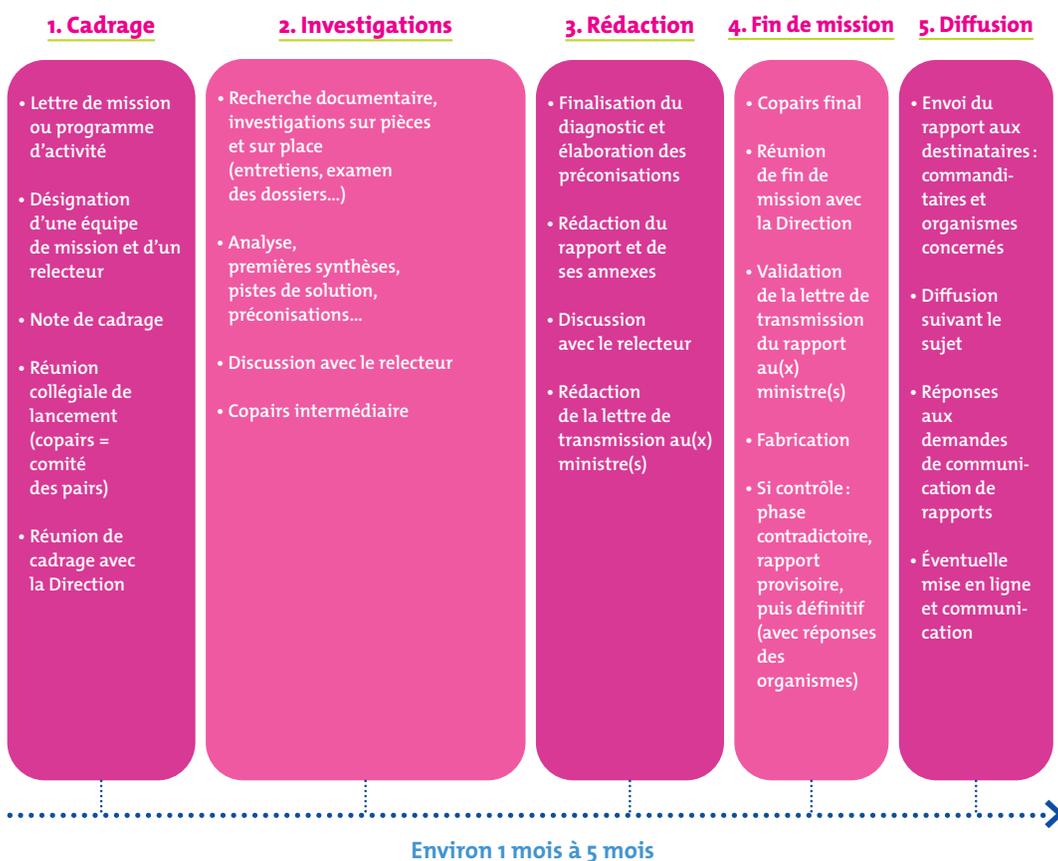
# Une organisation collégiale pour accompagner les missions

## Comment se déroule une mission ?

Les missions durent en moyenne de un à cinq mois et donnent lieu à la production d'un rapport remis au(x) ministre(s) commanditaire(s).

Les grandes étapes de déroulement d'une mission de l'IGAS sont schématisées ci-dessous :

### Le déroulement d'une mission de l'IGAS



L'équipe de mission, constituée de deux à quatre personnes en moyenne, avec des profils complémentaires, mène son enquête sur un à cinq mois : investigations sur pièces et sur le terrain, rencontres avec les personnes concernées (de quelques entretiens jusqu'à plus d'une centaine).

Le choix des équipes affectées aux différentes missions tient compte de la carrière des inspecteurs ; la connaissance du secteur est privilégiée, mais les inspecteurs ne sont jamais affectés à des contrôles qui pourraient les placer en risque de conflit d'intérêt. Il faut noter que, dans le cas des rapports de contrôle, l'IGAS ne procède pas à des « auditions » qui donneraient lieu à procès-verbal signé par les intéressés : elle s'entretient avec eux afin d'orienter ses travaux d'investigation, mais les rapports sont fondés sur des pièces écrites jointes en annexe.

L'équipe de mission rédige ensuite un rapport proposant une analyse de la situation, la formulation d'un diagnostic, des préconisations d'actions à mener.

Les déplacements sur le terrain sont un principe fondamental de l'IGAS qui objective ainsi ses constats. Les rapports de synthèse se nourrissent souvent de rapports de site permettant une comparaison des pratiques ; ils dégagent les enseignements généraux de l'enquête.

À l'occasion de ses investigations, l'IGAS a un large accès à l'information : elle peut intervenir librement auprès de tous les organismes entrant dans son champ d'intervention qui doivent lui prêter leurs concours. La mission peut avoir accès dans le cadre de ses investigations à l'ensemble des données informatisées.

Les pouvoirs d'investigation de l'IGAS sont fondés sur des dispositions spécifiques (art. 43 de la loi n° 96-343 du 12 avril 1996) qui prévoient la sanction de l'entrave à un contrôle de l'IGAS.

Un relecteur-référent, choisi par chaque mission, lui apporte ses conseils et assure une relecture de l'ensemble des documents produits.

Tout au long de la mission, les comités des pairs (une dizaine de personnes plus particulièrement investies sur le secteur) accompagnent chaque équipe.

Les rapports de contrôle et d'audit sont soumis à une procédure contradictoire : le rapport provisoire est adressé aux organismes concernés. Leurs réponses, accompagnées des observations de la mission en retour, sont intégrées dans le rapport définitif.

Les membres de l'IGAS ont une totale indépendance de jugement et ils engagent leur responsabilité sur les constats et préconisations formulées. Celle-ci se formalise par la signature individuelle des rapports qu'ils établissent et dont ils ont l'entière responsabilité (les instances collégiales de l'Inspection et le chef de service ne peuvent leur imposer une modification de leurs conclusions). Le chef de service a, pour sa part, la responsabilité de la transmission des rapports aux ministres commanditaires.

## Quelle organisation collégiale ?

L'Inspection générale des affaires sociales a mis en place une organisation collégiale dont l'objectif est triple :

- accompagner et soutenir les inspecteurs dans leur travail quotidien ;
- veiller à la qualité des travaux ;
- créer une culture thématique partagée.

## Les collèges et les copairs

Le chef de l'IGAS réunit les présidents de collège et les autres membres de l'équipe de direction au sein du Comité exécutif (COMEX), tous les 15 jours.

### Quatre collèges « secteur » :

- cohésion sociale
- protection sociale
  - santé
- travail, emploi, formation professionnelle

**Un collègue « métier » :**  
missions d'appui et de conseil au management

### Président de collège

+ 2 suppléants

### Collège

Programme d'activité  
Veille sectorielle et professionnelle  
Capitalisation des missions...

### Copairs

Accompagnement des missions en appui du relecteur-référent \*

\* Le relecteur-référent est choisi pour chaque mission au sein du copairs ou en dehors

Une fois par mois, les collèges, qui réunissent les membres de l'IGAS par grands secteurs (une formation d'une trentaine de personnes), font le point sur le programme d'activité de l'IGAS, l'actualité sociale, les enseignements tirés des missions...

Quatre collèges sont ainsi chargés du suivi des politiques sociales: cohésion sociale – protection sociale – santé – travail / emploi / formation professionnelle.

Un collègue « métier » est spécialisé dans les missions d'appui et de conseil aux équipes de direction dans les structures opérationnelles. Il recouvre les missions d'appui temporaire aux directeurs, de médiation en cas de crise, de gestion de transition, d'administration provisoire, quel que soit le secteur.

Formation restreinte des collègues, les comités des pairs (copairs) constituent les instances 'qualité' de l'IGAS. Ils se réunissent aussi souvent que nécessaire pour accompagner les missions et s'assurer de la qualité des travaux et des rapports.

Chaque président de collège/copairs anime le travail des deux instances et participe au Comité exécutif de l'IGAS.

Ce fonctionnement collégial apporte une double garantie :

- une garantie de qualité, dans la mesure où il offre l'opportunité aux membres de chaque mission de confronter leurs analyses et leurs points de vue à ceux d'un groupe de leurs collègues; à ce titre, le comité des pairs intervient aux principales étapes de la mission tant sur la méthode que sur le fond;

- une garantie d'indépendance, car la discussion collégiale contribue à renforcer le point de vue de l'Inspection et donne un surcroît de légitimité aux conclusions de la mission.

Le **Comité exécutif de l'IGAS** comprend les présidents de collèges et les membres du **Comité de direction** (le chef de l'IGAS, ses deux adjointes, le secrétaire général et la responsable diffusion).

La direction de l'IGAS s'est dotée de nouvelles compétences en matière de gestion des carrières et des compétences ainsi que de diffusion des rapports qui donnent, dans leur domaine, une nouvelle orientation aux fonctions supports.

### Six missions permanentes

- **Trois missions internes à l'IGAS :**
  - la **Mission permanente inspection contrôle (MPIC)** apporte un appui aux réseaux territoriaux pour les activités d'inspection-contrôle des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
  - la **Mission santé pénitentiaire** exerce une mission de veille sur les réclamations en matière de santé des détenus et d'hygiène en prison.
  - la **Mission internationale** a un rôle de veille et d'appui aux équipes de mission de l'IGAS en matière d'analyses comparées et de 'benchmark international' ;
- **Trois missions interministérielles rattachées à l'IGAS :**
  - la **Mission d'audit interne des ministères sociaux (MAI)** élabore et met en œuvre la politique d'audit interne des ministères chargés de la santé, de la cohésion sociale, de la sécurité sociale, du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle ;
  - la **Mission permanente d'audit des fonds européens** : en tant que membre de la Commission interministérielle de coordination des contrôles portant sur les opérations cofinancées par les fonds européens (CICC), l'IGAS réalise des audits de fonctionnement des systèmes de gestion des services de l'État, des collectivités territoriales et des autres organismes chargés de mettre en œuvre les crédits du Fonds social européen (FSE) ;
  - la **Mission inspection santé sécurité au travail (ISST)** regroupe les inspecteurs santé-sécurité au travail des ministères chargés des affaires sociales et de la santé, et du travail, de l'emploi, du dialogue social. Ils ont un rôle de contrôle, de conseil et d'alerte en matière de santé au travail, de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Il faut également noter que :

- l'IGAS est rapporteur permanent devant le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) ;
- les membres de l'IGAS ayant la qualité de médecin ou de pharmacien sont sollicités pour traiter, en qualité de rapporteurs, de dossiers disciplinaires ou d'insuffisance professionnelle des praticiens hospitaliers, dans le cadre des procédures menées par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG).

## Suite aux recommandations de l'IGAS...

Chaque rapport de l'IGAS propose un diagnostic et des recommandations transmis au ministre, son commanditaire, afin de l'éclairer dans ses décisions.

En 2013/2014, un certain nombre de recommandations de l'IGAS ont été transformées en décisions publiques dans les champs les plus divers. Par exemple :

- dans le domaine de l'emploi, les propositions du rapport sur l'activité partielle ont été pratiquement intégralement reprises dans la loi sur la sécurisation de l'emploi de juin 2013 et dans les textes de mise en œuvre ;
- à travers le rapport sur l'emploi des seniors, l'IGAS a contribué à renforcer le volet recrutement de cette population dans les contrats de génération institués en mars 2013 ;
- dans le domaine de la formation professionnelle, l'IGAS a mené une importante mission sur la formation professionnelle des demandeurs d'emploi qui a conduit à la réorganisation des circuits de traitement au sein de Pôle emploi, à une plus grande coordination des achats de formation et à l'inscription dans la loi d'un principe de modularisation de l'offre ;
- dans un autre domaine, la mission sur la simplification des relations entre les assurés et leurs régimes de retraite a contribué à la création, dans la loi retraites, du GIP 'Union des Institutions et services de retraite' ;
- le rapport sur les coûts de gestion de l'assurance maladie a abouti à la réintégration du GAMEX dans le réseau de la Mutualité sociale agricole (MSA) et a été largement utilisé dans la négociation en cours de la COG CNAM ;
- la mission de contrôle sur le centre hospitalier de Montluçon a ensuite donné lieu à une administration provisoire visant à la mise en œuvre des préconisations du rapport ;
- plusieurs propositions sur les médicaments vétérinaires ont été reprises dans le projet de loi sur l'avenir de l'agriculture.



De plus, l'IGAS a été particulièrement sollicitée en 2013/2014 pour accompagner la mise en œuvre de certaines de ses recommandations. Par exemple :

- un rapport de l'IGAS a proposé, sous certaines conditions, la généralisation du tiers payant. L'IGAS assure maintenant la coordination des travaux administratifs pour sa mise en œuvre ;
- à la suite des travaux de l'IGAS sur les placements de régimes complémentaires obligatoires, il lui a été demandé d'aider la Direction de la sécurité sociale à faire évoluer les textes ;
- l'IGAS joue également un rôle important dans la mise en place du compte individuel de formation, en lien avec un groupe de travail associant notamment les partenaires sociaux.

Et aussi : la réforme de l'insertion par l'activité économique, la réforme de l'assurance maladie des travailleurs frontaliers suisses...

Au-delà des décisions directes prises par le Gouvernement, les diagnostics et préconisations de l'IGAS connaissent une audience importante auprès des acteurs concernés, grâce à leur mise en ligne.

Ainsi, fin 2013, 506 rapports de l'IGAS étaient disponibles en ligne sur les sites internet de l'IGAS et de la Documentation française.

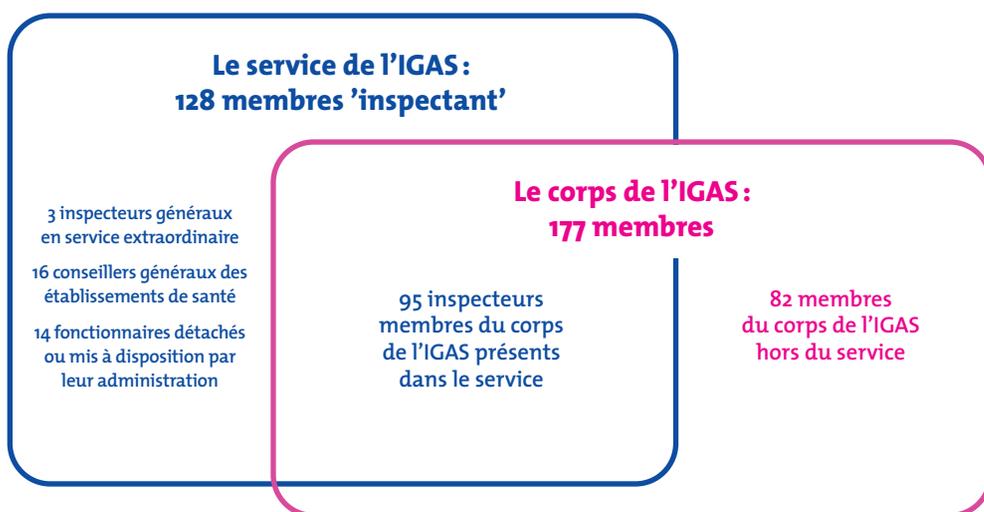
En 2013, les rapports de l'IGAS ont enregistré 137 000 téléchargements sur le site de la Documentation française. Depuis 2003, ils ont enregistré 1,1 million de téléchargements. Le site internet de l'IGAS, qui présente les activités de l'IGAS, a connu en 2013 une fréquentation de 117 000 connexions.

Certains rapports de l'IGAS ont fait l'objet d'une communication particulière en 2013. Quelques exemples : les centres de santé, rapport de l'IGAS sur l'hôpital, évaluation partenariale de la politique de formation professionnelle des demandeurs d'emploi (MAP), retour à l'emploi des seniors au chômage, évaluation du régime de l'auto-entrepreneur, interactions entre santé et travail, évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier...

## Le service et le corps de l'IGAS

Il y a une différence entre le corps de l'IGAS (qui est un statut avec ses règles de recrutement, promotion...) et le service de l'IGAS qui est un service d'inspection générale interministérielle.

Il y a des membres du corps qui travaillent hors du service, comme il y a des membres du service qui n'appartiennent pas au corps (des administrateurs civils, des conseillers généraux des établissements de santé...). (cf. schéma ci-dessous au 31 décembre 2013)



Les membres du corps sont recrutés à la sortie de l'École nationale d'administration ou par le mécanisme des « tours ».

### Les modes de recrutement dans le corps : l'ÉNA et le mécanisme des 'tours'

Les membres de l'IGAS sont recrutés à la sortie de l'ÉNA au grade d'inspecteur de 2<sup>e</sup> classe. Pour le passage au grade d'inspecteur de 1<sup>e</sup> classe, deux nominations par promotion interne ouvrent la possibilité d'une nomination, après avis d'un comité de sélection, pour des candidats extérieurs issus de la fonction publique.

Pour le passage au grade d'inspecteur général, il y a tout d'abord trois nominations par promotion interne d'inspecteurs qui deviennent inspecteurs généraux ; ensuite une quatrième nomination est possible, après avis d'un comité de sélection, pour des candidats extérieurs issus de la fonction publique, sous condition d'ancienneté et de responsabilités exercées.

À l'issue de ces quatre nominations peut intervenir une cinquième nomination, au choix du gouvernement. Une fois que celle-ci est réalisée, le cycle des 'tours' recommence (3 promotions internes + 1 tour 'fonctionnaire' + 1 tour 'gouvernement').

## La mobilité des membres du corps

Pour les membres du corps de l'IGAS, les dispositions légales et réglementaires qui déterminent les conditions de détachement et de disponibilité sont celles applicables à l'ensemble des agents de la fonction publique d'État, en particulier à ceux qui relèvent des corps recrutés par la voie de l'ENA. Elles sont complétées sur des points particuliers par des règles spécifiques qui figurent dans le statut particulier du corps de l'IGAS (décret n° 2011-931 du 1<sup>er</sup> août 2011). En détachement ou disponibilité, les membres du corps ne sont plus rattachés au service de l'IGAS et ne disposent dès lors naturellement plus des pouvoirs liés à leur présence dans le service.

La mobilité est une pratique traditionnelle pour les fonctionnaires recrutés par la voie de l'ENA, elle intervient en général au bout de deux à quatre ans après la sortie de l'ENA.

Le corps de l'IGAS compte, au 31 décembre 2013, 177 membres. Parmi eux, 95 sont présents dans le service (53,7 %) et 82 sont hors du service (46,3 %). Chaque année, un tiers environ des inspecteurs de l'IGAS quittent le service, et un tiers y reviennent.

## 128 membres dans le service

Au 31 décembre 2013, le service de l'IGAS compte 128 membres 'inspectant', quel que soit leur statut : 95 inspecteurs membres du corps de l'IGAS, 3 inspecteurs généraux en service extraordinaire, 16 conseillers généraux des établissements de santé (rattachés à l'IGAS depuis 2010), ainsi que 14 fonctionnaires détachés ou mis à disposition par leur administration.

Une grande partie des fonctionnaires présents dans le service est issue de l'École nationale d'administration, mais le service compte également en son sein des médecins, des pharmaciens, des ingénieurs, des anciens directeurs d'établissements de santé, ou des anciens inspecteurs du travail. 62 % sont des hommes, et 38 % des femmes. L'âge moyen est de 50 ans.

Enfin, l'article 16 du décret n° 2011-931 du 1<sup>er</sup> août 2011 portant statut particulier du corps de l'IGAS prévoit : *'Le corps de l'Inspection générale des affaires sociales peut accueillir, en position de détachement, de mise à disposition ou en position normale d'activité, pour une durée totale ne pouvant excéder cinq ans les membres des corps recrutés par la voie de l'École nationale d'administration ou de l'École polytechnique, les fonctionnaires de catégorie A de niveau comparable, les magistrats de l'ordre judiciaire et les militaires ayant au moins le grade de colonel ou un grade équivalent'*.

S'agissant des 33 membres du service de l'IGAS (au 31 décembre 2013) qui ne sont pas membres du corps de l'IGAS, la répartition est la suivante :

- les 14 fonctionnaires détachés ou mis à disposition par leur administration sont présents dans le service pour une durée de 2 à 3 ans. Un renouvellement est possible dans la limite maximale de 5 années ;
- les 3 inspecteurs généraux en service extraordinaire sont nommés pour une durée de 5 ans non renouvelables ;
- les 16 conseillers généraux des établissements de santé (rattachés à l'IGAS depuis 2010) sont nommés pour 3 ans avec deux renouvellements possibles.

### Service de l'IGAS : origine des membres 'inspectant' (au 31 décembre 2013)

Origine	Total	%
ENA (sortie directe)	36	28
Administrateurs civils	23	18
Médecins/pharmaciens	18	14
Directeurs d'hôpital	17	13
Inspecteurs du travail	2	2
Anciens militaires	1	1
Autres	31	24
<b>Ensemble</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

Les membres du service consacrent la totalité de leur activité aux missions. La plupart du temps, il s'agit des missions d'évaluation, de contrôle, d'appui... Mais dans un certain nombre de cas, ils peuvent être affectés à d'autres tâches relevant des compétences de l'IGAS.

Par exemple, le chef de l'IGAS et son adjointe, membres du corps, assurent la direction du service ; une inspectrice générale est en charge de la gestion des compétences et des carrières ; cinq membres de l'IGAS assurent à mi-temps les présidences des collèges sectoriels de l'Inspection ; deux inspectrices générales sont affectées respectivement à la présidence du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et du Haut conseil du financement de la protection sociale et réalisent tout ou partie de leurs travaux d'évaluation dans le cadre de ces instances.

## Les conditions d'affectation aux missions

En ce qui concerne les conditions d'affectation aux missions, l'IGAS a progressivement renforcé son dispositif :

- avant 2011, c'est le chef de service qui vérifie qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre les fonctions antérieures et l'objet de la mission à laquelle l'inspecteur est affecté ;
- depuis 2011, les activités antérieures à la nomination à l'Inspection ainsi que les activités exercées en dehors du service par les collaborateurs de l'IGAS font l'objet d'un examen approfondi par le chef de service à deux occasions :
  - d'une part, annuellement et de manière transversale, à l'occasion des entretiens professionnels ;
  - d'autre part, à l'occasion de chaque affectation en mission.

Depuis 2013, les inspecteurs sont, en outre, interrogés par écrit lorsqu'un ordre de mission leur est transmis sur d'éventuels conflits d'intérêts définis comme : *« étant toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés de nature à compromettre ou paraître compromettre l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions »* ; en cas de conflit d'intérêts ainsi caractérisé ils ne peuvent intervenir sur la mission.

Dès lors qu'il n'y a pas risque de compromettre l'impartialité des travaux, le chef de service peut affecter un inspecteur dans un secteur d'activité dans lequel il a travaillé par le passé. Cela est aussi un gage de compétence.

## Une trentaine de personnes en charge des fonctions supports

Section des rapports, systèmes d'information, documentation, budget-logistique-déplacements, ressources humaines-formation : ces services jouent un rôle majeur pour soutenir l'intelligence collective de l'Inspection.

À titre d'exemple, la section des rapports finalise, chaque année, la mise en forme de plus de 210 rapports et assure leur diffusion ; la documentation est en support permanent des missions ; le service des systèmes d'information développe et met à la disposition des inspecteurs des outils spécifiques aux fonctions du service (système de suivi des missions, espaces collaboratifs, outils de contrôle automatisés...).

## Le collège cohésion sociale en 2013



Le collège cohésion sociale traite des politiques en faveur des personnes vulnérables, mineurs en danger, personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap ou d'exclusion sociale, visant à la compensation des manques individuels et à l'accès aux droits sociaux et, plus généralement, des politiques ayant pour objet de conforter ou restaurer la cohésion sociale, entendue comme la capacité d'une société à faire vivre ensemble tous les citoyens.

Ce domaine se caractérise par l'importance des compétences des collectivités territoriales et de l'intervention des associations, amenant l'État à jouer un rôle de législateur et de stratège et, plus rarement, d'acteur direct de la mise en œuvre des politiques.

Il est également marqué par la forte dimension interministérielle de ces politiques, amenant fréquemment l'IGAS à intervenir conjointement avec d'autres inspections générales.

En 2013, l'activité de l'IGAS dans ce domaine est marquée par le poids des missions d'évaluation des politiques, notamment dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP) : sur les 42 missions lancées en 2013, plus de la moitié (23) sont des missions d'évaluation.

Celles-ci portent sur des champs très divers : accueil des étrangers, lutte contre la pauvreté, protection de l'enfance, mise en œuvre des plans en faveur des personnes âgées et des malades d'Alzheimer. Elles visent à mesurer l'impact des politiques mais aussi à analyser les modalités concrètes de leur mise en œuvre – quatre audits de directions départementales interministérielles ont ainsi été lancés en 2013 ainsi que deux missions sur la mutualisation des moyens entre services – et l'organisation de leur pilotage, par exemple dans le cas de la politique de la ville.

L'IGAS a, en outre, fourni un appui important à l'administration ou à des parlementaires pour conduire des réflexions et préparer des réformes : 14 missions lancées en 2013 contribuent ou ont contribué à proposer des évolutions des politiques dans des domaines aussi variés que la tarification des établissements médico-sociaux, la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, le pilotage de l'allocation aux adultes handicapés, l'adaptation de la société au vieillissement, les dispositifs financiers de soutien aux revenus d'activité des travailleurs modestes ou la maîtrise des dépenses des collectivités territoriales.

Les missions de contrôle lancées en 2013 ont été peu nombreuses (4) mais diversifiées : elles ont porté sur le fonctionnement d'un service déconcentré de l'État, d'un service d'aide sociale à l'enfance, d'un organisme faisant appel à la générosité publique et d'une association gestionnaire de services médico-sociaux.

## L'accompagnement des élèves en situation de handicap

*Fadéla AMARA et Huguette VIGNERON-MELEDER (IGAS)*

*Martine CARAGLIO (IGAENR) et Jean-Pierre DELAUBIER (IGEN)*

Au cours de ces dernières années, la scolarisation des jeunes en situation de handicap a progressé très rapidement, à tous les niveaux du système éducatif. Cette évolution a été favorisée par la mobilisation de moyens importants et, entre autres, par le développement de l'accompagnement humain. Si la présence d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) constitue, dans de nombreux cas, un facteur de réussite du parcours scolaire, plusieurs rapports récents mettent en évidence les difficultés soulevées par l'ampleur de la demande d'accompagnement individuel, qu'il s'agisse de l'évaluation des besoins, des critères et des modalités d'attribution ou de la mise en œuvre des prescriptions.

Si la prescription de l'aide humaine se situe désormais dans le cadre établi par la loi du 11 février 2005, elle trouve ses origines dans des textes antérieurs, en particulier dans la loi du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation. La mission constate que la circulaire interministérielle du 11 juin 2003 installe le rôle de l'AVS dans un mode de fonctionnement qui n'est pas très éloigné de ce qui est observé aujourd'hui. Cette circulaire induit notamment un principe de « demande » dont l'école est à l'origine et qui reste présent dans l'esprit des acteurs locaux. L'évolution récente introduite par le décret du 23 juillet 2012, qui prend en considération la diversité des situations de handicap et distingue aide individuelle et aide « mutualisée », n'est évidemment pas sans conséquence sur la prescription et sur sa mise en œuvre.

Les données recueillies auprès de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), étayent les constats de la mission d'une **croissance rapide et continue de l'aide individuelle** apportée aux élèves en situation de handicap et de **l'hétérogénéité des prescriptions d'un département à l'autre**.

Quatre types de facteurs peuvent l'expliquer :

- l'augmentation du nombre d'élèves handicapés scolarisés ;
- la croissance de la demande ;
- les modalités de la prescription et de l'évaluation ;
- l'insuffisance du pilotage.

Ces constats conduisent la mission à **organiser ses propositions autour de deux objectifs prioritaires** :

- **installer un pilotage efficace et partagé au niveau national et départemental**,
- **passer d'une démarche fondée sur l'expression et le traitement d'une demande à une démarche d'évaluation des besoins de la personne et de réponse adaptée à ces besoins**, en agissant pour cela conjointement sur trois facteurs : les outils mis en œuvre, le rôle des acteurs de l'éducation nationale et le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires des MDPH.

## Évaluation de la politique de soutien à la parentalité

Bénédicte JACQUEY-VAZQUEZ, Michel RAYMOND, Patricia SITRUK

Aujourd'hui, en France, un enfant sur deux naît hors mariage, 3 millions de jeunes sont élevés dans une famille monoparentale, 1,6 million d'enfants grandissent au sein d'une famille recomposée, et un enfant sur cinq vit dans une famille pauvre. **La fonction parentale s'exerce dans un contexte profondément bouleversé.** La France a donc développé une politique de soutien à la parentalité pour accompagner ces évolutions et « aider les parents à être parents ».

### Des dispositifs en cercles concentriques

*Stricto sensu*, le soutien à la parentalité rassemble six dispositifs : réseaux d'écoute et d'appui aux parents (REAAP), lieux d'accueil enfants parents (LAEP), contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), points info famille (PIF), médiation familiale, espaces de rencontre. Ces dispositifs touchent un million de bénéficiaires, pour un coût d'environ 150 M € en 2012.

Une approche plus large, en intégrant l'action des centres sociaux en direction des familles (20 M €), les « travailleuses familiales » de la branche famille (80 M €) et les aides aux vacances familiales (60 M €), conduit à un chiffre de l'ordre de 300 M €.

Enfin, le soutien à la parentalité irrigue aussi d'autres politiques publiques (protection maternelle et infantile, politique de la ville, éducation nationale...)

**Cependant, la traduction budgétaire du soutien à la parentalité reste à ce jour assez symbolique.** Ainsi, les 74 M € par an qu'y consacre la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ne représentent guère que 0,6 % des prestations familiales. Dans son rapport de 2011 sur l'architecture de la politique familiale, le Haut conseil de la famille (HCF) s'en étonnait d'ailleurs : « *Au regard de la littérature relative à la parentalité et de l'importance sociale de son accompagnement, au regard également du relatif consensus des acteurs nationaux et locaux sur l'intérêt de ce nouvel axe des politiques familiales, les moyens qui y sont consacrés paraissent a priori très faibles* ».

La mission a enquêté dans sept départements et exploité une abondante littérature évaluative. A l'issue de ses investigations, elle observe que le soutien à la parentalité est pertinent dans ses objectifs et plutôt efficace dans ses modalités d'intervention. Pour la mission, le soutien à la parentalité participe ainsi d'un **investissement social** « rentable » qui permet d'éviter des interventions curatives ultérieures coûteuses. A ce titre, les pouvoirs publics auraient tout intérêt à le considérer comme un levier de prévention primaire et à organiser son déploiement plus ambitieux, à l'instar des programmes de « *positive parenting* » conduits à l'étranger.

## Le financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins

Nathalie DESTAIS

LIGAS a remis en octobre 2013 un second rapport d'évaluation (faisant suite à celui de 2011) sur le financement des soins dispensés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**Le tarif global de soins : versement aux EHPAD d'une dotation budgétaire globale pour la rémunération des soins courants dispensés à leurs résidents.**

L'objectif consistait à éclairer, à la fois sous l'angle économique et sous l'angle de la qualité des soins, la décision des ministres quant à l'intérêt et aux conditions d'une éventuelle réouverture du tarif global de soins, lequel s'applique aujourd'hui à un peu plus d'un tiers des places d'EHPAD en vertu d'un droit d'option des établissements, toutefois suspendu depuis 2010. La situation alternative consiste en un versement aux EHPAD d'un budget plus restrictif couvrant principalement les soins infirmiers et d'aides-soignants, cependant que les autres soins de ville sont payés par les résidents et remboursés selon le droit commun.

La mission a mobilisé les systèmes d'information et les compétences statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour calculer le coût quasi-complet des soins dispensés à cette population, qu'il s'agisse de soins de ville remboursés aux résidents, de soins financés directement par la dotation de l'EHPAD ou d'hospitalisation en court séjour - un calcul novateur et complexe.

> Budgets de soins de l'ensemble des EHPAD : 9,3 Mds € en 2013.

Il ressort que le tarif global s'est traduit en 2012 par un surcoût d'ampleur limitée pour l'assurance maladie, qui reflète les modalités avantageuses d'attribution des dotations globales de soins aux EHPAD dans la première décennie des années 2000 (traduction d'une politique volontariste de médicalisation de ces structures) ; il devrait s'éroder rapidement.

Par ailleurs, le tarif global présente un intérêt pour la qualité des prises en charge. Les EHPAD concernés ont en effet pu renforcer leur encadrement soignant, permettant des soins médicaux et paramédicaux plus adaptés aux besoins de résidents, dont une proportion grandissante souffre de troubles cognitifs et de troubles du comportement. La responsabilité d'un budget de soins courants entraîne également une vigilance accrue de l'établissement sur l'organisation des soins et sur leur traçabilité, à la faveur souvent d'une coopération resserrée avec les médecins traitants.

Le tarif global de soins, incitant à la définition localement d'un ensemble de soins pertinents fondés sur une organisation plus collective des soins primaires, apparaît cohérent avec l'évolution des besoins des populations accueillies en EHPAD. Aussi le rapport préconise-t-il la réouverture de cette option, dans des conditions réaménagées pour garantir le respect des enveloppes budgétaires des agences régionales de santé, accompagner des stratégies de qualité et d'efficacité des établissements et moderniser leurs relations avec les autorités tarifaires.

## L'accueil des étrangers

Ce thème a donné lieu à trois missions en 2013 portant sur plusieurs aspects de la politique d'accueil des étrangers.

### Évaluation de la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants

Constance BENSUSSAN (IGAS),

Ariane CRONEL et Werner GAGNERON (IGA)

200 000 étrangers par an entrent légalement en France aujourd'hui. Si tous passent une visite médicale à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), seule la moitié d'entre eux est concernée par les actions de la politique d'accueil des primo-arrivants : cette dernière cible, en effet, uniquement les étrangers qui ont vocation à y demeurer durablement, soit essentiellement ceux admis au séjour pour motif familial.

**La politique d'accueil repose sur un dispositif unique : le « contrat d'accueil et d'intégration » (CAI), généralisé depuis 2007.** Piloté par le ministère de l'intérieur, mis en œuvre par l'OFII, le CAI propose des prestations dont les thématiques constituent un socle pertinent pour l'intégration : apprentissage de la langue, initiation aux valeurs de la République, présentation des démarches pratiques et aide à la recherche d'emploi. Toutefois, leurs modalités de réalisation en limitent l'impact, que ce soit en raison de leur caractère trop standardisé, de la faiblesse de l'ambition de la formation linguistique, ou encore du manque d'efficacité de l'aide à l'accès à l'emploi face au chômage de 25 % des primo-arrivants.

A noter que les moyens financiers consacrés à la politique d'accueil ont considérablement décliné depuis 2010 : les crédits de paiement du programme 104 « Intégration et accès à la nationalité française » ont diminué de 25 % et la subvention versée à l'OFII de 36 %, alors que les dépenses liées au CAI continuent à augmenter.

Dans ce contexte, la mission propose les évolutions suivantes :

- refondre les prestations du CAI, en abandonnant les dispositifs dont l'impact paraît faible ou nul, mais aussi en simplifiant la formation civique, dont le contenu gagnerait à être recentré sur quelques messages essentiels, comme la laïcité ou l'égalité hommes-femmes ;
- réformer l'aide à l'accès au marché du travail des primo-arrivants, notamment en intégrant davantage la formation linguistique dans la formation professionnelle ;
- renforcer significativement le niveau de la formation linguistique ;
- lier la délivrance d'un titre de séjour pluriannuel à l'acquisition du nouveau niveau de maîtrise du français fixé, le titre annuel restant en tout état de cause acquis.

Le scénario proposé par la mission représenterait un effort financier de l'ordre de 3,5 à 4,5M €. Cet effort, à rapporter à la réduction des moyens financiers consacrés à la politique d'accueil depuis cinq ans, correspond, selon la mission, à un rebasage nécessaire du financement de la politique d'accueil.

#### Le contrat d'accueil et d'intégration (CAI)

- signé par tout étranger de plus de 16 ans, non ressortissant d'un État membre de l'Union européenne,
- titulaire pour la première fois d'un titre de séjour l'autorisant à s'installer durablement sur le territoire.

## L'hébergement et la prise en charge financière des demandeurs d'asile

Christine D'AUTUME (IGAS),

Alban HAUTIER, Jean-Philippe de SAINT-MARTIN et Laurent VACHEY (IGF),

Jean-Pierre BATESTI, Arnaud TEYSSIER et Florian VALAT (IGA)

Dans le contexte de la nouvelle accélération de la demande d'asile, les dispositifs de prise en charge sont soumis à des tensions croissantes : saturation des structures d'hébergement d'une part, envolée des dépenses budgétaires 2007-2012 consacrées respectivement à l'allocation temporaire d'attente (+ 250 %) et à l'hébergement d'urgence (+ 140 %).

### > En 2012 :

- Les délais de traitement des demandes d'asile dépassaient 19 mois pour 75 % des dossiers
- Plus de 50 % des demandeurs d'asile étaient hébergés dans des structures d'urgence.

Le principal levier pour maîtriser ces dépenses reste de réduire fortement les délais de traitement des demandes d'asile, qui dépassaient 19 mois pour 75 % des dossiers en 2012. C'est aussi un impératif pour limiter le recours massif à l'hébergement d'urgence, dû à l'engorgement des centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) dont les capacités sont restées stables. En 2012, plus de 50 % des demandeurs d'asile étaient hébergés dans des structures d'urgence (principalement en hôtel), avec une moindre qualité de prise en charge qu'en CADA, mais pour un coût globalement équivalent du fait du versement de l'allocation temporaire d'attente (ATA).

A court terme, une réforme de la gestion de l'allocation temporaire d'attente (ATA), actuellement confiée à Pôle emploi, permettrait de limiter le poids des indus (25-30M €) et de dégager des économies substantielles. Son transfert à l'OFPRA ou à l'OFII est préconisé.

En revanche, s'agissant de l'hébergement d'urgence, les perspectives d'économies budgétaires apparaissent très limitées à court terme. La poursuite probable de l'augmentation de la demande d'hébergement dans les prochaines années invite par ailleurs à restructurer en profondeur l'offre actuelle pour pouvoir assurer l'accueil de l'ensemble des demandeurs d'asile en procédure normale dans des structures pérennes de type CADA. Une cible de 35 000 places d'hébergement de type CADA est proposée à l'horizon 2018.

Mieux maîtriser l'accueil des demandeurs d'asile nécessite, en outre, une meilleure régulation de leur parcours. Une simplification est proposée (suppression de l'obligation de domiciliation), ainsi que la mise en place d'un dispositif national d'orientation fondé sur un rééquilibrage territorial des capacités d'hébergement. Une plus grande effectivité des mesures d'éloignement est par ailleurs nécessaire. Le renforcement du pilotage interministériel doit intégrer le rôle d'ajustement joué par l'hébergement d'urgence de droit commun.

Enfin, il convient de remédier à la dispersion actuelle excessive des responsabilités (SGII, OFII, OFPRA, préfectures, Pôle emploi), *a minima* par la mise en place d'un système d'information commun permettant de retracer et de suivre les parcours des demandeurs d'asile.

## L'admission au séjour des étrangers malades

Dr. François CHIEZE (IGAS)

Olivier DIEDERICHS, Renaud FOURNALES et Marc VERNHES (IGA)

Depuis 1996, la France s'est dotée d'un cadre juridique relatif à l'admission au séjour des étrangers malades qui permet à des ressortissants étrangers, entrés en situation régulière ou irrégulière, d'obtenir un titre de séjour de plein droit, afin de bénéficier de soins appropriés lorsque la maladie peut avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité pour la personne. Ce droit au séjour est subordonné à une condition de résidence habituelle sur le territoire français.

> Chaque année,  
6 000  
primo-délivrances  
et 20 000  
renouvellements  
de titres de séjour.

Ce dispositif a été encadré plus strictement par la modification en juin 2011 de l'article L.313-11, 11<sup>ème</sup> alinéa du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), passant d'un état de santé nécessitant une prise en charge médicale dans le cadre d'un parcours de soins, à l'absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine, sauf circonstances humanitaires exceptionnelles.

La proportion, ainsi que le flux annuel des primo-délivrances (environ 6 000 chaque année) et le stock des renouvellements (environ 20 000) se caractérisent par une stabilité étonnante dans le temps, en dépit des changements de législation ou de jurisprudence.

Néanmoins, le dispositif génère de sérieuses difficultés dans son application. Parmi les faiblesses du dispositif, la mission relève à titre principal l'absence de référentiels médicaux et d'informations sur l'offre de soins dans les pays d'origine, mais également le manque d'instructions précises aux préfets, l'exigence de documents non prévus par la loi, le non-respect des délais, les carences en matière de formation des personnels.

Il en résulte des disparités importantes, voire des irrégularités, dans le traitement des dossiers génératrices d'inégalités de traitement injustifiables selon le lieu de dépôt de la demande. Il existe d'un département à l'autre, un écart du simple au triple des avis favorables rendus.

Afin de garantir une équité de traitement, il a été proposé :

- de redéfinir par la loi le critère lié à l'existence du traitement approprié dans le pays d'origine ;
- de prendre en compte par la loi des situations de conjoints de parents et d'enfants d'étrangers malades ;
- de formaliser une instruction générale aux préfetures ;
- de resserrer l'ensemble du dispositif d'expertise médicale par la disparition d'une étape en regroupant au niveau des médecins de l'OFII les compétences actuellement dévolues aux médecins agréés et aux médecins des ARS ;
- d'abandonner la notion de circonstances humanitaires exceptionnelles déjà présente dans l'article L. 313-14 du code précité.

## Le collège protection sociale en 2013

The image shows a close-up of a document with various financial and social security terms. The text is partially obscured by a grid pattern, likely from a spreadsheet or a form. Visible terms include: 'DESIGNATION', 'E FORFAITAIRE', 'SALAIRE TOTAL', 'DROITS PAYES', 'CONGES PAYES', '\*REMUERATION BRUTE (1)', 'ASS MALADIE SUR TA', 'ASS VIEILLESSE / TA', 'TRAVAIL', and 'AUTONOMIE'. There are also some numbers like '100', '100', '400', '350000', '258900', '35000', '25890', and '35000'.

En 2013, le collège a eu à connaître 29 missions, essentiellement d'évaluation.

Les trois quarts des missions ont été consacrées à l'évaluation de la gestion du service public de la protection sociale, qu'il s'agisse :

- de la totalité d'un risque : mission MAP sur les coûts de gestion des assurances maladie ;
- d'un réseau (ex : les branches vieillesse et recouvrement du régime général) ;
- d'un organisme : CNRACL<sup>5</sup>, CRPNPAC, organismes de gestion des artistes auteurs, activités de retraite complémentaire du groupe REUNICA, CARPIMKO ;
- d'un processus : tiers payant pour la médecine de ville, politique d'implantation territoriale des organismes de sécurité sociale, guichet unique du spectacle occasionnel, simplification des relations entre les assurés et les régimes de retraite, audit des indicateurs de maîtrise des risques.

Cette forte implication sur les sujets de gestion est nécessaire dans un système de pouvoirs où l'État a délégué la gestion de la protection sociale à des organismes autonomes et en situation de monopole et où il doit s'assurer de la productivité et de la qualité de service de ces organismes dont tous nos concitoyens sont potentiellement prestataires à des moments clés de leur vie.

Un quart des missions a été consacré à l'évaluation des politiques publiques dans le domaine...

- de la retraite : comparaisons internationales des dispositifs de prise en compte de la pénibilité au travail, pilotage financier des régimes de retraite complémentaire, placements des régimes de retraite professionnels ;
- de la préretraite : création d'une voie d'accès individuel au dispositif de préretraite des travailleurs de l'amiante ;
- de la famille : gestion des indus dans les CAF ;
- de l'assurance maladie (couverture des frontaliers suisses), de la mobilité professionnelle (évaluation du versement transport), des règles d'affiliation (régime des auto-entrepreneurs).

Dans un certain nombre de cas, l'IGAS a été sollicitée pour appuyer l'administration dans la mise en œuvre de ses recommandations : réécriture des textes relatifs aux placements des régimes de retraite professionnels, tiers payant pour les consultations de médecine de ville.

Ainsi qu'on le voit, l'IGAS est présente à tous les niveaux de la protection sociale en termes de risques, de régimes (régime général, régimes spéciaux du secteur public, régimes des non salariés), de niveau (base/complémentaire). Et elle s'efforce, à chacune de ses missions, de remettre ses propositions dans la perspective d'une actualisation juste et efficiente du « panier de droits » et des institutions existantes, seule garante de la pérennité de notre protection sociale.

5. Cf. liste des sigles et abréviations p. 69

## Le tiers payant pour les consultations de médecine de ville

*Etienne MARIE et Juliette ROGER*

Cette mission visait à dresser un bilan des pratiques actuelles de tiers payant en médecine de ville et d'étudier si sa généralisation était une réforme justifiée sur le fond et techniquement possible, notamment au regard de sa large pratique chez d'autres professionnels de santé. Le rapport rend compte d'un travail conduit sur la base d'une consultation étendue des organisations professionnelles, des assurances maladies et des autorités publiques.

**La généralisation du tiers payant est une réforme justifiée sur le fond** : elle est conforme aux principes d'une assurance maladie universelle en ce sens qu'une fois ses cotisations acquittées et le risque de santé survenu, l'assuré n'a pas à faire l'avance des frais ; c'est d'ailleurs la pratique de la grande majorité des pays dotés d'une assurance maladie (ex : Allemagne, Autriche, Pays-Bas) ; cette généralisation permettrait une simplification des formalités de l'ensemble des assurés et un meilleur accès aux soins pour les ménages pour lesquels l'avance des frais demeure un problème.

**Cette mesure devrait toutefois être accompagnée** de mesures d'accès aux soins pour les ménages les plus modestes en termes de montant de frais et en termes d'accessibilité administrative, géographique et « culturelle » à ces soins et par une réforme profonde du recouvrement de la participation forfaitaire de 1 euro, la mission proposant d'autoriser les organismes d'assurance maladie à prélever cette participation sur le compte des assurés.

**La généralisation du tiers payant est une réforme techniquement possible, à certaines conditions.** La mission rappelle qu'elle ne doit conduire vis-à-vis des médecins à aucun risque de trésorerie, aucun risque de perte financière en cas d'absence de droits du patient (l'acte ayant été dispensé), enfin aucun risque de charge administrative supplémentaire liée au recouvrement entre les factures émises et les paiements reçus. La mission formule des propositions destinées à maîtriser ces risques.

**La mission propose l'option fondamentale d'éclater les flux de facturation entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires** dès lors que celles-ci seraient regroupées en quelques plateformes de gestion, option actuellement en vigueur pour les autres professionnels de santé en tiers payant.

S'agissant d'une mutation historique, institutionnelle et gestionnaire importante, la mission insiste sur la nécessité d'une pleine implication des parties prenantes en termes de processus (une généralisation « volontaire » conçue comme la généralisation de la possibilité pour les médecins d'accorder le tiers payant) et en termes de pilotage du projet sur la durée.

### La généralisation du tiers payant

**Début 2014, un membre de l'IGAS a été désigné directeur de projet pour la généralisation du tiers payant à tous les assurés d'ici 2017. La dispense d'avance de frais par les patients lors d'une consultation médicale figure parmi les principaux axes de la stratégie nationale de santé (SNS) annoncée par la ministre des affaires sociales et de la santé.**

## Contrôle des placements de régimes de retraite complémentaire obligatoires

Virginie CAYRE, Paulo GEMELGO, Pascal PENAUD, Vincent RUOL

LIGAS a été saisie d'une mission de contrôle des placements des régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse qui visait à présenter un état des lieux des placements et de leur gestion, et à évaluer le cadre réglementaire et les modalités de contrôle par l'État.

### Contrôle des placements de six organismes

L'IGAS a contrôlé, sur place, les placements de :

- Fédérations ARRCO et AGIRC
- Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC)
- Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)
- Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)
- Caisse de retraite des notaires (CRN)
- Caisse de retraite des personnels navigants professionnels de l'aéronautique civile (CRPNPAC).

La retraite complémentaire obligatoire (RCO) est caractérisée par la diversité, d'une part, des organismes gestionnaires et, d'autre part, des règles prudentielles applicables. Fin 2011, les placements représentatifs des réserves constituées s'élèvent à 110 Mds € en valeur de réalisation.

LIGAS a contrôlé sur place six organismes, représentant 52 % du total des placements et a demandé à tous les RCO des états détaillés de leurs placements.

À l'issue de ses investigations, l'IGAS constate une grande variété de situations : si les organismes adossés à des structures solides (ARRCO et AGIRC, IRCANTEC) se sont, à des degrés divers, dotés d'une politique de placements, tel n'est pas le cas des caisses isolées.

Le cas des caisses des professions libérales est particulièrement typique des insuffisances constatées :

- la doctrine de constitution et de reprise des réserves n'est jamais formalisée, pas plus que les modalités de gestion retenues ni l'encadrement des risques auxquels l'organisme accepte de s'exposer ;
  - les organes délibérants sont parfois défaillants dans leur rôle de suivi et de contrôle de l'action des services ; il en va de même de la sélection des gérants d'actifs qui, pour les « fonds dédiés », se fait généralement hors du cadre de la commande publique, et de leur suivi, notamment s'agissant des frais de gestion ou des questions déontologiques.
- De manière générale, certaines caisses ne disposent pas des compétences adaptées à la complexité des instruments financiers qu'elles mettent en œuvre, et les dispositifs de contrôle interne et de gestion des risques apparaissent insuffisants en matière d'investissements.

Au delà des contrôles menés sur place, l'IGAS a procédé à une évaluation de la réglementation. La mission a constaté des lacunes majeures dans cette réglementation, trop lâche et permettant des prises de risque inconsidérées, notamment au travers de la gestion déléguée qui représente plus des deux tiers des encours.

Au regard de ces constats, l'IGAS fait des recommandations de trois ordres :

- une révision et une unification du cadre réglementaire dans le sens d'un renforcement prudentiel ;
- l'amélioration de la gouvernance et des pratiques de gestion ;
- le renforcement du suivi et du contrôle des caisses.

LIGAS appuie désormais la Direction de la sécurité sociale dans la révision de la réglementation.

## Les indus de la branche famille

*Céline MOUNIER et Pierre RICORDEAU (IGAS)*

*Paul BAZIN, Pierre CUNEO et Bruno PARENT (IGF)*

Les indus dans les caisses d'allocations familiales (CAF) et ceux qui leur correspondent dans les caisses de la mutualité sociale agricole (CMSA) apparaissent comme un phénomène de masse : en 2012, les CAF ont procédé à 3,3 millions de détections d'indus d'un montant moyen de 600 €, pour un montant global de 2 Mds €, (43,7 M € pour les CMSA), ce qui représente 3 % du montant total de prestations versées et 2,4 millions d'allocataires des CAF concernés, principalement des bénéficiaires du RSA et des allocations de logement.

En leur ajoutant les rappels de prestations, on peut considérer que le non-paiement à bon droit et à bonne date représente environ 7 Mds € par an et participe de la défiance et de l'incompréhension dans les relations allocataires/caisses.

Outre les erreurs des CAF (10 à 20 % des indus), la responsabilité des indus relève principalement de l'allocataire (50 à 60 %) mais également de la législation (15 à 20 %), certaines règles générant par nature des indus (en particulier celles relatives aux dates d'effet des mesures d'abattement et de neutralisation que la mission propose de modifier).

Les indus sont recouverts à 80 % par prélèvement sur les prestations, principalement sur les rappels. Le mécanisme de la fongibilité et la procédure de contrainte ont contribué à l'efficacité et à l'efficience de ce recouvrement.

L'impact du recouvrement des indus sur les allocataires, notamment les plus modestes, est notable : les indus et leur répétition constituent un obstacle à la lisibilité et la prévisibilité des prestations.

La mission propose que l'amélioration du contenu des notifications soit prioritaire. Elle propose l'expérimentation d'un barème de recouvrement plus progressif pour mieux préserver le reste à vivre des personnes les plus défavorisées. Elle recommande aussi d'expérimenter une grille d'aide à la décision des commissions de recours amiable pour mesurer son impact financier. Elle propose enfin d'expérimenter en alternative la fixation d'enveloppes de remise de dettes par caisses.

Ces propositions ne suffiront cependant pas à résoudre le problème général du non paiement à bon droit ; le dispositif réglementaire actuel extrêmement fin et réactif pour accompagner l'évolution de la situation de chaque allocataire a pour contrepartie une volatilité certaine des versements de prestations. La mission souligne donc l'intérêt majeur du chantier de simplification de la réglementation mené par la CNAF, la CCMSA et la direction de la sécurité sociale.

### Les indus dans les CAF en chiffres

- **3,3 millions de détections d'indus d'un montant moyen de 600 €,**
- **pour un montant global de 2 Mds €, soit 3 % du montant total de prestations versées,**
- **2,4 millions d'allocataires des CAF concernés.**

## L'évaluation par l'IGAS des conventions d'objectif et de gestion (COG) entre l'État et les caisses nationales de Sécurité Sociale

### Quatre missions du programme d'activité de l'IGAS

Le service public de la sécurité sociale est historiquement organisé autour d'un État, qui conçoit les politiques, et des organismes de sécurité sociale autonomes, qui les gèrent. L'État ne saurait toutefois se désintéresser de cette gestion, en ce qu'elle

#### Quatre évaluations de COG en 2013

En 2013, l'IGAS a lancé l'évaluation de quatre conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et certaines caisses nationales de Sécurité Sociale :

- la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
- l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)
- la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités Locales (CNRACL).

concerne la mise en œuvre réelle des politiques qu'il décide, que ces politiques touchent potentiellement tous nos concitoyens et notamment les plus modestes d'entre eux et ceux qui supportent des charges les plus lourdes. L'État doit alors s'assurer de la qualité de service des organismes de sécurité sociale dans la limite naturellement de coûts de gestion optimisés.

#### Les COG fixent les objectifs et moyens budgétaires des caisses pour quatre ans

Les relations entre État et organismes de sécurité sociale sont en ce sens organisées, depuis presque vingt ans (pour le régime général), par des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui fixent, soit à un réseau (ex : la branche vieillesse du régime général avec un organisme national et 16 caisses régionales), soit à une unique caisse nationale lorsque celle-ci ne dispose pas de réseau (ex : la CNRACL) des objectifs et des moyens budgétaires cohérents sur une durée en

règle générale de quatre ans.

Dans cette situation, l'État, malgré un dialogue de gestion annuel avec les caisses nationales autour de tableaux de bord, reste en situation d'asymétrie d'information face à un grand réseau ou une grande caisse nationale pour évaluer, au bout de quatre ans, les résultats réels obtenus et préparer le cycle de gestion à venir, ses objectifs concrets, ses moyens budgétaires. C'est pour dépasser cette situation qu'intervient l'IGAS.

#### L'évaluation des COG par l'IGAS

Les méthodes de l'IGAS en matière d'évaluation de COG consistent fondamentalement :

- à recueillir l'opinion de l'ensemble des parties prenantes internes et externes de la caisse nationale concernée,
- à rencontrer sur le terrain les directions, les agents et les assurés (les entreprises pour la branche recouvrement),
- à consulter des dossiers individuels,
- à vérifier la pertinence et la fiabilité du recueil des indicateurs,
- à consulter de façon critique les travaux internes des réseaux,
- à mener des comparaisons entre caisses d'un même réseau mais aussi entre réseaux,
- à mobiliser les conclusions de rapports thématiques de l'IGAS et la participation des inspecteurs à de nombreux travaux de modernisation de la gestion publique.

Sur cette base, l'IGAS porte un jugement rétrospectif et prospectif sur le réseau ou la caisse concernée en termes de coûts de gestion et de leviers de productivité (ex : développement des systèmes d'information, alignement des performances sur les meilleures caisses, mutualisation, développement des compétences) et en termes de qualité de service et de ses leviers (ex : dématérialisation, accueil multicanal). L'IGAS évalue aussi les politiques d'action sociale dont les conseils des caisses nationales et locales ont la responsabilité, souvent vieilles et mal priorisées.

### **En 2013, l'IGAS a lancé l'évaluation de quatre COG**

Au cours de l'année 2013, l'IGAS a évalué les COG passées avec la CNAV et l'ACOSS et engagé l'évaluation de celle, spécifique, de la CNAMTS. Elle a évalué par ailleurs la COG de la CNRACL (gérée par la Caisse des dépôts et consignations) où la démarche COG est beaucoup plus récente. Elle a enfin évalué l'opportunité de lier par une future COG l'État et la caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC).

### **Des acquis et des limites**

Instrument fondamental par la programmation pluriannuelle objectifs-moyens qu'elles réalisent, les COG ont organisé une profonde modernisation du service public de la sécurité sociale et des gains de productivité importants. Ces gains de productivité ont été davantage liés à la progression des charges qu'à une baisse des effectifs, compte tenu d'une part de la personnalisation constante des droits, d'autre part du contexte économique difficile qui accroît le recours de nos concitoyens aux organismes de sécurité sociale.

Cette vision à long terme ne saurait faire oublier les lenteurs de réalisation de certains grands projets de productivité, ni le mauvais service existant dans certains organismes. Ce sont ces acquis et ces limites que s'efforce de documenter de façon indépendante l'IGAS dans chacune de ses évaluations.

L'Inspection générale appelle enfin, à chacune de ses évaluations de COG, l'attention des ministres et des administrations sur la complexité et l'instabilité de la réglementation qui influent directement sur la productivité et la qualité de service des organismes de sécurité sociale.

## Le collège santé en 2013



La santé, hors missions d'appui-conseil dans le domaine hospitalier, représente en 2013 près du quart des missions de l'IGAS (soit 46 missions).

L'année 2013 a été marquée par plusieurs missions concernant les professions de santé, notamment les chirurgiens-dentistes et les centres de santé. La formation initiale des professions paramédicales et le dispositif de développement professionnel continu ont également fait l'objet d'une attention particulière.

Les missions relatives aux produits de santé ont porté sur la prescription des médicaments en

ville, ainsi que sur les antibiotiques à usage vétérinaire, et sur le dispositif de distribution, de tarification et d'achat des dispositifs médicaux.

Le champ hospitalier reste bien entendu un axe de travail important. Outre plusieurs missions de contrôle d'établissements de santé (notamment l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille et le centre hospitalier spécialisé Paul Giraud) et de fondations, l'IGAS a produit un rapport sur l'évolution des volumes hospitaliers.

Les missions d'évaluation représentent à elles seules la moitié des missions effectuées dans le champ santé. Elles portent sur l'ensemble des politiques de santé : comme par exemple la politique en faveur de la santé des étudiants, le nouveau schéma d'organisation de la médecine légale, les maisons des adolescents, le dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives ou l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence.

Enfin, l'IGAS a fourni un appui à l'administration, à des parlementaires ou à des personnalités (14 missions), notamment sur l'organisation de premier recours dans le cadre des réflexions sur la stratégie nationale de santé, sur la structuration de la filière sang ou l'évaluation du plan cancer ou du plan Alzheimer.

## Interactions entre santé et travail

*Philippe BARBEZIEUX, Anne-Carole BENSADON, avec la contribution de François-Olivier CHAMPS, stagiaire*  
*Une mission du programme d'activité de l'IGAS*

IGAS a inscrit à son programme d'activité 2012-2014 une mission visant à identifier les interactions entre santé au travail, santé publique et santé environnementale. A l'issue de ces travaux, la mission a identifié quatre axes d'amélioration.

### **1. Mieux appréhender l'impact des conditions de travail sur la santé**

Le repérage et la prévention des risques liés aux situations de travail constituent une priorité, en liaison, selon les types de risque, avec le développement de nouveaux modes d'organisation du travail.

### **2. Etre attentif à l'évolution technique et organisationnelle du monde du travail**

Les techniques de production évoluent. Le cas des nanoparticules offre un exemple d'articulations fortes à construire en termes d'analyse et de maîtrise des risques autour de diagnostics et de stratégies partagés et permet de comprendre comment l'entreprise et les différents acteurs prennent en compte (ou pas) et traitent ces risques émergents.

### **3. Veiller à ce que l'attractivité professionnelle n'aggrave pas des pathologies pré-existantes**

La nécessité de prise en charge globale de la personne atteinte de maladie chronique interroge sur les modalités les plus à même de permettre un parcours cohérent. Cela suppose une articulation entre les différents acteurs, y compris des acteurs de la santé au travail, dans le respect des droits de la personne malade.

### **4. Utiliser le lieu de travail, comme lieu de promotion de la santé**

Lors du 32ème congrès de médecine du travail, le rôle que pourraient avoir les services de santé au travail pour la promotion de la santé face à une population vulnérable et cela tout au long de la vie professionnelle a été souligné. L'utilisation de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé doit être mis en débat au sein des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

## Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD

Vincent MARSALA (IGAS)

Patrick ALLAL et Isabelle ROUSSEL (IGAENR)

Les travaux de réingénierie des formations paramédicales dans le cadre de leur inscription dans le dispositif licence-master-doctorat (LMD) ont débuté en novembre 2008. Fin 2012, les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont chargé l'IGAS et l'IGAENR d'en effectuer le bilan et d'en tirer des enseignements pour la poursuite du processus.

Les travaux de réingénierie n'étaient, alors, achevés que pour quelques formations et seule une promotion d'infirmiers avait bénéficié de la délivrance du grade de licence.

Le rapport dresse un bilan globalement positif de la réforme de la formation infirmière. Cependant, il préconise une évaluation du résultat de la réforme, en termes de qualité des professionnels formés, par une autorité scientifique et des professionnels indépendants, après au moins trois promotions. Il fait des préconisations d'adaptation et de simplification à mettre en œuvre sans attendre.

Concernant les autres formations, il engage les deux ministères à reprendre rapidement et de façon conjointe le processus engagé et à poursuivre prioritairement la réingénierie des formations socles dans une approche qui ne soit plus profession par profession mais interdisciplinaire.

Il met en garde contre le risque d'allongement des études sans adossement à des besoins réels en matière de santé publique et en souligne les forts inconvénients.

Il insiste sur l'importance qui s'attache au strict respect de l'enchaînement : élaboration du référentiel d'activités, puis de compétences et, enfin, de formation, tant en ce que concerne les métiers socles que les poursuites d'études au-delà du diplôme de base.

Il distingue clairement expertise, spécialisation, pratique avancée et nouveaux métiers et engage à donner suite au rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire de janvier 2011 avant toute reconnaissance éventuelle de grade universitaire correspondant.

Par ailleurs, il incite à faciliter l'accès à des masters de recherche pluridisciplinaires de tous les professionnels paramédicaux qui souhaitent poursuivre dans cette voie et donne des pistes pour ce faire.

Il fait également des propositions en vue d'améliorer la vie des étudiants et le mode de sélection à l'entrée des formations initiales, dans un souci d'égalité dans l'accès aux formations et dans le déroulement des études. Il insiste sur l'importance de conserver les possibilités d'admission par passerelles universitaires et promotion professionnelle.

Enfin, il fait des recommandations concernant la certification, l'évaluation périodique et l'agrément et engage à avoir une approche intégrée de ces trois éléments.

### > Les professions paramédicales :

- 20 professions
- près de 840 000 professionnels
- plus de 120 000 étudiants en 2011.

## L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision

Stéphanie DUPAYS, Jean-Philippe NATALI, avec l'appui de Marine JEANTET

La mission a étudié l'évolution des volumes hospitaliers sur les dernières années (2009-2011) afin d'en identifier les déterminants. Les travaux ont porté sur le champ Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO) et sur l'ensemble des activités financées à l'activité (séjours, séances, urgences, actes et consultations externes).

### Des séjours hospitaliers plus nombreux et plus sévères

Le nombre de séjours a régulièrement augmenté entre 2009 et 2011 passant de 16,7 à 17 millions de séjours soit une augmentation totale de 1,8 % sur deux ans. L'évolution du nombre de séjours est moins forte dans le secteur public que dans les établissements privés à but lucratif ou non. Mais rapportée au poids de chaque secteur, cette évolution modérée du secteur public explique à elle seule la moitié de l'augmentation totale.

Si la croissance du nombre de séjours explique un tiers de la croissance du volume économique, la déformation de la nature même des séjours en explique les deux tiers, notamment en raison de la progression des niveaux de sévérité.

### Une très forte augmentation des séances

L'essentiel de l'augmentation de l'activité hospitalière entre 2009 et 2011 provient des séances. Le nombre de séances (hors dialyse et radiothérapie pour le privé) a régulièrement augmenté entre 2009 et 2011 passant de 5,6 à 6 millions, soit une hausse de 8,2 %.

### Le vieillissement de la population n'explique qu'une partie de la croissance

Cette forte croissance de l'activité hospitalière s'explique par plusieurs facteurs intriqués, hospitaliers ou extrahospitaliers, jouant dans des sens différents, mais principalement par des changements de pratiques médicales (progrès médical, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile etc.) qui expliqueraient un quart de la progression des dépenses en huit ans.

La croissance et le vieillissement de la population sont également des déterminants importants et conduisent mécaniquement à une augmentation supérieure à 1 % par an des séjours hospitaliers.

### De fortes disparités régionales

**Le taux de recours à l'hôpital varie, selon les régions, de 248 à 303 séjours par an pour 1 000 habitants. Ces fortes disparités régionales ne reflètent pas des différences d'état de santé. De plus, les augmentations les plus fortes ne correspondent pas nécessairement aux régions au taux de recours faible qui rattraperaient ainsi leur retard.**

## Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain

*Philippe GEORGES et Cécile WAQUET, avec la contribution de Juliette PART, stagiaire*

Au nombre d'environ 1220, les centres de santé forment un monde très varié de par leurs activités, leurs tailles et leurs gestionnaires. Une forte identité les réunit cependant : ils sont tenus de respecter les tarifs opposables de la sécurité sociale, de pratiquer la dispense d'avance de frais, de développer des actions d'accompagnement social et de santé publique et de salarier leur personnel, y compris soignant.

S'ils ne représentent qu'une faible part des dépenses de santé au niveau national, ils assurent une accessibilité financière et sociale à des soins ambulatoires de proximité dans des quartiers à faible densité de professionnels libéraux. Ils répondent aux attentes d'une bonne partie des jeunes professionnels qui souhaitent travailler en équipe et de manière coordonnée.

Or, les centres de santé sont fragiles. Ils héritent souvent de longues années de gestion peu efficace et pâtissent d'un modèle économique boiteux. Aucun mécanisme n'assure la cohérence entre leurs recettes, qui proviennent principalement de l'assurance maladie sur la base d'un paiement à l'acte, et leurs dépenses, structurellement supérieures à celles des libéraux en raison de charges spécifiques ne faisant l'objet d'aucun financement précis, hormis le forfait optionnel de coordination, paradoxalement peu utilisé. Leur équilibre est donc *in fine* assuré par les subventions de leurs gestionnaires. Mais la raréfaction de ces financements conduit à rechercher un nouveau modèle économique.

Au regard de leur utilité sanitaire et sociale, qui enjoint aux pouvoirs publics d'assurer leur pérennité, trois séries de recommandations visent à les ancrer dans l'offre regroupée et coordonnée de soins ambulatoires. Il convient de faciliter leur gestion quotidienne par l'allègement des contraintes administratives, notamment pour la dispense d'avance de frais. Il importe de créer une dynamique pour les accompagner dans la voie d'une amélioration de leur gestion tout en reconnaissant la spécificité de leur modèle économique : il est proposé de leur octroyer une rémunération forfaitaire sous réserve d'efforts de gestion. Un pilotage stratégique des centres de santé impliquant à la fois le niveau national et régional doit être mis en place.

### Les centres de santé

- Environ 400 centres médicaux ou polyvalents (gérés par des associations, des mutuelles, des communes, des caisses de sécurité sociale ou des établissements de santé),
- Un peu plus de 400 centres dentaires (75 % gérés par des mutuelles),
- Près de 400 centres de soins infirmiers (76 % gérés par des associations),
- 2,4 % des dépenses de santé ambulatoire.

## Le collège travail-emploi-formation professionnelle en 2013

En 2013, le collège travail-emploi-formation professionnelle (TEFP) a assuré une veille des savoirs et une capitalisation méthodologique, tout en accompagnant les différentes missions relevant de son champ, en formation de Copairs.

L'année 2013 a vu un investissement méthodologique important portant sur la cartographie des politiques publiques, comme sur la tenue des « Focus groups », dans le cadre de la modernisation de l'action publique (recueil de l'appréciation des demandeurs d'emploi relatives aux politiques de formation).



Au cours de l'année 2013, l'IGAS est intervenue dans le champ TEFP pour réaliser 37 missions qui se répartissent en trois ensembles :

- Évaluation : 13 missions (un tiers), dont 6 dans le cadre de la modernisation de l'action publique ;
- Audit et contrôle : 13 missions (un tiers), dont 7 relatives au Fond Social Européen (FSE) ;
- Appui-conseil : 11 missions.

Trois missions de modernisation de l'action publique du champ travail-emploi-formation -évaluation des aides financières aux contrats de formation par alternance, formation professionnelle des demandeurs d'emploi, politique territoriale de l'emploi- ont contribué aux annonces faites dans le cadre des comités interministériels pour la modernisation de l'action publique (CIMAP) tenus en 2013.

Les missions de contrôle ou d'audit sur le fonctionnement des services ont aussi mobilisé le collège TEFP : avec le contrôle de l'Association pour l'insertion professionnelle des jeunes diplômés (AFIJ) et l'audit de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), ou encore le contrôle de l'exécution des marchés publics de contrats d'autonomie dans deux départements.

IGAS a été mobilisée pour des missions d'appui-conseil préparatoires à la loi sur la formation professionnelle et la démocratie sociale, comme sur la responsabilité sociale des entreprises (RSE). Elle a co-animé les travaux de mise en œuvre de la réforme du financement de l'insertion par l'activité économique (IAE). Elle a assuré la présidence du jury de l'examen professionnel d'accès au corps de l'inspection du travail.

Les interventions de l'IGAS en 2013 forment un ensemble cohérent autour des questions **d'accès et de retour à l'emploi**, avec l'évaluation du retour à l'emploi des demandeurs d'emploi seniors, le bilan des contrats de sécurisation professionnelle, la réforme du financement de l'IAE ou encore de l'évaluation du dispositif nouvel accompagnement pour la création et la reprise d'entreprise (NACRE).

En matière de **continuité des parcours professionnels et de la formation tout au long de la vie**, on peut citer les missions sur l'évaluation du service public de l'orientation, les aides financières à l'alternance, la formation professionnelle des demandeurs d'emploi et des personnes sous main de justice, tout comme les missions d'appui autour du compte personnel de formation et du conseil en évolution professionnelle.

LIGAS a formulé des propositions visant à améliorer l'effectivité de **la politique territoriale de l'emploi** : élaboration d'orientations stratégiques de l'offre de services, mise en place d'un schéma directeur d'implantation des accueils physiques, définition de zones communes d'intervention et d'un cadre renouvelé de concertation entre collectivités, État et partenaires sociaux.

Elle a contribué aux discussions autour de l'amélioration de **la qualité de vie au travail** et du projet de loi pour l'égalité hommes-femmes, en conduisant une comparaison internationale sur les politiques d'égalité professionnelle.

## La politique d'égalité professionnelle en France Éléments de comparaison avec le Québec, la Belgique et la Suède

Constance BENSUSSAN, Christine BRANCHU, Frédéric LALOUÉ

La France mène une politique d'égalité professionnelle ambitieuse mais dont l'effectivité est limitée: l'écart salarial médian entre les hommes et les femmes s'élève encore à 15 %, tandis que moins de 20 % de femmes siègent dans les conseils d'administration des grandes entreprises.

Dans ce contexte, la mission s'est intéressée aux principaux enseignements à tirer des politiques développées notamment au Québec, en Belgique et en Suède.

Concernant la **lutte contre les écarts de rémunération** entre les femmes et les hommes, le Québec a mis en place un système de comparaison par les entreprises des rémunérations des emplois majoritairement féminins avec celles des emplois majoritairement masculins, assorti d'une obligation de mener une politique de rattrapage des écarts de salaires. La Belgique a engagé des actions de sensibilisation des partenaires sociaux aux effets pervers des discriminations salariales.

En matière de **lutte contre la ségrégation dans l'emploi**, le Québec a instauré un dispositif de comparaison de la part des emplois occupés par des femmes avec la part des emplois qu'elles devraient statistiquement occuper, métier par métier.

Enfin, la **promotion d'une meilleure conciliation entre les temps professionnel et privé** se fait en Suède à travers des congés parentaux obligatoirement partagés entre les deux parents. En Grande-Bretagne, la possibilité d'ajuster son temps de travail à sa situation personnelle fait l'objet d'une procédure étroitement balisée.

> L'écart salarial médian entre les hommes et les femmes s'élève encore à 15 %, tandis que moins de 20 % de femmes siègent dans les conseils d'administration des grandes entreprises.

Sur cette base, la mission a proposé :

- d'avoir une connaissance plus fine et actualisée des écarts de rémunération, notamment grâce à une publication statistique annuelle de ces écarts afin d'en étudier les causes ;
- de développer la mixité des métiers grâce à un dispositif de formation interprofessionnelle visant à la promotion de femmes cadres, mais aussi via un suivi de la proportion de femmes par métiers ou encore par la création d'indicateurs de mixité au niveau des branches ;
- de favoriser la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée en développant des organisations souples du temps de travail dans les entreprises assorties de garanties procédurales pour le salarié et son employeur. Le partage effectif du recours aux congés parentaux entre les deux parents pourrait être mis en place et les traitements défavorables liés à leur utilisation devaient figurer parmi les motifs de discrimination prohibés ;
- de renforcer l'engagement de l'État en intégrant les conditions relatives au respect de l'égalité professionnelle dans les dossiers de candidature et dans l'exécution des marchés publics, ou encore en instaurant une obligation pour les employeurs condamnés pour discriminations de financer un audit public de leur situation.

## Retour à l'emploi des seniors au chômage Rapport d'évaluation et Programme allemand 'Perspektive 50+'

Christine DANIEL, Laurence ESLOUS, Anousheh KARVAR

Une mission du programme d'activité de l'IGAS

> Un million de demandeurs d'emploi de plus de 50 ans, y compris des seniors ayant une activité réduite, dont 550 000 au chômage depuis plus d'un an (fin 2012).

Alors que la part des seniors qui travaillent a augmenté en France du fait du recul de l'âge de la retraite et de la suppression progressive des dispositifs de pré-retraites, la mission souligne l'accroissement continu du nombre des demandeurs d'emploi de plus de 55 ans, en particulier depuis le 2<sup>ème</sup> semestre 2011. Elle rappelle ainsi que Pôle emploi recensait, fin 2012, un million de demandeurs d'emploi de plus de 50 ans, y compris des seniors ayant une activité réduite, dont 550 000 au chômage depuis plus d'un an.

Jusqu'ici, les politiques publiques mises en place ont privilégié le maintien dans l'emploi, avec des plans seniors où la part du recrutement reste minoritaire.

Face à cette évolution préoccupante, la mission préconise de renforcer la place du recrutement dans le contrat de génération, dispositif destiné à favoriser l'embauche des jeunes et le maintien des seniors dans l'emploi, opérationnel depuis mars 2013.

Afin de prévenir le chômage de longue durée des seniors, la mission plaide pour une prise en charge précoce par Pôle emploi, via un entretien d'inscription et de diagnostic plus approfondi et une prescription de prestations adaptées, notamment des actions de formation préparant à une prise de poste opérationnelle, avec embauche à la clé.

Elle préconise également de maintenir le régime d'indemnisation chômage actuellement plus favorable pour les plus de 50 ans, rappelant que les allocataires du RSA sont de plus en plus nombreux dans cette catégorie d'âge.

La mission n'ayant pu étayer la faiblesse du taux de retour à l'emploi des seniors par des caractéristiques intrinsèques aux chômeurs âgés comme une moindre productivité, elle a été conduite à faire l'hypothèse d'une discrimination des seniors sur le marché de l'emploi au motif de leur âge. Pour y répondre, elle formule neuf recommandations afin d'améliorer la transparence, d'objectiver davantage la discrimination par l'âge et de renforcer la communication sur les pratiques effectives de recrutement des entreprises, en confiant une mission spécifique au Défenseur des droits.

Enfin, la mission propose d'aller au-delà, en expérimentant un accompagnement pour les seniors au chômage sur le modèle du programme allemand 'Perspektive 50 plus'. L'expérimentation proposée se fonde sur l'initiative locale, en procédant par un appel à projets à lancer par la direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP) auprès des agences locales de Pôle emploi. Celles-ci définiront librement leur projet, par exemple sur les portefeuilles de demandeurs d'emploi à suivre, pour une durée de trois ans, et elles pourraient s'associer entre elles et avec des partenaires locaux pertinents pour le concevoir et le mettre en œuvre.

## Évaluation de la politique de la formation professionnelle des demandeurs d'emploi

Paulo GEMELGO, Anousheh KARVAR, Bruno VINCENT, avec le concours d'Adrien BREGER, stagiaire

LIGAS a été saisie en 2013 d'une mission d'évaluation de la politique de la formation professionnelle des demandeurs d'emploi (MAP). Les recommandations formulées lors de cette évaluation ont nourri la négociation interprofessionnelle de décembre 2013, ainsi que la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

La mission consistait en l'évaluation de l'adéquation entre l'offre de formation et de la demande de travail, des parcours d'entrée en formation, de la gouvernance de la politique, des dispositifs et flux financiers ainsi que de la qualité de l'offre de formation. Les constats de la mission ont conduit à pointer :

- les limites de l'approche adéquationniste entre formation et emploi et à appréhender l'apport de la formation dans une perspective large d'accroissement ou de maintien de l'employabilité sur le long terme ;
- les facteurs de complexité (informatiques, procéduraux et informationnels) qui entravent la fluidité des parcours d'accès et découragent des demandeurs d'emploi, en particulier des moins qualifiés ;
- les conséquences néfastes d'une gouvernance qui cloisonne les publics (chaque financeur suivant ses dispositifs et publics sans vision d'ensemble, ce qui induit un empilement des financements et un défaut de lisibilité) ;
- le manque d'évaluation et de contrôle des actions de formation financées.

À partir de ces constats, la mission a fait 30 propositions visant à améliorer la formation professionnelle des demandeurs d'emploi, autour de quatre thèmes transversaux :

- introduire davantage de souplesse pour mieux répondre aux besoins des demandeurs d'emploi, et ce en facilitant l'accès à la formation, en adaptant l'accompagnement au degré d'autonomie des demandeurs d'emploi et en renforçant l'outillage à la disposition des demandeurs d'emploi afin de fluidifier leurs parcours ;
- améliorer la qualité du service tout au long du parcours du demandeur d'emploi, en sécurisant les parcours (respecter le principe « à toute formation, une rémunération » ou suivre un indicateur de délai d'entrée en formation), en renforçant l'évaluation de l'apport et la qualité de la formation ;
- porter les simplifications nécessaires à la lisibilité des démarches et des dispositifs, en allégeant les procédures administratives de validation à l'entrée et en offrant une plus grande lisibilité sur les dates d'ouverture et de fermeture des sessions ;
- responsabiliser chaque acteur et redéfinir la gouvernance globale, en clarifiant les rôles entre financeurs et acheteurs, ce qui passe par un regroupement de l'ensemble des achats collectifs sous la responsabilité des régions et par la tenue de conférences régionales et nationales des financeurs, et en responsabilisant davantage les employeurs, non seulement sur les formations qu'ils octroient à leurs salariés mais aussi sur leur financement de la formation des demandeurs d'emploi.

### Après ce rapport...

Les recommandations formulées dans ce rapport de l'IGAS ont nourri la négociation interprofessionnelle de décembre 2013, ainsi que la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

## Le financement de l'insertion par l'activité économique (IAE)

Michaël DANON et Stéphanie FILLION (IGAS)

Vincent CLAUDON, Hélène PELOSSE, avec le concours d'Elsa COLONNA D'ISTRIA (IGF)

En 2010, près de 120 000 salariés en insertion ont travaillé dans une structure d'insertion en moyenne chaque mois. Entre 1 et 1,3 Mds € de financements publics (État, collectivités territoriales, fonds social européen – hors exonérations sociales) sont alloués au secteur chaque année. Cette estimation induit un coût moyen de 21 000 € pour 56 000 ETP qui masque des disparités entre les types de structures : pour les ateliers et chantiers d'insertion (ACI), il varie entre 35 000 et 49 000 € par ETP. L'État finance la moitié du secteur, les conseils généraux en financent un quart. L'empilement des interventions est source de complexité et les modalités de versement des aides sont essentiellement forfaitaires.

Le pilotage est marqué par une logique de reconduction de l'existant, le mode de répartition des crédits ne prenant pas en considération les besoins des territoires. La gouvernance locale manque de vision stratégique et la coordination entre les financeurs est lacunaire.

Enfin, l'efficacité de l'IAE en termes d'insertion professionnelle est limitée et les outils d'évaluation sont lacunaires.

### La réforme proposée : instaurer une aide au poste généralisée et modulée

Cette aide unique se substitue à tous les financements versés aujourd'hui par l'État. Elle comprend un montant socle et un montant modulé fondé sur trois critères également pondérés : le profil des bénéficiaires, les efforts d'insertion de la structure et les résultats en termes d'insertion.

Ce scénario présente trois objectifs : simplification du mode de financement de l'État, harmonisation des modalités, quel que soit le type de structure, et valorisation des structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) sur la qualité de leur travail. Il peut se déployer soit à moyens constants soit par des crédits supplémentaires.

Cette réforme est assortie de cinq conditions de réussite :

- une consolidation et une fiabilisation des données relatives au secteur ;
- un outil d'évaluation mesurant la distance à l'emploi et assurant un suivi des sorties ;
- un ciblage accru sur les publics en ayant le plus besoin et un niveau de réinsertion professionnelle plus important ;
- un renforcement de la dimension stratégique du pilotage et une amélioration de la coordination entre les financeurs ;
- un accès facilité à d'autres financements (ex : clauses sociales, mécénats).

Dans la continuité du rapport, l'IGAS a réalisé, fin 2013, un appui à la Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP) en vue de la mise en œuvre de la réforme.

### L'insertion par l'activité économique

- 120 000 salariés en insertion employés chaque mois
- quatre types de structures : les entreprises d'insertion (EI), les ateliers et chantiers d'insertion (ACI), les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) et les associations intermédiaires (AI).

## Le collège appui et conseil au management en 2013

Si le champ privilégié de l'activité du collège et du copairs appui et conseil au management (ACM) est resté celui des établissements de santé, le secteur de l'audit interne des services de l'administration centrale a connu un développement significatif. Il a représenté 20 % des rapports examinés.

S'agissant du champ des établissements de santé, deux administrations provisoires de longue durée ont été assurées par des membres de l'IGAS : au centre hospitalier d'Ajaccio et au centre hospitalier de Montluçon.



Quatre missions d'appui-conseil ont été menées dans le but de proposer des mesures de réorganisation des établissements, de préciser leur place dans l'offre de soins ou d'expertiser des situations juridiques complexes.

Huit missions se sont déroulées dans le cadre du Comité de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) qu'il s'agisse de vérifier le degré de réalisation de plans de retour à l'équilibre financier ou d'analyser des projets d'investissement de grande ampleur.

Créé en juin 2013, le COPERMO a pour mission, d'une part, de définir la stratégie nationale d'investissement hospitalier et d'amélioration de la performance des établissements de santé et, d'autre part, d'accompagner la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux, notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements. Le chef de l'IGAS siège au sein de la formation délibérante de ce comité et deux membres du collège appui et conseil au management participent aux groupes techniques chargés de préparer les décisions.

Le copairs appui et conseil au management a suivi huit missions d'audit concernant principalement les dispositifs de contrôle interne des services de l'administration centrale.

Trois missions d'évaluation ont été réalisées concernant l'affectation et la mobilité des fonctionnaires, la mobilisation du foncier public et la gestion de l'Institution nationale des invalides.

Deux missions d'appui-conseil ont été conduites l'une auprès du Centre d'études de l'emploi et l'autre sur la modernisation et la simplification des outils de pilotage et de compte-rendu des administrations centrales et déconcentrées.

Le futur hôpital d'Ajaccio (2017), projet lancé dans le cadre de l'administration provisoire de l'IGAS (2012-2014)

## L'administration provisoire du Centre hospitalier d'Ajaccio

*En 2013 : Dominique ACKER, Dr. Carole CRETIN, Dr. Francis FELLINGER, François-Xavier SELLERET*

*En 2012 : Dominique ACKER, Hubert de BEAUCHAMP, Jean-Louis BONNET*

Par décision en date du 29 juillet 2012, le directeur de l'Agence régionale de santé de Corse a placé le Centre Hospitalier d'Ajaccio sous administration provisoire, en application de l'article L 6143.3.1 du Code de la santé publique, compte tenu de sa situation financière et sociale.

Cette administration provisoire faisait suite à une première administration provisoire conduite sur la période du 6 octobre 2008 au 6 octobre 2010.

### **Un établissement en situation très dégradée**

La mission des administrateurs provisoires était double : redresser le fonctionnement de l'établissement et préparer le projet du nouvel hôpital attendu depuis près de 15 ans par la population du Grand Ajaccio. Elle a été cadrée par une lettre de la ministre des affaires sociales et de la santé en date du 20 décembre 2012.

Les administrateurs provisoires ont fait le constat d'une équipe de direction très affaiblie, d'un climat social tendu, d'un bâti vétuste et inadapté, d'une organisation balkanisée, d'effectifs non maîtrisés, d'un système d'information déficient, tout ceci contribuant à un déficit structurel représentant environ 20 % du budget.

### **Adoption du projet médical et du plan de modernisation et de progrès**

Dès le mois d'octobre 2012, les administrateurs provisoires ont rétabli le dialogue social et fait voter le projet médical de l'établissement pour cadrer l'activité sur la période 2013/2017, conformément au plan régional de santé, et adopter le programme des besoins du nouvel hôpital.

En mars 2013, ils ont présenté aux instances un plan de modernisation et de progrès répondant, pour la période 2013/2017, aux exigences de mise en œuvre du projet médical et de retour à l'équilibre financier.

L'ensemble des actions proposées devrait permettre un retour à l'équilibre d'ici 2018, grâce à un programme d'économies et à une amélioration des recettes liées notamment aux nouvelles activités déployées dans le cadre du projet médical.

Le premier volet du plan est pratiquement achevé fin 2013. La négociation sur le temps de travail et les conditions de travail, la gestion prévisionnelle des emplois médicaux et non médicaux sont en cours. L'établissement prépare enfin la visite de certification pour le mois de juin 2014.

### **Un nouvel hôpital en 2017**

Le dossier du nouvel hôpital, accompagné du plan de retour à l'équilibre, a été présenté devant le Comité pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) les 16 juillet et 22 octobre 2013 et a obtenu son agrément et son financement. Le jury du concours s'est réuni le 16 décembre 2013 pour désigner l'équipe lauréate.

L'offre retenue permet de respecter l'enveloppe fixée par le COPERMO (138 M €) et les délais de livraison (été 2017). Le chantier a démarré le 18 mars 2014.

## Les administrations provisoires et les missions d'appui conseil outre-mer

En 2012 et 2013, l'IGAS a réalisé trois missions d'appui-conseil et deux administrations provisoires aux Antilles. Des enseignements peuvent être tirés, les uns communs avec des missions conduites en métropole, d'autres plus particuliers à la situation locale.

### Des finances dégradées

Dans ces établissements, la situation financière était, comme ailleurs, extrêmement dégradée et, parfois, la sécurité des patients menacée. Les causes en sont l'absence de formalisation du processus décisionnel dans le respect des missions des instances et des acteurs en responsabilité, l'absence de maîtrise des processus « support » (finances, ressources humaines, achats...), l'inefficience des organisations, médicales ou non, divers écarts à la réglementation et l'absence de projet institutionnel ainsi que de stratégie collective.

### Des spécificités propres aux territoires d'outre-mer

Toutefois, nombre de points sont propres aux territoires antillais qui retentissent sur l'offre de soins, surtout hospitalière. Le vieillissement de la population est associé à un départ des jeunes actifs et la démographie médicale est faible dans un contexte social défavorable. S'y ajoutent des particularités épidémiologiques, tant nutritionnelles, aux impacts conséquents tant pour les pathologies cardio-vasculaires qu'infectieuses.

Ces régions-départements, fort éloignées, parfois isolées de l'Hexagone, doivent offrir tout l'éventail des spécialités médicales et une offre de soins de recours au regard d'une très faible population. Ces caractéristiques locales ont été prises en compte dans les préconisations des missions.

Cependant, des usages locaux existent, fruits de l'histoire, pour les personnels des hôpitaux comme ceux des différentes administrations dont l'IGAS a relevé l'absence de base réglementaire : notamment les jours de congés supplémentaires et les après-midi du mercredi ou vendredi où les services administratifs et, plus généralement, les services à horaires fixes sont fermés.

Au-delà de la feuille de route constituée pour les directeurs, il serait nécessaire de statuer sur ces écarts de réglementation, qui, s'ils devaient être officiellement pérennisés, mériteraient d'être intégrés dans le calcul du coefficient géographique appliqué aux éléments tarifaires.

Ces missions posent aussi la question du suivi : les directeurs en place ont besoin de montrer à leurs interlocuteurs (médecins, organisations syndicales, élus...) que les plans d'action à mettre en œuvre répondent à une demande des pouvoirs publics, en contrepartie des aides exceptionnelles apportées. Un retour régulier des missions serait de nature à convaincre les acteurs que l'absence d'action n'est pas une option possible.

### Les missions en outre-mer en 2012-2013

- Deux administrations provisoires d'établissements de santé aux Antilles : le Centre Hospitalier de Basse-Terre en Guadeloupe, l'établissement public de santé mentale (EPDSM) de Colson à la Martinique ;
- Trois missions d'appui conseil aux Antilles : deux missions auprès de l'ARS Martinique : l'une pour la mise en œuvre du projet médical de territoire, l'autre pour la préparation du CPOM du futur CHU de Martinique ; une 3<sup>ème</sup> auprès du centre hospitalier de Martinique (CHUM) pour l'élaboration de l'accord cadre de l'établissement.

## Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

*Dr Pierre ABALLÉA, Patrice LEGRAND, Arnaud VANNESTE, avec la contribution  
de Pierre COLLETTE, stagiaire (IGAS)*

*Didier BANQUY, Pierre PAINAULT (IGF)*

*Une mission du programme d'activité de l'IGAS*

La capacité d'évolution du système hospitalier passe par l'investissement. Face aux défauts de financement et de pilotage, la mission a examiné les moyens de maintenir la capacité d'investir des établissements de santé.

### **Un financement qui doit avant tout passer par une reconstitution de la marge brute**

La mission a d'abord démontré que les tarifs n'incluent pas tous les coûts d'investissement : ils ne couvrent que l'investissement courant et une partie des charges d'investissement immobilier lourd. Les opérations relevant de la recomposition de l'offre de soins peuvent donc justifier un financement par dotation. La mission a aussi mis en évidence un décrochage entre tarifs et charges, qui menace la situation financière des établissements et nécessite, pour en limiter l'effet, de maîtriser l'évolution des charges et d'évaluer dans l'ONDAM<sup>6</sup> hospitalier le *quantum* d'économies portant sur les charges effectivement réalisables annuellement par les établissements de santé.

Le recours à l'emprunt est nécessaire à l'investissement hospitalier. Or, l'accroissement mal maîtrisé de l'endettement hospitalier, largement dû au cycle d'investissement, a saturé les possibilités de recours à l'emprunt. Par ailleurs, les nouvelles règles prudentielles imposent aux banques une sélection de leurs emprunteurs. L'accès au crédit bancaire étant conditionné à la capacité de remboursement sans incident, il est donc impératif que les pratiques des établissements s'adaptent rapidement.

Au final, dégager un maximum d'autofinancement par une gestion interne pilotée à la marge brute non aidée demeure la clef la plus immédiate pour financer l'investissement. L'établissement doit être le premier à préserver sa capacité future à investir. Ainsi, la mission a pu démontrer statistiquement qu'il existe un niveau incompressible d'investissement courant à 3% des produits d'exploitation, et que la charge de la dette, finançant l'investissement immobilier lourd, représente 4 à 5%.

Le financement de l'investissement n'est donc soutenable que si la marge brute non aidée d'un établissement couvre l'investissement courant et la charge de sa dette, soit environ 8% de ses produits d'exploitation.

### **Les agences régionales de santé doivent être en première ligne**

Enfin, l'investissement hospitalier doit s'inscrire dans la recomposition de l'offre de soins. La mission est donc convaincue de l'intérêt de déconcentrer le processus d'investissement aux agences régionales de santé (ARS). Elles doivent donc être plus sélectives dans leurs décisions, et rester en première ligne de l'expertise des projets, même si ces compétences sont globalement insuffisantes. La centralisation des décisions au niveau du COPERMO ne doit donc pas aboutir à dessaisir les ARS.

6. Cf. liste des sigles  
et abréviations p. 69

## Affectation et mobilité des fonctionnaires sur le territoire

Frédéric SALAS (IGAS)

Corinne DESFORGES et Xavier DOUBLET (IGA) - Jérôme FOURNEL (IGF)

En application des décisions du Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP), une mission a été confiée aux trois inspections générales interministérielles (IGF/IGAS/IGA) en vue d'évaluer la politique d'affectation et de mobilité des fonctionnaires dans et entre les trois fonctions publiques, en particulier dans les régions, départements ou les zones rurales et urbaines peu attractifs.

Elle y constate que la **mobilité des fonctionnaires de l'État est supérieure à ce qu'elle est dans le secteur privé** ; malgré les nombreux freins et obstacles, 4,5 % des fonctionnaires d'État changent de département chaque année contre 2,5 % de l'ensemble des français. A son initiative, un sondage a été effectué auprès des fonctionnaires des trois fonctions publiques. Il a mis en évidence que 7 agents sur 10 ont déjà connu une mobilité mais que l'accompagnement est considéré comme déficient.

Au terme de son analyse, la mission a proposé quatre scénarios d'évolution des dispositifs d'affectation et de mobilité.

Le scénario de base préconise une gestion plus qualitative des ressources humaines passant par une amélioration de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences, le renforcement de la publicité des postes vacants avec consolidation entre les trois fonctions publiques et une meilleure personnalisation des processus d'affectation notamment par le développement des postes à profil et le recueil de l'avis des managers sur les candidatures.

La mission propose également trois scénarios complémentaires :

- dans le scénario du territoire, la mission propose de créer un espace local de l'emploi public.
- dans celui du statut, elle propose de pallier les situations de sur et sous mobilité par une inscription programmée de la mobilité dans la relation employeur-employé.
- enfin, dans le scénario des métiers, elle propose une réforme de l'organisation des fonctions transverses.

## Les missions permanentes de l'IGAS en 2013



### La Mission permanente inspection-contrôle (MPIC) en 2013

En 2013, la Mission permanente inspection-contrôle (MPIC) a succédé à la Mission méthodologie performance (MMP) pour se consacrer exclusivement au renforcement de l'appui apporté aux réseaux territoriaux pour les activités d'inspection-contrôle (IC) des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

La MPIC est chargée :

- d'offrir un cadre national pour l'inspection-contrôle, avec la définition chaque année des orientations nationales de contrôle ;
- d'évaluer la fonction inspection-contrôle en réalisant le bilan national des programmes d'inspection-contrôle effectués par les ARS en 2012 ;
- d'assurer un appui et de proposer des outils méthodologiques pour les réseaux territoriaux d'inspection-contrôle et de favoriser les échanges d'expériences et de bonnes pratiques.

Une équipe de six inspecteurs territoriaux (IT) assurent l'animation de la fonction inspection-contrôle au sein des régions.

Au cours de l'année 2013, la MPIC s'est attachée à renforcer la présence territoriale auprès des structures d'inspection-contrôle des ARS et des DRJSCS.

Un programme de travail complète les orientations initiales des missions confiées aux inspecteurs territoriaux en relation avec la MPIC.

Ainsi, à l'issue de son cycle annuel de réunions, la commission nationale de programmation des contrôles des ARS a retenu 11 orientations au titre de l'année 2013.

L'élaboration d'un tableau de bord national des programmes de contrôle a permis la collecte des programmes d'inspection-contrôle effectués par les ARS. Suite à un premier bilan national de ces programmes, un ensemble de recommandations a été intégré au programme de travail de la MPIC pour 2014-2015.

Ont été finalisés ou sont en cours d'élaboration plusieurs guides méthodologiques de contrôle, notamment un guide pour la construction d'un contrôle des établissements de santé. La première version de l'outil expérimental de ciblage des contrôles en établissements de santé a été déployée auprès des 26 agences régionales de santé.

Un réseau collaboratif d'échanges destiné aux référents inspection-contrôle des ARS et DRJSCS complète les pages MPIC sur l'intranet. Il a été enrichi par la création d'un espace ouvert aux régions, permettant la promotion des outils qu'elles développent, facilitant ainsi la diffusion des bonnes pratiques.

L'animation des réseaux territoriaux s'est poursuivie, en relation étroite avec le secrétariat général des ministères en charge des affaires sociales, par la tenue de séminaires nationaux et l'organisation de rencontres régionales pour les responsables d'inspection-contrôle des ARS et des DRJSCS, permettant de valoriser les bonnes pratiques territoriales identifiées.

## La mission internationale en 2013

La mission internationale de l'IGAS ne contribue pas à des prestations d'assistance technique auprès de pays tiers, mais elle a un rôle de veille et d'appui au service du développement des analyses comparées, de 'benchmark international', dans le cadre des missions habituelles de l'IGAS.

Le choix de procéder à des comparaisons internationales dans le cadre de leurs investigations appartient toutefois aux équipes chargées des missions, de même que le choix des pays et dispositifs visés; cela dépend naturellement du sujet traité et des conditions, de délai notamment, de réalisation des missions.

La mission internationale, par exemple, s'est efforcée de clarifier les modalités de sollicitation des conseillers des affaires sociales par les membres de l'IGAS; elle a également élaboré et mis à disposition un recensement des principales ressources web, documentaires et statistiques, pouvant nourrir ces mises en perspective internationales. La relation de travail avec la direction des affaires européennes et internationales du ministère et les conseillers sociaux relève en revanche directement de chaque mission.

## La mission santé pénitentiaire en 2013

Depuis 2011, la gestion du courrier émanant des particuliers a été réorganisée, avec une nouvelle application informatique. Le flux de courrier le plus important est celui qui émane des détenus, qui s'adressent à l'IGAS en raison de la mission confiée au service au titre de l'article D348-1 du code de procédure pénale: « *LIGAS et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires* ».

Dans ce cadre, l'IGAS a été destinataire de 140 courriers émanant de personnes détenues au cours de l'année 2013, soit une hausse de l'ordre de 15 % par rapport à l'année antérieure. Par rapport à la masse des courriers émanant de particuliers, les correspondances de détenus représentent 33 % du flux.

Le chef de l'IGAS figure parmi les autorités administratives ou judiciaires avec lesquelles les détenus peuvent correspondre sous pli fermé (art. A40 du code de procédure pénale). De ce fait, nombre de détenus s'adressent au service pour tenter de régler des difficultés qui relèvent de la compétence de l'administration pénitentiaire, des autorités judiciaires ou d'autres administrations de l'État ou des collectivités territoriales. En 2013, ce sont 45 % des courriers émanant de détenus qui ont été retransmis au ministère de la justice car la demande se rapportait au fonctionnement de l'établissement ou à l'activité des services sociaux.

75 courriers de détenus ont donné lieu à une transmission aux autorités sanitaires. La plupart des plaintes ont été instruites par les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) des agences régionales de santé (ARS) concernées. Le médecin inspecteur général chargé de la mission santé pénitentiaire n'intervient directement que pour les situations dont le traitement requiert son expertise et/ou des échanges directs avec les médecins inspecteurs, voire les médecins traitants du requérant au sein de l'établissement.

L'examen des courriers relevant du champ de compétences de l'IGAS a mis en évidence des problématiques récurrentes : modalités de prise en charge des détenus malades, prise en compte des situations de handicap et défaut de soins dentaires sont les principaux sujets rencontrés.

### **Des médecins ou pharmaciens de l'IGAS, rapporteurs de dossiers disciplinaires auprès du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers**

Les membres de l'IGAS ayant la qualité de médecin ou de pharmacien sont régulièrement sollicités pour traiter, en qualité de rapporteurs, de dossiers disciplinaires ou d'insuffisance professionnelle des praticiens hospitaliers, dans le cadre des procédures menées par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG).

### **L'IGAS, rapporteur permanent devant le comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS)**

Les recours hiérarchiques (article L-6122-10-1 du code de la santé publique) prévus dans le régime des autorisations d'installations, d'équipements lourds et d'activités de soins dans les établissements de santé (article L-6122-1) sont adressés par la direction générale de l'offre de soins au chef de l'Inspection générale des affaires sociales en vue de leur instruction et de leur présentation devant le comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS).

En 2013, 30 recours ont été présentés en CNOSS. Ils portaient notamment sur les soins de suite (5), le matériel lourd (8), non renouvellement d'activité de soins (7), le traitement du cancer (5).

## Les missions interministérielles rattachées à l'IGAS en 2013

### La Mission d'audit interne des ministères chargés des affaires sociales (MAI) en 2013

Rattachée à l'Inspection générale des affaires sociales, la Mission d'audit interne (MAI) élabore et met en œuvre la politique d'audit interne des ministères chargés de la santé, de la cohésion sociale, de la sécurité sociale, du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, des droits des femmes, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, dénommés collectivement « ministères chargés des affaires sociales ».

Elle est placée sous l'autorité directe des ministres.

#### Les principales actions en 2013

La MAI, composée en 2013 de quatre agents, réalise ses missions avec des inspecteurs de l'IGAS et de l'IGJS.

De création récente (2011), la mission a poursuivi en 2013 le développement de l'audit interne au sein des ministères sociaux par :

- l'élaboration du plan pluriannuel d'audit interne (2013-2015) pour ces ministères ;
- la finalisation du cadre d'intervention de l'audit interne avec la publication de la charte d'audit interne, du code de déontologie et du règlement intérieur du comité d'audit ;
- la formalisation d'éléments méthodologiques constituant les fondements d'une démarche qualité ;
- l'achèvement des audits de la programmation 2012-2013 et le lancement des premiers audits de la programmation 2013-2015 ;
- la poursuite des travaux de suivi des recommandations, avec notamment l'appui de la MAI auprès des services audités dans le développement des plans d'action ;
- la participation aux travaux interministériels du Comité d'harmonisation de l'audit interne (CHAI) : production d'une première version du cadre de référence de l'audit interne de l'État et de guides d'audit.

La MAI a par ailleurs assuré le secrétariat du Comité stratégique de maîtrise des risques (CSMR) et du Comité d'audit interne (CAI) qui se sont réunis une fois en 2013. Elle a également apporté un appui au secrétaire général des ministères sociaux sur les dossiers suivants : relance d'une démarche de cartographie des risques « métiers » avec l'ensemble des administrations centrales, exercice de suivi annuel des recommandations de la Cour des Comptes, bibliothèque des rapports concernant les ministères.

#### Bilan et perspectives 2014

L'audit interne dans les ministères sociaux est désormais bien implanté :

- les instances sont installées, se réunissent régulièrement et la maîtrise des risques devient de plus en plus un outil de management ;
- les audits internes se développent à la fois sur les champs budgétaires et comptables et sur les champs métiers, dans un cadre de référence désormais bien établi ;

- l'appui méthodologique se consolide, avec la production de référentiels et de guides destinés aux auditeurs et le développement d'une offre de formation. La MAI reste néanmoins très dépendante des services d'inspection pour la réalisation des missions, comme le souligne d'ailleurs la Cour des Comptes. Ceci conduit à ré-internaliser les fonctions d'audit au sein des deux inspections générales, afin de faciliter le déploiement de méthodes qui ont désormais fait leurs preuves et d'accroître le nombre d'actions.

## La Mission permanente d'audit des fonds européens

LIGAS est membre, depuis l'origine, de la Commission interministérielle de coordination des contrôles portant sur les opérations cofinancées par les fonds européens (CICC).

Dans ce cadre, l'IGAS réalise des audits de fonctionnement des systèmes de gestion des services de l'État, des collectivités territoriales et des autres organismes chargés de mettre en œuvre les crédits du Fonds social européen (FSE).

A ce titre, huit audits ont été réalisés en 2013 par les membres de l'IGAS. La conformité et l'efficacité des systèmes de gestion et de contrôle ont été évaluées en région Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Limousin, Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Alsace et Pays-de-la-Loire.

Une mission de suivi conduite en janvier dans les Antilles et en Guyane a par ailleurs permis de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations faites en 2011.

L'objectif fixé par la stratégie d'audit de la CICC de contrôler l'ensemble des programmes opérationnels de la période 2007-2013 a donc été atteint.

En 2013, la mission a rédigé 11 rapports d'audit et 8 notes de suivi sur la mise en œuvre des recommandations des audits antérieurs. Elle a été sollicitée dans le cadre de 6 audits communautaires, dont l'un portait sur la CICC elle-même.

La mission a sélectionné puis assuré le suivi des 115 contrôles d'opérations réalisés sous l'autorité de la CICC par les services régionaux de contrôle des DIRECCTE et la mission organisation des contrôles de la DGEFP.

Un inspecteur général de l'IGAS s'est vu confié la présidence du comité de suivi de la gestion FSE en région PACA.

## La Mission Inspection santé et sécurité au travail en 2013

La Mission Inspection santé et sécurité au travail regroupe les inspecteurs santé sécurité au travail (ISST) des ministères chargés des affaires sociales et de la santé et du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Les ISST ont un rôle de contrôle, de conseil et d'alerte en matière de santé au travail, de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Les quatre ISST (un médecin général de santé publique, deux directeurs adjoints du travail et un attaché) sont compétents pour les administrations centrales des ministères cités, pour les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) (en partage avec les ISST des ministères économiques et financiers) et pour les agences régionales de santé (ARS), ainsi que pour certains établissements publics administratifs.

**En 2013, la mission a analysé les actions mises en œuvre pour la prévention de la souffrance psychique en lien avec le travail.** Ce choix s'inscrit dans le droit fil de son activité des deux dernières années.

Sous l'impulsion des deux directions en charge des ressources humaines, des initiatives ont été prises, ces deux dernières années, pour prévenir et combattre la souffrance au travail.

Il est apparu important d'en analyser les conditions de mise en œuvre, afin de mieux identifier et de faire connaître les bonnes pratiques et de contribuer ainsi à la préparation des actions que le ministère va devoir conduire en 2014, en application du protocole d'accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS), signé le 22 octobre 2013 entre les représentants des employeurs publics et des organisations syndicales des trois fonctions publiques.

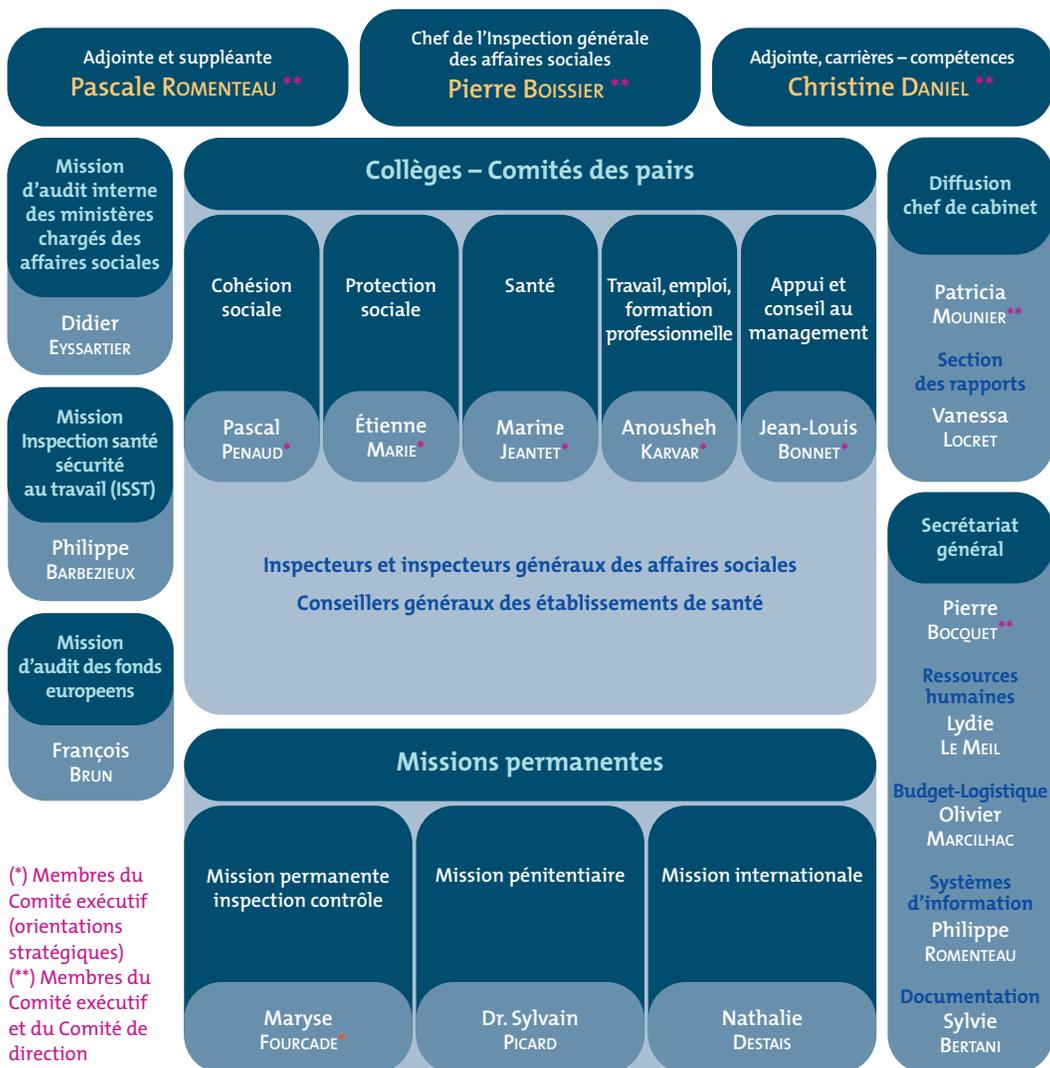
Ce protocole prévoit la mise en place d'un plan national d'action de prévention des RPS qui se traduira par l'élaboration par chaque employeur public d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS. Ces plans devront s'appuyer sur un diagnostic réalisé dès 2014 et intégré dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, la mise en œuvre des plans intervenant au plus tard en 2015.

Il ressort des travaux des ISST, repris dans leur rapport d'activité annuel, que la souffrance psychique en lien avec le travail est présente dans toutes les ARS, les DIRECCTE et la plupart des établissements publics nationaux. Elle n'est plus occultée, et un diagnostic est engagé dans la quasi-totalité des structures.

Mais l'analyse des risques reste souvent restreinte à l'étude des ressentis individuels, sans recherche des facteurs de risques organisationnels, limitant la portée du diagnostic à une approche descriptive peu opérationnelle. Les ISST ont observé qu'actuellement, environ un cinquième seulement des structures ont engagé un plan d'action. Face à la lenteur des réponses, l'accord de 2013 est une opportunité pour compléter, actualiser et relancer une dynamique d'action.



## Organigramme de l'IGAS en décembre 2013



## Liste des rapports rendus publics en 2013

### La diffusion des rapports de l'IGAS

Tous les rapports de l'IGAS ne sont pas publics. Il faut tout d'abord distinguer la diffusion des rapports, leur communication et leur publication.

**Pour ce qui concerne la diffusion**, les rapports de l'IGAS appartiennent à leurs commanditaires (Premier ministre et ministres), le chef de l'IGAS est responsable de les leur transmettre. Au-delà du commanditaire, les rapports sont généralement transmis aux administrations en charge du sujet examiné.

Au-delà de cette première diffusion, les produits de l'IGAS sont des documents administratifs au sens de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée; ils sont communicables dans les conditions prévues par ce texte.

**Les rapports peuvent enfin être rendus publics** : les ministres peuvent décider leur publication. Ils sont alors mis en ligne sur le site de la Documentation française depuis 2003 ([www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports)) et depuis fin 2009 sur le site internet de l'IGAS.

### 506 rapports en ligne

Fin 2013, 506 rapports de l'IGAS étaient disponibles sur les sites internet de l'IGAS et de la Documentation française.

En 2013, les rapports de l'IGAS ont enregistré 137 000 téléchargements sur le site de la Documentation française. Depuis 2003, ils ont enregistré 1,1 million de téléchargements.

Le site internet de l'IGAS, qui présente les activités de l'IGAS, a connu en 2013 une fréquentation de 117 000 connexions.

Certains rapports de l'IGAS ont fait l'objet d'une communication particulière en 2013. Quelques exemples : les centres de santé, rapport de l'IGAS sur l'hôpital, évaluation partenariale de la politique de formation professionnelle des demandeurs d'emploi (MAP), retour à l'emploi des seniors au chômage, évaluation du régime de l'auto-entrepreneur, interactions entre santé et travail, évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier...

## Cohésion sociale

### Évaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents » (MDA)

*Fadéla AMARA et Pierre NAVES*

### Rapprochement entre le Secrétariat général du Comité interministériel des villes (SG-CIV) et l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé)

*Gildas LE COZ (mission conjointe IGF/CGEDD/IGA)*

### Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées

*Philippe BLANCHARD, Hélène STROHL-MAFFESOLI, Bruno VINCENT*

### L'hébergement et la prise en charge financière des demandeurs d'asile

*Christine D'AUTUME (mission conjointe IGF/IGA)*

### Une mission d'enquête sur le placement familial au titre de l'aide sociale à l'enfance

*Stéphane PAUL et Bernard VERRIER*

### Évaluation des dispositifs d'accompagnement des personnes présentes dans les campements

*François-Xavier SELLERET (mission conjointe IGA/CGEDD/IGAENR)*

### Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes

*Céline MOUNIER et Cécile WAQUET*

### Appel à la générosité publique : contrôle du compte d'emploi des ressources de l'institut Pasteur 2009-2011

*André BERNAY et Béatrice BUGUET*

### Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades

*Dr. François CHIÈZE (mission conjointe IGA)*

### Rapport sur l'égalité entre les filles et les garçons dans les modes d'accueil de la petite enfance

*Philippe GEORGES et Brigitte GRESY*

### L'accompagnement des élèves en situation de handicap

*Fadéla AMARA et Huguette VIGNERON-MELEDER (mission conjointe IGAENR)*

### Évaluation de la politique de soutien à la parentalité (MAP volet 1)

*Bénédicte JACQUEY-VAZQUEZ, Patricia SITRUK et Michel RAYMOND*

## Protection sociale

### Contrôle des placements de régimes de retraite complémentaire obligatoires (rapport de synthèse)

*Virginie CAYRE, Paulo GEMELGO, Pascal PENAUD, Vincent RUOL*

Et six rapports de site :

- **Contrôle des placements de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)**

*Virginie CAYRE et Vincent RUOL*

- **Contrôle des placements de la Caisse de retraite des personnels navigants professionnels de l'aéronautique civile (CRPNPAC)**

*Yann-Gaël AMGHAR, Paulo GEMELGO, Pascal PENAUD, Vincent RUOL*

- **Contrôle des placements des fédérations ARRCO et AGIRC**

*Virginie CAYRE et Vincent RUOL*

- **Contrôle des placements de la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)**

*Paulo GEMELGO et Pascal PENAUD*

- **Contrôle des placements de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC)**

*Vincent RUOL*

- **Contrôle des placements de la Caisse de retraite des notaires (CRN)**

*Paulo GEMELGO et Pascal PENAUD*

### Simplification technique des relations entre les assurés et leurs régimes de retraite

*Michel LAROQUE, Julien ROUSSELO, Bernard VERRIER*

### L'unification des organismes de sécurité sociale des artistes auteurs et la consolidation du régime

*Michel RAYMOND (mission conjointe IGAC)*

### Évaluation des indicateurs de maîtrise des risques dans cinq conventions d'objectifs et de gestion

*Vincent MAYMIL et Alexandre PASCAL (mission conjointe MNC)*

### Intégration dans le droit commun de l'assurance maladie des frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse

*Julien ROUSSELO (mission conjointe IGF)*

### Évaluation préalable à la première convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et l'Établissement national des Invalides de la marine (ENIM)

*Anne AUBURTIN, Philippe COSTE et Carole LEPINE (mission conjointe CGEDD)*

## Santé

### Encadrement des pratiques commerciales pouvant influencer la prescription des antibiotiques vétérinaires

Muriel DAHAN (mission conjointe IGF/ CGAAER)

### Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain

Philippe GEORGES, Cécile WAQUET et Juliette PART (stagiaire)

### Interactions entre santé et travail

Anne-Carole BENSADON, Philippe BARBEZIEUX et François-Olivier CHAMPS (stagiaire)

### Modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale

Myriam MESCLON-RAVAUD (mission conjointe IGAENR)

### La fiscalité spécifique applicable aux produits de santé et à l'industrie qui les fabrique

Michel DURAFFOURG et Simon VANACKERE (mission conjointe IGF)

### Le contrat d'objectifs et de performance de l'Agence de biomédecine : évaluation du contrat 2007-2011 et préparation du contrat 2012-2015

Pierre ABALLEA, Hervé LEOST, Juliette ROGER

### Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins

Fabienne BARTOLI, Nathalie DESTAIS, Hubert de BEAUCHAMP, Isabelle YENI

### Rapport 2012 de l'IGAS : L'Hôpital

Ouvrage collectif

## Travail, Emploi, Formation professionnelle

### Évaluation de la politique territoriale de l'emploi - cartographie, bilan et recommandations (MAP)

*Patrice BOREL, Benjamin FERRAS, Gildas LE COZ, Christian VILLE*

### Évaluation partenariale de la politique de formation professionnelle des demandeurs d'emploi (Modernisation de l'action publique)

*Paulo GEMELGO, Anousheh KARVAR et Bruno VINCENT, Adrien BREGER (stagiaire)*

### RSE ET DIALOGUE SOCIAL - MODE D'EMPLOI

*Christian LENOIR (mission conjointe CGEDD)*

### Retour à l'emploi des seniors au chômage - Rapport d'évaluation

*Christine DANIEL, Laurence ESLOUS, Anousheh KARVAR*

### Contrôle de l'association pour faciliter l'insertion professionnelle des jeunes diplômés (AFIJ)

*Anne-Claire AMPROU et Michel PELTIER (mission conjointe IGF/IGAENR)*

### Le contrat de sécurisation professionnelle : premier bilan d'un dispositif individualisé de retour à l'emploi et d'accès à la formation, analyses et préconisations

*Philippe DOLE*

### Le financement de l'insertion par l'activité économique

*Michaël DANON et Stéphanie FILLION (mission conjointe IGF)*

### Évaluation du régime de l'auto-entrepreneur

*Dorothée IMBAUD et Philippe LAFFON (mission conjointe IGF)*

### Le service public de l'orientation (SPO) : état des lieux et perspectives dans le cadre de la prochaine réforme de décentralisation

*Laurent CAILLOT (mission conjointe IGAENR)*

### La politique d'égalité professionnelle en France – éléments de comparaison avec le Québec, la Belgique et la Suède

*Constance BENSUSSAN, Christine BRANCHU, Frédéric LALOUE*

## Appui-conseil au management des structures opérationnelles

Affectation et mobilité des fonctionnaires sur le territoire

*Frédéric SALAS (mission conjointe IGA/IGF)*

Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

*Dr. Pierre ABALLEA, Patrice LEGRAND, Arnaud VANNESTE, Pierre COLLETTE (stagiaire) - (mission conjointe IGF)*

## Mission permanente inspection contrôle

Les conditions favorisant une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux, ARS et DRJSCS/DDI (domaine social) et leurs partenaires nationaux et locaux

*Françoise SCHAEZEL et Jean-Jacques TREGOAT*

Articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médicosociaux (certification, évaluation, contractualisation)

*Françoise SCHAEZEL et Jean-Jacques TREGOAT*

## Quelques définitions : contrôle, inspection, enquête, évaluation, audit, appui ...

Voici, en quelques définitions, les métiers de l'Inspection générale des affaires sociales :

### Inspection ou contrôle de services, organismes ou professionnels

-Le **contrôle** vise à s'assurer qu'un service, un établissement, un organisme ou un professionnel, se trouve dans une situation conforme aux règles qui le régissent et aux exigences d'efficience requise d'une structure bien gérée.

-L'**inspection** est un contrôle spécifique qui suppose des présomptions de dysfonctionnement et dont les recommandations sont essentiellement de nature corrective.

L'**enquête administrative** est un contrôle qui a pour but d'enquêter sur la conduite d'un agent ou d'un groupe d'agents sur la base d'informations faisant état de mauvaise gestion ou de violations des règles.

### Évaluation des politiques publiques

Elle a pour objet de « *rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés* » (décret n° 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques).

### Contrôle des organismes faisant appel à la générosité publique (OFAG)

La loi impose aux organismes qui font appel à la générosité publique dans le cadre de campagnes menées à l'échelon national d'en faire la déclaration préalable en préfecture et d'établir « *un compte emploi annuel des ressources collectées auprès du public, qui précise notamment l'affectation des dons par type de dépenses* » (loi n° 91-772 du 7 août 1991).

Depuis 1996, l'IGAS a pour mission de contrôler ce compte d'emploi s'agissant des organismes qui interviennent dans les domaines de la sécurité et de la prévoyance sociales, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelles « *afin de vérifier la conformité des dépenses engagées par ces organismes aux objectifs poursuivis par l'appel à la générosité publique* ».

### Audit interne au sein des ministères sociaux et des structures rattachées

L'audit porte sur les organismes placés sous l'autorité ou la tutelle des ministres chargés des affaires sociales. Il a pour but d'évaluer l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques de ces organismes et de faire toutes recommandations nécessaires pour améliorer leur performance.

### Mission d'appui, de conseil ou d'études

La mission d'appui et de conseil est destinée à apporter à un organisme une assistance méthodologique en vue de concevoir ou de mettre en œuvre un projet d'une certaine ampleur, ou à gérer une sortie de crise, nécessitant, pour un temps limité, un concours extérieur ou une approche interinstitutionnelle. Elles vont d'un simple concours temporaire à une administration provisoire.

## Liste des sigles et abréviations

ACI: ateliers et chantiers d'insertion  
ACM: appui et conseil au management  
ACOSS: Agence centrale des organismes de sécurité sociale  
ACSé: Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances  
AFIJ: Association pour faciliter l'insertion professionnelle des jeunes diplômés  
AGIRC: Association générale des institutions de retraite des cadres  
AI: associations intermédiaires  
ARRCO: Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés  
ARS: agence régionale de santé  
ASE: aide sociale à l'enfance  
ATA: allocation temporaire d'attente  
AVS: auxiliaire de vie scolaire

CADA: centre d'accueil des demandeurs d'asile  
CAF: caisse d'allocations familiales  
CAI: contrat d'accueil et d'intégration  
CAI: Comité d'audit interne  
CARMF: Caisse autonome de retraite des médecins de France  
CARPIMKO: Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes  
CAVP: Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens  
CCMSA: Caisse centrale de la mutualité sociale agricole  
CESEDA: Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile  
CGAAER: Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux  
CGEDD: Conseil général de l'environnement et du développement durable  
CHAI: Comité d'harmonisation de l'audit interne  
CHSCT: comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
CHU: centre hospitalier universitaire  
CICC: Commission interministérielle de coordination des contrôles portant sur les opérations cofinancées par les fonds européens  
CIMAP: comité interministériel pour la modernisation de l'action publique  
CLAS: contrats locaux d'accompagnement à la scolarité  
CNAF: Caisse nationale des allocations familiales  
CNAMTS: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
CNAVTS: Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés  
CNG: Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière  
CNOSS: Comité national de l'organisation sanitaire et sociale  
CNRACL: Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales  
CNSA: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
COG: convention d'objectifs et de gestion  
Copairs: comité des pairs  
COPERMO: Comité de performance et de la modernisation de l'offre de soins  
CPF: compte personnel de formation  
CPOM: contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRN : Caisse de retraite des notaires  
CRPNPAC : Caisse de retraite des personnels navigants professionnels  
de l'aéronautique civile  
CSMR : Comité stratégique de maîtrise des risques

DDCS : direction départementale de la cohésion sociale  
DDCSPP : direction départementale de la cohésion sociale et de la protection  
des populations  
DDI : direction départementale interministérielle  
DGEFP : Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence,  
de la consommation, du travail et de l'emploi  
DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale  
DSS : Direction de la sécurité sociale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EI : entreprises d'insertion  
ENA : École nationale d'administration  
ENIM : Établissement national des invalides de la marine  
EPDSM : établissement public de santé mentale  
ETP : équivalent temps plein  
ETTI : entreprises de travail temporaire d'insertion

FSE : Fonds social européen

GAMEX : Gestionnaire de l'assurance maladie des exploitants agricoles  
GIP : groupement d'intérêt public

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie  
HCF : Haut conseil de la famille  
HCFi-PS : Haut conseil du financement de la protection sociale  
HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IAE : insertion par l'activité économique  
IC : inspection-contrôle  
IGA : Inspection générale de l'administration  
IGAC : Inspection générale des affaires culturelles  
IGAENR : Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
IGF : Inspection générale des finances  
IGJS : Inspection générale de la jeunesse et des sports  
INRS : Institut national de recherche et de sécurité  
IRCANTEC : Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires  
de l'État et des collectivités publiques  
ISST : inspecteurs santé sécurité au travail  
IT : inspecteurs territoriaux

LAEP: lieux d'accueil enfants parents

LMD: Licence, Master, Doctorat

MAI: Mission d'audit interne

MAP: Modernisation de l'action publique

MCO: Médecine - Chirurgie - Obstétrique

MDA: maison des adolescents

MDPH: maisons départementales des personnes handicapées

MISP: médecins inspecteurs de santé publique

MMP: Mission méthodologie performance

MNC: Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale

MPIC: Mission permanente inspection contrôle

MSA: Mutualité sociale agricole

NACRE: nouvel accompagnement pour la création et la reprise d'entreprise

OFAG: organisme faisant appel à la générosité publique

OFII: Office français de l'immigration et de l'intégration

OFPRA: Office français de protection des réfugiés et apatrides

ONDAM: Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PIF: point info famille

RCO: retraite complémentaire obligatoire

REAAP: réseaux d'écoute et d'appui aux parents

RPS: risques psychosociaux

RSA: revenu de solidarité active

RSE: responsabilité sociale de l'entreprise

SG-CIV: Secrétariat général du Comité interministériel des villes

SGII: Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration

SIAE: structure d'insertion par l'activité économique

SNS: stratégie nationale de santé

SPO: service public de l'orientation

TEFP: travail-emploi-formation professionnelle

## Le service de l'IGAS en octobre 2013





Crédits photos

© IGAS/DICOM/Jacques Witt/SIPA : p. 3

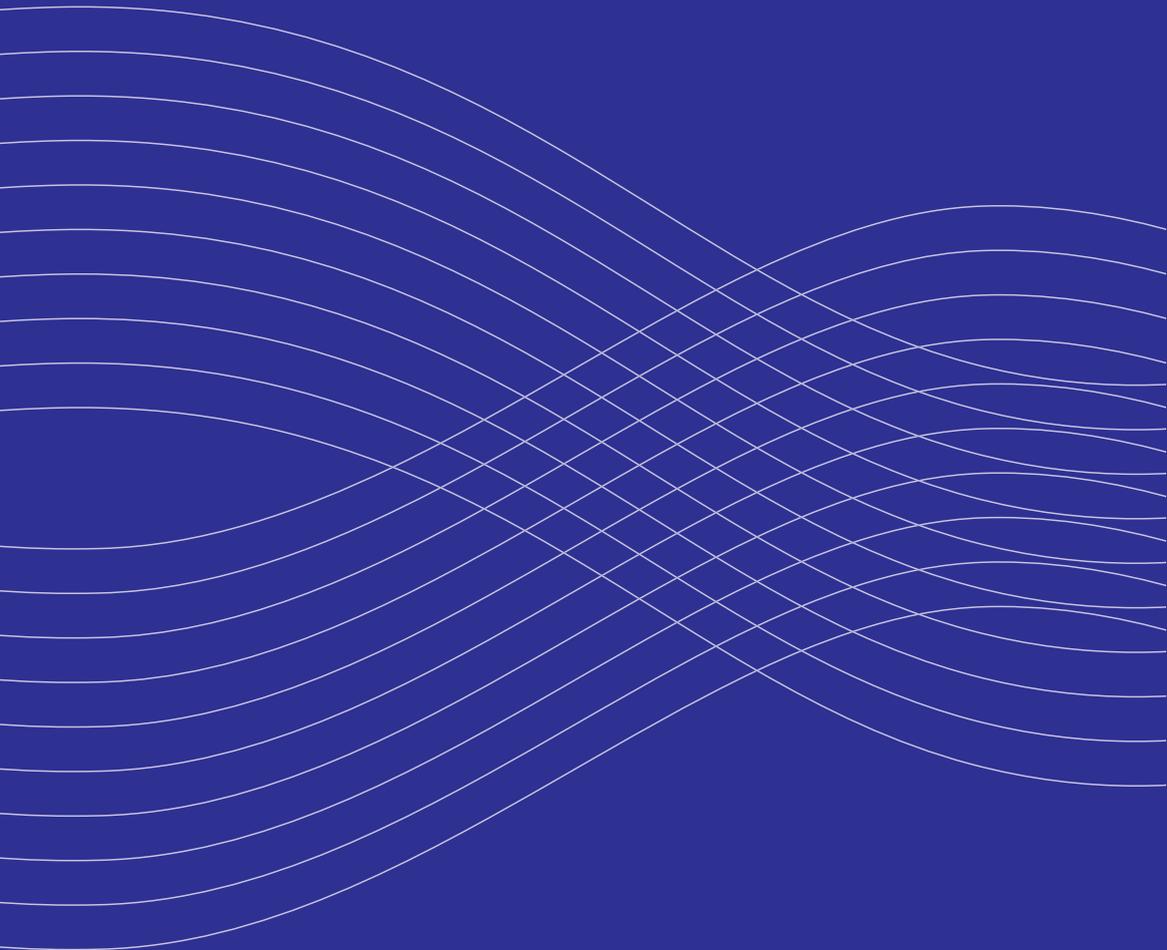
© IGAS/Patricia Mounier : p. 6

© Fotolia : p. 19 - 25 - 32 - 38 - 43 - 54

© Aart Farah Architectes Associés : p. 49

© IGAS/Yves Rabineau : p. 72





Inspection générale des affaires sociales

39-43 quai André-Citroën  
75739 Paris cedex 15

[www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr)