

Cour des comptes



LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Septembre 2017

SOMMAIRE

	Réponses
Avant-propos.....	7
Délibéré.....	9
Introduction générale	13
Première partie Assurer un retour durable à l'équilibre financier et mettre fin à l'endettement social.....	27
A – Revenir sans délai à l'équilibre et éteindre la dette de la sécurité sociale	29
Chapitre I La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer.....	31
I - En 2016, une poursuite de la baisse du déficit à un rythme comparable à celui des années précédentes	34
II - Un retour à l'équilibre à accélérer, un traitement de la dette à organiser rapidement	64
Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer	89
I - La construction de l'ONDAM 2016 : une absence de progrès dans la méthode, un affichage favorable grâce à des biais de présentation.....	92
II - L'exécution de l'ONDAM 2016 : un respect apparent de l'objectif, une vive dynamique des dépenses de soins de ville, une hausse des dépenses hospitalières tarifées à l'activité.....	102
III - De fortes tensions sur l'ONDAM 2017 et ceux des années suivantes.....	120
Chapitre III Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2016 : avis sur la cohérence.....	133
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2016	136
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2016	148
B – Assurer la pérennité de l'équilibre de la sécurité sociale	161
Chapitre IV Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable.....	163
I - Des déficits persistants depuis 2002 du fait de la dynamique des dépenses et qui se réduisent tardivement grâce à des hausses des prélèvements	166

II - Un rôle significatif des transferts financiers de l'État et entre branches dans la réduction des déficits	182	
III - Donner à la sécurité sociale un nouveau cadre de pilotage pour éviter à l'avenir le creusement des déficits structurels.....	197	
Deuxième partie Réorganiser l'offre de soins.....	211	
Chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins.....	213	656
I - Des dépenses en forte progression	216	
II - Malgré une offre abondante, une aggravation des inégalités dans l'accès aux soins des patients.....	228	
III - De nouveaux instruments de régulation à mettre en œuvre	240	
Chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge.....	257	659
I - Une activité croissante, marquée par de fortes disparités territoriales et toujours très dispersée malgré des capacités en recul	260	
II - Une offre chirurgicale insuffisamment adaptée aux enjeux de sécurité, d'efficience et d'innovation	275	
III - Amplifier et accélérer l'effort de restructuration de l'offre de soins en chirurgie	284	
Chapitre VII La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre.....	297	679
I - Une contribution potentiellement majeure à la modernisation du système de santé	300	
II - Une action publique dispersée aux résultats modestes	307	
III - La nécessité d'une stratégie cohérente.....	315	
Troisième partie Renforcer la maîtrise des coûts du médicament.....	331	
Chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer	335	682
I - Un régime de prix négociés mieux encadré sur le plan financier comme juridique	338	
II - Des marges d'efficience médico-économique importantes mais encore largement inexploitées	359	
III - Établir un équilibre de négociation à la mesure des enjeux	375	
Chapitre IX Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires	397	708
I - Un secteur fortement réglementé caractérisé par un réseau officinal surdimensionné	400	

II - Des rémunérations élevées et peu transparentes	412	
III - Réduire les coûts de distribution des médicaments.....	430	
Quatrième partie Réformer les aides aux familles	445	
Chapitre X Les soutiens fiscaux et sociaux aux familles en France : une mise en perspective internationale.....	449	716
I - Un soutien aux familles en France à l'originalité moins marquée.....	453	
II - Des résultats d'ensemble satisfaisants, mais parfois meilleurs à l'étranger, des problématiques à approfondir.....	467	
Chapitre XI Les réformes récentes des prestations familiales et de la fiscalité des familles : des transferts massifs, des questions en suspens	489	717
I - Une aide accrue aux familles vulnérables, une moindre compensation des charges des familles aisées, un développement des modes de garde qui marque le pas	493	
II - Des questions en suspens	516	
Cinquième partie Améliorer les performances de la gestion de la sécurité sociale.....	539	
Chapitre XII Les établissements de santé et médico-sociaux du régime général d'assurance maladie : un impératif d'équilibre financier, une stratégie à refonder	541	720
I - Une offre de soins structurellement déficitaire.....	544	
II - Un retour à l'équilibre et une réorganisation à mettre en œuvre sans délai.....	559	
Chapitre XIII Les retraites versées à des résidents à l'étranger : des risques spécifiques insuffisamment pris en compte, des outils à adapter	575	722
I - Des enjeux importants, mais imparfaitement appréhendés	578	
II - Des risques spécifiques insuffisamment pris en compte	583	
III - Des processus de gestion à décloisonner et à fiabiliser.....	592	
Annexes	603	
Le suivi des recommandations formulées par la Cour	605	
I - La prise en considération d'une majorité de recommandations, à des degrés toutefois très variables	608	
II - Des progrès, mais aussi des points de blocage sur des enjeux sensibles	614	
III - Les différents types de suites apportées aux recommandations de la Cour : quatre domaines d'illustration.....	619	

Récapitulatif des recommandations	627	
Glossaire	639	
Réponses des administrations et des organismes concernés.....	645	

Avant-propos

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

- élaboration et publication -

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation plénière, a adopté le présent rapport sur La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2017 (RALFSS).

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations et organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Vachia, Paul, Duchadeuil, Mme Moati, M. Morin, Mme de Kersauson, présidents de chambre, Mme Froment-Meurice, M. Lefas, Mme Ratte, M. Piolé, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Racine, Pannier, Cazala, Mme Morell, MM. Rameix, Barbé, Bertucci, Gautier, Mme Darragon, MM. Vivet, Diricq, Lefebvre, Charpy, Maistre, Martin, Lair, Selles, Mme Podeur, M. de Gaulle, Mme Monique Saliou, MM. Guaino, Le Roy, Guédon, Mme Gadriot-Renard, MM. Urgin, Sépulchre, Mousson, Guérout, Mmes Bouygard, Vergnet, MM. Feller, Viola, Mmes Démier, Malgorn, MM. Boudy, Migus, Terrien, Laboureix, Mme Latere, MM. Rosenau, Delaporte, Rabaté, de La Guéronnière, Albertini, Mme Périn, MM. Miller, Rolland, Cabourdin, Chatelain, Mme Soussia, M. Basset, Mme Périgord, MM. Appia, Allain, Mme Fontaine, MM. Lallement, Homé, Dubois, Thévenon, Mmes Mattei, Toraille, Latournarie-Willems, Girardin, Child, Hamayon, M. Meddah, Mme Mondoloni, M. Bouvard, Mme Riou-Canals, MM. de Puylaroque, Lejeune, Vught, Mme Pailot-Bonnetat, MM. Schmidt, Sciacaluga, Blondy, Girardi, Mme de Mazières, conseillers maîtres, MM. Delbourg, Galliard de Lavernée, Blanchard-Dignac, Mme Revel, MM. Margueron, Jau, Beauvais, Cordet, Rol-Tanguy, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Durrleman, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, M. Paul, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Viola, conseiller maître, rapporteur général, et Mme Rouilleault, auditrice, rapporteure

générale adjointe du présent rapport devant la chambre chargée de le préparer ;

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

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

Fait à la Cour, le 12 septembre 2017.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Durrleman, président de chambre et composée de M. Lefas, président de chambre maintenu en activité, MM. Diricq, Selles, Viola, Laboureix, Rabaté, Mme Latare, MM. Rosenau, de la Guéronnière, Brunner, Jamet, Fulachier, Appia, Strassel, Mmes Child, Hamayon, MM. de Vignes de Puylaroque, Saïb, conseillers maîtres.

Le rapporteur général était M. Viola, conseiller maître et son adjointe était Mme Rouilleault auditrice.

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 22 février, 8 et 24 mars, 7, 10, 21 et 26 avril, 4, 10, 12, 19, 22 et 29 mai, 2, 14, 16, 19 et 30 juin, 4, 7 juillet, 31 août 2017.

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

- en tant que contre-rapporteurs par MM. Diricq, Selles, Laboureix, conseillers maîtres ;

- en tant que rapporteurs par M. Viola, Mme Latare, MM. Rosenau, Appia, Oseredczuk, conseillers maîtres, MM. Richard, Chapard, Gatineau, Gallée, conseillers référendaires, Mme Rouilleault, auditrice, MM. Bonnet, Bras, Mmes Chambellan le Levier, Crémault, Delpech, M. Parneix, rapporteurs, avec le concours de MM. Dardigna, Faltot, Mme Filidori, MM. Maurer, Pinatel, experts, Mme Pagliaroli, vérificatrice.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, les 25 avril, 9, 16 et 23 mai, 6 juin, 4, 11, 18 et 21 juillet 2017 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Vachia, Paul, rapporteur général du comité, M. Duchadeuil, Mme Moati, M. Morin, Mme de Kersauson, présidents de chambre et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Introduction générale

En 2016, le déficit de la sécurité sociale a poursuivi le mouvement de baisse progressive engagé après le niveau historiquement élevé atteint en 2010 (29,8 Md€) dans le contexte de la crise économique : le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établit à 7 Md€, contre 10,3 Md€ en 2015.

Malgré ces résultats, la situation financière de la sécurité sociale n'est pas encore assainie. Le rééquilibrage de ses comptes reste lent. La diminution effective des déficits s'avère moins importante qu'affiché du fait de la prise en compte, à tort, d'une recette purement comptable. Leur composante structurelle en représente encore environ la moitié. Si le début de reflux de la dette sociale, amorcé en 2015, s'est confirmé, celle-ci continue à s'inscrire à un niveau élevé (151,2 Md€ fin 2016, contre 156,4 Md€ fin 2015¹) et demeure pour partie dangereusement exposée au risque d'une remontée des taux d'intérêt.

La concentration accrue des déficits sur l'assurance maladie (4,8 Md€ sur un plan strictement comptable, mais 5,5 Md€ en réalité) et sur l'assurance vieillesse, compte tenu du maintien d'un déficit important du FSV, fragilise des instruments essentiels de la solidarité entre les assurés sociaux et entre les générations.

Le décalage annoncé d'un an, à 2020 désormais, de l'objectif du retour de la sécurité sociale à l'équilibre diffère une nouvelle fois cette échéance essentielle. L'accélérer est cependant aussi nécessaire que possible. L'équilibre est à portée à la condition d'un effort rapide et déterminé d'économies à hauteur de cet enjeu majeur. Des réformes structurelles sont à même de mieux maîtriser les dépenses, de dégager les marges d'efficience importantes que recèlent de nombreux domaines de la sécurité sociale et de créer les conditions d'un équilibre durable dans le cadre d'un pilotage financier rénové.

¹ Sans tenir compte des dettes de certains régimes de retraite (mines, exploitants agricoles).

Dans le prolongement de l'audit des finances publiques, prises dans leur ensemble (État, collectivités locales, administrations sociales), auquel elle a procédé en mai dernier², comme de ses rapports des années antérieures sur la sécurité sociale, la Cour s'est ainsi attachée à approfondir la trajectoire financière de celle-ci à horizon 2020. Elle a analysé dans différents champs de dépenses les progrès réalisés, mais aussi les voies et moyens possibles pour répondre à l'exigence d'un rééquilibrage à la fois plus rapide et pérenne des comptes sociaux et assurer la préservation d'un instrument de solidarité majeur : en 2016, la sécurité sociale a versé 459 Md€ de prestations, soit l'équivalent de 20,6 % du PIB.

**

Un retour à l'équilibre des comptes qui se décale encore, une concentration accrue des déficits sur l'assurance maladie, une dégradation des perspectives en matière d'assurance vieillesse

En 2016, des déficits en réduction, toujours plus concentrés sur l'assurance maladie

Dans un contexte économique plus favorable, le déficit du régime général et du FSV, qui constitue l'essentiel des enjeux financiers de la sécurité sociale, a été ramené à 7,8 Md€, contre 10,8 Md€ en 2015, soit une baisse de 3 Md€, plus forte en apparence qu'en 2015 (2,4 Md€). Contrairement aux années précédentes, toutes les branches et le FSV ont vu leur solde s'améliorer, sans augmentation nette, au surplus, des prélèvements affectés à la sécurité sociale.

Cependant, le déficit est minoré par un produit exceptionnel de CSG (0,74 Md€) qui, au regard des principes comptables, n'aurait pas dû être inscrit en recette de la branche maladie. Corrigé de cette écriture, il atteint en réalité 8,5 Md€, soit une diminution de 2,3 Md€, du même ordre en définitive qu'en 2015.

Plus encore qu'en 2015, le déficit se concentre sur la branche maladie (5,5 Md€ hors produit exceptionnel de CSG). Le déficit de cette dernière représente à lui seul plus que celui de l'ensemble du régime général et près des deux tiers (65 %) du déficit agrégé du régime général et du FSV, contre 54 % en 2015 et 49 % en 2014. Il ne diminue pratiquement pas par rapport à 2015 (5,8 Md€).

² Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, Audit, juin 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Considérée dans l'ensemble de ses composantes de financement, l'assurance vieillesse des salariés du secteur privé reste en déséquilibre prononcé, même si le déficit global s'est réduit (2,8 Md€ contre 4,2 Md€ en 2015). Si en effet la branche vieillesse apparaît en excédent (de 0,9 Md€), ce dernier s'accompagne de la persistance d'un déficit élevé du FSV (3,6 Md€).

En 2017, une baisse du déficit moins importante que prévu, une trajectoire dégradée à partir de 2018, notamment pour les retraites

La loi de financement pour 2017 a prévu une réduction du déficit du régime général et du FSV à 4,1 Md€ en 2017, suivie d'un quasi-équilibre en 2018 (0,5 Md€), puis d'excédents croissants en 2019 (3,3 Md€) et en 2020 (7,7 Md€).

Selon les projections de la Commission des comptes de la sécurité sociale du début de l'été, le déficit pour 2017 du régime général et du FSV se creuserait de 1,4 Md€ par rapport à la prévision et s'élèverait à 5,5 Md€, au lieu de 4,1 Md€. Le seul déficit de l'assurance maladie augmenterait en particulier de 1,5 Md€ par rapport à l'estimation initiale, alors qu'elle bénéficie en 2017 de transferts de recettes importants depuis la branche vieillesse. Le déficit de la sécurité sociale pourrait néanmoins se rapprocher de la prévision initiale si la masse salariale progressait plus fortement que prévu par le programme de stabilité d'avril 2017, comme le laissent à penser les tendances les plus récentes.

Pour 2018 et les années suivantes, la dynamique qui reste vive des dépenses d'assurance maladie et la reprise de la progression des dépenses de retraite, dont l'incidence sur le solde de la branche vieillesse est occultée par la loi de financement pour 2017, font peser des risques importants sur le retour à l'équilibre des comptes.

Tout nouveau délai dans l'atteinte de cet objectif viendrait limiter l'ampleur de la réduction de la dette sociale. La part de cette dette conservée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui dépasserait 20 Md€ fin 2017, est exposée à la remontée prévisible des taux d'intérêt faute à ce stade de toute perspective d'amortissement. Le plafond de reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), sans attribution de nouvelles recettes à cette dernière, est en effet désormais atteint après le transfert intervenu en 2016 (pour 23,6 Md€).

Créer les conditions d'un équilibre durable

La sécurité sociale n'a plus été à l'équilibre depuis 2001. La trajectoire de redressement s'avère plus lente que prévu. La détérioration de ses perspectives financières éloigne à nouveau l'horizon du rétablissement de ses comptes.

La Cour a examiné les facteurs à l'œuvre dans la persistance des déficits sociaux sur une durée aussi longue, qui enjambe plusieurs cycles économiques. Son analyse met en évidence une origine essentiellement structurelle des déficits, le rôle prépondérant d'une dynamique des dépenses insuffisamment maîtrisée dans leur apparition et leur maintien et l'apport déterminant des hausses de prélèvements dans leur réduction progressive. Elle met aussi en lumière l'incidence significative des transferts de l'État au bénéfice de la sécurité sociale dans l'amélioration de ses soldes, dans un contexte où le déficit budgétaire s'est au contraire aggravé.

Au regard de ces constats, il importe de redéfinir le cadre du pilotage financier de la sécurité sociale afin de garantir la pérennité du retour à l'équilibre, une fois que ce dernier aura été atteint, ainsi que les pouvoirs publics en ont exprimé l'intention. Améliorer la cohérence des lois de financement avec les lois de programmation des finances publiques et les lois de finances est à cet égard un impératif. L'interdiction par un texte de niveau organique d'un portage par l'ACOSS de tout déficit d'origine structurelle constituerait un levier majeur pour prévenir l'installation de déficits autres que ceux liés à la dégradation du cycle économique. Ces derniers devraient être pour leur part supportés par des dispositifs spécifiques de lissage des variations conjoncturelles de recettes.

À court terme, le rétablissement des comptes sociaux exige en tout état de cause des mesures immédiates de redressement pour enrayer la dégradation des perspectives financières et accélérer le retour à l'équilibre. Elles devront s'accompagner de la définition d'un schéma global d'amortissement de la dette à court terme accumulée à l'ACOSS à cet horizon, qui nécessite des choix rapides pour éviter d'en reporter une nouvelle fois le poids sur les générations montantes.

L'action de redressement doit porter sans attendre sur l'assurance vieillesse. Contrairement aux précédentes, que la Cour avait considérées comme trop optimistes, les récentes prévisions du Conseil d'orientation des retraites font apparaître désormais une forte dégradation tendancielle des soldes de la branche vieillesse et du FSV dès la période 2018-2020 et à moyen terme. Elle impose, ainsi que la Cour l'avait recommandé dans son

précédent rapport³, de procéder sans retard aux nouveaux ajustements nécessaires dans une démarche de partage équitable des efforts.

Une maîtrise accrue des dépenses d'assurance maladie constitue l'autre enjeu, primordial, du retour à l'équilibre de la sécurité sociale en 2020, dès lors que celle-ci concentre une part de plus en plus prépondérante de son déficit.

Intensifier la maîtrise des dépenses d'assurance maladie

Assurer la sincérité de l'ONDAM

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) constitue le principal instrument d'encadrement et de pilotage de cette dépense. Son resserrement progressif engagé depuis 2010 a traduit un effort de maîtrise d'autant plus marqué que, contrairement à la période précédente, il a été systématiquement respecté depuis lors.

Les derniers ONDAM sont cependant affectés de nombreux biais dans leur construction et leur présentation qui en affectent la sincérité.

La fixation en 2016 du taux de progression de l'ONDAM à +1,75 %, contre +2 % en 2015, pouvait ainsi apparaître comme marquant une nouvelle inflexion significative. Cependant, une fois redressé de mesures présentées comme des économies alors qu'il s'agissait de la sortie de certaines dépenses du périmètre de l'ONDAM, ce taux est en réalité identique à celui de 2015. Si, pour la septième année consécutive, l'ONDAM a été à nouveau respecté en 2016, ce n'est toutefois que facialement. Les dépenses de soins de ville ont connu, encore plus qu'en 2015, une dynamique nettement plus vive que prévu, tandis que l'activité des établissements de santé a fortement progressé. Malgré des mesures de régulation plus fortes qu'en 2015, seuls plusieurs ajustements opportunistes ont permis un respect apparent de l'objectif en minorant les dépenses dans des conditions discutables. Sans leur intervention, les dépenses auraient augmenté en réalité de +2,2 %.

Dans un contexte de revalorisation des honoraires médicaux et de mesures salariales pour les agents hospitaliers, l'ONDAM pour 2017 a été très sensiblement relevé et fixé à +2,1 %. Sa construction souffre toutefois de nouveaux biais. À périmètre constant, l'augmentation prévisionnelle des dépenses atteint +2,4 %. En particulier, la création d'un fonds de

³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre IX : les régimes de retraite des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements, p. 365-419, disponible sur www.ccomptes.fr.

financement de l'innovation pharmaceutique, destiné à financer de manière spécifique les nouveaux médicaments onéreux, et qui n'a pas été effectivement doté à ce stade, ne doit pas être considérée comme une mesure d'économie ainsi qu'affiché, mais comme la sortie du champ de l'ONDAM de dépenses fortement dynamiques qui devraient être financées par redéploiement interne au sein de l'assurance maladie, et en premier lieu de la dépense de médicaments.

Ainsi minoré par rapport à l'évolution réelle des dépenses, l'ONDAM serait respecté en 2017. Le respect effectif du taux de progression de +2 % retenu pour les prochaines années dans le programme de stabilité 2017-2020 nécessite de rendre beaucoup plus rigoureuses, beaucoup plus stables et beaucoup plus transparentes ses modalités de construction. Il suppose aussi la mise en œuvre d'instruments de régulation plus diversifiés et au champ plus large. Il impose enfin des efforts renforcés de maîtrise de la dépense.

Organiser de manière plus efficiente l'offre de soins médicaux

Dans ses rapports sur la sécurité sociale, la Cour analyse régulièrement, secteur par secteur, l'organisation des soins et les dépenses d'assurance maladie qui leur sont liés, afin d'apprécier les marges d'efficience susceptibles d'être mobilisées. Cette année, elle aborde dans trois chapitres complémentaires l'accès des patients aux soins médicaux de spécialité en ville, la place des objectifs de qualité, de sécurité et de pertinence des soins dans l'exercice de la chirurgie, et les apports possibles de la télémedecine.

La médecine libérale de spécialité est essentielle à la prise en charge des patients en prévenant des recours non justifiés et coûteux à l'hôpital. Ainsi, elle ne présente pas seulement des enjeux financiers importants (11,6 Md€ en 2016), mais aussi une composante déterminante pour l'équité d'accès aux soins des assurés sociaux.

Ces dépenses, faiblement régulées, sont en progression forte et continue, beaucoup plus rapide que celles des médecins généralistes, sous l'effet en particulier de la vive dynamique des actes techniques, sans que l'orientation par le médecin traitant vers un spécialiste dans le cadre du parcours de soins ait infléchi cette évolution. Les inégalités dans l'accès à la médecine de spécialité sont majeures et se renforcent : disparités territoriales accrues entre zones urbaines sur-dotées et zones péri-urbaines et rurales sous-dotées, conduisant à un allongement parfois considérable des délais de rendez-vous et à un report sur les urgences hospitalières ; dépassements d'honoraires plus répandus et en hausse substantielle, se traduisant par des obstacles financiers à l'accès aux soins, notamment pour

certaines spécialités et certaines zones où le nombre de spécialistes respectant les honoraires conventionnels est devenu très minoritaire.

Soutenu par des incitations financières importantes, accompagné paradoxalement d'un élargissement du nombre de médecins autorisés à s'installer en secteur 2, le contrat d'accès aux soins mis en œuvre en décembre 2013 pour réguler les dépassements d'honoraires n'a été souscrit que par moins du quart des spécialistes, appartenant essentiellement aux spécialités aux dépassements les moins élevés. Ses effets ont été limités au regard d'un coût élevé. Les évolutions modestes qui lui ont été apportées par la convention médicale d'août 2016 ne peuvent permettre d'inverser les tendances lourdes qui affectent l'accès aux soins. De nouveaux instruments de régulation doivent ainsi être mis en œuvre afin de contenir la dynamique des dépenses et améliorer l'accès aux soins, en particulier par l'instauration d'un conventionnement sélectif, n'autorisant notamment l'installation en zone sur-dotée qu'en secteur 1.

Pratique en pleine évolution, la chirurgie illustre sur un plan plus large, puisqu'à la confluence de la médecine hospitalière et d'une activité effectuée très majoritairement par des spécialistes libéraux, la nécessité d'une meilleure organisation des soins afin de renforcer la qualité des prises en charge, tout en permettant leur meilleure efficience.

Malgré la fermeture au fil du temps d'un grand nombre de lits en chirurgie conventionnelle, l'organisation des soins présente des faiblesses importantes. Ainsi, le nombre de séjours s'accroît rapidement en raison non seulement des évolutions de la démographie et des techniques, mais aussi des effets inflationnistes de la tarification à l'activité. Le développement de la chirurgie ambulatoire, s'il progresse, reste inférieur à celui constaté chez nos voisins du fait de la lenteur du changement des pratiques. Les activités chirurgicales demeurent éclatées entre de nombreux sites opératoires, dont le nombre ne se réduit pas malgré les difficultés démographiques importantes de certaines des professions de santé concernées, qui se traduisent par des taux de vacance de postes particulièrement marqués dans certains établissements. Malgré le renforcement des contraintes liées à la permanence des soins, de nombreux établissements continuent à pratiquer un large éventail d'interventions, tout en peinant à disposer des ressources appropriées en chirurgiens, anesthésistes et infirmières spécialisées.

Cette dispersion des sites et de l'activité apparaît préjudiciable à la qualité et à la sécurité des soins, étroitement corrélées selon toutes les études au degré de concentration de l'offre de soins et de plus en plus dépendantes de la présence d'équipes plus étoffées et qualifiées et davantage pluridisciplinaires. Les pouvoirs publics ont cependant renoncé

en 2009 à fixer un plancher de 1 500 séjours chirurgicaux par établissement, qui aurait entraîné la fermeture de nombreuses structures de petite taille. Seules trois activités chirurgicales, représentant moins de 6 % des interventions, sont en tout ou partie soumises à un seuil d'autorisation par établissement. Ces seuils ont été au demeurant fixés à un niveau insuffisamment rigoureux par rapport aux recommandations des experts et ne sont que partiellement respectés.

L'adaptation de l'offre de soins chirurgicaux aux enjeux grandissants de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité des prises en charge nécessite que les pouvoirs publics se départissent d'une attitude attentiste pour notamment fixer des seuils d'activité pour toutes les spécialités chirurgicales et les faire appliquer rigoureusement.

Dans ce domaine comme pour l'ensemble du système de soins, la télémédecine, qu'il s'agisse de téléconsultation, de télé-expertise, de télésurveillance, de téléassistance ou sous d'autres formes encore, peut constituer un levier majeur de réorganisation et d'efficacité, comme le montrent plusieurs pays étrangers plus avancés que la France dans ce domaine. Elle contribue à redistribuer les champs d'intervention entre les différents acteurs, facilite l'accès aux soins et diversifie les possibilités de prise en charge, notamment pour les patients affectés par des pathologies lourdes de longue durée.

Toutefois, plus d'un quart de siècle après la première téléconsultation médicale, la télémédecine demeure en France une pratique marginale, sans réel impact sur l'organisation du système de santé. Elle en est restée au stade de multiples expérimentations locales, hétérogènes et inabouties, même si l'assurance maladie s'engage de manière croissante dans une démarche de financement, dans un cadre de droit commun, d'actes de télémédecine impliquant des professionnels libéraux de santé.

L'essor de la télémédecine est ainsi tributaire de la définition et de la mise en œuvre d'une stratégie d'ensemble par les pouvoirs publics. Elle nécessite que plusieurs préalables juridiques et techniques soient rapidement levés, mais surtout que soit mis en place un nouveau cadre tarifaire, tant pour les professionnels libéraux que pour les établissements de santé qui interviennent dans ces nouvelles pratiques. Ce nouveau mode de rémunération doit reposer sur des principes clairs et homogènes et organiser un partage et une forfaitisation des rémunérations entre les différents intervenants, à coût global du même ordre pour l'assurance maladie que pour une prise en charge classique.

Renforcer la maîtrise des coûts des médicaments

En 2015, les dépenses totales de médicaments en ville remboursables par l'assurance maladie se sont élevées à 29,8 Md€, dont 23,2 Md€ ont été effectivement pris en charge par cette dernière (soit 28 % de l'ONDAM « soins de ville »).

Après des années de forte hausse, le volume des ventes des médicaments en ville s'est ralenti dans la période récente. Les dépenses de médicaments remboursables en ville se sont pour leur part orientées à la baisse. Le niveau de dépenses de 2015 est ainsi équivalent à celui de 2008 (29,7 Md€). Cette complète rupture de tendance par rapport à la situation antérieure s'explique principalement par les efforts renforcés des pouvoirs publics pour obtenir des baisses de prix des spécialités remboursables et promouvoir la diffusion des médicaments génériques. Au cours des dernières années, la politique du médicament a ainsi apporté une contribution significative au respect de l'ONDAM. Son analyse montre qu'une action cohérente, continue et résolue des pouvoirs publics est à même d'obtenir rapidement des résultats majeurs et croissants dans un champ de dépenses particulièrement important.

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014⁴, la Cour avait examiné la diffusion des médicaments génériques en France, en soulignant les réussites, mais aussi les limites. Elle examine dans le présent rapport deux déterminants des coûts des médicaments susceptibles d'améliorer l'efficacité d'une dépense, certes stabilisée, mais à un niveau élevé : les modalités de fixation de leur prix et les dépenses liées à leur distribution.

Rééquilibrer les conditions de fixation du prix des médicaments

La fixation du prix des médicaments repose sur la négociation par une instance administrative interministérielle, le Comité économique des produits de santé (CEPS), de conventions bilatérales avec les entreprises pharmaceutiques. Elles prennent place dans un environnement juridique complexe qui repose non seulement sur des dispositions législatives, mais aussi sur un accord-cadre avec les représentants de l'ensemble des entreprises pharmaceutiques.

⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-289, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Des progrès importants sont intervenus au cours des années récentes. Ainsi, la loi a complété ou précisé le cadre juridique de la fixation du prix des médicaments. Si les accords-cadres successifs ont peu évolué et restent avantageux pour les entreprises, les lettres ministérielles qui définissent les orientations de la négociation des prix sont devenues plus exigeantes. Cette politique produit des résultats significatifs : depuis 2012, l'enveloppe globale de dépenses de médicaments se réduit de manière tendancielle sous l'effet notamment des baisses de prix négociées par le CEPS. De fait, elle constitue le seul poste maîtrisé des dépenses de soins de ville dans le cadre de l'ONDAM.

Ces dépenses comportent cependant encore des marges d'efficience largement inexploitées. Les baisses de prix fabricant sont freinées par un plancher, la garantie de prix européens. L'obtention par le CEPS de remises permet certes de réduire les prix nets, mais elles s'accompagnent de surcoûts durables, notamment pour les assurés sociaux, par rapport à des baisses de prix. Même quand elles sont contractuellement prévues, les révisions de prix à la baisse ne sont pas systématiques. Le critère de l'efficience médico-économique est imparfaitement pris en compte. Des interventions auprès des pouvoirs publics motivées par des considérations de nature industrielle conduisent parfois à fixer ou à maintenir des prix anormalement élevés.

Alors que les enjeux financiers se renforcent avec l'arrivée dans les prochaines années de traitements innovants et particulièrement onéreux, il importe de rééquilibrer la position de négociation des pouvoirs publics face à des entreprises mondialisées. Il est primordial à cette fin notamment de mettre à niveau des enjeux, par redéploiement, les moyens du CEPS, aujourd'hui très insuffisants, d'examiner les conditions dans lesquelles ses missions pourraient être élargies à la fixation du prix de l'ensemble des médicaments hospitaliers, de mieux asseoir son positionnement institutionnel, et de revenir sur des dispositions conventionnelles déséquilibrées à l'occasion de la négociation du nouvel accord cadre qui doit entrer en vigueur en 2018.

Réduire les coûts de distribution

Les dépenses de distribution représentent une part importante, quoique largement méconnue, du coût des médicaments. Aux rémunérations réglementées versées par l'assurance maladie aux grossistes-répartiteurs et aux pharmacies d'officine, s'ajoutent en effet des rétributions supplémentaires versées par les entreprises pharmaceutiques et les grossistes aux pharmacies, en particulier au titre de la distribution des génériques. Selon l'analyse de la Cour, les coûts totaux de distribution des

médicaments atteignent ainsi 8,3 Md€, soit près d'un tiers de la dépense globale de médicaments remboursables dispensés en ville.

Cette situation contribue au maintien d'une forte rentabilité, en moyenne, du réseau officinal et à la persistance de son surdimensionnement. La taille du réseau officinal (22 000 pharmacies, soit 33 pharmacies pour 100 000 habitants) a de fait un caractère exceptionnel en Europe. Ce réseau ne se réduit qu'à un rythme très lent. Au regard des critères encadrant en principe la répartition démo-géographique des pharmacies, le nombre d'officines est près de deux fois supérieur au plafond réglementaire.

L'importance sous-estimée des coûts de distribution des médicaments doit pousser à leur diminution, notamment en dissociant totalement la rémunération réglementée des officines du prix et du nombre de boîtes, et en révisant les marges supplémentaires importantes accordées au titre de la distribution des génériques, initialement conçues comme temporaires. Plus largement, la rationalisation du réseau officinal, qui doit être attentive au maintien d'un maillage de proximité suffisant par des aides spécifiques aux pharmacies, en nombre limité, jouant un rôle stratégique en matière d'accès aux médicaments dans certains territoires, pourrait passer par une révision des règles d'implantation pour accélérer les regroupements. Pourraient aussi se développer des formes nouvelles de distribution, qui supposent notamment de substituer au monopole de distribution officinal, un monopole de dispensation du pharmacien dans le respect des principes déontologiques auxquels est soumise cette profession de santé.

Poursuivre la réforme des aides aux familles

La France est généralement créditée d'une politique originale, forte et efficace de soutien financier aux familles, par la voie de prestations familiales et d'avantages fiscaux (59,4 Md€, soit 2,7 % du PIB en 2015), qui favoriserait notamment la permanence d'un taux de natalité comparativement élevé. Dans deux chapitres complémentaires, la Cour a examiné les mutations récentes intervenues à cet égard en France, mais aussi dans différents pays qui lui sont comparables.

Après avoir, dans son précédent rapport, analysé les réformes des retraites des salariés du secteur privé qui se sont succédé depuis la fin des années 1980, la Cour dresse un premier bilan complet des réformes successives des soutiens fiscaux et sociaux aux familles qui ont été mises en œuvre dans la dernière période.

Conformément à leurs objectifs, la réduction en deux étapes de l'avantage fiscal lié au quotient familial, la modulation des allocations familiales en fonction des revenus et l'augmentation des aides aux familles monoparentales et aux familles nombreuses à faibles ressources ont eu des effets redistributifs massifs aux deux extrémités de la chaîne des revenus. Contrairement à la situation antérieure, le soutien financier aux familles ne revêt plus un caractère globalement croissant avec les revenus. À partir d'études pour la plupart inédites, la Cour éclaire de manière détaillée l'incidence de ces réformes - globalement équilibrées sur un plan financier - sur la situation des familles. Elles font apparaître que les familles des deux derniers déciles de revenus y ont d'autant plus contribué qu'elles ont davantage d'enfants, tandis que celles des deux premiers déciles en ont été les principales bénéficiaires, notamment les familles monoparentales avec deux enfants et les couples avec trois enfants et plus.

Désormais la presque totalité des prestations familiales sont attribuées ou modulées en fonction des ressources, ce qui constitue une mutation historique de la politique familiale française, en ligne avec les dispositifs mis en œuvre dans la plupart des pays comparables.

La Cour s'est ainsi parallèlement attachée à comparer le système français d'aides aux familles à ceux d'un échantillon de pays européens. Sous l'effet des réformes intervenues de part et d'autre, les systèmes nationaux se sont rapprochés et la position relative de la France en termes de montant d'aide par enfant s'est érodée. Le système français conserve néanmoins des singularités fortes, tant par la diversité des aides que par la multiplicité de celles consacrées à l'accueil du jeune enfant. Plusieurs pays ont effectué des choix plus clairs en concentrant leurs efforts sur un nombre plus réduit d'objectifs sur lesquels ils obtiennent de meilleurs résultats, notamment en matière de réduction de la pauvreté.

Cette mise en perspective internationale met ainsi en lumière des questions essentielles au regard de notre propre politique familiale, notamment la place respective des prestations en nature et des prestations monétaires pour l'accueil du jeune enfant, le degré de ciblage et de redistribution des prestations, le calibrage du niveau de soutien en fonction du rang de l'enfant ou encore le bien-fondé de la dualité de la gestion des aides sociales et fiscales par une branche de la sécurité sociale et au sein du budget de l'État.

Améliorer la gestion de la sécurité sociale

Dans ses rapports sur la sécurité sociale, la Cour examine chaque année les voies d'amélioration de l'efficacité de la gestion de la sécurité sociale dans différents domaines. Après avoir analysé l'offre de soins du

régime des mines dans son précédent rapport, elle se penche sur les établissements sanitaires et médico-sociaux du régime général. Par ailleurs, elle examine la gestion des pensions versées à des résidents à l'étranger.

Depuis 2000, les établissements de soins de l'assurance maladie (1 Md€ de recettes d'activité et 14 000 salariés) sont regroupés au sein de 13 unions de gestion des caisses d'assurance maladie (UGECAM), dotées de la personnalité morale et suivies par une direction nationale de la CNAMTS. Les 82 établissements sanitaires, dont le nombre de lits se réduit, sont centrés sur les soins de suite et de réadaptation ; les 156 établissements médico-sociaux, dont le nombre de places s'accroît au gré des appels à projets des agences régionales de santé, sont pour leur part spécialisés dans les prises en charge du handicap et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Les UGECAM connaissent des déficits importants, pour partie masqués par les concours financiers directs et indirects que la CNAMTS continue à leur accorder (plus de 160 M€ de déficits d'exploitation réels en cumul entre 2012 et 2016). Pour une part, ils découlent de coûts salariaux plus élevés que dans les autres établissements privés non lucratifs, du fait de l'application de la convention collective des agents du régime général. Au-delà des actions à engager pour assurer impérativement leur équilibre financier, il convient de soumettre au droit commun les conditions de financement de ces établissements et d'engager leur transfert vers la sphère de l'économie sociale et solidaire, où ils ont plus naturellement leur place qu'au sein de la sécurité sociale.

Les pensions de retraite de base et complémentaires versées à des résidents dans un pays étranger (Algérie, Portugal, Espagne, Maroc et Italie au premier chef) représentent un enjeu financier important (6,5 Md€ en 2015). Les risques spécifiques qui leur sont liés sont très insuffisamment pris en compte. Pour l'essentiel, la lutte contre le risque de fraude à l'existence d'un pensionné en réalité décédé repose sur l'envoi annuel par chaque régime, de manière non coordonnée, d'un certificat d'existence à viser par une autorité locale. Ces certificats ne font l'objet que de contrôles très limités, même quand il s'agit d'assurés à l'âge particulièrement élevé, pouvant aller jusqu'à 117 ans. Les très rares contrôles effectués sur place, ciblés sur des situations individuelles identifiées comme à risque, font apparaître des taux d'anomalie particulièrement importants. Il importe ainsi de développer fortement les mutualisations entre les régimes de retraite grâce notamment à l'instauration d'un certificat d'existence commun, et, comme certains de nos voisins l'ont déjà fait, de développer rapidement des échanges dématérialisés d'informations avec les pays à forts enjeux financiers.

**

Des résultats notables ont été obtenus dans la résorption des déficits de la sécurité sociale. Pour la première fois en 2016, le déficit (7,7 Md€) est revenu au niveau d'avant la crise économique (8,2 Md€ en 2008). Mais ces améliorations apparaissent fragiles et incomplètes.

Après plus d'un quart de siècle de déficits continus - une génération entière -, le retour à l'équilibre de l'assurance maladie constitue une priorité majeure. L'ONDAM, entaché dans sa construction d'éléments d'insincérité, n'est respecté qu'au prix d'artifices croissants qui risquent de le priver de sa signification. À court terme, les facteurs de hausse de dépenses se cumulent.

Un effort accru de maîtrise des dépenses est possible sans se traduire par une érosion de leur prise en charge. L'action conduite en matière de fixation des prix de médicaments l'illustre. L'organisation des soins en ville et en établissement et les modalités de fixation des prix et des tarifs des actes, prestations et biens de santé recèlent d'importantes marges d'efficience encore insuffisamment mobilisées. Des réformes structurelles du système de soins s'imposent en particulier pour remédier à des inégalités territoriales et financières qui se creusent et compromettent l'égal accès à des soins de qualité pour tous.

Deux autres domaines majeurs de la protection sociale, les retraites et les aides aux familles, témoignent de la capacité de notre pays à opérer des choix forts dans l'organisation de la protection sociale de nos concitoyens, même s'ils appelleront nécessairement à leur tour d'autres évolutions, notamment sans attendre en matière de retraites du fait de la dégradation des projections démographiques.

Au-delà des efforts immédiats d'économie à mettre en œuvre afin d'accélérer le retour effectif de la sécurité sociale à l'équilibre, c'est un nouveau cadre de responsabilité qu'il importe de définir pour proscrire la formation de nouveaux déficits structurels et la résurgence d'un endettement social dont l'extinction reste pour partie à organiser. C'est à cette condition que sera durablement préservé le haut degré de protection sociale de notre pays.

C'est dans ces perspectives que s'inscrivent les analyses et recommandations qui suivent.

Première partie

Assurer un retour durable

à l'équilibre financier et mettre fin

à l'endettement social

**A – Revenir sans délai à l'équilibre
et éteindre la dette
de la sécurité sociale**

Chapitre I

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer

PRÉSENTATION

Dans ce chapitre, la Cour analyse l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2016 par rapport à 2015 et les prévisions inscrites dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et pour 2017.

En 2016, dans un environnement économique marqué par une reprise modérée de la croissance du PIB et une hausse plus marquée de la masse salariale, les déficits sociaux ont poursuivi leur mouvement de réduction amorcé après le pic historique enregistré lors de la crise financière. Ainsi, toutes les branches du régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ont enregistré une amélioration de leur solde.

Toutefois, en dépit de l'attribution à tort d'un produit exceptionnel de CSG (0,74 Md€), la branche maladie a conservé un déficit élevé, qui représente désormais près des deux tiers du déficit agrégé du régime général et du FSV. Le FSV présente, de même, un déficit toujours important, supérieur à son niveau d'avant crise (I).

Au vu des prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017, fondées sur les hypothèses macro-économiques du programme de stabilité 2017-2020 transmis en avril 2017 à la Commission européenne, le déficit continuerait à se réduire en 2017, à un rythme cependant plus faible que prévu par la loi de financement de la sécurité sociale. Il pourrait néanmoins se rapprocher de la prévision initiale si la masse salariale progressait plus fortement qu'attendu, comme le laissent à penser les tendances les plus récentes.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont annoncé repousser à 2020 au lieu de 2019 le retour à l'équilibre. Cet objectif ne pourra cependant être atteint sans que soient prises rapidement de nouvelles mesures de redressement en matière d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Le mouvement de reflux de la dette sociale, amorcé en 2015 et plus significatif en 2016, devrait néanmoins se poursuivre mais à un moindre rythme. La dette à court terme portée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) s'inscrirait à un niveau élevé d'ici 2020, alors que son remboursement n'est toujours pas organisé (II).

I - En 2016, une poursuite de la baisse du déficit à un rythme comparable à celui des années précédentes

La baisse des déficits du régime général et des autres régimes obligatoires de base, engagée en 2011, s'est poursuivie en 2016, à un rythme qui peut apparaître de prime abord plus soutenu que l'année précédente.

Ainsi, le déficit agrégé des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est établi à 7 Md€, en baisse de 3,3 Md€ par rapport à 2015, après une réduction de 2,5 Md€ en 2015 et de 3,2 Md€ l'année précédente. Le déficit agrégé du régime général et du FSV, à 7,8 Md€, a pour sa part diminué de 3 Md€, plus fortement qu'en 2015 (baisse de 2,4 Md€) et qu'en 2014 (2,2 Md€).

Contrairement aux exercices précédents, toutes les branches du régime général et le FSV ont vu leur solde s'améliorer en 2016. La branche vieillesse revient à l'équilibre, avec un léger excédent, après onze années de déficit mais l'ensemble constitué par la branche vieillesse et le FSV connaît toujours un déficit important.

Cependant, la comptabilisation, en 2016, d'un produit exceptionnel de CSG sur les revenus d'activité, notifié sans base juridique⁵, a réduit de 0,74 Md€ le déficit de la branche maladie et faussé d'autant les résultats 2016⁶.

⁵ Cour des comptes : *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2016*, juin 2017, p. 38, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶ Sauf indication contraire, les montants évoqués dans les développements qui suivent ne sont pas retraités de ce produit exceptionnel de CSG.

La comptabilisation à tort d'un produit exceptionnel de CSG sur les revenus d'activité encaissés en janvier 2016

À la suite du changement des modalités de répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie sur les revenus d'activité, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2016, un montant de 0,74 Md€ - correspondant aux encaissements de CSG du mois de janvier 2016 au titre des salaires de décembre 2015 - a été notifié par l'ACOSS aux régimes maladie autres que le régime général comme un produit de l'exercice 2016.

Ce produit a été réparti sans base juridique. En effet, l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale sur lequel reposait le mode de répartition antérieur a été abrogé au 1^{er} janvier 2016. Les nouvelles modalités de répartition des produits de CSG sur les revenus d'activité pour l'exercice 2016 se sont appliquées, selon l'article 24 de la loi de financement pour 2016, à compter du produit de CSG recouvré en février 2016 sur les revenus d'activité de janvier.

La notification à tort de ce produit de CSG en janvier 2016 a porté les produits de l'exercice 2016 des autres régimes maladie à un montant équivalent à treize mois de CSG, alors même que le changement des modalités de répartition n'a engendré aucune ressource supplémentaire pour la sécurité sociale. La prévision de recettes retenue dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 n'intégrait d'ailleurs pas ce produit.

Le changement de méthode comptable au sens de l'avis du Conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) du 18 octobre 2012 qui a accompagné, pour les régimes autres que le régime général, l'application des nouvelles modalités de répartition de la CSG sur les revenus d'activité aurait dû conduire ces régimes à comptabiliser le produit de CSG de janvier 2016 de manière rétrospective, comme si la nouvelle méthode avait toujours été appliquée, par un ajustement du solde d'ouverture de l'exercice 2016, sans impact sur le résultat de cet exercice.

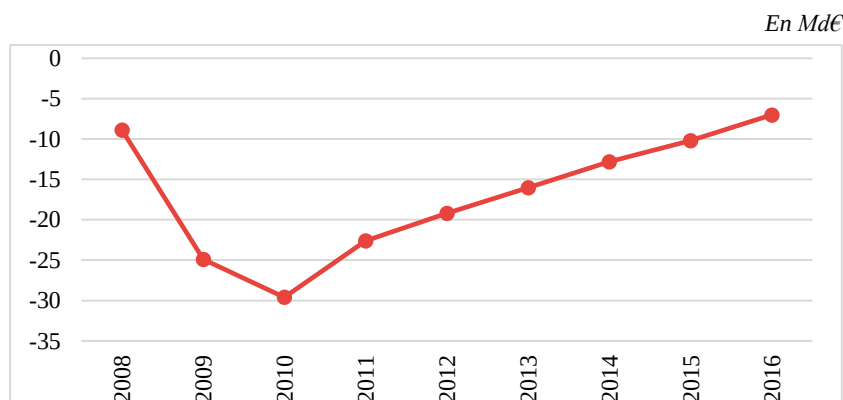
Les soldes de ces régimes étant intégrés aux comptes de la CNAMTS et de la branche maladie du régime général, la Cour a émis une réserve pour désaccord dans le cadre de la certification des comptes du régime général, motivée par l'intégration de ce produit dans les soldes des comptes de résultats de la CNAMTS et de la branche maladie.

A - Une nouvelle étape dans la baisse des déficits des régimes obligatoires de base et du FSV

1 - Un déficit agrégé en réduction, malgré la persistance de déficits très élevés pour la branche maladie et le FSV

Le déficit agrégé des régimes obligatoires de base et du FSV s'est établi à 7 Md€ en 2016⁷, soit 7,7 Md€ hors produit exceptionnel de CSG (contre 10,3 Md€ en 2015), à un niveau pour la première fois inférieur à celui d'avant la crise financière (8,2 Md€ en 2008).

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base et du FSV (2008-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

La réduction des déficits résulte d'un double mouvement : d'une part de la contraction de 3 Md€ du déficit agrégé du régime général et du FSV (soit 2,3 Md€ hors produit de CSG) et d'autre part d'une augmentation de 0,7 Md€ de l'excédent dégagé par les autres régimes (contre 0,4 Md€ en 2015). Les excédents de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales - CNRACL (0,3 Md€) et de la Caisse

⁷ Le déficit des régimes obligatoires de base est minoré par la comptabilisation par la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF d'un produit à recevoir de dotation d'équilibre sur l'État de 0,1 Md€, sans que ce dernier ait comptabilisé une dette à l'égard de cet organisme, comme le relève la Cour dans le chapitre III du présent rapport : les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2016 : avis sur la cohérence, p. 133.

naionale d'assurance vieillesse des professions libérales - CNAVPL (0,6 Md€) et le déficit de la Mutualité sociale agricole - MSA (0,2 Md€) constituent l'essentiel de ce dernier résultat.

Tableau n° 1 : évolution des déficits sociaux (2011-2016)

En Md€

	Résultat 2011	Résultat 2012	Résultat 2013	Résultat 2014	Résultat 2015	Résultat 2016	Résultat 2016 hors produit de CSG
Maladie	-8,6	-5,9	6,8	-6,5	-5,8	-4,8	-5,5
AT-MP	-0,2	-0,2	+0,6	+0,7	+0,7	+0,8	+0,8
Famille	-2,6	-2,5	-3,2	-2,7	-1,5	-1,0	-1,0
Vieillesse	-6,0	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3	+0,9	+0,9
Régime général	-17,4	-13,3	-12,5	-9,7	-6,8	-4,1	-4,8
FSV	-3,4	-4,1	-2,9	-3,5	-3,9	-3,6	-3,6
<i>Vieillesse + FSV</i>	<i>-9,5</i>	<i>-8,9</i>	<i>-6,0</i>	<i>-4,7</i>	<i>-4,2</i>	<i>-2,8</i>	<i>-2,8</i>
Total régime général + FSV	-20,9	-17,5	-15,4	-13,2	-10,8	-7,8	-8,5
Régimes obligatoires de base	-19,9	-15,0	-13,1	-9,3	-6,4	-3,4	-4,1
Régimes obligatoires de base et FSV	-22,6	-19,1	-16,0	-12,8	-10,3	-7,0	-7,7

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

Au sein du régime général, les soldes de toutes les branches se sont améliorés en 2016. Le déficit de la branche maladie s'est réduit de 1 Md€ (0,3 Md€ hors produit exceptionnel de CSG) et celui de la branche famille de 0,5 Md€. L'excédent de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) a augmenté de 0,1 Md€. La branche vieillesse a contribué pour plus de moitié à la réduction du déficit du régime général, passant d'un déficit de 0,3 Md€ en 2015 à un excédent de 0,9 Md€ en 2016. Le déficit du FSV s'est quant à lui réduit de 0,3 Md€, permettant un recul du déficit agrégé de la branche vieillesse et du FSV de 1,5 Md€.

Pour autant, la situation du FSV et celle de la branche maladie demeurent préoccupantes. Le déficit du FSV reste très important (3,6 Md€ en 2016, contre 3,9 Md€ en 2015), encore supérieur à ceux de 2014 et de 2013 (3,5 et 2,9 Md€, respectivement).

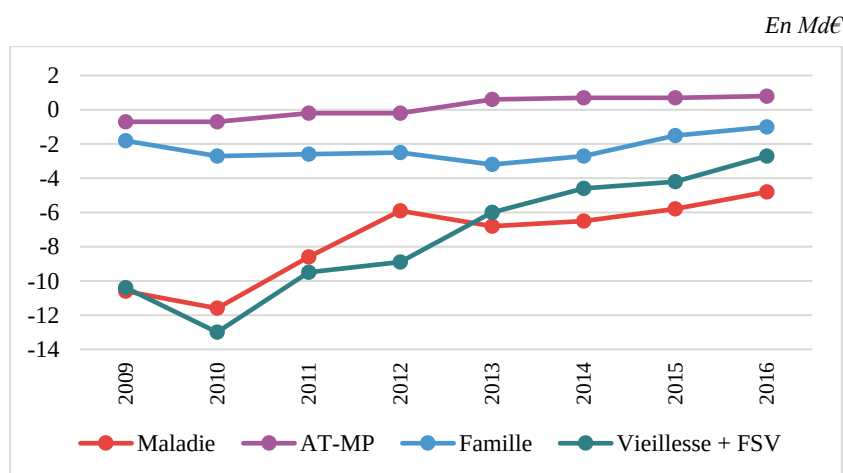
La branche maladie conserve un déficit très élevé, de 4,8 Md€. Hors produit exceptionnel de CSG, il atteint 5,5 Md€, montant qui n'est inférieur que de 0,7 Md€ au niveau moyen du déficit de cette branche durant les quatre exercices précédents, quand ceux de la branche vieillesse et de la

branche famille sont inférieurs de 3,3 Md€ et de 1,5 Md€ à leurs niveaux moyens respectifs sur la même période.

Au total, le déficit de la branche maladie excède, pour la première fois depuis 2003, celui de l'ensemble du régime général. Sa part du déficit agrégé du régime général et du FSV atteint désormais 62 % (65 % hors produit exceptionnel de CSG), contre 54 % en 2015.

Le graphique suivant illustre le retard pris par la branche maladie, dans sa trajectoire de retour à l'équilibre, par rapport aux autres branches du régime général, malgré la hausse des recettes qui lui ont été affectées sous l'effet de mesures d'augmentation des prélèvements sociaux et de transferts en sa faveur au détriment des autres branches et du FSV⁸.

Graphique n° 2 : évolution par branche des déficits du régime général et du FSV (2009-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

⁸ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre IV : le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163.

2 - Une évolution contrastée des déficits par rapport aux prévisions

La loi de financement pour 2016 prévoyait un déficit de 9,7 Md€ pour le régime général et le FSV en 2016, en amélioration de 3,1 Md€ par rapport à celui alors estimé pour 2015. Sur l'ensemble des régimes de base et du FSV, le déficit prévu s'élevait à 9,2 Md€, en amélioration de 3,2 Md€ par rapport à 2015.

La loi de financement pour 2017, dans sa partie rectificative pour 2016, a révisé à la baisse ces prévisions de déficits, en tenant compte essentiellement de l'effet base résultant d'une exécution 2015 nettement meilleure qu'il n'était attendu (+2,2 Md€ sur l'ensemble des régimes de base et du FSV) et de l'intégration en gestion d'un produit exceptionnel de CSG de 0,74 Md€. Elle a affiché des niveaux de déficits prévisionnels réduits à 7,1 Md€ pour le régime général et le FSV et à 6,9 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et du FSV. L'amélioration par rapport à 2015 était portée respectivement à 3,7 et 3,3 Md€.

Les résultats d'exécution font apparaître dans ces conditions des déficits moindres que prévu initialement par la loi de financement pour 2016 et proches de la prévision révisée de la loi de financement pour 2017 pour l'ensemble des régimes de base et du FSV (à 0,1 Md€ près), mais moins favorables que cette dernière cependant de 0,7 Md€ pour le régime général et le FSV.

Tableau n° 2 : comparaison des soldes de 2016 avec les prévisions*En Md€*

	Résultat 2015	LFSS 2016 (1)	LFSS 2017 (2)	Résultat 2016 (3)	Résultat 2016 hors produit de CSG	Écart (3) – (2)
Maladie	-5,8	-6,2	-4,1	-4,8	-5,5	-0,7
AT-MP	+0,7	+0,5	+0,7	+0,8	+0,8	+0,1
Famille	-1,6	-0,8	-1,0	-1,0	-1,0	-
Vieillesse	-0,3	+0,5	+1,1	+0,9	+0,9	-0,2
Régime général	-7,0	-6,0	-3,3	-4,1	-4,8	-0,8
FSV	-3,9	-3,7	-3,8	-3,6	-3,6	+0,2
<i>Vieillesse + FSV</i>	<i>-4,2</i>	<i>-4,2</i>	<i>-2,7</i>	<i>-2,8</i>	<i>-2,8</i>	<i>-</i>
Total régime général et FSV	-10,9	-9,7	-7,1	-7,8	-8,5	-0,7
Régimes obligatoires de base (ROB)	-6,4	-5,5	-3,1	-3,4	-4,1	-0,3
ROB et FSV	-10,3	-9,2	-6,9	-7,0	-7,7	-0,1

*Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.**Source : Cour des comptes, d'après les données des LFSS 2016, LFSS 2017 et rapports de la CCSS.*

L'amélioration des soldes en 2016 par rapport à 2015 s'établit ainsi à 3,3 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et le FSV et à 3,1 Md€ pour le régime général et le FSV, soit une ampleur similaire à celle prévue en loi de financement pour 2016 en dépit de l'incidence de résultats 2015 plus favorables qu'attendu.

Les évolutions observées du PIB et de la masse salariale ont été en effet inférieures aux prévisions initiales ainsi qu'aux prévisions révisées, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 3 : variations du PIB et de la masse salariale*En %*

	2015	Prévision 2016 en LFSS 2016	Prévision 2016 en LFSS 2017	2016
PIB en valeur	+2,2	-	-	+1,6
PIB en volume	+1,0	+1,5	+1,5	+1,2
Inflation (hors tabac)	+0,0	+1,0	+0,2	+0,2
Masse salariale (champ URSSAF)	+1,7	+2,8	+2,6	+2,4
<i>Effectifs moyens</i>	<i>+0,1</i>	<i>+0,6</i>	<i>+1,0</i>	<i>+1,0</i>
<i>Salaire moyen</i>	<i>+1,6</i>	<i>+2,1</i>	<i>+1,6</i>	<i>+1,4</i>

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017, de l'Insee et de l'ACOSS.

L'ensemble des régimes de base affiche un solde en ligne avec la prévision de la loi de financement pour 2017 malgré un déficit plus lourd qu'attendu pour le régime général. L'amélioration des soldes des autres régimes de base a été en effet plus importante que prévu : estimée initialement à +0,4 Md€ en loi de financement pour 2016, puis abaissée à +0,3 Md€ dans la loi de financement pour 2017, elle s'est établie en définitive à +0,7 Md€, en raison notamment d'une sous-estimation de la progression des cotisations de la CNAVPL et d'un excédent plus soutenu que prévu de la CNRACL.

3 - Une amélioration du solde d'origine structurelle

La sensibilité des recettes et du solde à la croissance de l'économie peut s'apprécier à travers l'analyse des composantes structurelle et conjoncturelle du déficit. La Cour a appliqué la méthodologie utilisée dans l'article liminaire du projet de loi de règlement pour 2016⁹ à l'ensemble constitué du régime général et du FSV. Compte tenu de ce champ restreint, ces estimations sont à considérer avec une certaine précaution.

Méthodologie suivie pour l'évaluation du solde structurel

L'approche suivie consiste à calculer le solde conjoncturel, constitué de la perte de recettes liée à l'écart de production, celui-ci étant égal à la différence accumulée entre la croissance effective et la croissance potentielle du PIB. Ce calcul repose sur l'hypothèse que l'évolution spontanée des recettes est fonction de la croissance du PIB en valeur avec une élasticité égale à 0,97¹⁰.

Ce solde conjoncturel, ainsi que les facteurs exceptionnels, sont ensuite déduits du solde effectif pour obtenir le solde structurel.

⁹ L'écart de production utilisé par le gouvernement est de 2,7 % en 2015 et de 2,8 % en 2016.

¹⁰ Rapport entre le taux de croissance spontanée des recettes et le taux de croissance du PIB en valeur. Cette élasticité moyenne est calculée à partir des élasticités par type de prélèvements reprises en annexe de la loi de programmation des finances publiques du 29 décembre 2014 (soit 0,63 pour les cotisations sociales, 1,86 pour la CSG et 1 pour les autres prélèvements obligatoires).

L'estimation du solde structurel est dépendante des hypothèses de croissance potentielle et d'écart de production. Or, les hypothèses retenues par les pouvoirs publics dans le programme de stabilité d'avril 2017 et dans la loi de règlement de 2016 (mai 2017) ont été considérées comme peu vraisemblables par le Haut conseil des finances publiques. Celui-ci a en effet estimé¹¹ que « les hypothèses de PIB potentiel et donc d'écart de production [...] retenues dans cette loi de programmation, qui à l'origine étaient calées sur celles de la Commission européenne, mais n'ont pas été ajustées par la suite, sont désormais peu vraisemblables. Elles sont de plus en plus éloignées des estimations des organisations internationales qui ont été révisées à la baisse à plusieurs reprises dans l'intervalle ».

La Cour a donc évalué le solde structurel en retenant également l'hypothèse de croissance potentielle et d'écart de production de la Commission européenne¹². Dans les deux hypothèses, la réduction du déficit entre 2015 et 2016 a été pour l'essentiel de nature structurelle et le déficit structurel s'est réduit de 0,1 point de PIB.

Selon les estimations effectuées en se fondant sur les hypothèses retenues par le Gouvernement dans le projet de loi de règlement de 2016, le déficit structurel de 2015 laisserait place à un léger excédent structurel en 2016. Cependant, si l'on retient plutôt les estimations de la Commission européenne, la composante structurelle du déficit représenterait encore en 2016 plus de la moitié du solde du régime général et du FSV.

Dans cette hypothèse, qui apparaît davantage vraisemblable, les seuls effets de l'amélioration de la conjoncture économique dans les années à venir ne suffiraient pas à assurer durablement le retour à l'équilibre. De nouvelles mesures structurelles de redressement, pouvant être estimées à 4,5 Md€, seraient nécessaires pour parvenir à ce résultat.

¹¹ Avis n° HCFP-2017-02 du 12 juin 2017 relatif au solde structurel des administrations publiques présenté dans le projet de loi de règlement de 2016.

¹² Prévisions de printemps de la Commission européenne, 10 mai 2017.

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

En Md€

Hypothèses d'écart de production	Gouvernement		Commission européenne	
	2015	2016	2015	2016
Solde du régime général et du FSV (en point de PIB)	-10,8 (-0,5)	-7,8 (-0,3)	-10,8 (-0,5)	-7,8 (-0,3)
Recettes*	361,0	365,0	361,0	365,0
Écart de production	-2,7 %	-2,8 %	-1,4 %	-1,3 %
Solde conjoncturel	-9,5	-9,9	-4,9	-4,6
Facteurs exceptionnels	+1,3	+1,3	+1,3	+1,3
Solde structurel (en point de PIB)	-2,6 (-0,1)	+0,8 (+0,0)	-7,2 (-0,3)	-4,5 (-0,2)

* Sur le champ PUMa tel qu'estimé dans le rapport de la CCSS de juin 2016.

Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS de juin 2016 et de juillet 2017, du projet de loi de règlement pour 2016 et des prévisions de la Commission européenne de mai 2017.

Dans le rapport sur l'évolution de l'économie nationale et sur les orientations des finances publiques transmis le 11 juillet 2017 au Parlement en vue du débat d'orientation des finances publiques, le Gouvernement a retenu des hypothèses de croissance potentielle et d'écart de production plus prudentes que celles du programme de stabilité et de la loi de règlement de 2016 et proches de celles de la Commission européenne, avec un écart de production en 2016 d'environ -1,5 %. Elles feraient apparaître un déficit structurel du régime général et du FSV de 3,8 Md€, toutes choses égales par ailleurs.

Les éléments exceptionnels et temporaires

Les recettes exceptionnelles et non récurrentes représentent chaque année un montant significatif rapporté au déficit. Ces mesures diminuent de manière ponctuelle le déficit du régime général et du FSV, mais n'apportent pas d'amélioration structurelle à la situation financière de la sécurité sociale, car elles n'ont qu'un effet temporaire, parfois purement comptable, sur les recettes. Leur caractère non récurrent conduit les pouvoirs publics, pour maintenir la trajectoire de réduction du déficit, à renouveler chaque année de nouvelles recettes exceptionnelles.

En 2014, le versement au FSV des réserves non affectées de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et le transfert à la CNAMTS des réserves de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ont apporté respectivement 1 Md€ et 0,2 Md€ de ressources non pérennes. En 2015, le solde des réserves non affectées de C3S, soit 0,2 Md€, a été versé au FSV et le versement des prélèvements sociaux par les caisses de congés payés a été avancé, avec un effet de 1,1 Md€ sur les recettes. En 2016, alors que la mesure relative aux caisses de congés payés n'apportait plus que 0,6 Md€ de recettes, un produit exceptionnel de CSG de 0,74 Md€ (voir *supra*) est venu abonder les recettes de la branche maladie.

Ces mesures ont amélioré le solde du régime général et du FSV de 1,3 Md€ pour chacune des années 2015 et 2016. Elles sont exclues du calcul du solde structurel 2015 et 2016, selon les critères définis par l'annexe 5 de la loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques, s'agissant de recettes non récurrentes, qui ont un impact financier significatif et qui ne concernent pas le mode de calcul des prélèvements concernés. Elles ne sont pas non plus prises en compte en recettes en comptabilité nationale.

B - Du fait de mesures nouvelles, un ralentissement de la croissance des recettes et des dépenses

La branche maladie du régime général a été affectée en 2016 par un changement de périmètre lié à la mise en place de la protection universelle maladie, qui a augmenté les recettes et les dépenses du régime général de près de 23 Md€, sans effet significatif sur le solde. L'analyse qui suit est effectuée en prenant pour référence les comptes 2015 retraités de ce changement de périmètre¹³.

L'augmentation des recettes ainsi retraitée a été plus modérée qu'en 2015 (+1,1 % par rapport à +1,8 % en 2015). Hors produit exceptionnel de CSG, la hausse des recettes a été seulement de +0,9 %.

¹³ Les données *pro forma* 2015 sont issues du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016, qui n'ont pas été actualisées depuis lors, bien que construites sur un périmètre des prestations entrant dans le champ de la PUMa et un niveau de dotations spécifiques versées par la CNAMTS légèrement différents des réalisations effectives.

Les dépenses à la charge du régime général et du FSV sont restées, quant à elles, stables en euros courants, alors qu'elles avaient progressé de +1 % en 2015 dans un contexte d'inflation nulle.

Ces évolutions sont liées pour l'essentiel à des mesures nouvelles qui ont limité en 2016 l'augmentation des dépenses comme des recettes.

Tableau n° 5 : évolution des recettes et des dépenses du régime général et du FSV*

En Md€

	2015	Variation en %	2015 pro forma	2016 dans la LFSS 2017	2016 réalisé	2016 hors produit de CSG	Variation **	Variation en %**
Produits nets	338,5	+1,8	361,1	366,3	365,0	364,2	+3,2	+0,9
Charges nettes	349,2	+1,0	371,8	373,5	372,7	372,7	+0,9	+0,2

* Total net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.

** Hors produit exceptionnel de CSG.

Source : Cour des comptes à partir des données du rapport de la CCSS de juillet 2017 et des tableaux d'équilibre de l'exercice 2016.

1 - Des recettes moins dynamiques que dans les dernières prévisions

Les recettes du régime général et du FSV ont été tirées par le dynamisme de la masse salariale, qui a progressé en 2016 de +2,4 %, mais moins cependant qu'anticipé dans les prévisions associées à la loi de financement pour 2017 (+2,6 %), qui se sont révélées optimistes.

L'augmentation des recettes a été inférieure de 1,3 Md€ à celle alors prévue. Hors charges liées au non-recouvrement¹⁴, la différence par rapport à la prévision atteint 1,7 Md€.

Cet écart ne s'explique pas seulement par l'évolution moins favorable de la masse salariale, qui a eu un effet négatif de 0,4 Md€ sur les recettes prévues du régime général et du FSV¹⁵. Il est également attribuable à une croissance concentrée sur les emplois à bas salaires qui bénéficient

¹⁴ Provisions pour dépréciation, nettes de reprises et admissions en non-valeur de créances sur les cotisants.

¹⁵ Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017, p. 149.

d'allègements généraux de cotisations et à des recettes assises sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants inférieures à la prévision.

Tableau n° 6 : recettes du régime général et du FSV

En Md€

	2015	Variation en %	2015 <i>pro forma</i>	2016 dans la LFSS 2017	Réalisé 2016	Réalisé 2016 hors produit de CSG	Variation **	Variation en %**
Produits nets du régime général et du FSV*	338,5	+1,8	361,1	366,3	365,0	364,2	+3,2	+0,9
Cotisations sociales brutes	196,1	+0,6	204,6	207,2	205,5	205,5	+1,0	+0,5
Cotisations prises en charge par l'État nettes	2,8	+15,9	3,1	3,8	3,3	3,3	+0,3	+9,1
CSG brute	78,7	+2,1	87,4	89,9	89,3	88,6	+1,2	+1,4
Autres contributions sociales brutes	13,6	+22,8	13,9	12,8	12,9	12,9	-0,9	-6,6
Impôts et taxes bruts	40,7	-1,7	46,4	45,6	46,1	46,1	-0,3	-0,6
Charges liées au non recouvrement	-2,4	16,4	-2,7	-2,3	-1,7	-1,7	+1,0	-37,0
Transferts nets reçus	4,7	+2,2	3,9	4,0	4,1	4,1	+0,3	+7,3
Autres produits nets	4,4	+2,8	4,6	5,2	5,3	5,3	+0,6	+13,9

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.

** Total net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.*

*** Hors produit exceptionnel de CSG.*

Source : Cour des comptes à partir des données des rapports de la CCSS de juin 2016 et de juillet 2017.

a) Un effet négatif de mesures nouvelles en recettes

La seconde étape du Pacte de responsabilité¹⁶ a été mise en œuvre en 2016, sous la forme de baisses de cotisations famille et de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Ces mesures, auxquelles s'ajoutent

¹⁶ Le Pacte de responsabilité présenté par le Gouvernement au printemps 2014 regroupait un ensemble de mesures visant à améliorer la compétitivité-prix des entreprises françaises, notamment par la baisse des cotisations dues par les employeurs.

la baisse du rendement de l'avancement du versement des prélèvements sociaux par les caisses de congés payés et l'effet des mesures de la loi « croissance et activité » (soit au total -4,8 Md€), ont été plus que compensées pour le régime général, principalement par des transferts de dépenses vers l'État (4,8 Md€) et par une augmentation de la fraction de TVA affectée à la CNAMTS (0,1 Md€).

Tableau n° 7 : effet des mesures de recettes sur les produits du régime général et du FSV en 2016

En Md€

Intitulé de la mesure	LFSS 2016	Réalisé
Total lié au Pacte de responsabilité	-4,3	-4,3
Poursuite de la réduction des cotisations famille	-2,9	-2,8
Abattement supplémentaire de C3S	-1,0	-1,0
Extinction de l'avancement du versement des prélèvements sociaux par les caisses de congés payés	-0,5	-0,7
Ajustement de l'affectation de TVA	+0,1	+0,1
Autres mesures compensées en dépenses par l'État	-0,2	-0,4
Mesures de la loi croissance et activité	-0,2	-0,4
Autres mesures neutralisées en dépenses sur le solde	-0,3	-0,3
Baisse du taux de cotisation des PAMC	-0,3	-0,3
Autres mesures	+0,5	+0,7
Hausses des taux de cotisations vieillesse (réforme de 2014 et décret carrières longues de 2012)	+1,1	+1,0
Baisse de cotisation maladie des exploitants agricoles	-	-0,5
Hausse de la fraction de TVA affectée à la CNAMTS	-	+0,5
Épuisement des réserves de C3S affectées au FSV	-0,2	-0,3
Contrepartie de la taxation au fil de l'eau des intérêts des compartiments euros des contrats d'assurance vie (« préciput »).	-0,2	-0,2
Contrecoup de la mesure de suppression de l'application des « taux historiques » pour les produits d'assurance-vie (LFSS 2014)	-0,1	-
Solde des mesures de transferts internes à la sécurité sociale	-0,1	-
Cotisation subsidiaire maladie	-	+0,1
Total des mesures sur les recettes du régime général et du FSV	-4,3	-4,3

Note : les contreparties sont les effets symétriques constatés lors d'exercices ultérieurs pour certaines mesures nouvelles. Par ailleurs, le montant total est arrondi.

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2016 et de la direction de la sécurité sociale.

La baisse de 7 points des cotisations maladie des exploitants agricoles (-0,5 Md€), qui devait être originellement compensée par une dotation budgétaire de l'État, l'a été en définitive par une nouvelle hausse

de la fraction de TVA affectée à la CNAMTS par la loi de finances rectificative de 2016.

Par ailleurs, la répartition des prélèvements sociaux sur les revenus du capital a été profondément modifiée par la loi de financement pour 2016 à la suite de l'arrêt « de Ruyter » de la Cour de justice de l'Union européenne.

L'arrêt « de Ruyter »

Par l'arrêt « de Ruyter » du 26 février 2015, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a remis en cause la faculté de soumettre à des prélèvements affectés à des régimes de sécurité sociale les revenus du capital perçus par des personnes affiliées à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que la France entrant dans le champ d'application territorial des règlements communautaires, en vertu du règlement n° 883/2004. La décision du Conseil d'État du 27 juillet 2015 a confirmé la décision de la CJUE.

Pour tenir compte de cette décision et éviter le risque de remise en cause de ces prélèvements (255 M€), la loi de financement pour 2016 a déplacé 18 Md€ de recettes entre organismes. Elle a ainsi affecté la quasi-totalité des prélèvements sociaux sur le capital (CSG, prélèvement social, prélèvement de solidarité) au financement du FSV, et, dans une moindre mesure, à celui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). En contrepartie, la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement et les parts de forfait social, de C3S, de taxe sur les salaires et de droits sur les tabacs précédemment affectés au FSV ont été transférées aux différentes branches du régime général.

Enfin, l'État n'est pas revenu sur la surcompensation des allègements généraux de cotisations sociales, à hauteur de 3 Md€ en 2016¹⁷.

¹⁷ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre IV : le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163.

b) Une croissance spontanée des recettes inférieure à l'évolution de la masse salariale

Hors l'effet négatif en 2016 des mesures nouvelles et des éléments exceptionnels et temporaires récapitulés dans le tableau ci-dessus (-4,3 Md€) et le produit exceptionnel de CSG comptabilisé à tort dans les recettes de l'exercice (+0,74 Md€), l'augmentation spontanée des recettes du régime général et du FSV a été de 2,1 % (+7,7 Md€), soit un niveau plus faible que la croissance de la masse salariale du secteur privé, qui s'est établie à 2,4 % en 2016.

Hors incidence des mesures nouvelles ou non récurrentes, le rythme d'augmentation des cotisations sociales (+3 Md€) a été seulement de +1,5 %.

La progression de +8 % des cotisations prises en charge par l'État (+0,2 Md€) s'explique principalement par un effet de périmètre. La prise en charge de l'exonération des particuliers employeurs de personnels de maison a été financée en 2016 par une dotation budgétaire et non, comme auparavant, par une affectation de recettes fiscales.

Les produits bruts de CSG ont augmenté de +1,5 % à réglementation constante hors effet des mesures nouvelles de l'exercice (produit exceptionnel de CSG et modification de la répartition de la CSG entre le régime général et le FSV d'une part, et les autres attributaires - CNSA et CADES – d'autre part) et du rendement plus faible de l'avancement du versement des prélèvements sociaux par les caisses de congés payés.

2 - Une progression des dépenses limitée par la prise en charge par l'État de certaines prestations

Les dépenses du régime général et du FSV ont progressé moins rapidement qu'en 2015, principalement en raison d'une modification du périmètre des prestations financées par l'État.

Tableau n° 8 : dépenses du régime général et du FSV*En Md€*

	2015	Variation en %	2015 <i>pro forma</i>	2016 dans la LFSS 2017	Réalisé 2016	Variation en %
Charges nettes	349,2	+1,0	371,8	373,5	372,7	+0,2
Prestations sociales nettes	318,2	+1,9	342,5	344,1	343,7	+0,3
<i>dont prestations légales nettes</i>	311,3	+1,9	337,1	336,7	338,1	+0,3
<i>dont prestations extralégales nettes</i>	5,3	+6,0	5,4	5,5	5,5	+2,7
Transferts nets versés	20,1	-9,3	17,2	17,1	17,0	-1,4
Charges de gestion courante	10,9	-2,1	12,1	12,1	12,0	-0,9
Autres charges	0,1	ns	0,1	0,1	0,1	-

Note : le total est différent de l'agrégation des montants par branche, car net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges. Les totaux sont exacts à l'arrondi près.

Source : Cour des comptes à partir des rapports de la CCSS de juin 2016 et juillet 2017.

Les dépenses du régime général et du FSV ont été minorées en 2016 de 5,1 Md€ par des mesures de périmètre, hors effet de la mise en place de la protection universelle maladie.

Tableau n° 9 : effet des mesures de périmètre sur les charges du régime général en 2016*En Md€*

	Prévu en LFSS 2016	Réalisé
<i>Intégration financière de l'ensemble des régimes d'assurance maladie (pour mémoire)</i>	(+22,7)	
Compensation des mesures du Pacte de responsabilité :	-5,0	-4,8
Financement par l'État des allocations logement à caractère familial (ALF)	-4,6	-4,4
Financement par l'État de la protection juridique des majeurs	-0,4	-0,4
Autres mesures	-0,3	-0,3
Baisse du taux des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prises en charge par l'assurance maladie	-0,3	-0,3
Total	-5,3	-5,1

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2016 et du rapport de la CCSS de juillet 2017.

À périmètre constant, les dépenses ont augmenté de +1,6 %, soit un niveau identique à la hausse du PIB en valeur. Cette modération notable des dépenses s'explique en particulier par la poursuite de la montée en charge des réformes des retraites de 2010 et des prestations familiales de 2013-2015. L'ONDAM, fixé à un taux en apparence sensiblement moins élevé qu'en 2015 (+1,75 % contre +2 %) mais à la construction marquée de nombreux biais, a de nouveau été respecté en exécution, grâce notamment à des mesures d'annulation de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux, mais aussi à des mesures circonstancielles discutables¹⁸, telles que le déport du financement d'une partie des dépenses d'assurance maladie vers des organismes tiers.

L'analyse de la formation des soldes des différentes branches permet de préciser ces constats.

C - Des niveaux de déficit encore très importants pour la branche maladie et le FSV

1 - Branche maladie : une part croissante et désormais prépondérante dans le déséquilibre de la sécurité sociale

Le déficit de la branche maladie s'est établi en 2016 à -4,8 Md€ (soit -5,5 Md€ hors produit exceptionnel de CSG), en réduction de 1 Md€ par rapport à l'année précédente. Hors produit exceptionnel de CSG, il n'a diminué que de 0,3 Md€, contre 0,7 Md€ en 2015. La branche maladie représente une part croissante du déficit agrégé du régime général et du FSV : 62 % en 2016, après 54 % en 2015 et 49 % en 2014.

À la suite du changement de périmètre découlant de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) en 2016, les produits et les charges nets de la branche maladie ont été majorés de près de 23 Md€ sous l'effet de l'intégration des masses financières des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.

¹⁸ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 89.

Par rapport à un exercice 2015 *pro forma* retraité de cet effet, les produits nets ont augmenté de 4,5 Md€ (+2,4 %) en 2016 (3,7 Md€, soit +2 % hors produit exceptionnel de CSG), en retrait par rapport à l'année précédente (+3,5 %).

Tableau n° 10 : formation du résultat 2016 de la branche maladie

En Md€

	2015	Variation 2015 en %	2015 <i>pro- forma</i>	2016	2016 hors produit de CSG	Variation 2016 en montant*	Variation* 2016 en %
Charges nettes, dont	173,2	+2,9	195,9	199,4	199,4	+3,5	+1,8
Prestations sociales nettes	159,1	+2,5	183,4	187,0	187,0	+3,6	+2,0
<i>dont prestations nettes dans le champ de l'ONDAM</i>	<i>148,0</i>	<i>+2,5</i>	<i>171,4</i>	<i>175,1</i>	<i>175,0</i>	<i>+3,7</i>	<i>+2,1</i>
<i>dont prestations nettes hors ONDAM</i>	<i>11,1</i>	<i>+3,2</i>	<i>12,0</i>	<i>11,9</i>	<i>12,0</i>	<i>-0,1</i>	<i>-0,5</i>
Transferts nets	8,4	+16,7	5,6	5,6	5,6	0,0	-0,3
Charges de gestion courante	5,6	-3,8	6,7	6,7	6,7	0,0	-0,3
Produits nets, dont	167,4	+3,5	190,1	194,6	193,8	+3,7	+2,0
Cotisations sociales brutes	77,6	+2,0	86,1	87,3	87,3	+1,2	+1,4
Cotisations prises en charge par l'État	1,2	+21,9	1,5	1,6	1,6	+0,1	+8,4
CSG brute	57,1	+2,9	65,8	70,2	69,5	+3,7	+5,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	26,0	+7,4	31,8	29,5	29,6	-2,2	-7,0
Transferts nets	3,6	+11,8	2,8	2,8	2,8	0,0	+0,5
Autre produits techniques	3,6	+0,2	3,8	3,9	3,9	+0,1	+1,6
Résultat net	-5,8		-5,8	-4,8	-5,5	+0,3	

* Hors produit exceptionnel de CSG.

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.

Source : Cour des comptes, direction de la sécurité sociale juin 2017.

La structure des recettes a été affectée par la mise en œuvre de la deuxième phase du Pacte de responsabilité et les conséquences de l'arrêt « de Ruyter ». Ainsi, l'ensemble des produits assis sur les revenus du capital que percevait la branche jusqu'en 2015, soit 12,1 Md€, a été réaffecté au FSV. En contrepartie, celle-ci a bénéficié de produits

supplémentaires¹⁹. Le taux de cotisation patronale maladie a par ailleurs été augmenté de 0,04 point, pour un montant de 0,2 Md€, en contrepartie d'une baisse du taux moyen de cotisation à la branche AT-MP. Au total, les produits supplémentaires s'élèvent à 13,1 Md€.

Ces transferts ont fait bénéficier la branche maladie d'un surcroît de produits de 1 Md€ (voir tableau *infra*). Cet effet a été partiellement compensé par un effet net négatif des mesures liées au Pacte de responsabilité (-0,6 Md€). Au total, l'incidence sur le solde de la branche maladie a été positif à hauteur de 0,5 Md€.

Tableau n° 11 : modification de taux de répartition des prélèvements sociaux et impôts et taxes – effet sur la branche maladie

En Md€

	Effet 2016
<i>Pertes de recettes</i>	-12,1
CSG sur les revenus du capital	-7,1
Prélèvement social sur les revenus du capital	-2,5
Prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	-2,5
<i>Compensation</i>	+13,1
CSG revenus d'activité et de remplacement	+10,1
C3S	+0,5
Taxe sur les salaires	+2,3
Augmentation de 0,04 point du taux de cotisation patronale	+0,2
Total	+1,0

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

Les charges nettes retraitées de l'effet de la PUMa, essentiellement constituées de prestations sociales, ont augmenté de +3,5 Md€, soit moins rapidement qu'en 2015 (+1,8 %, contre +2,9 %).

Les prestations nettes de la branche maladie entrant dans le champ de l'ONDAM ont atteint 175 Md€, en hausse de +3,7 Md€, soit +2,1 % à périmètre constant par rapport à 2015 sous l'effet d'une progression rapide des dépenses de soins de ville et de celles relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.

¹⁹ Affectation d'une fraction de la taxe sur les salaires, augmentation des fractions de CSG assise sur les revenus d'activité, de remplacement et sur les jeux, et augmentation de la quote-part de la branche des produits recouverts au titre de la C3S.

Une progression plus rapide des charges de prestations que de l'ONDAM

Le taux de progression effectif des dépenses de prestations nettes de la branche maladie entrant dans le champ de l'ONDAM (+2,1 %) dépasse celui affiché au titre de l'exécution de ce dernier (+1,8 %, pour 185,2 Md€ de prestations nettes).

Cet écart reflète le fait que deux mesures à l'origine du ralentissement apparent de l'ONDAM en 2016 ne constituent pas de véritables économies : la diminution du montant des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés n'a pas d'effet positif sur le solde de la branche maladie car elle a pour contrepartie une diminution de même montant du produit des cotisations ; les dotations de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ont été remplacées en 2016 par des prélèvements sur les réserves de divers organismes hospitaliers.

Par ailleurs, la contribution nette de la CNSA au financement des établissements médico-sociaux a fortement augmenté, à la suite de prélèvements sur ses réserves en contrepartie d'une réduction des dotations à ces établissements comprises dans le champ de l'ONDAM.

À périmètre constant, la Cour estime à +2,2 % la progression réelle en 2016 des dépenses relevant de l'ONDAM, contre une hausse affichée de +1,8 %²⁰.

Les prestations nettes hors champ de l'ONDAM (12 Md€) sont en légère diminution (-0,5 %), du fait essentiellement de la poursuite du recul des indemnités journalières maternité. En revanche, les pensions d'invalidité ont continué à croître à un rythme soutenu (+3,5 %).

Toutes choses égales par ailleurs, les prélèvements sur les réserves de la CNSA et de divers autres organismes hospitaliers ont amélioré le solde de la branche maladie à hauteur de plus de 0,5 Md€ au total en 2016 (contre 0,2 Md€ en 2015). En revanche, ils ne contribuent aucunement à améliorer celui des administrations publiques prises dans leur ensemble, sur lequel ils n'ont pas d'incidence.

²⁰ Voir, dans le cadre du présent rapport le chapitre II précité, p. 89.

2 - Branche AT-MP : un excédent en légère hausse, du fait de prestations moins dynamiques qu'attendu

La branche AT-MP, qui dégage un excédent depuis 2013, a enregistré en 2016 un solde proche de son niveau des derniers exercices, de +0,8 Md€, contre +0,7 Md€ les deux années précédentes. Sans la baisse du taux moyen de cotisation intervenue en 2016 (-0,06 point, dont 0,04 point a été converti en une augmentation du taux de cotisation maladie), l'excédent de la branche aurait atteint 1,2 Md€.

Le montant des prestations s'est révélé inférieur de 0,2 Md€ à la prévision, cet écart provenant notamment d'une surestimation des dépenses de rentes d'incapacité permanente et du ralentissement plus important que prévu des dépenses de prévention.

La baisse des charges nettes de la branche (-0,1 Md€ par rapport à 2015 et -0,2 Md€ par rapport à la prévision) reflète la diminution des dépenses de prestations d'incapacité permanente (-0,5 %) et des allocations de cessation d'activité au titre de l'amiante (-10,7 %), ainsi que la baisse des dépenses de séjours en établissements de santé publics et privés non lucratifs imputées au risque AT-MP²¹.

²¹ Depuis 2014, ces dépenses sont réparties entre les risques maladie et AT-MP et entre les régimes à partir de la valorisation de l'activité des établissements issue du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La répartition inter-régimes des dépenses hospitalières pour 2016 a été fixée par un arrêté du 7 mars 2017. Elle s'est accompagnée d'une augmentation des dépenses imputées au risque maladie et d'une réduction concomitante de celles attribuées au risque AT-MP.

Tableau n° 12 : formation du résultat 2016 de la branche AT-MP*En Md€*

	2015	Variation 2015 en %	2016	Variation 2016 en montant	Variation 2016 en %
Charges nettes	11,9	+1,8	11,8	-0,1	-0,5
<i>dont</i>					
Prestations sociales nettes	8,8	+0,7	8,8	-0,1	-0,6
<i>dont prestations légales</i>	8,2	+1,6	8,2	0,0	0,0
<i>dont autres prestations</i>	0,6	-9,6	0,6	-0,1	-8,4
Transferts nets	2,1	+6,8	2,2	+0,0	+0,9
<i>dont transferts entre organismes</i>	1,7	+8,4	1,6	-0,0	-2,4
Charges de gestion courante	0,9	+0,3	0,9	-0,0	-2,8
Produits nets	12,6	+2,1	12,6	-0,0	-0,4
<i>dont</i>					
Cotisations sociales brutes	12,3	+1,6	12,3	+0,0	+0,1
Contributions, impôts et taxes bruts	0,0	-66,8	0,0	-0,0	-4,8
Autres produits nets	0,3	+7,7	0,4	+0,1	+30,6
Résultat net	+0,7		+0,8	+0,0	

*Note : les arrondis de montant peu élevé peuvent expliquer des écarts dans le calcul des soldes.
Source : Cour des comptes, direction de la sécurité sociale juin 2017.*

3 - Branche famille : une réduction du déficit conforme à la prévision, mais moindre qu'en 2015

En 2016, la branche famille a dégagé un déficit de 1 Md€, en baisse de 0,5 Md€. Cette évolution contribue pour 16 % à la diminution du déficit agrégé du régime général et du FSV, contre plus de la moitié en 2015.

Tableau n° 13 : formation du résultat 2016 de la branche famille

En Md€

	2015	Variation 2015 en %	2016	Variation 2016 en montant	Variation 2016 en %
Charges nettes	54,3	-8,0	49,6	-4,7	-8,7
<i>dont</i>					
Prestations légales nettes	36,3	-1,5	31,4	-4,9	-13,6
Prestations extra-légales nettes	5,0	+6,4	5,1	+0,2	+3,1
Transferts versés nets	10,2	-30,0	10,2	+0,0	+0,4
Autres charges	2,9	-1,1	2,9	+0,0	+1,3
<i>dont charges de gestion courante</i>	2,9	+0,2	2,9	0,0	0,0
Produits nets	52,8	-6,3	48,6	-4,2	-7,9
<i>dont</i>					
Cotisations sociales brutes	32,8	-7,2	30,2	-2,7	-8,1
CSG	11,1	+2,3	9,9	-1,2	-10,6
Impôts, taxes et contributions sociales	7,8	-14,9	6,9	-1,0	-12,1
<i>dont taxe sur les salaires</i>	2,4	-34,3	2,6	+0,2	+9,5
<i>dont taxe spéciale sur les contrats d'assurance</i>	2,2	+2,6	2,3	+0,1	+3,7
Résultat net	-1,5		-1,0	+0,5	

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

Les produits et les charges de la branche ont baissé, respectivement de 4,2 Md€ et de 4,7 Md€ sous l'effet des mesures du Pacte de responsabilité et de la loi « croissance et activité ». Cependant, les réaffectations de recettes entre branches organisées par la loi de financement pour 2016 ont réduit les produits de la branche famille (à hauteur de 1,8 Md€). Au total, l'ensemble des mesures nouvelles en recettes et en dépenses a conduit à dégrader de 0,3 Md€ le solde de la branche.

Hors mesures nouvelles, les recettes ont augmenté de 0,8 Md€, soit +1,5 % entre 2015 et 2016. À périmètre constant, les dépenses ont pour leur part stagné.

Tableau n° 14 : modification de taux de répartition des prélèvements sociaux et impôts et taxes – effet sur la branche famille

En Md€

	Effet 2016
<i>Pertes de recettes</i>	-1,9
CSG revenus d'activité et de remplacement	-0,2
CSG sur les revenus du capital	-1,0
Suppression du « préciput » assurance-vie	-0,7
<i>Compensation</i>	+0,2
Taxe sur les salaires	+0,2
Total	-1,8

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

Les prestations d'entretien en faveur de la famille et les prestations d'accueil du jeune enfant ont baissé en 2016, de 1 % et de 0,7 % respectivement. Dans un contexte marqué par la baisse du nombre des naissances et par la faible progression de la population âgée de 20 ans et moins (+0,2 %), les réformes des soutiens sociaux aux familles²² ont prolongé leurs effets en 2016²³.

Les allocations familiales ont baissé de 2,7 % sous l'effet de l'application en année pleine de leur modulation en fonction des revenus (entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2015), d'une faible revalorisation du plafond de ressources et de la croissance limitée (+0,2 %) du nombre d'enfants éligibles à ces prestations. En outre, la faible inflation a limité la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (revalorisation de +0,1 % au 1^{er} avril 2016, après deux années de stabilité en l'absence d'inflation, la précédente revalorisation ayant eu lieu au 1^{er} avril 2014).

²² Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre XI : les réformes récentes des prestations familiales et de la fiscalité des familles : des transferts massifs, des questions en suspens, p. 489.

²³ C'est le cas, en particulier, de la modulation des allocations familiales, pour lesquelles les dépenses baissent de -0,4 Md€ en 2016, de la revalorisation du complément familial majoré (+0,1 Md€), des modifications apportées à l'allocation de base (-0,1 Md€) ou de la suppression de la majoration du complément de libre choix d'activité (-0,1 Md€).

La progression des prestations extra-légales nettes s'est ralentie (+3,1 %, contre +6,4 % en 2015), en raison notamment du faible dynamisme des subventions de fonctionnement liées à la petite enfance et des subventions d'investissement pour la création de places en crèches.

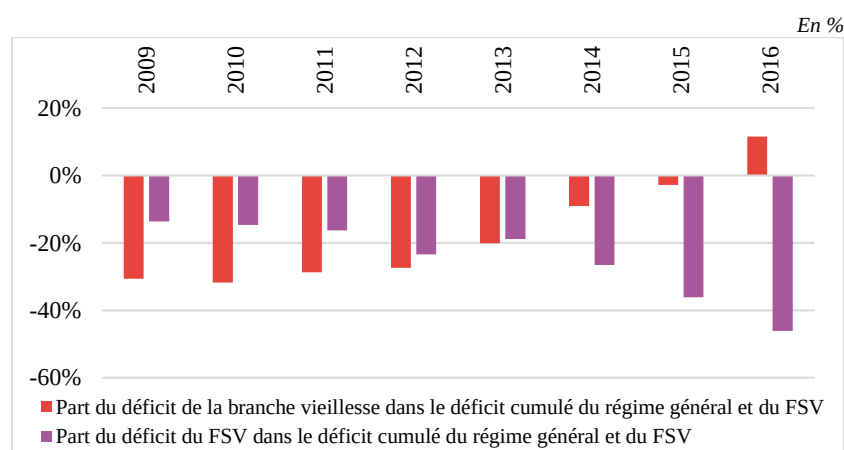
4 - Branche vieillesse : un déficit persistant pour l'ensemble constitué de la branche vieillesse et du FSV

Le solde de la branche vieillesse doit être considéré de manière agrégée avec celui du FSV, dont les charges sont essentiellement constituées de prises en charge de cotisations et de prestations en sa faveur.

Le déficit agrégé de la branche vieillesse et du FSV (2,8 Md€ en 2016 contre 4,2 Md€ un an plus tôt) poursuit une lente diminution entamée depuis plusieurs exercices avec une baisse de 1,5 Md€. En effet, si le solde de la branche vieillesse s'est amélioré chaque année depuis la crise financière, celui du FSV (-3,6 Md€ en 2016) n'a été inférieur à -3,5 Md€ qu'à deux reprises depuis 2010. Son niveau moyen sur la période 2014-2016 (-3,7 Md€) a dépassé celui de la période 2012-2014 (-3,5 Md€).

Proche en 2013 de celle du FSV, la part de la branche vieillesse dans le déficit agrégé du régime général et du FSV a, depuis lors, diminué chaque année, tandis que la contribution du FSV connaissait une évolution inverse, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 3 : contributions des déficits de la branche vieillesse et du FSV au déficit agrégé du régime général et du FSV (2009-2016)



Source : Cour des comptes d'après les comptes des branches du régime général et du FSV.

a) Branche vieillesse : un retour à l'équilibre, dans une conjoncture plus favorable que prévu

Une inflation plus basse qu'attendu a contribué à freiner la progression des dépenses, tandis que les cotisations sociales ont bénéficié d'une masse salariale du secteur privé plus dynamique que l'année précédente.

Tableau n° 15 : formation du résultat 2015 de la branche vieillesse (régime général)

En Md€

	2015	Variation 2015 en %	2016	Variation 2016 en montant	Variation 2016 en %
Charges nettes	120,5	+3,2	122,8	+2,3	+1,9
<i>dont</i>					
Prestations légales nettes	110,6	+2,2	113,1	+2,5	+2,2
Prestations extralégales	0,3	+1,5	0,3	+0,0	+6,6
Transferts versés	8,2	+19,0	8,0	-0,1	-1,7
<i>dont RSI</i>	1,1	-	1,3	+0,2	+17,6
<i>dont adossement IEG</i>	1,6	+0,7	1,6	+0,0	+1,2
Autres charges nettes	1,4	-2,7	1,4	+0,0	+1,0
Produits nets	120,1	+3,9	123,7	+3,5	+2,9
<i>dont</i>					
Cotisations sociales	75,1	+2,9	77,5	+2,4	+3,2
Impôts et taxes	8,9	+25,1	9,8	+0,8	+9,3
<i>dont C3S</i>	1,9	-	1,5	-0,4	-20,1
Contributions sociales	5,6	+2,2	5,4	-0,2	-3,5
<i>dont forfait social</i>	4,0	+2,6	5,2	1,2	+30,4
<i>dont prélèvements sur les revenus du capital</i>	1,4	+2,3	0,0	-1,4	-101,3
Transferts reçus	29,9	+0,8	30,1	+0,2	+0,7
Résultat net	-0,3		0,9	+1,2	

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.

Source : Cour des comptes, direction de la sécurité sociale juin 2017.

Les produits de la branche ont été tirés par la progression des taux de cotisation vieillesse prévue par le décret sur les retraites anticipées²⁴ et par la loi du 20 janvier 2014²⁵. Cette hausse des taux, équivalente à celle de 2015, a procuré 1,1 Md€ de recettes supplémentaires en 2016.

La branche a, par ailleurs, enregistré pour la première fois un produit (0,2 Md€) correspondant aux majorations de durée d'assurance prises en charge par le fonds de financement des droits liés au compte personnel de prévention de la pénibilité.

En revanche, la baisse de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) consécutive à l'application en 2016 d'un abattement en faveur des petites et moyennes entreprises a réduit les recettes (de 0,4 Md€).

Les produits d'impôts et de taxes ont bénéficié de l'augmentation de la fraction de la taxe sur les salaires affectée à la branche. Cette dernière est par ailleurs affectataire, désormais, de la totalité du produit du forfait social. Ces mesures ont plus que compensé le transfert au FSV de la part du prélèvement social sur les revenus du capital qui lui était affectée.

Tableau n° 16 : modification de taux de répartition des prélèvements sociaux et impôts et taxes – effet sur la branche vieillesse

En Md€

	Effet 2016
<i>Pertes de recettes</i>	-1,4
Prélèvement social sur les revenus du capital	-1,4
<i>Compensation</i>	+2,0
Taxe sur les salaires	+1,0
Forfait social	+1,0
Total	+0,6

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

Dans le même temps, les prestations légales nettes (113,1 Md€), principale composante (92 %) des charges de la branche, ont progressé de +2,5 Md€, au même rythme qu'en 2015 (+2,2 %), sous l'effet de l'augmentation des effectifs de pensionnés (+1,4 %) et de celle de la pension moyenne hors revalorisation (+0,8 %). Compte tenu de la faible

²⁴ Décret du 2 juillet 2012 sur les carrières longues (+0,1 point).

²⁵ Augmentation des taux employeur et salarié de 0,05 point, soit 0,1 point en 2016.

inflation, les prestations n'ont pas été revalorisées au 1^{er} octobre 2016 (elles l'avaient été de +0,1 % au 1^{er} octobre 2015).

b) Fonds de solidarité vieillesse : un déficit toujours important, malgré un apport de ressources supplémentaires

Le déficit du FSV a diminué de 0,3 Md€ en 2016, pour s'établir à 3,6 Md€ (contre 3,9 Md€ en 2015). Il reste néanmoins supérieur à celui de 2013 (2,9 Md€). Il représente une part importante des charges nettes du fonds (17,7 %, contre 19 % en 2015) et sa contribution au déficit agrégé du régime général et du FSV a augmenté (46 %, contre 36 % en 2015).

Tableau n° 17 : formation du résultat 2016 du FSV

En Md€

	2015	Variation 2015 en %	2016	Variation 2016 en montant	Variation 2016 en %
Charges nettes	20,5	-0,5	20,3	-0,2	-1,0
<i>Dont</i>					
Transferts des régimes de base avec les fonds	20,1	-0,7	19,8	-0,2	-1,1
<i>dont prises en charge de cotisations</i>	13,0	+0,5	13,2	+0,2	+1,5
<i>dont prises en charge de prestations</i>	7,1	-2,8	6,7	-0,4	-6,0
Transferts avec les régimes complémentaires	0,3	+11,3	0,4	+0,0	+8,6
Produits nets	16,6	-3,1	16,7	+0,1	+0,4
<i>Dont</i>					
CSG brute	10,8	-1,9	9,5	-1,3	-12,4
Contributions sociales	1,2	+2,9	7,0	+5,7	+460,9
<i>dont forfait social</i>	1,0	+0,3	0,0	-1,0	-99,7
Impôts et taxes bruts	4,6	-8,9	0,4	-4,2	-92,2
<i>dont contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)</i>	0,8	-67,9	0,0	-0,8	-102,7
<i>dont taxe sur les salaires</i>	3,8	+50,6	0,3	-3,4	-91,0
Résultat net	-3,9		-3,6	-0,3	

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

Le recul du déficit du FSV a néanmoins été légèrement plus élevé que prévu par la loi de financement pour 2017 (à hauteur de 0,1 Md€). Cet écart est pour partie lié à la transformation de la structure du financement du fonds à la suite de l'arrêt « de Ruyter » (voir B – 1 - a) *supra*.)

Tableau n° 18 : modification de taux de répartition des prélèvements sociaux et impôts et taxes – effet sur le FSV

En Md€

	Effet 2016
<i>Pertes de recettes</i>	-15,1
CSG revenus d'activité et de remplacement	-10,1
C3S	-0,5
Taxe sur les salaires	-3,5
Forfait social	-1,0
<i>Compensation</i>	+15,3
CSG sur les revenus du capital	+8,6
Prélèvement social sur les revenus du capital	+4,2
Prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	+2,5
Total	+0,2

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juillet 2017.

Les charges du fonds ont diminué (de 0,2 Md€), sous l'effet notamment des évolutions intervenues en 2016 dans la prise en charge par le FSV des cotisations au titre du chômage et du minimum contributif.

L'évolution des charges du FSV

La prise en charge de cotisations au titre du chômage a représenté plus de la moitié des dépenses du fonds, soit 11,2 Md€. Son augmentation (+0,2 Md€) s'explique principalement par celle de la contribution forfaitaire unitaire de prise en charge (+1,8 %), tandis que les effectifs de chômeurs pris en compte ont faiblement augmenté (+0,8 %). Le montant de cette contribution est calculé à partir d'une assiette forfaitaire à laquelle est appliquée le taux de cotisation d'assurance vieillesse de droit commun. L'assiette forfaitaire est elle-même égale à 90 % du SMIC horaire multiplié par la durée annuelle du travail. Le montant du transfert a ainsi été affecté à la hausse par l'augmentation du taux de cotisation vieillesse et par la revalorisation du SMIC. En sens inverse, un décret du 7 octobre 2015 a - treize ans après l'entrée en vigueur de la réduction du temps de travail - ramené de 39 heures à 35 heures la base de calcul. Au total, le coût unitaire de la contribution forfaitaire a augmenté de +1,8 %.

L'article 87 de la loi de financement pour 2015 a modifié les règles de prise en charge par le FSV du minimum contributif à compter du 1^{er} janvier 2016. Cette disposition a remplacé la prise en charge forfaitaire en vigueur jusqu'en 2015 par une prise en charge proportionnelle. En 2016, le financement qu'apporte le FSV aux régimes de retraite a correspondu à la moitié des dépenses de ces derniers relatives au minimum contributif, ce qui a entraîné une baisse de 0,4 Md€ des dépenses du fonds à ce titre.

**

Les résultats de l'année 2016 apparaissent contrastés.

Une nouvelle réduction des déficits prolonge le mouvement de baisse régulière observé depuis 2011, à l'avantage, pour la première fois sur cette période, de l'ensemble des branches du régime général et du FSV.

Elle ne peut cependant masquer le maintien à des niveaux très élevés des déficits respectifs de la branche maladie, lui-même minoré par un produit exceptionnel comptabilisé à tort et par des transferts de charges vers d'autres régimes, et du FSV.

Le retour des comptes sociaux à l'équilibre suit un rythme lent. Leur déséquilibre persistant entraîne l'accroissement de la dette portée par l'ACOSS. Des incertitudes affectent l'exercice 2017 et les perspectives de moyen terme.

II - Un retour à l'équilibre à accélérer, un traitement de la dette à organiser rapidement

A - En 2017, une amélioration des soldes révisée à la baisse à mi-année, en particulier pour l'assurance maladie

Selon la Commission des comptes de juillet 2017, le solde du régime général et du FSV s'établirait à -5,5 Md€ en 2017, soit une réduction de 2,3 Md€ par rapport au déficit 2016, mais une dégradation de 1,3 Md€ par rapport au solde prévu dans la loi de financement pour 2017. Ces prévisions se fondent notamment sur les hypothèses économiques associées au programme de stabilité d'avril 2017, qui diffèrent légèrement de celles alors retenues.

Tableau n° 19 : principales hypothèses économiques pour 2017

En %

	LFSS 2017	CCSS de juillet 2017
Taux d'évolution de la masse salariale en valeur ²⁶	+2,7	+2,8
Taux d'évolution de l'indice des prix hors tabacs	+0,8	+1,2
Taux d'évolution du PIB en volume	+1,4	+1,5

Source : LFSS 2017 et rapport de la CCSS de juillet 2017.

Selon ces prévisions, le déficit de la branche maladie serait accru de 1,5 Md€. Il représenterait ainsi les trois quarts du déficit global du régime général et du FSV. Le solde de la branche vieillesse se détériorerait quant à lui de 0,5 Md€. À l'inverse, le solde de la branche famille s'améliorerait de 0,5 Md€, cette dernière revenant à l'équilibre.

**Tableau n° 20 : soldes du régime général et du FSV
(CCSS de juillet 2017)**

En Md€

	2016* (a)	2017 prévision LFSS 2017 (b)	2017 prévision de juillet 2017 (c)	2017 écart à la LFSS (c)-(b)	Variation 2016/2017 (c)-(a)
Maladie	-4,8	-2,6	-4,1	-1,5	+0,7
AT-MP	0,8	0,7	0,9	+0,2	+0,1
Famille	-1,0	0,0	+0,5	+0,5	+1,5
Vieillesse	0,9	1,6	1,1	-0,5	+0,2
Total régime général	-4,2	-0,4	-1,6	-1,2	+2,6
FSV	-3,6	-3,8	-3,9	-0,1	-0,3
<i>Vieillesse + FSV</i>	<i>-2,8</i>	<i>-2,2</i>	<i>-2,8</i>	<i>-0,6</i>	<i>0,0</i>
Total régime général + FSV	-7,8	-4,2	-5,5	-1,3	+2,3

* Y compris produit exceptionnel de CSG de 0,74 Md€.

Source : rapport de la CCSS de juillet 2017.

²⁶ Masse salariale du champ URSSAF.

1 - Un effet base 2016 défavorable à hauteur de 0,6 Md€

Une part de la dégradation résulte de l'incidence des écarts constatés en 2016 entre prévision et exécution. La direction de la sécurité sociale estime notamment que les moindres recettes constatées en 2016 se reporteront pour près de 1 Md€ sur 2017. Compte tenu des autres effets en base sur les prestations (0,1 Md€ de moindres dépenses) et sur les autres éléments du compte de résultat (0,3 Md€ d'amélioration du solde), le solde 2017 serait au total dégradé en base de 0,6 Md€ par rapport à la prévision de la loi de financement pour 2017.

2 - Une progression des recettes moindre qu'attendu selon les prévisions à mi-année

Selon les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de +2,9 % en 2017, pour s'établir à 375,5 Md€. Cette progression intègre la compensation par des recettes en provenance de l'État du transfert à l'assurance maladie des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) à hauteur de 1,5 Md€. Hors cet effet, les recettes progresseraient de +9 Md€, soit +2,5 % à périmètre constant.

**Tableau n° 21 : recettes du régime général et du FSV
(CCSS de juillet 2017)**

En Md€

	2016*	2017 prévision de juin 2017	Variation 2016/2017	Variation 2016/2017 en %
Maladie	194,6	201,5	+6,9	+3,6
AT-MP	12,6	12,8	+0,2	+2,1
Famille	48,6	50,0	+1,4	+3,0
Vieillesse	123,7	126,1	+2,4	+1,9
Total régime général	366,6	377,6	+11,0	+3,0
FSV	16,7	15,6	-1,1	-6,3
Total régime général + FSV	365,0	375,5	+10,5	+2,9

NB : le total est différent de l'agrégation des montants par branches car net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.

* Y compris produit exceptionnel de CSG de 0,74 Md€.

Source : rapport de la CCSS de juillet 2017.

L'augmentation des recettes à périmètre constant (+9 Md€) intègre des augmentations spontanées (+8,3 Md€), en recul par rapport à la prévision initiale de la loi de financement, ainsi que des mesures nouvelles (+0,7 Md€ en net).

a) Une réduction de 0,7 Md€ de la progression spontanée des recettes

Dans la prévision de la Commission des comptes de juillet 2017, l'impact de la progression de la masse salariale légèrement revue à la hausse (+0,2 Md€) serait compensé par le poids plus important que prévu des allègements généraux sur les bas salaires²⁷ (-0,3 Md€). La progression des cotisations sociales serait au final abaissée (de 0,1 Md€).

Par ailleurs, les recettes pourraient être réduites (de 0,2 Md€) par des régularisations sur les compensations versées par l'État au titre des allègements de cotisations du régime du micro social simplifié (ex-autoentrepreneurs).

Enfin, les informations disponibles à mi-année laissent anticiper un moindre rendement des droits sur le tabac et sur les alcools, du fait d'une consommation moins élevée, et sur les prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Ces recettes pourraient être en retrait (de 0,4 Md€) par rapport aux prévisions de la loi de financement pour 2017.

Selon les hypothèses retenues en juillet 2017, la progression des recettes du régime général et du FSV pourrait ainsi être inférieure de 0,7 Md€ aux prévisions de la loi de financement.

Cependant, au vu des tendances les plus récentes²⁸, cette progression pourrait se révéler en définitive plus favorable. À titre d'illustration, une croissance de la masse salariale supérieure d'un demi-point à celle retenue en juillet dernier (soit +3,3 % au lieu de +2,8 %) se traduirait par une amélioration de l'ordre de 1,1 Md€ des recettes en 2017. Dans cette éventualité, le déficit constaté serait proche de celui prévu par la loi de financement.

²⁷ Cet effet résulterait en particulier de la revalorisation plus forte que prévue du SMIC au 1^{er} janvier 2017, qui accroît la masse des allègements généraux dans une proportion supérieure à l'accroissement induit de la masse salariale globale.

²⁸ Cf. Estimation de l'emploi salarié du deuxième trimestre 2017, « Informations rapides » de l'Insee n°238, 12 septembre 2017.

b) Un effet net limité et pour partie incertain des mesures nouvelles en recettes

L'ensemble des mesures nouvelles prises en compte dans la prévision de la loi de financement représente un impact net de +2,2 Md€, détaillé dans le tableau ci-après. À périmètre constant, hors transfert des dépenses des ESAT, la contribution des mesures nouvelles en recettes à la réduction des déficits en 2017 se réduit à +0,7 Md€.

L'impact net positif des mesures nouvelles reflète pour l'essentiel les augmentations de taux de cotisations liées à la réforme des retraites de janvier 2014, dont une partie vise à financer les dépenses associées au compte de pénibilité.

Tableau n° 22 : impact 2017 des mesures nouvelles en recettes sur le régime général et le FSV

En Md€

Intitulé de la mesure	Impact sur les recettes nettes consolidées
Mesures à compenser liées au pacte et aux autres réductions de charges sociales	-2,5
Baisse des cotisations famille	-0,9
Extinction de la recette sur les caisses de congés payés	-0,5
Baisse des cotisations des travailleurs indépendants	-0,2
Relèvement des seuils pour la CSG remplacement	-0,3
Crédit d'impôt de taxe sur les salaires	-0,6
Mesures de compensation par l'État	+2,7*
Dotation budgétaire LFI 2017	2,7
Dotation budgétaire à prévoir en PLF 2018	0,6
Affectation de la totalité de la TVS	0,1
Ajustement de la fraction de TVA affectée la CNAMTS	-0,7
Mesures exceptionnelles 2017	+1,4
Création d'un acompte de C3S	0,4
Modification du mode de recouvrement de la taxe sur les véhicules de société (TVS)	0,1
Affectation à la CNAMTS des réserves de la section III du FSV	0,9
Autres mesures	+0,6
Augmentation des taux de cotisations vieillesse et pénibilité	0,6
Contrecoup de la taxation au fil de l'eau de certains contrats d'assurance-vie	-0,2
Augmentation des droits tabacs	0,1
Création d'une taxe sur les débiteurs de tabacs	0,1
Soldes des autres mesures divers	-0,1
Total des mesures en recettes du régime général et du FSV	+2,2

*1,5 Md€ visent à compenser le transfert des dépenses de fonctionnement des ESAT.

Source : direction de la sécurité sociale.

Les réductions de recettes liées à la dernière phase du Pacte de responsabilité s'élèveraient à 1,4 Md€, dont 0,9 Md€ de baisse des cotisations famille et 0,5 Md€ liés à la fin de l'effet transitoire de l'accélération du calendrier de versement des prélèvements sociaux par les caisses de congés payés. D'autres mesures de baisses de prélèvements interviennent pour 1,1 Md€ en 2017, portant à 2,5 Md€ les pertes de recettes à compenser.

Ces pertes, ainsi que le transfert des dépenses des ESAT (1,5 Md€), sont intégralement compensées en 2017, pour un montant total de 4 Md€, dont 2,6 Md€ de dotations du budget de l'État (2,6 Md€)²⁹ et 1,4 Md€ par des mesures non pérennes.

Des interrogations subsistent toutefois quant à la possibilité d'enregistrer en produits supplémentaires les incidences de plusieurs de ces mesures dans les comptes de l'exercice 2017 :

- la compensation, dès 2017, de l'effet de la mise en place du crédit d'impôt de taxe sur les salaires³⁰ (pour 0,6 Md€), bien que cette compensation doive faire l'objet d'une disposition dans le cadre des prochaines lois financières ;
- l'enregistrement d'un produit supplémentaire provenant de la modification des modalités de recouvrement de la taxe sur les véhicules de sociétés, pour plus de 0,1 Md€, alors que les entreprises, comme chaque année, s'acquitteront au titre de 2017 de quatre trimestres de taxe, et non pas de cinq et que la déclaration et le paiement interviendront seulement en 2018 ;
- le versement d'un acompte de C3S par les entreprises réalisant plus de 1 Md€ de chiffre d'affaires, qui sera déduit de la contribution due l'exercice suivant et apporterait sur 2017 un produit supplémentaire de 0,4 Md€ à la sécurité sociale³¹.

²⁹ Par ailleurs, 0,7 Md€ de dotations du budget de l'État se substituent à une fraction de TVA affectée en 2016 à la compensation des mesures du Pacte de responsabilité et des baisses de cotisations d'assurance maladie des exploitants agricoles.

³⁰ Ce crédit d'impôt a été adopté pour accorder au secteur non marchand une baisse de charges comparable à l'augmentation prévue du taux du CICE.

³¹ Le Pacte de responsabilité de 2014 prévoyait une suppression progressive de la C3S dont la dernière étape devait intervenir en 2017.

Le produit supplémentaire de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)

L'article 112 de la loi de finances rectificative pour 2016 prévoit un produit supplémentaire non récurrent de C3S en 2017.

L'exposé des motifs du projet de loi précise que l'objectif de cette disposition est de permettre d'anticiper d'un an la comptabilisation d'une partie du produit de la C3S dans les comptes de la sécurité sociale, sans pour autant constituer une charge supplémentaire pour les entreprises.

Dans ce but, l'article 112 a prévu à compter du 1^{er} janvier 2017 une contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés, au taux de 0,04 % soit 25 % du taux de la C3S (0,13 %), déjà augmenté d'une contribution additionnelle de 0,03 %. Cette contribution supplémentaire est assise sur le chiffre d'affaires réalisé l'année au titre de laquelle elle est due, et non comme la C3S principale et additionnelle sur le chiffre d'affaires de l'année précédente. Sur cette contribution supplémentaire, un acompte de 90 % est payable le 15 décembre de l'année en cours, le solde étant exigible le 15 mai de l'année suivante.

Le fait générateur de la C3S étant le 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle elle est due, aux termes de l'article L.651-3 du code de la sécurité sociale, ce dispositif permet aux organismes de sécurité sociale de comptabiliser en produit de l'exercice 2017 non seulement la C3S principale et additionnelle assise sur le chiffre d'affaires de l'année 2016 et exigible le 15 mai 2017, mais aussi la totalité de la C3S supplémentaire assise sur le chiffre d'affaires de l'année 2017, dont 90 % est payable le 15 décembre 2017 et le solde le 15 mai 2018.

Cependant, cette contribution supplémentaire s'imputera en 2018 sur le montant de la C3S principale et additionnelle due au titre de 2018 et assise sur le chiffre d'affaires de 2017, payable le 15 mai 2018. Les produits de l'exercice 2018 seront ainsi ramenés au niveau de l'exercice 2016 (hors augmentation du chiffre d'affaires), puisqu'ils comprendront la C3S principale et additionnelle au titre de 2018, diminuée de la C3S supplémentaire due au titre de 2017, et augmentée de la C3S supplémentaire due au titre de 2018.

La C3S supplémentaire apparaît donc économiquement comme un acompte sur le montant de la C3S due au titre de l'exercice 2018 assise sur le chiffre d'affaires de 2017. Cependant, sur le plan comptable, la simple mise en place d'un acompte de prélèvement n'aurait pas modifié le montant des produits de l'exercice des organismes de sécurité sociale, puisqu'il aurait dû être traité en produit à recevoir au bilan, et non en produit de l'exercice au cours duquel il est perçu. Ce dispositif complexe a donc pour principale caractéristique d'éviter au produit de C3S supplémentaire la qualification d'acompte et d'intégrer dans les comptes prévisionnels de la sécurité sociale un produit supplémentaire sans créer de charge additionnelle pour les entreprises redevables.

c) La persistance de recettes non pérennes

Comme indiqué, les recettes prévues pour 2017 par la loi de financement comprennent 1,4 Md€ de mesures non pérennes sur lesquelles la sécurité sociale ne pourra en tout état de cause plus tabler en 2018. Il s'agit, sous réserve de leur effet comptable sur les produits 2017, pour 0,5 Md€ de modifications des modalités de versement de la taxe sur les véhicules de société et de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (voir *b) supra*).

Il s'agit aussi pour 875 M€ de l'affectation à la CNAMTS des réserves de l'ancienne section III du FSV. Bien qu'il ait été présenté au Parlement comme destiné à constituer une dotation initiale du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique, nouvellement créé (voir 3 - *b) infra*), la loi de financement de la sécurité sociale prévoit qu'il soit comptabilisé en produit de la CNAMTS, en améliorant ainsi les soldes de l'assurance maladie et de la sécurité sociale pour l'exercice 2017.

**Une amélioration du solde 2017 grâce à un transfert
du FSV à la CNAMTS**

Une section comptable spécifique au sein du FSV a été créée dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 pour mettre en réserve des recettes affectées au financement du maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants ou d'un enfant handicapé nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1955. Les premières dépenses à ce titre devaient intervenir seulement à compter du 1^{er} juillet 2016, date de départ à 65 ans des premiers assurés concernés.

Cette section a bénéficié de l'affectation d'une fraction (0,2 point) de prélèvements sur les revenus du capital entre 2011 et 2013, et d'une fraction (0,5 point) de forfait social entre 2011 et 2014. Les produits concernés ont été enregistrés chaque année en produits constatés d'avance au passif du bilan et n'ont pas affecté le résultat comptable du FSV, dans l'attente de la constatation des charges correspondantes.

Ces recettes accumulées, ainsi que les produits financiers correspondants, constituent fin 2016 les 875 M€ de réserves de l'ancienne section III du FSV transférés à la CNAMTS par la loi de financement pour 2017. Cette mesure non pérenne, qui n'a pas d'incidence sur le solde du FSV, permet de réduire de manière seulement ponctuelle le déficit 2017 de l'assurance maladie.

d) Des transferts significatifs de recettes entre branches au profit de l'assurance maladie

Les réaffectations de recettes internes à la sécurité sociale intervenant dans le cadre de la loi de financement pour 2017 ont notamment pour objet de permettre que les différentes mesures de réduction de recettes et de transferts de dépenses soient compensées non seulement sur le périmètre global du régime général et du FSV, mais aussi au niveau individuel des branches et du FSV, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 23 : solde par branche des mesures à compenser et de leur compensation en 2017

En Md€

	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	FSV
Mesures de réduction de recettes et de transferts de dépenses	-2,4	0,0	-0,4	-1,4	0,0
Mesures de compensation	2,3	0,0	1,1	0,9	0,0
Solde par branche	-0,1	0,0	0,7	-0,5	0,0

Source : LFSS 2017.

Or, ces réaffectations devraient se traduire par un transfert net de 1,4 Md€ de la branche vieillesse à la branche maladie, au-delà de la seule répartition des compensations par branche³².

Tableau n° 24 : effet net par branche des réaffectations internes de recettes en 2017

En Md€

	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	FSV
Solde de la compensation (voir <i>supra</i>)	-0,1	0,0	0,7	-0,5	0,0
Réaffectations de recettes internes	+1,5	0,0	-2,1	+0,5	+0,1
Impacts nets sur les soldes	+1,4	0,0	-1,4	0,0	0,1

Source : LFSS 2017.

³² Pour une analyse de l'ensemble des transferts interbranches opérés depuis 15 ans et de leurs effets sur la répartition des soldes entre branches, voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre IV : le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163.

Selon les prévisions de solde de la commission des comptes de juillet 2017, ce transfert (1,4 Md€) serait deux fois supérieur à la réduction du déficit désormais attendue pour l'assurance maladie en 2017 (0,7 Md€). En outre, l'assurance maladie bénéficie en 2017 d'une nouvelle hausse de taux de cotisation en contrepartie d'une baisse équivalente pour la branche AT- MP, à hauteur de 0,05 point, soit 250 M€.

En l'absence de ces différents transferts, le déficit prévisionnel de la branche maladie se serait aggravé de près de 1 Md€ entre 2016 et 2017, au lieu de s'améliorer de 0,7 Md€.

3 - Une progression des dépenses pratiquement en ligne avec les prévisions initiales et nettement inférieure à la croissance du PIB

Selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017, les dépenses du régime général et du FSV augmenteraient de +2,2 % en 2017, soit un rythme identique à celui des prévisions initiales de la loi de financement pour 2017, pour s'établir à 381 Md€. Cette augmentation intègre l'incidence du transfert à l'assurance maladie des dépenses de fonctionnement des ESAT pour 1,5 Md€. Hors cet effet, les dépenses progresseraient de +1,8 % à périmètre constant, soit un rythme significativement inférieur à la progression prévisionnelle du PIB en valeur (+2,4 %).

**Tableau n° 25 : dépenses du régime général et du FSV
(CCSS de juillet 2017)**

En Md€

	2016	2017 prévision de juin 2017	Variation 2016/2017	Variation 2016/2017 en %
Maladie	199,4	205,6	+6,2	+3,1
AT-MP	11,8	11,9	+0,1	+0,9
Famille	49,6	49,6	+0,0	-0,1
Vieillesse	122,8	124,9	+2,1	+1,7
Total régime général	370,7	379,1	+8,4	+2,3
FSV	20,3	19,6	-0,7	-3,6
Total régime général + FSV	372,7	381,0	+8,3	+2,2

*Note : le total est différent de l'agrégation des montants par branches car net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.
Source : direction de la sécurité sociale.*

a) Une progression des dépenses de retraite et de famille limitée par la faible inflation et l'incidence des réformes antérieures

La prévision des dépenses intègre l'effet des nouvelles hypothèses d'inflation, qui devraient se traduire par un surcroît très limité pour les branches famille et vieillesse en 2017 (inférieur à 0,1 Md€). Les dépenses de ces deux branches progresseraient ainsi à un rythme modéré.

Les prestations familiales, revalorisées de +0,3 % au 1^{er} avril 2017 en raison de la faible inflation, seraient quasiment stables en valeur (-0,1 %) sur l'ensemble de l'année. Les mesures en dépenses du plan contre la pauvreté de 2014 et de la réforme de la prestation d'accueil du jeune enfant ne joueraient en net que pour +0,2 point, tandis que la poursuite du ralentissement du nombre de naissances réduirait les volumes de prestations plus que prévu.

La revalorisation des prestations de retraite au 1^{er} octobre 2017 n'excèdera pas +0,9 %, soit un impact inférieur à +0,23 % en moyenne annuelle. En outre, l'augmentation du nombre de prestations serait particulièrement modérée en 2017, à +1,7 %, en raison notamment d'un effet encore significatif de la réforme de 2010 sur les flux 2016 et 2017 des départs à la retraite³³.

b) Une prévision de respect de l'ONDAM qui ne reflète qu'une partie de l'augmentation des dépenses d'assurance maladie

Les prévisions se fondent par ailleurs sur un respect de l'ONDAM, dont le taux de progression a été fixé à +2,1 %, niveau qui marque un important ressaut par rapport à celui fixé pour 2016 (+1,75 %).

Néanmoins, la baisse des prises en charge des cotisations maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés réduit optiquement la progression de l'ONDAM, pour 270 M€, sans effet sur le solde de la branche maladie. En outre, une partie des dépenses est à nouveau reportée sur des organismes tiers, à hauteur de 450 M€ au total, sans effet sur le solde des administrations publiques. Enfin, une partie de la progression des dépenses liées aux médicaments innovants, soit près de 220 M€, a été retirée du périmètre de l'ONDAM en 2017, tout en restant à la charge de

³³ Il s'agit notamment du report de l'âge du taux plein qui produit ses effets à partir de 2016.

l'assurance maladie, à travers la création du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.

Un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique qui n'est pas financé

Les documents de présentation de la loi de financement pour 2017 et les débats au Parlement font référence à la création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), dont la dotation initiale serait apportée par un transfert de 875 M€ provenant de la section III du FSV.

Or, comme indiqué ci-dessus (voir 2 - c) *supra*), ce transfert est utilisé pour réduire le déficit 2017 de l'assurance maladie. Les fonds correspondant sont donc entièrement consommés et ne peuvent constituer la dotation initiale du FFIP.

Dans ces conditions, le déficit dégagé par ce fonds au cours de l'exercice 2017, ainsi que les déficits éventuels au cours des années ultérieures, seront supportés par la CNAMTS, et non par une « dotation initiale » provenant du transfert des réserves de la section III du FSV.

Au total, le mécanisme du FFIP permet uniquement de faire échapper au périmètre de l'ONDAM une dépense de 219 M€ dès 2017, qui pourrait être portée à 506 M€, en cumul, d'ici fin 2019³⁴. Ces dépenses continueront pourtant à peser sur les charges et sur le solde de l'assurance maladie.

Compte tenu de ces éléments, les dépenses d'assurance maladie relevant de l'ONDAM augmenteraient en 2017 de +2,4 % au lieu de +2,1 % comme affiché.

L'avis du comité d'alerte du 30 juin 2017 conclut à l'absence de risques significatifs d'un dépassement global de l'ONDAM étant donné le montant des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux mises en réserve et annulables. La dynamique des dépenses de soins de ville appelle néanmoins une vigilance particulière.

³⁴ Le fonds peut en effet, d'après les dispositions de la loi de financement, être en déficit pendant trois exercices sur une période de cinq ans, à hauteur pour chaque exercice de 25 % d'un montant de « réserve » de 875 M€ diminué des déficits éventuels déjà supportés par le fonds.

B - De nouveaux risques à partir de 2018 sur la trajectoire de retour à l'équilibre

Selon le rapport annexé à la loi de financement pour 2017, le régime général et le FSV devaient retrouver un solde positif en 2019. Le Premier ministre, dans sa déclaration de politique générale du 4 juillet 2017, a annoncé un objectif de retour à l'équilibre désormais repoussé à l'horizon 2020. Les risques liés au dynamisme des dépenses d'assurance maladie et de retraite fragilisent cependant cet objectif. Tout décalage du retour à l'équilibre a en tout état de cause pour effet de laisser s'accumuler des déficits à l'ACOSS qui freinent la résorption de la dette sociale.

1 - Une dégradation des prévisions de recettes à partir de 2018 selon les prévisions à mi-année 2017

Les prévisions pour 2018 actualisées au printemps 2017 par la direction de la sécurité sociale affichent à ce stade une dégradation significative par rapport aux soldes prévus en loi de financement pour 2017. Aux effets des prévisions rectifiées pour 2017 s'ajouterait l'impact d'une progression en 2018 moindre que prévu pour la masse salariale du secteur privé (+2,9 % dans le programme de stabilité contre +3,6 % dans la loi de financement pour 2017) et pour le PIB, qui pèse sur les prévisions des recettes fiscales affectées au régime général.

Tableau n° 26 : évolution des principales hypothèses économiques à partir de 2018

	<i>En %</i>		
	2018	2019	2020
Taux d'évolution de la masse salariale en valeur³⁵			
LFSS 2017	3,6	3,8	4,1
Programme de stabilité 2017	2,9	3,3	3,5
Taux d'évolution du PIB en volume			
LFSS 2017	1,8	1,9	1,9
Programme de stabilité 2017	1,5	1,6	1,7

Source : LFSS 2017 et Programme de stabilité d'avril 2017.

³⁵ Masse salariale des branches marchandes non agricoles (BMNA).

Sur la base des prévisions du programme de stabilité d'avril 2017, toutes choses égales par ailleurs, les recettes du régime général et du FSV s'avéreraient alors inférieures de près de 4 Md€ en 2018 aux prévisions de la loi de financement pour 2017.

Le tableau ci-après projette l'évolution des soldes de la sécurité sociale sur la période 2018-2020 en tenant compte de la révision du solde prévisionnel 2017 par la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet dernier, des éléments d'actualisation de la prévision 2018 fournis par la direction de la sécurité sociale en mai dernier et des hypothèses macro-économiques du programme de stabilité pour 2019 et 2020. Ces projections font apparaître que la trajectoire financière de la sécurité sociale pourrait se dégrader sensiblement. Une progression de la masse salariale en définitive plus dynamique que prévu en 2017, voire les années suivantes, pourrait cependant venir limiter l'ampleur de cette dégradation.

Tableau n° 27 : effet des nouvelles hypothèses économiques du programme de stabilité d'avril 2017 sur les soldes prévisionnels 2018-2020

En Md€

	2018	2019	2020
Soldes prévus en LFSS 2017	-0,5	3,3	7,7
Effet base de la prévision révisée pour 2017	-1,3	-1,3	-1,3
Effet de la révision des hypothèses économiques	-2,7	-3,8	-4,6
Soldes actualisés toutes choses égales par ailleurs	-4,5	-1,8	1,8

Source : Cour des comptes, direction de la sécurité sociale.

Par ailleurs, cette actualisation repose sur l'hypothèse que les moindres recettes en 2018 liées aux produits non reductibles attribués en 2017, soit 1,4 Md€, seront compensées. Si tel n'était pas le cas, les recettes du régime général et du FSV seraient réduites d'autant.

2 - Des risques importants liés au dynamisme des dépenses d'assurance maladie et de retraite

a) Un dynamisme accru des pensions de retraite à partir de 2018, dont l'incidence sur le solde de la branche vieillesse est occultée

Au-delà de l'année 2017, l'impact des réformes antérieures, et notamment de la réforme de 2010, sur le rythme de progression des dépenses de pensions de retraite devrait se réduire. Selon les dernières projections du Conseil d'orientation des retraites (COR), les pensions du régime général progresseraient en volume de plus de +2,1 % par an en moyenne à partir de 2018, contre +1,7 % en 2017. À ce phénomène pourrait s'ajouter, selon les prévisions du programme de stabilité, une remontée progressive de l'inflation qui alourdirait le coût des revalorisations annuelles.

Ces deux facteurs d'augmentation des dépenses sont intégrés aux prévisions de la loi de financement pour 2017. Néanmoins, selon les projections du dernier rapport du Conseil d'orientation des retraites³⁶, fondées aussi sur les hypothèses économiques du programme de stabilité, les soldes agrégés de la branche vieillesse du régime général et du FSV connaîtraient une forte dégradation tendancielle en 2018 et jusqu'en 2020 par rapport aux prévisions de la loi de financement pour 2017.

Tableau n° 28 : projections actualisées des soldes de la branche vieillesse du régime général et du FSV (2018 – 2020)

En Md€

	2018	2019	2020
Rappel LFSS 2017			
Solde branche vieillesse	0,6	0,7	1,1
Solde FSV	-2,6	-1,3	0,3
Solde branche vieillesse + FSV	-2,0	-0,6	1,4
Projections du COR de juin 2017			
Solde branche vieillesse	-0,7	-2,1	-3,5
Solde FSV	-2,9	-1,8	-0,6
Solde branche vieillesse + FSV	-3,6	-3,9	-4,1

Source : LFSS 2017 et rapport du COR de juin 2017.

³⁶ Rapport annuel du COR « Évolution et perspectives des retraites en France », juin 2017.

L'écart par rapport à cette dernière, soit 5,5 Md€ en 2020, provient pour partie de transferts prévisionnels de recettes entre branches qui ont été intégrés aux trajectoires pluriannuelles de la loi de financement pour 2017 sans être portés à la connaissance du Parlement (pour 3 Md€ au total au bénéfice de la branche vieillesse à l'horizon 2020, répartis à parts égales entre les branches maladie, AT-MP et famille).

Effectuées à législation constante, les projections du COR ne tiennent pas compte de ces transferts. Elles mettent ainsi en lumière la persistance de déficits significatifs de la branche vieillesse et du FSV à l'horizon 2020, masquée dans la trajectoire associée à la loi de financement pour 2017, et que la révision des hypothèses économiques conduit à aggraver.

Cette dégradation fait apparaître l'urgence de mesures de redressement supplémentaires pour rétablir l'équilibre financier du régime de base des salariés du secteur privé, FSV compris, comme la Cour avait recommandé de l'anticiper dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2016.

*b) Un enjeu majeur sur la progression de l'ONDAM
pour les prochaines années*

La progression de l'ONDAM de +2 % en 2018 et sur les années suivantes prévue par la loi de financement pour 2017 nécessiterait la mise en œuvre de mesures d'économie pour des montants supérieurs à ceux pris en compte en 2017.

En effet, le montant de mesures nouvelles à financer restera significatif entre 2018 et 2020 en raison de la montée en charge des effets de la convention médicale de 2016, de la reprise des négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes, l'application du règlement arbitral ayant été à ce stade repoussée au 1^{er} janvier 2019, de l'incidence des négociations en cours ou à venir avec d'autres professions de santé et des mesures de revalorisation dans la fonction publique hospitalière. Au regard des mesures déjà décidées, il pourrait ainsi atteindre 900 M€ en 2018, après 1,2 Md€ en 2017.

En outre, plusieurs mesures permettant de limiter, en apparence, la progression de l'ONDAM en 2017 ne pourront avoir d'effet ou d'incidence à même hauteur à partir de 2018 : réforme des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, mobilisation des réserves de la CNSA et de divers organismes, instauration du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique.

Au total, le maintien d'un ONDAM en progression de +2 % en 2018 appellerait, toutes choses égales par ailleurs, la mise en œuvre d'économies supérieures de près de 600 M€ à celles prévues en 2017 (3,3 Md€, hors mesures de périmètre).

Au-delà de 2018, le montant des dépenses nouvelles associées aux mesures déjà décidées devrait diminuer, mais des mesures supplémentaires liées notamment aux négociations conventionnelles avec diverses professions de santé devraient intervenir. À titre d'illustration, si la progression annuelle de l'ONDAM était relevée à +2,3 % à partir de 2018, il en résulterait, toutes choses égales par ailleurs, une détérioration supplémentaire du solde 2020 de 1,7 Md€, qui pourrait remettre en cause le retour effectif du régime général et du FSV à l'équilibre à cette date.

**

Dans le cadre d'une progression de l'ONDAM maintenue à +2 %, la révision des hypothèses économiques par rapport à la loi de financement pour 2017 repousse de 2019 à 2020 la perspective de retour à l'équilibre du régime général et du FSV. Des économies supérieures à celles de 2017 seront nécessaires dans le domaine de l'assurance maladie pour maintenir la progression de l'ONDAM à +2 % entre 2018 et 2020 comme prévu par la loi de financement pour 2017. Par ailleurs, la dégradation importante des soldes de la branche vieillesse d'ici 2020, mise en lumière par le Conseil d'orientation des retraites à périmètre inchangé de recettes, appelle également des mesures rapides de redressement. Ces efforts supplémentaires sont indispensables en tout état de cause pour limiter l'accroissement de la dette sociale.

C - Une nouvelle accumulation de déficits à l'ACOSS

1 - Des perspectives qui pourraient ralentir le rythme de reflux de la dette sociale

a) Un début de réduction de la dette sociale qui se confirme en 2016

Avec un déficit du régime général, hors AT-MP, et du FSV de 9,3 Md€ hors produit exceptionnel de CSG, et une capacité d'amortissement de 14,4 Md€ pour la CADES en 2016, la dette sociale a

reculé de 5,1 Md€ en 2016 pour s'établir à 151,2 Md€, après un premier reflux de 1,9 Md€ en 2015.

Tableau n° 29 : évolution de la dette sociale de 2013 à 2016

En Md€

	2013	2014	2015	2016
(1) Situation nette négative de la CADES	132,7	130,1	126,7	135,8
(2) Cumul à l'ACOSS des déficits maladie, vieillesse et famille non repris par la CADES	24,4	28,2	29,7	15,4
<i>Endettement net de l'ACOSS (p.m.)*</i>	23,7	30,1	31,2	20,5
(1)+(2) Dette sociale totale en fin d'année	157,1	158,3	156,4	151,2

* intégrant à partir de 2016 la dette du régime minier.

Source : Cour des comptes.

La reprise de dette réalisée pour 23,6 Md€ par la CADES en 2016, comme la Cour l'avait recommandé, a permis par ailleurs de réduire à près de 15 Md€ la dette portée par l'ACOSS fin 2016. Ce transfert a cependant saturé le plafond pluriannuel de reprises prévu par la loi de financement pour 2011³⁷. En effet, selon les dispositions organiques en vigueur, tout transfert de dette supplémentaire à la CADES doit être accompagné d'une affectation de recettes pour un montant permettant de l'amortir à un même horizon que les dettes déjà transférées, soit 2024 selon les dernières estimations de la CADES.

b) À l'horizon 2020, un reflux potentiellement moins important que prévu

La séquence des soldes associée à la loi de financement pour 2017 conduit à ramener la dette sociale de plus de 150 Md€ fin 2016 à moins de 90 Md€ fin 2020.

³⁷ La loi de financement pour 2011 avait fixé une reprise globale de 62 Md€ de dette de l'ACOSS par la CADES sur la période 2011-2018 et organisé le financement correspondant.

Tableau n° 30 : évolution prévisionnelle de la dette sociale de 2017 à 2020 associée à la trajectoire de soldes de la loi de financement 2017

En Md€

	2017	2018	2019	2020
Cumul à l'ACOSS des déficits maladie, vieillesse et famille non repris par la CADES	19,6	21,7	20,2	14,1
Situation nette de la CADES	121,0	105,0	89,0	72,0
Dette sociale totale en fin d'année	140,6	126,7	109,2	86,1

Source : Cour des comptes.

La dégradation des soldes prévisionnels du régime général et du FSV en 2017 et les années suivantes qui résulterait de la réalisation des hypothèses économiques du programme de stabilité ne remettrait pas en cause le mouvement général de reflux de la dette sociale. Les déficits, bien qu'accrus par rapport aux prévisions, resteraient en effet nettement inférieurs à la capacité d'amortissement dégagée annuellement par la CADES.

Néanmoins, l'ampleur du reflux de la dette sociale serait amoindrie à hauteur des déficits supplémentaires qui s'accumuleraient à l'ACOSS. Si les hypothèses économiques du programme de stabilité se réalisaient, sans prendre en compte les risques liés à la dynamique des dépenses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, la dette sociale atteindrait encore près de 100 Md€ fin 2020.

Tableau n° 31 : effets des hypothèses du programme de stabilité d'avril 2017 sur l'évolution de la dette sociale de 2017 à 2020

En Md€

	2017	2018	2019	2020
Cumul à l'ACOSS des déficits maladie, vieillesse et famille non repris par la CADES	21,7	27,7	29,5	27,7
Situation nette de la CADES	121,0	105,0	89,0	72,0
Dette sociale totale en fin d'année	142,7	132,7	118,5	99,7

Source : Cour des comptes.

Sans nouveau transfert à la CADES, la part portée par l'ACOSS au titre du régime général et du FSV³⁸ pourrait ainsi monter à près de 30 Md€ dès 2019, en dépit de la reprise de dette effectuée par la CADES en 2016 (23,6 Md€). En l'absence de mesures supplémentaires rapides pour éviter

³⁸ L'ACOSS assure par ailleurs le financement de la dette du régime des exploitants agricoles et du régime des mines.

la dégradation, liée à la dynamique de leurs dépenses respectives, des soldes des branches maladie et vieillesse et du FSV, ce niveau serait sensiblement dépassé.

2 - L'urgence à prévenir le risque d'accumulation de dettes à l'ACOSS

Sous la même réserve, la dégradation de la trajectoire des soldes conduirait à retrouver dès 2018 les niveaux d'endettement de 2015 pour l'ACOSS et laisserait à l'horizon 2020 un encours significatif de dette à court terme, directement exposé à une remontée des taux d'intérêt.

L'exposition de la dette sociale au risque de taux

Le risque de taux pèse notamment sur l'encours de la dette sociale financée à court terme.

L'ACOSS finance l'intégralité de son endettement à court terme. À titre illustratif, sur un encours de 27,5 Md€ en 2020 tel qu'il pourrait ressortir des trajectoires ajustées des hypothèses économiques du programme de stabilité pour le régime général et le FSV, une hausse des taux courts de 100 points de base induirait un surcoût de 275 M€ au titre des frais financiers annuels des branches du régime général.

La CADES conserve elle-même un endettement net à court terme (soit 10,5 Md€ fin mai 2017). Par ailleurs, une part de son endettement de long terme (pour plus de 32 Md€ fin avril 2017) est financée à taux révisable et est donc également exposée aux évolutions des taux de court terme. Selon l'échéancier actuel de la dette CADES, cette part serait encore de près de 23 Md€ début 2020. Si le volant d'endettement net de court terme se maintenait à 10 Md€, une hausse de 100 points de base des taux courts aboutirait donc à alourdir de 330 M€ la charge financière annuelle de la CADES en 2020.

Au total, une augmentation des taux courts de 100 points de base entraînerait de l'ordre de 600 M€ de charges d'intérêts supplémentaires pour l'ACOSS et la CADES en 2020.

Ces perspectives appellent à intensifier fortement l'effort de maîtrise de la dépense afin d'accélérer au plus vite le retour à l'équilibre du régime général et du FSV et ainsi réduire au minimum l'accumulation de déficits au-delà de 2017. Cet effort doit concerner en priorité l'assurance maladie, qui concentre désormais la grande majorité du déficit de la sécurité sociale

et pour laquelle d'importantes marges d'efficience demeurent à dégager, comme l'illustrent plusieurs chapitres de ce rapport et de ceux qui l'ont précédé. Mais il doit aussi s'appliquer aux retraites au regard de la dégradation de leurs perspectives financières mise en lumière par les récentes projections du COR.

Les risques pesant à court terme sur la trajectoire des soldes de la sécurité sociale nécessitent également d'organiser au plus tôt l'amortissement de la dette qui aura déjà été accumulée fin 2017, soit plus de 21 Md€, dont près de 14 Md€ au titre de l'assurance maladie et 5 Md€ au titre de la branche vieillesse et du FSV, et celle que les déficits des années 2018 à 2020 va provoquer, selon un schéma global analogue à celui que la loi de financement pour 2011 avait défini pour la période 2011-2018.

Dans le cadre des dispositions organiques, cet amortissement est tributaire de la mobilisation de recettes supplémentaires et de réserves existantes ou de l'accumulation d'excédents futurs.

La première option se traduirait par un transfert échelonné à la CADES moyennant une affectation de ressources permettant un amortissement complet dans les mêmes délais que celui de la dette déjà portée par cet organisme, soit d'ici 2024. À cet effet, le montant de ressources supplémentaires à affecter annuellement à la CADES dès 2018 serait de plus de 3 Md€. Plus ce transfert interviendrait tard, plus il devrait mobiliser un montant annuel de ressources supplémentaires important, afin de respecter l'horizon d'amortissement de 2024. Si ce transfert était repoussé par exemple à 2021, ce sont plus de 5 Md€ de ressources annuelles qu'il faudrait alors consacrer à l'amortissement des montants concernés.

Comme la Cour l'a déjà évoqué dans son précédent rapport sur la sécurité sociale, une partie de ces recettes pourrait provenir des réserves libres d'affectation du FRR, qui contribueraient à amortir la part de dette issue de la branche vieillesse et du FSV. Néanmoins, les deux tiers de la dette à transférer concernerait l'assurance maladie, pour le financement de laquelle aucune réserve financière n'est à ce jour constituée. À titre d'illustration, l'amortissement de cette dette entre 2018 et 2024 supposerait un relèvement du taux de la CRDS de 0,5 % à 0,65 % dès 2018.

La seconde option, qui a été implicitement privilégiée par les pouvoirs publics dans la dernière période, ne permet pas de garantir un amortissement complet à un horizon donné, sauf à ce que les pouvoirs publics s'engagent à respecter une trajectoire nominale d'excédents prédéfinie. À titre d'illustration, pour un amortissement complet d'ici 2024, le régime général et le FSV devraient accumuler plus de 26 Md€

d'excédents sur quatre ans, de 2021 à 2024, soit un excédent annuel de plus de 6 Md€ en moyenne.

L'amortissement de la dette portée par l'ACOSS, telle que déjà constituée fin 2017 et telle qu'augmentée fin 2020 du fait du report annoncé du retour à l'équilibre exigerait ainsi en tout état de cause des choix de grande ampleur, afin que le rééquilibrage des comptes s'accompagne d'un amortissement complet de la dette sociale à l'échéance aujourd'hui prévue de 2024. Un nouveau décalage de l'horizon d'amortissement ne ferait que davantage reporter la dépense sur les générations montantes. Il serait à tous égards anormal au regard de l'équité entre générations.

C'est pourquoi il apparaît essentiel de ne pas différer une nouvelle fois le retour à l'équilibre, à 2020 désormais alors qu'il avait été un temps annoncé pour 2017³⁹, mais au contraire de l'accélérer par des économies rapides et effectives pour éviter la persistance de déficits qui s'accumulent et dont le traitement supposera de dégager sous une forme ou une autre les ressources nécessaires.

En tout état de cause, pour empêcher la reprise ultérieure de l'endettement, il est déterminant de définir et mettre en œuvre un nouveau cadre de pilotage financier de la sécurité sociale. Le chapitre IV du présent rapport en précise les enjeux et les modalités possibles.

³⁹ En loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 du 8 août 2014.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans un contexte économique plus favorable qu'en 2015, les déficits des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV ont poursuivi leur réduction en 2016, dans le cadre d'une trajectoire de retour progressif à l'équilibre. Sans mésestimer les efforts entrepris pour infléchir les dépenses, non sans résultats parfois significatifs dans certains secteurs, force est de constater que les déficits n'ont pu être réduits sans différentes mesures circonstanciées, certaines très discutables. Malgré un apport de ressources supplémentaires, la branche maladie et le FSV, l'une et l'autre encore loin de l'équilibre, contribuent désormais de manière prépondérante aux déficits sociaux.

En 2017, le déficit devrait être supérieur de 1,3 Md€ à celui prévu en loi de financement pour 2017, selon les estimations du programme de stabilité d'avril reprises par la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017. Une croissance meilleure que prévu de la masse salariale pourrait cependant réduire en définitive cet écart.

Sur la base des hypothèses macro-économiques du programme de stabilité d'avril 2017, à considérer cependant de ce fait avec une certaine prudence, la dégradation de la trajectoire financière pourrait être encore plus prononcée à partir de 2018, avec des déficits supérieurs de plus de 4 à 6 Md€ chaque année à la trajectoire prévue, en raison d'une révision à la baisse des prévisions de croissance de la masse salariale. L'objectif de retour à l'équilibre différé en 2020 tel que désormais annoncé par les pouvoirs publics repousse une nouvelle fois cette perspective. Celle-ci apparaît cependant fragile et suppose en tout état de cause que soient adoptées rapidement des mesures supplémentaires de redressement de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse.

La détérioration de la trajectoire de solde qui résulterait de ce nouveau décalage aurait un impact direct sur l'évolution de la dette sociale dans son ensemble, en majorant le montant de la dette portée à court terme par l'ACOSS. Sans remettre en cause le mouvement de reflux de la dette sociale depuis 2015, elle pourrait en limiter significativement l'ampleur et le rythme. En l'absence de nouveau transfert à la CADES, la part de la dette sociale financée par l'ACOSS et exposée fortement au risque de remontée des taux d'intérêt pourrait ainsi atteindre jusqu'à près de 30 Md€ fin 2019. Elle pourrait être plus élevée encore à cette échéance si les déficits de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse étaient laissés s'aggraver davantage.

Cette situation appelle une accélération et une amplification des mesures de redressement pour que la sécurité sociale retrouve son équilibre avant 2020. Cet équilibre est à portée à la condition d'un effort déterminé d'économies à hauteur de cet enjeu essentiel. Il serait dangereux en effet d'attendre d'une conjoncture peut-être plus favorable dans les années qui viennent ce rééquilibrage. L'expérience montre que de telles embellies sont rarement durables et que si des réformes structurelles n'ont pas été faites auparavant, la spirale des déficits réapparaît rapidement.

Proscrire durablement le déficit et l'endettement appelle plus largement à définir et à mettre en place un nouveau cadre de pilotage financier de la sécurité sociale, selon les principes proposés au chapitre IV du présent rapport.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 1. présenter en annexe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale les hypothèses détaillées sous-jacentes à la trajectoire pluriannuelle de solde des branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse et notamment les transferts entre branches et entre organismes ;*
 - 2. définir une trajectoire financière des régimes de base de sécurité sociale et du FSV qui permette d'assurer leur équilibre effectif plus rapidement qu'à l'horizon 2020 à périmètre constant de recettes et de dépenses ;*
 - 3. intensifier en conséquence l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie au moyen de mesures structurelles telles que celles recommandées dans les différents chapitres du présent rapport, afin de réduire plus fortement la progression effective des dépenses de l'ONDAM, à périmètre constant, sur les trois prochaines années ;*
 - 4. au regard de la dégradation tendancielle des soldes de la branche vieillesse et du FSV, définir rapidement les mesures de redressement nécessaires à l'équilibre financier du régime de retraite de base des salariés du secteur privé, FSV compris ;*
 - 5. définir sans délai dans le cadre d'un schéma global pluriannuel les modalités permettant d'assurer l'amortissement complet d'ici à 2024 des déficits portés par l'ACOSS fin 2017 et de ceux qui s'accumuleront d'ici fin 2019.*
-

Chapitre II

**L'objectif national de dépenses
d'assurance maladie : en 2016, un
objectif atteint au prix de nombreux
biais ; en 2017 et au-delà, des économies
effectives à rechercher et à accentuer**

PRÉSENTATION

Instauré par la loi organique du 22 juillet 1996, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) couvre près de 80 % des dépenses de santé⁴⁰. Il est un outil de pilotage de la dépense mais n'en constitue pas, juridiquement, un plafond. Il est cependant assorti de mécanismes de régulation infra-annuelle visant à en assurer le respect, au travers de mises en réserve de certaines dépenses, et fait l'objet d'un suivi régulier dans le cadre d'un comité d'alerte⁴¹. L'ONDAM est ainsi un outil essentiel de maîtrise des dépenses.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, l'ONDAM a été fixé à 185,2 Md€. Cette enveloppe prévisionnelle correspondait à un taux de progression de +1,75 %, en inflexion sensible par rapport aux taux exécutés les années précédentes (+2,1 % en 2013, +2,4 % en 2014 et +2 % en 2015). Dans le cadre de la partie rectificative pour 2016 de la loi de financement pour 2017, l'objectif a été maintenu en valeur à 185,2 M€ et le taux de progression arrondi à +1,8 %.

La Cour a analysé l'exécution de l'ONDAM par rapport à l'objectif initial et à l'objectif rectifié. Pour 2016, l'ONDAM exécuté s'est établi, selon un constat encore provisoire, à 185,2 Md€, soit un montant identique, à 27 M€ près, à la prévision. Il a été ainsi respecté pour la septième année consécutive.

Pour autant, ce nouveau respect de l'ONDAM ne saurait être considéré comme attestant d'une maîtrise rigoureuse de la dépense d'assurance maladie.

À une construction affectée par des faiblesses semblables à celles déjà constatées les années précédentes, l'exercice 2016 a ajouté de nouveaux biais dans la fixation de l'objectif initial comme révisé, qui affectent sa sincérité (I). En exécution, l'objectif n'a été respecté qu'en apparence, au prix de nombreuses mesures circonstanciées qui en affectent la portée, dans un contexte de progression accélérée des dépenses de soins de ville (II). Ces failles, qui conduisent à fragiliser l'exécution de l'ONDAM 2017 et ceux des exercices ultérieurs, toutes choses égales par ailleurs, soulignent la nécessité d'instaurer des mécanismes de régulation plus efficaces (III).

⁴⁰ Dépense courante de santé, minorée des coûts de gestion du système de santé, de la recherche médicale et pharmaceutique et des dépenses de formation.

⁴¹ Article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

I - La construction de l'ONDAM 2016 : une absence de progrès dans la méthode, un affichage favorable grâce à des biais de présentation

La construction initiale de l'ONDAM 2016, fixé à 185,2 Md€, a de nouveau reposé sur des méthodes aux faiblesses persistantes. De surcroît, l'ONDAM présente des biais de construction qui visent à minorer le taux d'évolution des dépenses.

A - Une application sur un périmètre de dépenses incomplet de tendanciel toujours incertains

Les étapes de construction de l'ONDAM

À la date d'élaboration de l'objectif de l'année N, soit l'été de l'année N-1, les données disponibles sont les résultats de l'exécution de l'exercice N-2 et des cinq premiers mois de l'exercice N-1 extrapolés sur douze mois. Compte tenu de cette visibilité partielle sur l'exécution de l'exercice N-1, le point de départ de la construction de l'objectif de l'année N est le montant voté, par sous-objectif⁴², de l'année N-1⁴³ corrigé de l'éventuel impact des variations de périmètre des dépenses prises en considération.

À ce socle de dépenses (ou « base »), s'ajoutent l'évolution spontanée des dépenses, dite « tendanciel », les reports en année pleine des mesures de l'année précédente et les mesures nouvelles, qu'elles soient ou non considérées comme inéluctables. Il en résulte un taux d'évolution avant économies. L'estimation des dépenses de l'année N est ensuite minorée des économies à rechercher, globalement et par sous-objectif, afin d'atteindre un taux « cible » de progression des dépenses.

⁴² Depuis 2014, l'ONDAM est ventilé en sept sous-objectifs contre six auparavant.

⁴³ La construction de l'objectif de l'année N a pour point de départ l'objectif révisé de l'année N-1 lorsque l'objectif initial a été ajusté en fonction de nouvelles prévisions.

1 - Un périmètre toujours incomplet

Le périmètre des dépenses intégrées à l'ONDAM 2016 a peu évolué par rapport à 2015. Dans le cadre du projet de loi de financement pour 2016, seul un ajustement (+102 M€) était prévu au titre principalement de l'intégration de la caisse de sécurité sociale de Mayotte aux comptes des branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles (60,9 M€)⁴⁴ et d'un versement aux établissements de santé publics compensé par une recette affectée à la CNAMTS (28 M€).

Par ailleurs, à compter de 2016, les « avoirs sur remises » accordés aux entreprises pharmaceutiques sont pris en compte en dépenses dans le champ de l'ONDAM en fonction de l'année de leur octroi par le Comité économique des produits de santé (CEPS), et non plus de l'année de leur utilisation par les entreprises⁴⁵.

Comme les années précédentes, le champ couvert par l'ONDAM est ainsi demeuré incomplet. En particulier, il n'intègre pas, comme l'avait recommandé la Cour, les indemnités journalières de maternité et paternité (3 Md€ pour le régime général en 2016).

Il ne comprend pas non plus différents autres éléments, en particulier les charges (150 M€ en 2016 pour le régime général) relatives aux créances sur des prestations⁴⁶, constatées notamment au titre des participations forfaitaires et franchises.

Or, la généralisation progressive du tiers-payant depuis 2016 accroît le risque de non-recouvrement des créances liées à ces participations et franchises, dont le flux annuel, en réduction des dépenses de prestations, s'élève à 1 Md€. Les charges relatives aux créances sur des prestations devraient ainsi être incluses dans le périmètre de l'ONDAM.

⁴⁴ En raison de leur fiabilité insuffisante, les comptes de cet organisme n'ont en définitive pas été intégrés aux comptes combinés des branches maladie et AT-MP. En revanche, ils l'ont été à l'ONDAM.

⁴⁵ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VIII : la fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335.

⁴⁶ Annulations, dépréciations et admissions en non-valeur de créances.

2 - Des tendanciels aux faiblesses méthodologiques persistantes

Bien que les estimations d'évolution tendancielle revêtent un enjeu essentiel, les hypothèses sur lesquelles elles sont fondées, sont, comme la Cour l'a déjà souligné, fragilisées par des faiblesses méthodologiques persistantes.

a) L'objectif « soins de ville » : des faiblesses de méthode qui restent à corriger

La comparaison entre les objectifs initiaux et l'évolution réelle des dépenses fait apparaître des écarts significatifs à caractère récurrent sur certains postes de dépenses, en particulier ceux relatifs aux honoraires médicaux, aux dispositifs médicaux et aux indemnités journalières. Comme la Cour l'avait recommandé, la direction de la sécurité sociale a cependant procédé, pour la première fois en 2017, à une analyse détaillée des différences constatées entre les tendanciels utilisés en construction initiale et leur réalisation, qui devrait progressivement permettre d'affiner et de rendre plus fiables les hypothèses sur lesquelles ils reposent.

Par ailleurs, les prévisions relatives aux remises des laboratoires pharmaceutiques sur le prix fabricant des médicaments, qui devraient reposer sur des prévisions de chiffre d'affaires, sont très fragiles. Par défaut, elles correspondent toujours au montant constaté de l'année précédente.

Enfin, l'annexe 9 du projet de loi de financement pour 2016 relative à l'ONDAM ne documente pas de manière suffisamment précise le chiffrage des économies, dont l'évaluation continue à être affectée par d'importantes incertitudes.

b) La fixation des enveloppes de dépenses des établissements de santé : des progrès limités

En 2016, « l'ONDAM hospitalier » comprenait, comme les années précédentes, deux sous-objectifs : l'un au titre des établissements publics et privés pratiquant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO), l'autre au titre des établissements publics et privés spécialisés en soins de suite et de réadaptation et dans les prises en charge psychiatriques.

Les charges de l'assurance maladie relatives à la première catégorie d'établissements correspondent à la part tarifée à l'activité, aux médicaments et dispositifs médicaux implantables, aux forfaits et aux dotations attribuées au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), tandis que celles de la seconde catégorie comprennent essentiellement des dotations.

La construction des deux sous-objectifs consiste à estimer l'évolution des charges des établissements, puis à déterminer en fonction de ces dernières les différentes enveloppes de financement (tarifs des prestations d'hospitalisation, dotations annuelles de financement), ainsi que les économies à rechercher pour atteindre les objectifs d'évolution.

En ce qui concerne l'évolution tendancielle des charges des établissements, malgré quelques progrès⁴⁷, l'estimation des dépenses de personnel n'est pas encore fiabilisée (s'agissant en particulier du glissement vieillesse technicité). Par ailleurs, comme la Cour l'a déjà souligné, l'absence d'évaluation *a posteriori* de la robustesse des tendanciels au regard des dynamiques constatées ne permet pas d'affiner leur élaboration. De même, les effets report des mesures antérieures ne sont pas suffisamment distingués des mesures nouvelles.

En outre, l'annexe 9 du projet de loi de financement ne précise toujours pas la méthodologie utilisée pour évaluer les économies prises en compte dans la construction de l'ONDAM, notamment celles relatives aux achats hospitaliers et au « virage ambulatoire », c'est-à-dire la réduction de la place de l'hospitalisation classique dans les prises en charge au profit de modalités plus légères (réduction de la durée du séjour hospitalier, hospitalisation de jour ou à domicile, soins post-hospitaliers en ville).

*

**

Le taux retenu au titre de l'évolution du tendanciel global des dépenses avant économies restait au total soutenu (+3,6 %), bien que moins élevé que celui de la prévision initiale de 2015 (+3,9 %).

L'année 2016 constituait le deuxième exercice de mise en œuvre du plan triennal d'économies ONDAM 2015-2017 visant à infléchir l'augmentation des dépenses d'assurance maladie comprises dans le champ de l'ONDAM. À ce titre, a été défini un objectif de 3,4 Md€ d'économies, contre 3,2 Md€ en 2015, soit un peu moins d'un tiers des 10,6 Md€

⁴⁷ La direction générale de l'offre de soins a précisé l'évaluation des gains de productivité, en l'espèce chiffrés à 200 M€.

d'économies décidées dans le cadre de ce plan, de manière à ramener à +1,75 % la progression de l'ONDAM.

L'abaissement à +1,75 % du taux de progression de l'ONDAM en 2016 bénéficiait d'un atout : un contexte de faible inflation⁴⁸, propice au ralentissement des dépenses sensibles à l'évolution des prix, comme l'essentiel des charges à caractère hôtelier et général des établissements de santé et médico-sociaux et une partie de celles à caractère médical.

Pour autant, ce ralentissement est plus apparent que réel. Différents biais de présentation ont contribué à diminuer la progression de l'ONDAM, alors qu'à méthode constante dans son élaboration, son taux d'évolution est resté identique à 2015.

B - Un objectif initial 2016 dont le ralentissement n'est qu'apparent

1 - Une forte décélération affichée du taux d'évolution

L'ONDAM 2016 était caractérisé par une forte décélération affichée du taux de progression des dépenses. À +1,75 %, il passait pour la première fois sous le seuil de 2 %.

Tableau n° 32 : montants et taux de progression de l'ONDAM dans les lois de financement (2011-2016)

En Md€

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ONDAM voté	167,1	171,1	175,4	178,3	182,3	185,2
Progression en %	+2,9 %	+2,5 %	+2,7 %	+2,4 %	+2,1 %	+1,75 %

Source : Cour des comptes à partir des lois de financement 2011 à 2016.

L'ensemble des sous-objectifs concourait au ralentissement de cette évolution globale.

⁴⁸ Dans le projet de loi de financement pour 2016, la prévision de croissance du PIB était estimée à 2,5 % en valeur et à 1,5 % en volume, compte tenu d'une prévision d'inflation à 1 %.

Le taux de progression des dépenses de soins de ville était particulièrement volontariste (+1,7 %). En effet, il était inférieur à la progression globale de l'ONDAM, elle-même en décélération, comme à l'objectif initial 2015 (+2,2 %), à l'objectif 2015 révisé dans la loi de financement pour 2016 (+2,1 %) et, plus encore, à l'évolution finalement constatée (+2,5 %). Le projet de loi de financement pour 2016 justifiait ce ralentissement par rapport à 2015 par une réduction de la dépense de médicaments (-1,4 % en construction 2016 contre - 0,1 % en construction 2015).

Le taux de progression global de « l'ONDAM hospitalier » (+1,8 %) était lui aussi en recul par rapport à la construction initiale 2015 non modifiée par la partie rectificative de la loi de financement pour 2016 (+2 %). Pour les dépenses de MCOO tarifées à l'activité, le taux d'évolution (+1,9 %) était sensiblement inférieur à celui de la construction initiale 2015 (+2,2 %). Pour les autres dépenses relatives aux établissements de santé, l'objectif en était voisin (+1,3 % contre +1,4 %).

Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, la progression (+2 %) était en recul par rapport à la construction initiale 2015 (+2,2 %), mais plus élevée que celle de la construction 2015 rectifiée dans la loi de financement pour 2016 (+1,7 %), après prise en compte d'une partie des mesures de régulation de 2015. La réduction du taux de progression de l'objectif concernait pour l'essentiel les dépenses relatives aux établissements pour personnes âgées.

L'objectif de progression relatif au Fonds d'intervention régional (FIR) était moitié moindre que celui de la construction initiale 2015 (+ 1 % contre +2,1 %).

Celui des « autres prises en charge » était quant à lui en léger repli (+4,6 % contre +5,2 % en construction initiale 2015).

Tableau n° 33 : ONDAM 2016 voté détaillé par sous-objectif*En M€*

	ONDAM 2015		ONDAM 2016			
	Taux d'évolution cible en %	Taux d'évolution cible révisé en %	Montant voté	Taux d'évolution cible en %	Taux d'évolution avant économies en %	Économies
Soins de ville (a) + (b)	+2,2	+2,1	84 308	+1,7	+4,4	2 298
Produits de santé (a)	+1,0		28 662	+0,7	+6,4	1 616
Médicaments et remises	+0,2		22 159	-0,3	+6,5	1 506
Médicaments	-0,1		22 891	-1,4	+5,1	1 506
Remises conventionnelles	-9,1		-732	-26,1	-26,1	0
Dispositifs médicaux	+3,9		6 502	+4,3	+6,1	110
Dépenses hors produits de santé (b)	+2,8		55 647	+2,1	+3,4	682
Dépenses hors produits, IJ et PEC	+2,8		42 487	+2,5	+3,3	297
Indemnités journalières (IJ)	+2,8		10 610	+2,7	+3,9	115
Prises en charge de cotisations (PEC)	+4,6		2 550	-6,0	+3,9	270
Établissements de santé (c) + (d)	+2,0	+2,0	77 920	+1,8	+3,0	993
Établissements tarifés à l'activité (c)	+2,2		58 117	+1,9	+3,3	797
MCOO publics et privés non lucratifs	+2,7		41 212	+2,2		
MCOO privés lucratifs	-0,0		10 555	+1,2		
MIGAC	+2,2		6 350	+1,7		
Autres dépenses (d)	+1,4		19 803	+1,3	+2,2	195
Objectifs de dépense de l'assurance maladie – secteurs public et privé non lucratif	+0,3		16 282	+0,7		
Dotations annuelles de financement (soins de suite et de réadaptation)	+0,4		15 263	+0,7		
Unités de soins de longue durée (psychiatrie)	+0,3		1 003	+0,0		
SSR et PSY - secteur privé lucratif	+1,5		2 980	+2,4		
Champ non régulé	+0,0		233	+0,0		
FMESPP	+171,5		307	+26,3		
Établissements et services médico-sociaux (e) + (f)	+2,2	+1,7	18 183	+2,0	+2,8	160
Personnes âgées (e)	+2,2	+1,9	8 866	+1,8	+3,0	63
Personnes handicapées (f)	+2,2	+1,4	9 317	+2,2	+2,7	97
Fonds d'intervention régional	+2,1	+0,5	3 086	+1,0	+1,0	0
Autres prises en charge	+5,2	+3,2	1 698	+4,6	+4,6	0
Soins à l'étranger	+6,2		735	+6,0	+6,0	0
Médico-social hors champ CNSA	+4,5		550	+4,0	+4,0	0
Dotations à divers fonds	+5,2		413	+2,8	+2,8	0
Total ONDAM	+2,1	+2,0	185 195	+1,75	+3,6	3 451

Source : Cour des comptes selon les données de la loi de financement pour 2016.

2 - Un taux prévisionnel de progression en réalité de +1,9 % et non de +1,75 %

Deux biais de présentation ont contribué à réduire en apparence seulement la progression de l'ONDAM fixé pour 2016.

D'une part, le montant des économies prévues au titre des soins de ville comprenait un montant de 270 M€ au titre de la réforme des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Dans la mesure où la loi de financement pour 2016 a réduit à due concurrence les taux de cotisation des PAMC assis sur leurs revenus d'activité (qui constituent une recette pour l'assurance maladie), et la part de leurs cotisations prise en charge par l'assurance maladie (qui figure en dépense), cette mesure n'a en réalité aucune incidence sur le solde de l'assurance maladie. Dès lors, la baisse de la part des cotisations des PAMC prise en charge par l'assurance maladie, étalée sur 2016 et 2017⁴⁹, ne pouvait être considérée comme une économie, mais constituait une simple évolution du périmètre de l'ONDAM.

D'autre part, était présenté à tort parmi les économies relatives aux sous-objectifs de « l'ONDAM médico-social »⁵⁰ un prélèvement sur les réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 160 M€ qui a pour effet de redéployer en dehors de l'ONDAM une partie des dotations aux établissements médico-sociaux. De même, la construction de l'ONDAM 2016 intégrait un prélèvement de 40 M€ sur les réserves de deux organismes hospitaliers tiers à l'assurance maladie (l'Association nationale de formation pour la fonction publique hospitalière – ANFH – et le fonds pour l'emploi hospitalier – FEH).

En neutralisant ces deux biais de présentation, le taux d'augmentation des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM en 2016 n'était pas de +1,75 %, mais de +1,93 %, soit un taux effectif quasi identique à l'objectif révisé de 2015 dans la loi de financement pour 2016 (+2,0 %). Compte tenu d'un tendancier de progression des dépenses (+3,6 %) moins dynamique qu'en 2015 (+3,9 %), l'effort de maîtrise des dépenses ne s'est pas renforcé, mais relâché.

⁴⁹ La réforme intervient sur deux exercices, d'où une nouvelle incidence sur la dépense en 2017 du même ordre que celle de 2016 (270 M€ au titre de chaque année).

⁵⁰ Sous l'intitulé « rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD » (objectif global de dépenses propre au secteur médico-social, qui intègre, outre les dotations aux établissements financées par l'assurance maladie, celles financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA - sur ses ressources propres).

C - La prévision rectifiée par la loi de financement pour 2017 : un objectif apparemment inchangé, des marges de dépenses supplémentaires

1 - Un taux de progression arrondi à +1,8 % qui dégage une marge supplémentaire de dépenses

La partie rectificative du projet de loi de financement pour l'année suivante permet d'ajuster l'ONDAM de l'année en cours en fonction de l'exécution définitive de l'année précédente, mais aussi des prévisions d'exécution actualisées en fonction de la trajectoire constatée sur les premiers mois de l'année.

Dans la partie rectificative pour 2016 du projet de loi de financement pour 2017, le montant global des dépenses de l'ONDAM pour 2016 a été précisé à 185,185 Md€⁵¹, tandis que le taux de progression affiché a été augmenté de +1,75 % à +1,8 %⁵². Parallèlement, les différents sous-objectifs ont fait l'objet de divers réajustements.

Tableau n° 34 : prévision initiale et rectifiée de l'ONDAM 2016 détaillée par sous-objectif

En M€

	Objectif 2016 (LFSS 2016)	Évolution en %	Objectif 2016 révisé (LFSS 2017)	Évolution en %	Variation LFSS 2017/2016
Soins de ville	84 308	+1,7	84 553	+1,8	+245
Établissements de santé	77 920	+1,8	77 947	+2,0	+26
Établissements tarifés à l'activité	58 117	+1,9	58 521	+2,7	+404
Autres dépenses relatives aux établissements	19 803	+1,3	19 426	+0,1	-378
Établissements médico-sociaux	18 183	+2,0	18 012	+1,6	-171
Personnes âgées	8 866	+1,8	8 773	+1,2	-93
Personnes handicapées	9 317	+2,2	9 239	+2,0	-78
FIR	3 086	+1,0	3 050	+0,1	-36
Autres prises en charge	1 698	+4,6	1 623	+2,8	-75
Total ONDAM	185 195	+1,75	185 185	+1,85	-10

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

⁵¹ Soit un montant quasi identique à la prévision initiale (185,196 Md€).

⁵² Ce taux de +1,8 % correspond à l'arrondi inférieur d'une progression de +1,847 %.

Cette augmentation mineure de taux, qui pourrait être assimilée à un taux inchangé de progression, a en réalité ménagé 176 M€ de dépenses supplémentaires à enveloppe inchangée (185,2 Md€). En effet, à la date de révision de l'objectif 2016, le montant définitif des dépenses au titre de l'exercice 2015 s'était révélé inférieur de 0,1 Md€ à leur constat provisoire. De ce fait, l'assiette de l'ONDAM 2016 - correspondant à l'objectif révisé de l'exercice 2015 - a été ramenée de 182 Md€ dans l'ONDAM 2016 initial à 181,8 Md€ dans l'ONDAM 2016 rectifié dans la loi de financement pour 2017.

Si le taux d'évolution cible des dépenses, soit +1,75 %, avait été appliqué à cette base réduite, l'ONDAM 2016 rectifié se serait élevé à 185,009 Md€, soit un montant inférieur de 176 M€ à celui figurant dans la partie rectificative de la loi de financement pour 2017.

2 - Le transfert de dépenses à d'autres financeurs

Le taux d'évolution du sous-objectif « soins de ville » a été ajusté à la hausse, passant de +1,66 % à +1,79 %, tout en demeurant nettement en deçà de la progression de +2,5 % constatée *in fine* au titre de 2015.

Le sous-objectif « soins de ville » a en effet été majoré de 245 M€ du fait de la constatation d'une dynamique plus forte que prévu sur la majorité des postes de dépenses. Les principaux dépassements anticipés concernaient les dépenses d'actes techniques des médecins spécialistes, les honoraires des chirurgiens-dentistes et les indemnités journalières. Ils n'ont été que très partiellement compensés par un ralentissement, inférieur aux prévisions, des honoraires paramédicaux (au titre des seuls soins infirmiers) et des dépenses de médicaments nettes des remises.

Le principal risque identifié portait sur les établissements tarifés à l'activité, pour lesquels un dépassement de 500 M€ était anticipé. Ce dernier résultait principalement d'une activité plus forte que prévu des établissements de santé publics (300 M€), au titre principalement des actes et consultations externes et des médicaments et des dispositifs médicaux de la « liste en sus », et d'un surcoût lié aux nouveaux traitements anticancéreux sous autorisation temporaire d'utilisation (230 M€).

Au total cependant, « l'ONDAM hospitalier » n'a que peu varié dans la partie rectificative de la loi de financement pour 2017 (augmentation de 26 M€). En effet, les risques étaient gagés par une partie des 350 M€ de dotations mises en réserve en début d'année et par la

réduction de 200 M€ de la dotation de l'assurance-maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

La réduction des ressources de ce fonds a été compensée par des prélèvements accrus sur les réserves de l'ANFH et du FEH à hauteur de 200 M€ dans le cadre de la prévision 2016 rectifiée par la loi de financement pour 2017 (contre 40 M€ dans la construction initiale de l'ONDAM).

**

Au-delà des fragilités constatées les années précédentes dans l'élaboration des tendanciels et dans la documentation des économies, la construction de l'ONDAM 2016 a ajouté des biais inusuels de présentation majorant les économies et en affectant la sincérité. L'objectif révisé n'a pas retracé l'évolution réelle des dépenses, pour partie reportées sur d'autres financeurs extérieurs au champ de l'ONDAM.

II - L'exécution de l'ONDAM 2016 : un respect apparent de l'objectif, une vive dynamique des dépenses de soins de ville, une hausse des dépenses hospitalières tarifées à l'activité

Le constat provisoire de l'exécution de l'ONDAM 2016 fait apparaître un respect de l'objectif pour la septième année consécutive. Au-delà d'un renforcement des mesures de régulation des dépenses, il a cependant été obtenu au prix de mesures qui ont transféré des dépenses à des entités situées à l'extérieur du périmètre de l'ONDAM, sans effet sur le solde des administrations publiques prises dans leur ensemble, ou les ont reportées sur les années suivantes.

En raison du dynamisme de l'ensemble des postes en dehors du médicament, les dépenses de soins de ville ont en effet dépassé l'objectif rectifié à la hausse. Malgré la mise en œuvre de mesures de régulation, les dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité ont quant à elles sensiblement augmenté.

A - Un objectif respecté au prix d'ajustements opportunistes, une exécution en réalité en dépassement

1 - Un écart d'exécution provisoire minime et encore incertain

a) Un écart d'exécution minime

En juin 2017, l'ONDAM 2016 constaté s'établit provisoirement à 185,16 Md€, soit un montant très légèrement inférieur (à hauteur de 27 M€) à l'objectif révisé par la loi de financement pour 2017. Les dépenses d'assurance maladie comprises dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de +3,4 Md€, soit de +1,84 % (contre +2 % en 2015).

Cet écart d'exécution est le plus faible jamais enregistré depuis 2010. Durant la période 2010-2013, une base surévaluée facilitait la sous-exécution de l'ONDAM. La correction d'assiette effectuée en 2014 et en 2015, comme l'avait recommandé la Cour, a rendu le pilotage de la dépense plus exigeant.

Tableau n° 35 : ONDAM voté et exécuté (2010-2016)

En Md€

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ONDAM voté	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9	185,2
ONDAM exécuté	161,8	166,3	170	173,7	178,1	181,8	185,2
Écart par rapport à l'objectif	-0,6	-0,8	-1,1	-1,7	-0,2	-0,1	-
Taux de progression voté	+3,0 %	+2,9 %	+2,4 %	+2,5 %	+1,7 %	+2,0 %	+1,75 %
Taux de progression exécuté	+2,3 %	+2,8 %	+2,3 %	+2,1 %	+2,4 %	+2,0 %	+1,8 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

Un montant d'économies réalisées en 2016 non documenté et en deçà des objectifs

Dans le cadre du plan triennal, un objectif d'économies de 3,4 Md€ était fixé pour 2016. Selon la direction de la sécurité sociale, alors que l'objectif de 3,2 Md€ d'économies aurait été atteint pour 2015, il ne serait réalisé qu'à hauteur de 3 Md€ en 2016.

L'ensemble des économies ne fait pas l'objet d'une évaluation solidement documentée *ab initio*, ni d'une évaluation précise *ex post*.

En particulier, les résultats du programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) visant à la réalisation de gains d'achats hospitaliers apparaissent très fragiles dans leur traduction en économies. La Cour a en effet constaté que l'évaluation de ce programme reposait sur des résultats surestimés, au regard des faiblesses méthodologiques du calcul des gains d'achats, et affectés de nombreux biais liés à leurs modalités de déclaration et de consolidation.

À partir des informations que les administrations concernées lui ont communiquées, la Cour a seulement pu établir une synthèse des économies estimées par les pouvoirs publics au regard des objectifs fixés.

Tableau n° 36 : synthèse des économies réalisées selon le ministère de la santé

En M€

Économies 2016 (M€)	Cible	Résultat
Efficacité de la dépense hospitalière	700	579
<i>dont gain des achats (Phare)</i>	480	321
<i>dont baisse des prix liste en sus</i>	85	40
Virage ambulatoire	500	461
<i>dont évolution de la masse salariale</i>	360	346
Produits de santé et promotion des génériques	1 000	918
<i>dont baisse des prix sur les produits de santé en ville</i>	905	847
<i>dont autres</i>	95	71
Pertinence et bon usage des soins	1 200	1 082
<i>dont économies de maîtrise médicalisée</i>	700	456
TOTAL	3 400	3 040

Source : direction de la sécurité sociale et direction générale de l'offre de soins.

b) Des incertitudes qui demeurent

La sous-exécution constatée reste provisoire, dans la mesure où les provisions comptabilisées au 31 décembre 2016 ne sont pas dénouées et où les montants comptabilisés au titre des remises des laboratoires pharmaceutiques sont incertains.

Le montant net des remises pris en compte dans le cadre de l'ONDAM 2016 exécuté se décompose comme suit.

Tableau n° 37 : produits à recevoir de remises conventionnelles au 31 décembre 2016 estimés par le CEPS

En M€

	31 décembre 2016
Remises liées aux médicaments durant les périodes précédant et suivant leur autorisation temporaire d'utilisation	190
Remises conventionnelles	1 023
Remises liées à la clause de sauvegarde (taux « L »)	175
Remises liées aux dispositifs médicaux	14
Total des remises (a)	1 402
Avoir sur remises allouées (b)	152
Total (a) - (b)	1 250

Source : Cour des comptes d'après les informations du CEPS.

En juin 2017, le CEPS a ajusté à la baisse, à 1 008 M€, le montant qu'il avait estimé au titre des remises conventionnelles (1 023 M€). L'administration n'a cependant pas pris en compte cet ajustement qui, toutes choses égales par ailleurs, réduit le montant de l'écart d'exécution de 27 M€ à 12 M€, et a préféré attendre pour ce faire la fixation du montant des remises liées à la clause de sauvegarde. Dans l'attente des déclarations définitives de chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques nécessaires à leur calcul, les remises dites « de sauvegarde » revêtent de fait pour leur part un caractère incertain.

**Une incertitude sur le montant des remises
de la « clause de sauvegarde »**

Le mécanisme dit de la « clause de sauvegarde » vise à encadrer l'évolution du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques au titre des ventes de médicaments remboursables par l'assurance maladie. La loi de financement pour 2015 a ainsi introduit le taux dit « L » fixé à -1 % d'évolution du chiffre d'affaires (contre +0,4 % pour le taux « K » en 2014) et a modifié la base de calcul, dorénavant déterminée à partir d'une évolution du chiffre d'affaires net des remises déjà versées.

Les déclarations des laboratoires font apparaître de fréquentes erreurs. Les déclarations rectifiées n'ont cependant pas été produites dans les délais. Dans ce contexte, la Cour a, dans son opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2016, reconduit une réserve liée à la comptabilisation, non conforme aux règles comptables, de produits à recevoir ne pouvant être évalués avec une fiabilité suffisante⁵³.

**2 - Des mesures de régulation des dépenses plus fortes qu'en 2015,
concentrées sur les établissements de santé et médico-sociaux**

Afin de respecter l'ONDAM, des mesures de régulation ont été mises en œuvre pour un montant total de 797 M€, supérieur à celui de 2015 (736 M€). Si elles ont concerné l'ensemble des sous-objectifs, elles se sont de nouveau concentrées sur les dotations aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux, à un niveau lui aussi supérieur à celui de 2015 (soit 729 M€ contre 653 M€ en 2015).

Comme le montre le tableau ci-après, qui en détaille les modalités, ces mesures ont porté à hauteur de 446 M€ au total sur les dotations aux établissements de santé et de 283 M€ sur celles aux établissements médico-sociaux.

⁵³ Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2016*, chapitre IV : l'activité de recouvrement, p. 103, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 38 : régulation 2016 ventilée par secteur et type de mesure

En M€

	Soins de ville	Établissements de santé			Établissements médico-sociaux	FIR	Autres prises en charge	Total ONDAM
	Tarif « B » des actes de biologie	Coefficient prudentiel	Dotations (DAF et MIGAC)	FMESPP				
Mises en réserve	-	-211	-96	-45	-111	-40	-30	-533
Gels complémentaires	-	-	-	-	-60	-	-	-60
Total mises en réserves et gels complémentaires	-	-211	-96	-45	-171	-40	-30	-593
Fongibilité	-	-	-37	-	-	37	-	-
Annulations de dotations non mises en réserve	-	-	-157	-	-112	-	-	-269
Réduction tarifaire temporaire	-35	-	-	-	0	-	-	-35
Dégels de mises en réserve	-	71	29	-	-	-	-	100
Total mesures de fin d'année	-35	71	-165	-	-112	37	-	-204
Total de la régulation	-35	-140	-261	-45	-283	-3	-30	-797

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

Les mesures de régulation qui ont porté sur « l'ONDAM hospitalier », et donc sur les ressources des établissements de santé, ne se sont cependant pas accompagnées d'une dégradation du résultat agrégé des hôpitaux pour l'exercice 2016.

Un déficit hospitalier en réduction en 2016

Selon le constat provisoire de la situation financière des hôpitaux publics en 2016 établi par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), le déficit des établissements publics de santé s'est réduit de 606 M€ en 2015 à 529 M€ en 2016. Plus de la moitié des hôpitaux sont excédentaires en 2016 (soit 463 contre 427 en 2015)⁵⁴. La progression de la masse salariale a été contenue (+1,43 % contre +1,76 % en 2015). Par ailleurs, le taux d'endettement des établissements s'est stabilisé (à 37 % des produits).

⁵⁴ 39 établissements concentreraient toutefois la moitié du déficit global, contre 26 en 2015 et 36 en 2014 (DGOS).

3 - Des minorations de dépenses opportunistes

Compte tenu de l'ampleur du dépassement des dépenses de soins de ville, le respect de l'objectif global n'a pas reposé uniquement sur des mesures de régulation des dépenses, mais aussi sur des ajustements opportunistes.

a) L'absence de rattachement de certaines dépenses à 2016

Les dépenses des établissements de santé relatives aux molécules sous ou post-ATU au titre de 2016 s'élèvent à 484 M€. Toutefois, seuls 304 M€ de dotations leur ont été déléguées à ce titre, soit une insuffisance de 180 M€ (contre 95 M€ en 2015).

Selon la direction de la sécurité sociale, le reliquat sera délégué en 2017 conformément au calendrier habituel de versement des dotations MERRI⁵⁵, qui couvrent en principe à l'euro près ces charges. Compte tenu de leur rattachement à 2016, les dépenses de molécules sous ou post-ATU non couvertes par des délégations en 2016, soit 180 M€, auraient dû être cependant intégrées à l'ONDAM 2016.

Les ajustements de provisions dans le cadre du constat provisoire d'exécution de l'ONDAM

Pour la première fois dans le cadre du constat provisoire d'exécution de l'ONDAM, la direction de la sécurité sociale avait révisé à la baisse dès le mois de juin 2016 l'estimation des dépenses de prestations couvertes par les provisions comptabilisées par les régimes d'assurance maladie à la clôture de leurs comptes 2015.

Elle a reconduit cette pratique pour la détermination du constat provisoire d'exécution de l'ONDAM 2016. À l'instar de 2015, les provisions comptabilisées par les régimes d'assurance maladie à la clôture des comptes 2016 ont été ajustées au motif d'informations postérieures à la clôture des comptes, intervenue à peine trois mois plus tôt (15 mars 2017).

⁵⁵ Dotations au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

Le champ de cet ajustement a cependant été modulé afin d'avoir une incidence minimale sur le montant des dépenses : la révision a uniquement concerné le régime général, au motif que les données des autres régimes n'étaient pas encore vérifiées ; par ailleurs, elle a été étendue aux cliniques.

La provision relative aux soins de ville a ainsi été augmentée de 22,5 M€ et, parallèlement, celle constituée au titre des cliniques a été réduite de 10 M€. Les informations obtenues au titre des autres régimes, en cours de fiabilisation, pourraient conduire à augmenter de 5 M€ les provisions lors du constat définitif de l'ONDAM 2016.

Concomitamment au constat de provisions plus élevées, de moindres dépenses ont été intégrées à l'ONDAM 2016 exécuté. Le sous-objectif « autres prises en charge » a ainsi été minoré de 15 M€ au motif de la réduction par un arrêté à paraître de la dotation de l'assurance maladie à l'Agence nationale pour la santé publique (ANSP), qu'elle cofinance avec l'État.

b) L'augmentation en exécution des transferts de charges à d'autres opérateurs

Pour permettre le respect de l'ONDAM global, 283 M€ de dotations aux établissements médico-sociaux ont été annulées en cours d'année : la partie rectificative de la loi de financement pour 2017 a confirmé une première réduction de 171 M€ et 112 M€ complémentaires ont été annulés en fin d'année. Afin d'atténuer l'incidence de ces annulations, le prélèvement sur les réserves de la CNSA a atteint en définitive 200 M€ (contre 160 M€ dans la construction initiale de l'ONDAM 2016 et 192 M€ en 2015).

Par ailleurs, la contribution de l'assurance-maladie au FMESPP, initialement prévue à 307 M€, a été ramenée à 2 M€ en exécution. En effet, au total, 300 M€ ont été financés par des prélèvements sur les réserves de l'ANFH et du FEH, au lieu de 200 M€ dans la prévision rectifiée en loi de financement pour 2017, tandis que 45 M€ de mises en réserve de dotations n'ont pas été dégelées.

c) Une réduction temporaire du tarif des actes de biologie médicale

Dans le cadre de l'accord du 7 novembre 2016 entre l'assurance maladie et les représentants des biologistes médicaux, qui prolonge par avenant pour trois années supplémentaires le protocole d'accord triennal de 2014 relatif à la régulation des dépenses de biologie médicale, la valeur de la lettre clé « B » des tarifs des actes de biologie médicale a été réduite de deux centimes (de 27 à 25 centimes) pour la seule période allant de la mi-novembre à la fin de l'année 2016.

Cette mesure, qui a engendré une économie de l'ordre de 35 M€ en 2016, est la seule mesure de régulation ayant touché les soins de ville.

L'économie correspondante n'a cependant qu'un caractère transitoire, d'autant qu'elle s'accompagne d'une augmentation des charges des années suivantes. En effet, le protocole d'accord prévoit que cette mesure d'économies sur 2016 sera strictement compensée par des dépenses d'un montant équivalent au cours des trois prochaines années dans le cadre de l'enveloppe de dépenses convenue avec l'assurance maladie. Cette compensation apparaît d'autant plus anormale que, loin d'être stables, les dépenses de biologie en ville ont augmenté de +2,2 % en 2016.

**

En définitive, les leviers utilisés pour afficher un ONDAM 2016 exécuté conforme à la prévision conduisent à minorer une série de dépenses dans des conditions discutables.

Après correction des éléments précités, le constat d'une sous-exécution de l'ONDAM s'inverse, les dépenses s'établissant à 185,263 Md€, au lieu de 185,158 M€. En neutralisant le biais de construction lié à la prise en compte comme économie de la diminution des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM ont augmenté en réalité de +2,1 % en 2016, au lieu de +1,8 % comme affiché.

Lorsque l'on prend par ailleurs en compte la variation des dépenses reportées sur d'autres financeurs dans la construction de l'objectif ou au cours de son exécution, le montant total des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM a en réalité augmenté de +2,2 % en 2016.

Tableau n° 39 : progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM 2016 selon la Cour

En M€

	Réalisé provisoire 2016
ONDAM 2016 exécuté affiché	185 158
Taux de progression affiché	+1,8 %
+ Ajustement des remises conventionnelles	+15
+ Prise en compte des écarts de sur et sous-provisionnement des autres régimes	+5
+ Variation / 2015 de l'absence de rattachement à l'objectif de l'année de la totalité des dépenses relatives aux ATU	+85
ONDAM 2016 (selon Cour des comptes)	185 263
Taux d'évolution hors effet des cotisations des PAMC	+1,90 %
Cotisations PAMC	+270
Taux de progression avec correction de l'« économie » liée à la réforme des cotisations des PAMC	+2,05 %
+ Variation des prises en charge par d'autres financeurs	+308
Dépenses 2016 relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon Cour des comptes)	185 841
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon Cour des comptes)	+2,2 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

Le seuil d'alerte, fixé depuis 2013 à 0,5 % des dépenses prévisionnelles⁵⁶, apparaît aujourd'hui trop élevé au regard du resserrement progressivement accru de l'ONDAM, ce qui affaiblit son efficacité et le rôle du comité d'alerte dans la régulation de la dépense d'assurance maladie. Ce taux devrait être abaissé à 0,2 % et le comité d'alerte saisi en tout état de cause dès lors que les risques de dépassement excèdent les dépenses mises en réserve et les mesures complémentaires envisagées soumises à son avis.

⁵⁶ En application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, lorsque le comité d'alerte « considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure » à un seuil fixé par décret, en l'espèce 0,5 % des dépenses prévisionnelles, il notifie un avis d'alerte au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie, qui sont alors tenues de « proposer des mesures de redressement » dont le comité apprécie la portée.

B - Une progression soutenue des dépenses de soins de ville, une augmentation sensible de celles des établissements de santé tarifés à l'activité

La comparaison de l'exécution 2016 provisoire par rapport à l'exécution définitive de 2015 fait apparaître une quasi-stabilité de la croissance des soins de ville (+2,4 % en 2016 contre +2,5 % en 2015) et une accélération de celle des dépenses relatives aux établissements de santé publics et privés tarifés à l'activité (+2,8 % contre +2 % en 2015). Les autres dépenses relatives aux établissements de santé (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) ont fléchi (- 0,6 % en 2016 contre +1 % en 2015). Celles relatives aux établissements médico-sociaux ont augmenté pratiquement au même rythme qu'en 2015 (+1,0 % contre +1,1 % en 2015)⁵⁷.

Tableau n° 40 : dépenses de l'ONDAM 2016 exécuté par sous-objectif

En M€

	Réalisé 2015 (définitif)	Réalisé provisoire 2016	Variation 2016/2015 en montant	Variation 2016/2015 en %
Soins de ville	83 142	85 075	+1 933	+2,4
Établissements de santé	76 324	77 566	+1 242	+1,6
Établissements tarifés à l'activité	56 715	58 291	+1 576	+2,8
Autres dépenses relatives aux établissements	19 610	19 275	-335	-0,6
Établissements médico-sociaux	17 701	17 900	+199	+1,0
Personnes âgées	8 651	8 750	+99	+0,9
Personnes handicapées	9 050	9 150	+100	+1,0
FIR	3 018	3 018	0	+0,0
Autres prises en charge	1 574	1 599	+25	+1,6
Total	181 759	185 158	+3 399	+1,8

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

Toutefois, une fois neutralisés les effets de périmètre, notamment ceux liés à des ajustements visant à minorer la progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, la croissance des dépenses de soins de ville ne s'est pas ralentie, mais accélérée (+2,8 % contre +2,3 % en 2015, voir *infra*).

⁵⁷ Après prise en compte de la contribution de la CNSA à leur financement, le montant total des dotations aux établissements médico-sociaux dans le cadre de l'OGD (soit 19 286 M€) a augmenté de +1,1 % par rapport à 2015 (contre +2,4 % de 2014 à 2015).

Comme le montre le tableau ci-après, l'évolution des dépenses des différentes sous-objectifs recouvre des écarts importants par rapport aux prévisions de dépenses initiales (loi de financement pour 2016) et rectifiées (loi de financement pour 2017). Les dépenses de soins de ville ont dépassé non seulement la prévision initiale, mais aussi la prévision rectifiée à la hausse. À l'inverse, prise globalement, la réalisation des sous-objectifs relatifs aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux, qui ont fait l'objet de mesures de régulation, est inférieure aux prévisions révisées comme initiales. Elle recouvre néanmoins des situations différenciées.

Tableau n° 41 : comparaison des dépenses exécutées en 2016 par rapport aux objectifs initiaux et révisés

En M€

	Objectif 2016 (LFSS 2016)	Objectif 2016 (LFSS 2017)	Réalisé provisoire 2016	Taux d'évolution (réalisé provisoire 2016)	Écart LFSS 2016	Écart LFSS 2017	Comparaison sur/sous-exécution 2015
Soins de ville	84 308	84 553	85 075	+2,4	+767	+522	+250
Établissements de santé	77 920	77 947	77 566	+1,6	-354	-381	-214
Établissements de santé tarifés à l'activité	58 117	58 521	58 301	+2,3	+184	-220	-47
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19 803	19 426	19 275	-0,6	-528	-150	-167
Établissements médico-sociaux	18 183	18 012	17 900	+1,0	-283	-112	-113
ESMS personnes âgées	8 866	8 773	8 750	+0,9	-116	-23	-44
ESMS handicapés	9 317	9 239	9 150	+1,0	-167	-89	-69
FIR	3 086	3 050	3 018	-1,0	-68	-32	-8
Autres prises en charge	1 698	1 623	1 599	+1,6	-99	-24	-50
Total ONDAM	185 195	185 185	185 158	+1,8	-37	-27	-135

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

1 - Des dépenses de soins de ville dont la croissance s'accélère au-delà des prévisions

a) Un dépassement non seulement de l'objectif initial, mais aussi de l'objectif rectifié à la hausse

La partie rectificative pour 2016 de la loi de financement pour 2017 avait prévu un dépassement de 245 M€ de l'objectif « soins de ville »

initial. Cette prévision était nettement sous-évaluée. En effet, le constat provisoire de l'ONDAM 2016 fait apparaître un dépassement du sous-objectif relatif aux soins de ville de 766,5 M€ par rapport à l'objectif initial (soit 0,9 %) et de 522 M€ par rapport à l'objectif rectifié (soit 0,6 %).

À titre de comparaison, les dépassements intervenus en 2014 et 2015 par rapport aux objectifs initiaux étaient de l'ordre de 200 M€.

Tableau n° 42 : dépenses de soins de ville prévues et exécutées en 2016

En M€

	Objectif 2016 initial	Objectif 2016 révisé	Constat 2016	Écart à l'objectif initial	Écart à l'objectif révisé	Variation 2016/2015 en %
Soins de ville	84 308	84 553	85 075	+766.5	+522	+2,4
dont produits de santé	28 662	28 549	28 649	-12,5	+101	+0,9
dont médicaments et remises conventionnelles	22 159	22 005	22 083	-76	+78	-0,4
<i>médicaments</i>	22 891	23 376	23 333	+442	-43	+0,6
<i>remises conventionnelles</i>	-732	-1 371	-1 250	-518	+121	+22,3
dont dispositifs médicaux	6 502	6 543	6 566	+63,5	+22	+5,6
dont hors produits de santé	55 647	56 005	56 404	+757	+399	+3,1
<i>dont autres dépenses</i>	42 487	42 617	42 991	+504	+374	+3,7
<i>dont indemnités journalières</i>	10 610	10 765	10 824	+214	+59	+4,1
<i>dont PEC cotisations</i>	2 550	2 623	2 589	+39	-34	-9,0
Ajustement de provisions			22			

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

Les dépenses de médicaments, nettes des remises conventionnelles, sont moins élevées que l'objectif initial (à hauteur de 76 M€), mais plus élevées (de 78 M€) que l'objectif révisé à la baisse, sous l'effet d'un montant de remises moindre que prévu.

Tous les autres postes de dépenses de soins de ville dépassent, non seulement l'objectif initial, mais aussi l'objectif rectifié à la hausse.

Par rapport aux prévisions rectifiées, près de la moitié des dépassements des soins de ville pris dans leur globalité proviennent des honoraires médicaux et dentaires (232 M€), portés par un volume de consultations élevé des généralistes et des spécialistes et par une forte

dynamique des actes techniques des spécialistes. Sauf exception, tous les autres postes connaissent une sur-exécution : honoraires paramédicaux (76 M€), indemnités journalières (59 M€), transports sanitaires (65 M€), dispositifs médicaux (22 M€) et dépenses de biologie médicale (11 M€).

b) Une forte dynamique de la plupart des postes de dépenses, à l'exception notable des médicaments

Après neutralisation de l'effet de périmètre lié à la réforme des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les dépenses ont augmenté de +2,8 % par rapport à 2015, contre +2,3 % entre 2014 et 2015.

À l'exception très notable des médicaments, dont la dépense nette de remises conventionnelles a baissé en valeur absolue (-0,4 %), tous les postes de dépenses ont augmenté. La plupart ont vu leur croissance s'accroître, même ceux non concernés par le « virage ambulatoire », à l'instar des indemnités journalières. La progression des dépenses a notamment été tirée par les dispositifs médicaux (+5,6 % contre +4,7 % en 2015), les transports sanitaires (+4,5 % contre +4,4 %), les honoraires de masseurs-kinésithérapeutes (+4,5 % contre +2,8 %), les indemnités journalières (+4,1 % contre +3,3 %) et les honoraires des médecins spécialistes (+4,2 % contre +3 %). La croissance des dépenses de soins infirmiers s'est légèrement ralentie, tout en continuant à s'inscrire à un niveau élevé (+4,3 % contre +5 %). Les dépenses de biologie, en principe encadrées par une enveloppe convenue avec la profession, ont vu leur progression s'accroître (+2,2 % contre +0,1 %), du fait de la croissance du nombre d'actes.

Tableau n° 43 : évolution des dépenses de soins de ville entre 2015 et 2016

En M€

	Exécuté 2015 (à périmètre 2016) (en M€)	2016 provisoire (en M€)	Variation 2016/2015 (en M€)	Variation 2016/2015 (en %)	Variation 2015/2014 (en %)
Médicaments nets des remises	22 164	22 083	-81	-0,4	-0,1
<i>Médicaments</i>	23 186	23 333	+147	+0,6	-1,0
<i>Remises conventionnelles</i>	-1 022	-1 250	-228	+22,3	-16,8
Dispositifs médicaux	6 217	6 564	+347	+5,6	+4,7
Honoraires médicaux	17 852	18 468	+617	+3,5	+2,5
<i>dont médecins généralistes</i>	6 478	6 606	+128	+2,0	+1,3

	Exécuté 2015 (à périmètre 2016) (en M€)	2016 provisoire (en M€)	Variation 2016/2015 (en M€)	Variation 2016/2015 (en %)	Variation 2015/2014 (en %)
<i>dont médecins spécialistes</i>	11 117	11 584	+468	+4,2	+3,0
Honoraires des chirurgiens- dentistes	3 502	3 589	+87	+2,5	+3,2
Honoraires paramédicaux	11 454	11 979	+525	+4,6	+4,2
<i>dont infirmiers</i>	6 965	7 264	+299	+4,3	+5,0
<i>dont masseurs- kinésithérapeutes</i>	3 744	3 911	+167	+4,5	+2,8
Transports des malades	4 270	4 462	+192	+4,5	+4,4
Biologie	3 409	3 485	+76	+2,2	+0,1
Indemnités journalières	10 399	10 824	+425	+4,1	+3,3
Cotisations PAM	2 845	2 589	-256	-9,0	+9,7
Autres dépenses	981	1 032	+51	+5,2	+1,9
Total soins de ville	83 093	85 075	+1 982	+2,4	+2,5
Total soins de ville hors cotisations PAM	80 247	82 486	+2 239	+2,8	+2,3

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

L'accélération de la croissance des dépenses de soins de ville en 2016 souligne les limites de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Des économies de maîtrise médicalisée en deçà des objectifs

La maîtrise médicalisée des dépenses de ville s'articule autour d'une maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et de dispositifs médicaux et d'une maîtrise médicalisée hors produits de santé, ciblée sur les indemnités journalières, les transports sanitaires, les actes de radiologie, la biologie, les prescriptions de masso-kinésithérapie.

Au total, sur les 715 M€ d'économies prévues initialement, 456 M€ ont été réalisées selon la CNAMTS, soit 65 %, ce qui constitue le taux de réalisation le plus faible depuis la mise en place du dispositif de maîtrise médicalisée en 2005.

Pour les médicaments, les économies s'élèveraient à 317 M€ au regard d'un objectif de 390 M€. Si leur niveau de réalisation est globalement satisfaisant (81 %), il recouvre des résultats hétérogènes selon les classes de médicaments.

En matière de biologie, d'actes de radiologie, de recours à la kinésithérapie, de transports et d'indemnités journalières, les objectifs seraient respectivement atteints à hauteur de 15 %, de 1 %, de 65 %, de 14 % et de 24 %. Au total, ces cinq postes, qui contribuent significativement aux écarts entre exécution et prévision, n'auraient dégagé que 65,2 M€ d'économies, faute d'outils de régulation appropriés, alors que 270 M€ étaient attendus.

2 - Une progression plus rapide des dépenses des établissements tarifés à l'activité

a) Une sous-exécution globale des dépenses relatives aux établissements de santé

L'écart d'exécution des dépenses relatives aux établissements de santé (-354 M€ par rapport à la prévision initiale et -381 M€ par rapport à la prévision rectifiée) recouvre deux évolutions contrastées :

- une sous-exécution (-220 M€) de l'enveloppe des établissements tarifés à l'activité par rapport à une prévision rectifiée à la hausse (à hauteur de +404 M€), mais une sur-exécution par rapport à la prévision initiale (+184 M€) ;
- une sous-exécution de l'enveloppe des autres dépenses relatives aux établissements de santé par rapport à la prévision initiale (-528 M€), atténuée de 150 M€ par rapport à une prévision révisée à la baisse (-377 M€).

L'analyse de la variation des dépenses relative aux différents types d'établissement éclaire ces évolutions différenciées.

b) Une augmentation des dépenses liées aux séjours tarifés à l'activité et aux dotations MIGAC qui s'accélère

Le rythme d'augmentation des dépenses relatives aux établissements de santé, pris globalement, a enregistré un léger recul en 2016 (+1,6 %) par rapport à 2015 (elles avaient alors progressé de +2 %). Après neutralisation de l'incidence du transfert du financement du FMESPP à d'autres contributeurs, à hauteur de 260 M€ (voir *supra*), la progression des dépenses est voisine celle de 2015 (+1,9 % contre +2 %).

Cette évolution recouvre elle-même des situations différenciées selon les types d'établissement et leurs modalités de financement.

À périmètre constant de dépenses, après correction de la minoration de dépenses liée aux molécules sous ou post-ATU (voir *supra*), l'augmentation des dépenses relatives aux établissements publics et privés non lucratifs tarifés à l'activité s'est ralentie (+2,6 % contre +2,8 % en 2015), sous l'effet d'une progression moins dynamique des dépenses de séjours hospitaliers facturées dans le cadre de la tarification à l'activité (+2,2 %, après +2,6 % en 2015). Malgré les mesures de régulation ayant

porté sur les dotations (voir *supra*), le montant des dotations MIGAC a fortement augmenté (de 300 M€, soit +4,9 %, contre +3,9 % en 2015).

Les dépenses relatives aux établissements privés lucratifs tarifés à l'activité sont quant à elles réparties à la hausse (+2 % après une stagnation en 2015), sous l'effet principalement de l'augmentation des dépenses de séjours hospitaliers facturées au titre de la tarification à l'activité (+1,8 % après une baisse de -0,2 % en 2015).

Avec l'augmentation des MIGAC destinées aux établissements publics et privés, le redémarrage de l'activité des établissements privés lucratifs concourt à expliquer la croissance plus rapide des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés (+2,6 % contre +2,3 % en 2015, à périmètre constant de dépenses).

Prises ensemble, les dotations aux établissements de soins de suite et de réadaptation et psychiatriques ont quant à elles légèrement augmenté pour le secteur public et privé non lucratif (+0,3 %) et plus fortement pour le secteur privé lucratif (+1,3 %).

Tableau n° 44 : évolution des dépenses de l'« ONDAM hospitalier » entre 2015 et 2016

En M€

	Exécuté 2015 (à périmètre 2016) (en M€)	Exécuté 2016 (en M€)	Variation 2016/2015 (en M€)	Variation 2016/2015 (en %)	Variation 2015/2014 (en %)
Établissements de santé	76 374	77 566	+1 192	+1,6	+2,0
<i>Établissements publics et privés non lucratifs (a) + (b) + (c)</i>	<i>62 550</i>	<i>63 704</i>	<i>+1 155</i>	<i>+1,8</i>	<i>+2,2</i>
Établissements publics et privés non lucratifs tarifés à l'activité (a)	46 501	47 614	+1 113	+2,4	+2,8
MCOO (tarification à l'activité)	40 424	41 239	+815	+2,0	+2,6
MIGAC	6 077	6 375	+298	+4,9	+3,9
Dotations annuelles de financement (SSR) (b)	15 054	15 091	+38	+0,3	+0,4
Unités de soins de longue durée (PSY) (c)	995	999	+4	+0,4	-0,1
Établissements privés lucratifs (d) + (e)	13 382	13 628	+246	+1,8	+0,3
Établissements privés lucratifs tarifés à l'activité (d)	10 477	10 687	+210	+2,0	-
MCOO (tarification à l'activité)	10 381	10 564	+183	+1,8	-0,2
MIGAC	96	123	+27	+28,1	+41,5
Soins psychiatriques (PSY) et de suite et de réadaptation (SSR) (e)	2 904	2 941	+37	+1,3	+1,2
Dotations non régulées	200	232			
FMESPP	243	2	-241	-99,2	+123,6

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

À la suite du rebasage en 2014 et 2015 de l'assiette de l'ONDAM en fonction des dépenses effectivement exécutées, comme l'avait alors recommandé la Cour, le respect des ONDAM successifs a été de plus en plus tendu, comme le traduisent des écarts d'exécution de plus en plus modestes.

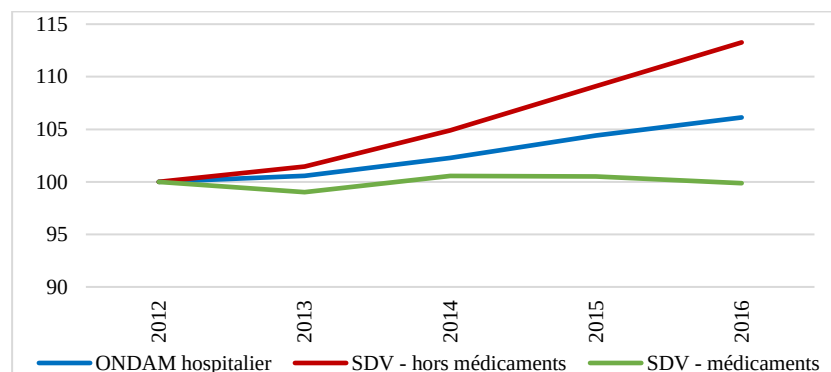
L'écart global d'exécution enregistré en 2016, minime (27 M€), pourrait donner le sentiment que l'ONDAM 2016 a été respecté dans le prolongement des tendances antérieures.

Cependant, ce dernier est marqué dans son élaboration comme dans son exécution par le cumul de nombreux biais qui en affaiblissent la portée. L'affichage d'un taux en forte décélération (+1,75 %) masque une progression des dépenses plus forte qu'en 2015 (+2,2 % contre +2 %).

L'ONDAM a été respecté au prix non seulement de mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux, mais aussi de multiples ajustements opportunistes, faute d'instruments permettant de peser en cours d'année sur l'évolution des dépenses les plus dynamiques.

Depuis 2014, se constate ainsi une sur-exécution systématique du sous-objectif des soins de ville. L'écart d'exécution s'est lui-même accru, passant de 0,2 Md€ en 2014 et 2015 à 0,8 Md€ en 2016 par rapport à la prévision initiale. À l'exception notable du médicament, la plupart des postes participent à l'accélération des dépenses.

Graphique n° 4 : évolution comparée des dépenses de soins de ville hors médicament et de l'ONDAM hospitalier (2013-2016)



Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

Si les dépenses relatives aux établissements de santé et médico-sociaux connaissent pour leur part en 2016 une sous-exécution globale (de 0,6 Md€ au total par rapport à la prévision de la loi de financement pour 2016), c'est pour partie en raison du transfert à d'autres contributeurs, en cours d'exécution, d'une partie des dépenses (à hauteur de 260 M€ vers divers organismes hospitaliers pour financer le FMESPP et de 40 M€ vers la CNSA pour financer les établissements médico-sociaux au-delà des montants pris en compte dans le cadre de la construction de l'ONDAM 2016). Prises globalement, les dépenses relatives aux établissements publics et privés de santé tarifés à l'activité ont été plus dynamiques en 2016 que l'année précédente.

Les mesures circonstanciées utilisées pour assurer le respect apparent de l'ONDAM en 2016 affectent fortement la portée de ce résultat, alors que l'ONDAM est un outil essentiel de pilotage et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Elles accentuent en tout état de cause les difficultés d'exécution des objectifs 2017 et suivants.

III - De fortes tensions sur l'ONDAM 2017 et ceux des années suivantes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a fixé à 190,7 Md€ l'objectif de dépenses pour 2017. Après trois années d'inflexion à la baisse, le taux de progression a été ainsi rehaussé à +2,1 %.

A - En 2017, de nouveaux biais de construction et des risques en exécution

1 - Un taux de progression affiché en forte hausse

Le taux de progression des dépenses affiché pour 2017 (+2,1 %) marque un important ressaut par rapport à celui fixé pour 2016 par la précédente loi de financement (+1,75 %).

La progression du sous-objectif relatif aux soins de ville évolue au même rythme que l'ONDAM global (+2,1 %), ce qui constitue un niveau plus réaliste que le taux rectifié pour 2016 (+1,8 %). S'agissant du sous-objectif relatif aux établissements de santé, qui fusionne deux sous-

objectifs⁵⁸ afin d'accroître la fongibilité des dépenses, ainsi que la Cour l'avait recommandé⁵⁹, la progression prévue est identique au taux révisé au titre de l'ONDAM 2016 (+2 %). L'ONDAM « médico-social » est quant à lui fixé en forte progression (+2,9 %) par rapport à l'objectif initial (+2 %) et surtout révisé pour 2016 (+1,6 %). Il reflète notamment un soutien accru à la création de places d'accueil pour les personnes âgées et handicapées.

Tableau n° 45 : évolution prévisionnelle de l'ONDAM 2017 par sous-objectif

En M€

	Objectif 2016 à périmètre 2017	LFSS 2017	Taux d'évolution en %
Soins de ville	84,8	86,6	+2,1
Établissements de santé	77,7	79,2	+2,0
Établissements médico-sociaux	19,5	20,1	+2,9
FIR	3,2	3,2	+2,0
Autres prises en charge	1,6	1,7	+4,6
Total ONDAM 2017	186,7	190,7	+2,1

Source : LFSS 2017 et Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

Afin de tenir ce taux de progression de +2,1 %⁶⁰, a été fixé un objectif de 4,05 Md€ d'économies, ce qui marque une forte augmentation par rapport aux précédents ONDAM (3,4 Md€ d'économies dans la construction de l'objectif 2016). Les principaux champs d'économies avancés sont du même ordre que les années précédentes, sans être plus précisément documentés : les produits de santé (1 430 M€), la pertinence du recours au système de soins, visant à réduire les actes inutiles ou redondants tant en établissements de santé qu'en ville (1 135 M€), l'efficacité de la dépense hospitalière (845 M€) et le « virage ambulatoire » (640 M€). Pour une part, ces économies correspondent cependant en réalité à des mesures de périmètre (voir 2 – b) *infra*). Après déduction de ces mesures, le montant des économies est ramené à 3,3 Md€.

⁵⁸ La loi de financement pour 2017 a fusionné les deux sous-objectifs relatifs aux « établissements tarifés à l'activité » et aux « autres dépenses d'établissements de santé ».

⁵⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 175-198, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶⁰ Les chiffres communiqués par la direction de la sécurité sociale font apparaître un taux de progression de +2,15 %.

2 - Une progression des dépenses alimentée par de nouvelles mesures et atténuée par des économies pour partie artificielles

a) De nouvelles mesures en dépenses

Le sous-objectif « soins de ville » a été arrêté à 86,6 Md€ pour 2017. La hausse tendancielle des dépenses est estimée à +3,9 %. S'y ajoutent de nouvelles mesures, liées en particulier à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, dont l'impact en 2017 est évalué à environ 400 M€ par l'assurance maladie. Elles conduisent à porter à +4,7 % la progression prévisionnelle des dépenses avant économies.

S'agissant des établissements de santé, le taux d'évolution avant économies s'élève à +4 %. Cette progression soutenue s'explique notamment par les incidences sur la masse salariale des hôpitaux de la hausse de la valeur du point de la fonction publique⁶¹, des mesures du protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunération » (PPCR)⁶² et de mesures d'attractivité propres à certains corps hospitaliers, soit 800 M€ au total.

b) Un taux de progression réel de +2,4 %

Comme celui de 2016, la construction de l'ONDAM 2017 est entachée de nombreux biais qui en affectent la sincérité.

À l'instar de 2016, la poursuite de la réforme des cotisations des professionnels de santé, dont l'impact sur l'année 2017 est chiffré à 270 M€, est de nouveau présentée en économie, alors qu'il s'agit d'une mesure de périmètre, la moindre dépense ayant pour contrepartie une moindre recette de même montant, sans effet sur le solde de l'assurance maladie.

En outre, un prélèvement de 220 M€ sur les réserves du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), nouvellement créé,

⁶¹ Effet report de la hausse de +0,6 point au 1^{er} juillet 2016 et hausse de +0,6 point au 1^{er} février 2017.

⁶² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015, une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017, p. 71-120, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

est également présenté à tort en économie. Cette opération conduit à exclure du périmètre de l'ONDAM une dépense de médicaments, mais elle ne saurait être considérée comme une économie véritable. En effet, les dépenses correspondantes pèsent toujours sur le solde de l'assurance maladie (voir 3 - *infra*).

Par ailleurs, un prélèvement sur les réserves de la CNSA, à hauteur de 230 M€ (en hausse de 30 M€ par rapport à 2016), est lui aussi présenté en économie, alors qu'il s'agit d'une mesure de périmètre conduisant à redéployer des dépenses médico-sociales en dehors du champ de l'ONDAM.

Enfin, sans que ces opérations soient présentées en économie, l'enveloppe de dépenses de l'ONDAM est de nouveau minorée par des prélèvements sur les réserves du FEH et de l'ANFH à hauteur de 220 M€ pour financer le FMESPP (en baisse de 80 M€ par rapport à 2016), en transférant là aussi des dépenses à l'extérieur du champ de l'ONDAM.

Corrigé des deux premières mesures, l'ONDAM 2017 s'élève en réalité à 191,2 Md€, soit une progression de +2,4 %. La prise en compte de la variation des dépenses reportées sur d'autres financeurs (CNSA, FEH et ANFH) par rapport à 2016 n'influe pas sur ce taux.

Tableau n° 46 : progression des dépenses du champ de l'ONDAM 2017 selon la Cour

En M€

ONDAM 2017	190 735
Taux d'évolution cible	+2,15 %
+ Réforme des cotisations des PAMC	+270
+ Prélèvement sur les réserves du FFIP	+220
ONDAM 2017 (selon Cour des comptes)	191 225
Progression des dépenses de l'ONDAM 2017 (selon Cour des comptes)	+2,4 %
+ Variation / 2016 des dépenses médico-sociales sorties de l'ONDAM par prélèvement sur les réserves de la CNSA	+30
+ Variation / 2016 des dépenses FMESPP sorties de l'ONDAM par prélèvement sur les réserves de l'ANFH et du FEH	-80
Dépenses 2017 relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon Cour des comptes)	191 175
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon Cour des comptes)	+2,4 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

3 - La création du Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique : un mécanisme dangereux de « débudgétisation »

L'article 95 de la loi de financement pour 2017 a créé, au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), un Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), qui a pour objet déclaré de lisser sur plusieurs années les dépenses de médicaments innovants et coûteux.

Le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)

Le fonds est appelé à retracer en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs à plusieurs catégories de médicaments pris en charge par l'assurance-maladie : liste en sus, médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU ou *post* ATU) et médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières.

Les recettes du fonds comprendront les remises conventionnelles liées à ces produits et les remises liées aux dispositifs de régulation associés (dispositif « L » et « W »).

En outre, il recevra, en principe chaque année, une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance-maladie, comprise dans le champ des dépenses relevant de l'ONDAM. Cette dotation ne pourra être inférieure au montant de l'année précédente, majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds (nettes des remises) constaté au cours des cinq exercices précédents. Pour la période transitoire 2018-2021, une règle différente s'applique : la dotation ne pourra être inférieure à celle de l'exercice précédent majorée de 5 %.

Le compte prévisionnel du FFIP s'élève à 7,012 Md€ en produits et 7,231 Md€ en charges en 2017 (soit un déficit de 220 M€).

Dans sa conception même, ce dispositif apparaît particulièrement discutable. Il conduit en effet à exclure du périmètre de l'ONDAM des dépenses qui, de par leur nature, doivent y être intégralement intégrées. Ce faisant, il tend à remettre en cause l'objectif lui-même.

En outre, la dotation initiale de ce fonds n'est pas financée. En effet, celle-ci, d'un montant de 875 M€, sera prélevée sur l'une des composantes des capitaux propres de la CNAMTS, dont le montant total est négatif (-12,1 Md€ à fin 2016), sans apport de ressources nouvelles.

Enfin, le fonds est susceptible de rester durablement dans une situation déficitaire : les dispositions législatives qui le régissent prévoient uniquement que son déficit ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé des dotations reçues de l'assurance maladie et du report à nouveau – le cas échéant négatif - issu des résultats des exercices antérieurs et que le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.

En principe, les variations ponctuelles des dépenses à la hausse devront être absorbées par les réserves du fonds, tandis que les variations à la baisse lui permettront de reconstituer ses réserves. Toutefois, la loi n'a prévu aucun mécanisme d'équilibrage durable. L'assurance maladie n'est engagée à contribuer à cet équilibre qu'en fonction de sa première contribution annuelle au fond, qui est, elle, intégrée à l'ONDAM.

En définitive, le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique s'analyse comme un mécanisme de « débudgétisation » de l'ONDAM d'une partie des dépenses qui en relèvent normalement. Au regard des masses financières en jeu et des possibilités ainsi créées de moduler chaque année le périmètre de l'objectif au gré des circonstances, il est susceptible d'affecter la sincérité de l'ONDAM, sans constituer une solution pertinente à la problématique du financement des médicaments innovants et onéreux⁶³.

Une suppression de ce fonds et une réintégration de l'ensemble des dépenses de médicaments dans le périmètre de l'ONDAM apparaissent indispensables à la cohérence du pilotage des dépenses d'assurance maladie.

4 - Des risques d'exécution en principe couverts, mais des modalités qui atteignent leurs limites

Compte tenu de l'exécution de l'ONDAM 2016, la part des dépenses de soins de ville non prises en compte dans la base de la construction de l'ONDAM 2017 s'élève à 400 M€. Si les données de dépenses en date de soins des premiers mois de 2017 ne permettent pas de dégager de tendance fine dans l'exécution de l'ONDAM, divers risques de

⁶³ Voir dans le cadre du présent rapport, le chapitre VIII : la fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335.

dépassement supplémentaire de l'enveloppe prévisionnelle de dépenses sont évalués à 130 M€ par la direction de la sécurité sociale.

Le montant total du risque de dépassement du sous-objectif relatif aux soins de ville, soit 530 M€ à ce stade, est gagé par 602 M€ de mises en réserve de dotations au sein des sous-objectifs relatifs aux établissements de santé et médico-sociaux (à travers notamment un coefficient prudentiel porté à 0,7 % du montant des dépenses prévisionnelles de l'ONDAM, soit 300 M€, au lieu de 0,5 % en 2016 et 0,35 % en 2015). Si le montant de ces mises en réserve initiales s'est accru en 2017, comme le fait apparaître le tableau ci-après, la dynamique des dépenses de soins de ville appelle une vigilance particulière.

Tableau n° 47 : dépenses mises en réserve au titre de l'ONDAM 2017

En M€

Mises en réserve initiales	Exercice 2016	Exercice 2017	Évolution
Établissements de santé	367	412	+12 %
Établissements médico-sociaux	121	145	+20 %
FIR	40	35	-13 %
Autres prises en charge	30	10	-67 %
Total	558	602	+8 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale.

La seule régulation infra-annuelle des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux atteint cependant des limites pour suppléer la faiblesse des économies liées à la réorganisation du système de soins. Elle ne corrige pas la dynamique des dépenses de soins de ville (+3,5 % par an en moyenne depuis 2013) en dehors des médicaments ni l'incitation donnée par la tarification à l'activité aux établissements de santé publics et privés à accroître le nombre des séjours. Elle s'inscrit dans une logique de court terme préjudiciable à une vision stratégique et nécessairement pluriannuelle de l'organisation des soins hospitaliers et de ville. Elle conduit à fausser l'appréciation de la progression réelle des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie et des efforts à même d'assurer leur soutenabilité.

Dans la mesure où ni l'ONDAM pris globalement, ni chacun de ses sous-objectifs ne constituent des plafonds limitatifs de dépenses, l'élargissement de la régulation à la totalité du champ de ces dernières en faciliterait le pilotage. La nécessité d'adopter des mesures de régulation des dépenses de soins de ville apparaît ainsi pressante, comme la Cour l'a déjà recommandé. Une mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations

conventionnelles accordées aux professionnels libéraux de santé pourrait ainsi être effectuée. Elle pourrait de surcroît être complétée d'une diminution de certains tarifs en cours d'année en fonction de l'évolution de l'activité, comme la baisse du tarif « B » à la fin de l'année 2016 en montre la possibilité, à condition toutefois que ces réductions ne donnent pas lieu à des compensations ultérieures.

B - Des décisions à l'incidence sensible sur 2018 et au-delà, faisant peser un risque sur l'ONDAM

1 - Des dépenses supplémentaires à financer en 2018

La CNAMTS a évalué le coût des dépenses nouvelles de soins de ville liées à des décisions acquises pour la période 2018-2021. Pour la convention médicale, les dépenses nouvelles prévues s'élèvent à 460 M€ en 2018 et se poursuivront sur la période 2019-2020.

Le règlement arbitral dentaire aurait conduit, selon son calendrier originel, à des dépenses supplémentaires d'assurance maladie de 140 M€ en 2018, appelées à se poursuivre sur la période 2019-2021. L'annonce par la ministre de la santé de la reprise des négociations conventionnelles a conduit à décaler son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019. Dans l'attente de la conclusion d'une nouvelle convention, seules seront appliquées à l'automne 2017 les mesures de revalorisation des tarifs ayant trait aux soins dispensés aux titulaires de la CMU-C et de l'ACS, dont la part complémentaire n'entre pas dans le champ de l'ONDAM.

Tableau n° 48 : augmentation annuelle des dépenses au titre des professionnels de santé libéraux (2018-2021)

En M€

	2018	2019	2020	2021
Médecins (convention 2016)	460	103	16	-
Orthoptistes	6	3	-	-
Pour mémoire : règlement arbitral des chirurgiens-dentistes ⁶⁴	140	174	143	100

Source : CNAMTS et direction de la sécurité sociale.

⁶⁴ Hors part complémentaire liée à la CMU-C.

Selon la direction générale de l'offre de soins, les augmentations de dépenses salariales des établissements de santé au titre de mesures relatives aux carrières des agents de la fonction publique hospitalière peuvent être estimées à environ 400 M€ en 2018.

Au total, environ 900 M€ de dépenses supplémentaires seront à financer en 2018, hors revalorisations de tarifs liées au règlement arbitral des chirurgiens-dentistes, désormais suspendu. Par ailleurs, la CNAMTS estime à ce stade à 0,8 Md€ les possibles dépenses supplémentaires au titre des autres professions de santé sur les quatre prochaines années, au regard des négociations conventionnelles qui viennent de se conclure (avenant n° 11 à la convention nationale des pharmaciens de juillet 2017), sont en cours ou vont s'ouvrir.

2 - Des économies à amplifier à partir de 2018 compte tenu des risques pesant sur la dépense

La progression de l'ONDAM de +2 % en 2018 et sur les années suivantes prévue par la trajectoire pluriannuelle associée à la loi de financement pour 2017 nécessite la mise en œuvre de mesures d'économie plus élevées, de l'ordre de 500 M€, que celles retenues pour l'ONDAM 2017 (soit 3,4 Md€, hors mesures de périmètre présentées en mesures d'économies).

Dans ce contexte, l'enjeu de clarté et de transparence de l'ONDAM devrait conduire à modifier la présentation des économies dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale. L'annexe au projet de loi de financement annuel relative à l'ONDAM devrait ainsi distinguer clairement les économies *stricto sensu*, c'est-à-dire les mesures permettant de réduire effectivement la dépense exécutée, ou de limiter la progression de son tendanciel, des autres mesures, généralement non reconductibles, qui participent à la construction de l'objectif annuel. Ces dernières engendrent en effet une fragilité d'exécution de l'ONDAM à moyen terme, en différant la recherche d'économies réelles et en majorant l'effort à effectuer ultérieurement pour les mettre en œuvre.

Le second enjeu, prioritaire, est d'amplifier et de réaliser effectivement les économies prévisionnelles associées à la définition de l'ONDAM, en renforçant les dispositifs de pilotage infra-annuels et en étendant et en diversifiant les mécanismes de mise en réserve de dépenses au sous-objectif relatif aux soins de ville. La faiblesse des mécanismes conventionnels, soulignée par la Cour à plusieurs reprises, ne peut faire reposer sur eux une maîtrise efficace de la dépense, comme l'atteste année

après année les résultats décevants de la maîtrise médicalisée des dépenses. Il appartient à la loi de définir les objectifs et les mécanismes nécessaires.

*
**

Bien que l'ONDAM 2017, compte tenu de ses biais de construction et de présentation, recouvre une progression réelle des dépenses (+2,4 %) sensiblement supérieure à celle affichée, pourtant rehaussée (à +2,1 %) par rapport aux années précédentes, l'absence de rebasage des dépenses de soins de ville fait peser un risque sur son exécution en 2017, malgré les dépenses mises en réserve en début d'année.

Par ailleurs, des dépenses supplémentaires importantes vont fortement peser sur la construction et l'exécution de l'ONDAM 2018, aussi bien en matière de soins de ville que dans le domaine hospitalier et auront un effet qui se reportera sur les années suivantes.

Le déficit persistant de l'assurance maladie qui constitue désormais l'essentiel de celui du régime général et du FSV, n'autorise aucun relâchement de la maîtrise de la dépense. Il exige au contraire des efforts redoublés de réorganisation du système de soins pour dégager les marges considérables d'économies qu'il recèle, mais aussi des dispositifs simples et robustes à même d'enrayer rapidement des dynamiques de dépenses excessives dès qu'elles sont décelées.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Avec un taux de progression de +1,75 %, pour la première fois inférieur à 2 %, l'ONDAM 2016 apparaissait comme marquant une inflexion significative qui supposait de réels efforts en gestion pour piloter la dépense et effectuer les économies prévues.

L'exécution a formellement conduit à respecter l'enveloppe et le taux de progression de l'ONDAM, arrondi à +1,8 %. Ce respect apparent a néanmoins été permis, au-delà de mesures de régulation renforcée des dotations aux établissements de santé publics et médico-sociaux, par de nombreux biais, qui peuvent être constatés à tous les stades, en construction initiale, lors de la révision de l'automne 2016 et en exécution. Lorsqu'on les écarte, les dépenses relevant du champ de l'ONDAM ont en réalité augmenté de +2,2 % en 2016.

Avec une progression affichée à +2,1 %, l'ONDAM 2017 marque un ressaut important par rapport au mouvement de baisse des années précédentes, qui traduit un relâchement de l'effort de maîtrise des dépenses. En outre, il comporte des biais de construction et de présentation

plus prononcés encore que ceux de l'objectif 2016. Quand on les écarte, la progression des dépenses atteint en réalité +2,4 %.

Ces éléments d'insincérité tendent à affaiblir la portée de l'ONDAM en tant qu'outil de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. Cette conséquence est d'autant plus dommageable que le resserrement progressif de l'objectif et son respect chaque année depuis 2010, en complet contraste avec la période antérieure aux objectifs nettement plus élevés et systématiquement dépassés néanmoins, a apporté une contribution réelle à la trajectoire de retour à l'équilibre de cette dernière.

Une construction et un pilotage beaucoup plus rigoureux et transparents de l'ONDAM s'imposent ainsi comme une exigence de premier rang pour les années à venir.

Son respect ne peut que reposer sur des économies documentées, réalistes et effectivement réalisées. Des efforts d'ampleur sont ainsi indispensables pour mieux organiser les soins, remettre en cause des coûts injustifiés et assurer une prise en charge de qualité, sans céder à la facilité que constitue la sortie de certaines dépenses du périmètre de l'ONDAM ou une augmentation de son taux de progression, affichée ou masquée. C'est au contraire dans son cadre, certes toujours contraint, mais qui place notre pays parmi les premiers par l'importance de ses dépenses de santé sans que ses résultats soient significativement meilleurs que les autres, que les économies dégagées par une action résolue et continue doivent permettre de financer les évolutions du système de soins et les progrès thérapeutiques. À cet égard, la création du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique apparaît particulièrement dangereuse.

Plus l'ONDAM est resserré, plus son exécution nécessite vigilance et réactivité. C'est pourquoi il importe d'élargir les mesures de régulation infra-annuelle de la dépense aux soins de ville, qui, à l'exception très notable des médicaments, connaissent une croissance continue et forte, que le « virage ambulatoire » n'explique que très partiellement et que la seule maîtrise médicalisée peine à maîtriser. C'est également la raison pour laquelle le seuil d'alerte doit être à nouveau abaissé et le rôle du comité d'alerte renforcé, dans un contexte où les ONDAM des années à venir seront contraints par les décisions de hausses supplémentaires des dépenses d'ores et déjà prises au cours des deux dernières années.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 6. formaliser dans l'annexe du projet de loi de financement relative à l'ONDAM un cadre de référence opposable des modalités de construction et de révision de l'ONDAM, comportant notamment une méthodologie de traitement des mesures de périmètre, des économies et des conditions de recours aux arrêtés tardifs (recommandation réitérée) ;*
 - 7. abaisser le seuil d'alerte à 0,2 % du total des dépenses prévisionnelles, saisir le comité d'alerte en cas de risque d'insuffisance des mises en réserve initiales et soumettre à son avis les mesures envisagées au titre des différents sous-objectifs ;*
 - 8. pour les soins de ville, instaurer une réserve prudentielle permettant de réduire les tarifs ou de suspendre les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses ;*
 - 9. supprimer le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique et réintégrer dans l'ONDAM l'intégralité de la dépense de médicaments ;*
 - 10. intégrer dans le périmètre de l'ONDAM les charges liées aux créances sur les prestations.*
-

Chapitre III

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2016 : avis sur la cohérence

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche et du tableau patrimonial relatifs à l'exercice 2016. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultats combinés⁶⁵ couvrant respectivement l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général de sécurité sociale, ainsi que les organismes concourant au financement des régimes précités (cette catégorie comprenant un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse - FSV).

En 2016, le tableau d'équilibre du régime général intègre, à la suite de la mise en place de la protection universelle maladie, les charges et les produits de l'ensemble des branches maladie des régimes obligatoires de base, ce qui augmente leur montant de plus de 22 Md€, sans effet significatif sur le solde. Le déficit de l'ensemble constitué par le régime général et du FSV s'établit à 7,8 Md€ contre 10,8 Md€ en 2015 et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base à 7 Md€ contre 10,2 Md€ en 2015.

Le tableau patrimonial correspond quant à lui à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale⁶⁶ et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Caisse d'amortissement de la dette sociale - CADES) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites - FRR). Les capitaux propres ainsi retracés (-101,4 Md€) s'améliorent de 8,1 Md€ en 2016 (après 1,3 Md€ en 2015) et l'endettement financier net de la sécurité sociale, qui atteint 118 Md€ au 31 décembre 2016, connaît une réduction de 2,8 Md€ par rapport à l'exercice précédent.

Les comptes des entités intégrées aux tableaux d'équilibre et au tableau patrimonial font l'objet d'une certification obligatoire par la Cour (branches et activité de recouvrement du régime général, État) ou, sauf exception, par des commissaires aux comptes (autres entités).

⁶⁵ Le terme de combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités qui n'ont pas de liens capitalistiques entre elles, mais qui entretiennent des relations suffisamment étroites pour justifier l'établissement de comptes communs dans lesquels sont éliminées leurs opérations réciproques.

⁶⁶ À l'exception des régimes dépourvus d'un bilan et de régimes mineurs qui en sont pourvus.

Les avis exprimés par la Cour portent comme les années antérieures sur les projets de tableaux d'équilibre, de tableau patrimonial et d'annexes relatives à ces derniers communiqués à l'été par la direction de la sécurité sociale. En effet, au moment où la Cour rend public son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018 n'a pas encore été déposé. De ce fait, les documents qui seront soumis en définitive au Parlement sont susceptibles de différer des projets transmis à la Cour et sur lesquels elle porte les avis exprimés ci-après.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2016

L'article LO. 111-3 (I – A - 1°) du code de la sécurité sociale dispose que, dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale « approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes ».

Pour l'application de ces dispositions, sont soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement annuel, trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2015, présenté par branche, le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités, cette dernière catégorie comprenant uniquement le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Établis par la direction de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre ont pour finalité d'assurer l'information du Parlement sur le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et du FSV. Ils se présentent sous la forme de comptes de résultat retraités et simplifiés comprenant trois agrégats : le « solde », le montant total des « recettes » et le montant total des « dépenses ». Les règles retenues pour leur élaboration sont mentionnées à l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Comme pour les exercices précédents, la Cour souligne que cette terminologie, bien que conforme aux dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, n'a pas le même sens que pour la comptabilité budgétaire de l'État. Les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés⁶⁷, auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde » correspond à un résultat de comptabilité générale et non à un solde de trésorerie.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2016

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 soumis à l'approbation du Parlement.

Au moment de l'envoi pour réponse du présent projet de chapitre, la Cour n'a pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe au PLFSS 2018 qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre. Les appréciations ici portées sont donc exprimées sous réserve des informations supplémentaires ou de nature différente que pourrait contenir cette annexe à la suite des observations exprimées par la Cour dans le cadre du présent avis.

À compter de l'exercice 2016 et à la suite de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa), qui se traduit d'un point de vue comptable par l'intégration financière du solde des charges et des produits des branches maladie de dix régimes⁶⁸ dans les comptes de la branche maladie du régime général, le tableau d'équilibre de cette dernière est élaboré en consolidant les charges et produits liés aux droits de base des régimes intégrés (qui correspondent aux prestations servies par le régime général). Cette modification de périmètre induit une augmentation significative des dépenses et des recettes nettes retracées dans le tableau

⁶⁷ Depuis 1996, la comptabilité des organismes de sécurité sociale doit être tenue en droits constatés.

⁶⁸ Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes, régime des salariés agricoles, régime des exploitants agricoles, régime social des indépendants, Caisse nationale militaire de sécurité sociale, Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF, Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, Établissement national des invalides de la marine, Caisse de retraite du personnel de la RATP.

d'équilibre de la branche maladie du régime général, qui progressent de +26,2 Md€ et +27,2 Md€ respectivement par rapport à l'exercice 2015⁶⁹.

Au titre de l'exercice 2016, les projets de tableaux d'équilibre transmis à la Cour font apparaître un déficit global de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse de 7 Md€ (soit l'équivalent de 0,3 % du PIB), contre 10,2 Md€ en 2015 (soit 0,5 % du PIB).

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'est réduit à 3,4 Md€, contre 6,3 Md€ en 2015.

En son sein, le déficit du régime général s'est contracté à 4,1 Md€, contre 6,8 Md€ en 2015. Par ailleurs, le déficit du FSV a atteint 3,6 Md€ contre 3,9 Md€ en 2015. Le sous-ensemble constitué par le régime général et le FSV a ainsi dégagé un déficit de 7,8 Md€, contre 10,8 Md€ en 2015⁷⁰.

Pour la première fois, conformément à une recommandation réitérée de la Cour, l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a intégré une rubrique relative au FSV au sein du tableau d'équilibre du régime général et de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Par ailleurs, comme annoncé en 2016 par la direction de la sécurité sociale, l'annexe 4 au projet de loi de financement pour 2017 a été significativement enrichie en décomposant par nature et par risque les principaux postes de produits et de charges, en les retraçant sur plusieurs exercices et en analysant les écarts avec les prévisions approuvées dans le cadre de la loi de financement de l'exercice précédent.

⁶⁹ Cette augmentation est imputable à l'entrée en vigueur de la PUMa, dont l'effet a été estimé à 22 Md€ par la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de juin 2016. S'y ajoute l'augmentation des produits et des charges à périmètre constant. L'incidence du changement de périmètre sur les comptes 2016 n'a pas été évaluée.

⁷⁰ Le solde du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est moins dégradé que celui de l'ensemble formé par le régime général et le FSV compte tenu de l'excédent dégagé par certains régimes de retraite de base, notamment la CNRACL (274 M€) et la CNAVPL (633 M€).

**Tableau n° 49 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes
obligatoires de base de sécurité sociale**

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,9	200,7	-4,7
Vieillesse	228,8	227,2	1,6
Famille	48,6	49,6	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,3	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	473,7	477,1	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	470,5	477,5	-7,0

Source : direction de la sécurité sociale.

La liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2015 mentionne 39 régimes obligatoires de base de sécurité sociale⁷¹, dont le détail est récapitulé en annexe.

En dehors du régime général, il s'agit de 14 régimes d'assurance vieillesse, de 3 régimes d'assurance maladie, de 7 régimes d'accidents du travail-maladies professionnelles, de 4 régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de 4 régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles et de 6 régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles. Deux de ces régimes, en voie d'extinction, sont intégrés au régime général (régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires et régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris).

⁷¹ Cette liste n'a pas été mise à jour malgré la fusion de deux régimes en 2016 (régimes de retraite de base des commerçants et des artisans au sein du régime social des indépendants).

Tableau n° 50 : tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale⁷²

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	194,6	199,4	-4,8
Vieillesse	123,7	122,8	0,9
Famille	48,6	49,6	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,8	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	366,6	370,7	-4,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	365,0	372,7	-7,8

Source : direction de la sécurité sociale.

Tableau n° 51 : tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	20,3	-3,6

Source : direction de la sécurité sociale.

B - Avis de la Cour

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

À ce titre, la Cour s'assure de l'établissement des tableaux d'équilibre en fonction des données comptables des entités entrant dans leur champ, de l'élimination de l'ensemble des produits et des charges réciproques de ces entités, de la pertinence des autres retraitements effectués au regard des principes comptables applicables et de la permanence des méthodes mises en œuvre. De manière générale, elle

⁷² Le transfert, en 2016, au budget de l'État des dépenses de l'allocation logement à caractère familial, se traduit par une diminution des recettes et des dépenses de la branche famille de 4,5 Md€.

apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui des tableaux d'équilibre.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV par leurs auditeurs externes (Cour pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général et commissaires aux comptes dans le cadre d'une mission d'audit légal pour la plupart des autres régimes et le FSV, commissaires aux comptes agissant de fait en tant qu'auditeurs contractuels pour certains régimes⁷³).

**

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2016, établis par la direction de la sécurité sociale, qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

À l'issue de ces vérifications, et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle, mais fait les quatre observations suivantes :

1. les tableaux d'équilibre intègrent un produit de contribution sociale généralisée de 740 M€ enregistré à tort dans les comptes de la branche maladie, de la CNAMTS et de l'activité de recouvrement de l'exercice 2016 (voir C – 1 – *infra*) ;

2. le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale intègre un produit à recevoir de 99,3 M€ de la CPRP SNCF sur l'État au titre de la dotation d'équilibre de ce dernier pour l'exercice 2016, qui n'a pas de contrepartie en charge à payer dans les comptes de l'État, ce qui crée une incertitude de même montant sur les recettes et le solde inscrits dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base (voir C – 2 – *infra*) ;

⁷³ Sur ce point particulier, voir C – 5 *infra*.

3. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (voir C – 3 – *infra*) ;

4. les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, en raison notamment de la persistance d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables (voir C – 4 – *infra*).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - La comptabilisation à tort d'un produit exceptionnel de contribution sociale généralisée de 740 M€

En application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, la Cour émet une opinion sur les états financiers des quatre branches et de l'activité de recouvrement du régime général, des trois caisses nationales et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Dans son opinion sur les comptes de l'exercice 2016, la Cour a formulé une réserve sur les comptes de la branche maladie, de l'activité de recouvrement et de la CNAMTS relative à la présence dans le solde des charges et des produits des branches maladie des autres régimes intégré au compte de résultat de la branche maladie du régime général d'un produit de contribution sociale généralisée de 740 M€ notifié à tort par l'ACOSS.

En effet, dans le cadre de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa), la comptabilisation d'un produit exceptionnel de contribution sociale généralisée (CSG) a amélioré de façon injustifiée, à hauteur de 740 M€, le solde du compte de résultat de la branche maladie, à travers la reprise des soldes des charges et produits des branches maladie des autres régimes. Ce produit a été notifié à tort par l'ACOSS en janvier 2016, en l'absence de toute base juridique. Il contrevient aux normes et principes comptables, en particulier ceux d'indépendance des exercices et d'image fidèle des comptes.

2 - Un produit à recevoir sur l'État comptabilisé par la Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF et sans contrepartie dans les comptes de l'État

À la suite de l'annulation par le Conseil d'État des arrêtés fixant les taux de cotisations T1 des années 2013 à 2015⁷⁴, la Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRP SNCF) a comptabilisé, au 31 décembre 2016, une provision pour risques de 99,3 M€.

La CPRP SNCF a par ailleurs comptabilisé, en contrepartie de l'excédent de charges qui en résulte, un produit à recevoir de dotation d'équilibre sur l'État, en estimant que l'État a l'obligation de lui verser une subvention d'équilibre couvrant l'intégralité de ses charges⁷⁵. Pour sa part, l'État a inscrit dans ses comptes une provision pour risques à ce titre, mais non une dette à l'égard de la CPRP SNCF sous la forme d'une charge à payer. De ce fait, le versement par l'État d'une dotation d'équilibre complémentaire revêt un caractère incertain.

Dans ces conditions, il n'y a pas de réciprocité entre les comptes de la CPRP SNCF et ceux de l'État. Au regard des comptes de l'État, les produits nets et le solde retracés dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont susceptibles d'être surévalués à hauteur de 99,3 M€.

3 - Des modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre qui demeurent non conformes au cadre normatif applicable aux comptes

Au-delà des opérations de neutralisation des produits et charges réciproques entre les entités comprises dans leur champ décrites dans l'annexe 4 au projet de loi de financement, les tableaux d'équilibre sont présentés en regroupant en recettes les produits et charges qui concernent les prélèvements sociaux affectés aux régimes de sécurité sociale et en

⁷⁴ Le taux de cotisations à la charge de la SNCF est la somme de deux composantes : le taux T1 et le taux T2. Le taux T1 est déterminé chaque année afin de couvrir, déduction faite des cotisations salariales, les montants qui seraient dus si les salariés relevaient des régimes de base et complémentaires de droit commun des salariés. Le taux T2, lui, vise à financer les droits spécifiques du régime spécial.

⁷⁵ Décret n° 2007-1056 du 28 juin 2007 et notamment son article 3 qui dispose que « le versement de l'État assure l'équilibre financier entre les charges de toute nature et les autres recettes du régime de retraites ».

dépenses les charges et produits qui concernent les prestations dont ils assurent le versement.

Cette présentation induit des contractions de produits et de charges, qui conduisent à intégrer aux tableaux d'équilibre :

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

Comme la Cour l'a régulièrement souligné, les contractions ainsi opérées s'écartent du cadre fixé par les dispositions de niveau organique du code de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux et du principe comptable général de non-compensation des produits et des charges. Elles minorent les montants des produits et des charges par rapport à ceux retracés dans les comptes annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 14,8 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 13,7 Md€ pour le régime général et 0,3 Md€ pour le FSV). Seul le solde correspond bien à l'agrégation des soldes comptables des régimes, tandis que les recettes et les dépenses diffèrent des produits et des charges arrêtés selon le référentiel comptable des organismes de sécurité sociale.

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

a) Les positions et opinions exprimées sur les comptes 2016

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers limités⁷⁶, les comptes pour l'exercice 2016 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste

⁷⁶ Le régime d'assurance maladie du Grand Port Maritime de Bordeaux et le régime de retraite des cultes d'Alsace-Moselle.

triennale annexée au projet de loi de financement pour 2015 ainsi que ceux du FSV font l'objet, selon le cas, d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale et État), d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (15 régimes et FSV) ou, contrairement aux dispositions législatives qui prévoient une certification et donc un audit légal⁷⁷, d'un audit contractuel effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée (régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations, à l'exception de la CNRACL, ainsi que le régime de retraite de la Banque de France). Pour la première fois, à la suite des observations de la Cour, les comptes de la CNRACL pour l'exercice 2016 ont été certifiés dans le cadre d'un audit légal.

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

Tableau n° 52 : la certification (ou audit contractuel) des états financiers 2016 des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV⁷⁸

	Branches du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2016
Certification sans réserve (ou audit contractuel sans observation)	-	21 régimes	8,3
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'État)	-	Régime des pensions des agents de l'État	9,3
Certification avec réserve(s)	Les quatre branches (maladie, AT-MP, vieillesse et famille) et l'activité de recouvrement du régime général.	4 régimes : régime agricole, régime social des indépendants, Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et Établissement national des invalides de la Marine + FSV	82,3
Régimes dont l'opinion des commissaires aux comptes est en attente / régimes non significatifs / autres cas		8 régimes	0,1

Source : Cour des comptes.

⁷⁷ Article L. 114-8 du code de la sécurité sociale.

⁷⁸ Par rapport aux 39 régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2015, figurent ici 35 régimes (regroupement en un seul régime – le régime agricole – des régimes des salariés et des non-salariés agricoles et également en un seul régime – le régime social des indépendants – du régime maladie des

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

Pour la quatrième année consécutive, la Cour a certifié avec des réserves les états financiers pour l'exercice 2016 de l'ensemble des entités du régime général de sécurité sociale. Si l'évolution de ses constats lui permet de lever une réserve sur chacun des cinq comptes combinés soumis à certification, la présence dans le solde des charges et des produits des branches maladie des autres régimes intégré au compte de résultat de la branche maladie du régime général d'un produit de contribution sociale généralisée (à hauteur de 740 M€) notifié à tort par l'ACOSS a conduit la Cour à formuler une nouvelle réserve sur les comptes de la branche maladie, de l'activité de recouvrement et de la CNAMTS.

Malgré la poursuite, par la branche maladie, de la rénovation de son dispositif de contrôle interne, la mesure du risque financier résiduel des prestations en nature facturées directement à l'assurance maladie et des indemnités journalières révèle un montant élevé d'erreurs de liquidation non prévenues ou corrigées par les dispositifs de contrôle interne. Les comptes de la branche AT-MP demeurent affectés par une fiabilisation encore insuffisante de la provision constituée au titre des contentieux pouvant donner lieu à une réduction des cotisations des employeurs.

Pour ce qui concerne la branche famille, les progrès sensibles observés en 2015 en matière de justification des comptes, d'estimations comptables et d'information procurée par l'annexe aux comptes se confirment en 2016. En revanche, les indicateurs de mesure du risque financier résiduel des prestations légales font à nouveau apparaître un niveau de risque très élevé, qui révèle les insuffisances marquées du dispositif de contrôle interne.

S'agissant de la branche vieillesse, l'exercice 2016 a été marqué par le déploiement d'une comptabilité auxiliaire par bénéficiaire permettant d'obtenir une assurance raisonnable sur la justification des charges de prestation légales. La dégradation significative du risque financier résiduel trouve son origine dans les insuffisances du dispositif de contrôle interne notamment au titre de la liquidation des droits et du report des données au

indépendants, du régime vieillesse des artisans et du régime vieillesse des commerçants, ces deux derniers régimes étant fusionnés en 2016 ; intégration au régime général en 2013 du régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires et du régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris).

compte de carrière des assurés, mais aussi dans le déploiement d'une mesure plus fiable.

Quant à l'activité de recouvrement, si des développements informatiques réalisées en 2016 permettent de rétablir une piste d'audit des enregistrements comptables, le dispositif de contrôle interne continue à présenter des insuffisances et les irrégularités et faiblesses persistantes de la gestion des travailleurs indépendants n'ont été que partiellement corrigées.

*c) Les opinions exprimées par les commissaires aux comptes
sur les comptes des autres régimes et du FSV*

Contrairement aux exercices précédents, le commissaire aux comptes du FSV a exprimé une réserve sur les états financiers de cet organisme, motivée par l'extinction en 2016 du dispositif de reprise des déficits du fonds par la CADES et, de ce fait, de l'absence de mécanisme de financement de la majeure partie des dettes à vue à l'égard de la branche vieillesse du régime général engendrées par le déficit 2016 et par les déficits prévus jusqu'en 2019 compris.

Comme pour l'exercice précédent, les commissaires aux comptes ont certifié avec des réserves les états financiers du RSI, en cohérence avec la réserve exprimée par la Cour sur ceux de l'activité de recouvrement au titre des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants relevant du dispositif de l'interlocuteur social unique. En revanche, la réserve exprimée au titre des états financiers 2015 sur les prestations maladie et notamment sur la méthodologie d'audit déployée au sein des organismes conventionnés par les caisses régionales a été levée.

S'agissant des états financiers du régime agricole et à l'instar des exercices précédents, les commissaires aux comptes ont exprimé une réserve pour limitation aux travaux d'audit au titre des flux de prestations maladie et de prélèvements sociaux et d'impositions issus d'une notification par des tiers, notamment la branche maladie et l'activité de recouvrement du régime général ainsi que l'État, au motif des réserves exprimées par la Cour sur les états financiers de ces entités.

Les insuffisances du plan de contrôle déployé en 2016, notamment la formalisation imparfaite de la piste d'audit entre la cartographie des risques, les contrôles clés à réaliser, la sélection des opérations à tester et la répartition des rôles et des contrôles entre ordonnateur et agent comptable, ont conduit les commissaires aux comptes de l'Établissement

national des invalides de la marine (ENIM) à reconduire leur réserve pour limitation sur les états financiers.

Les commissaires aux comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ont levé leur réserve sur la justification des flux de cotisations et de compensations d'exonérations relatives aux autoentrepreneurs notifiés par l'ACOSS. Cependant, ils ont formulé une nouvelle réserve motivée par l'absence d'éléments d'assurance suffisants sur le contrôle interne du processus « affiliation » d'une section professionnelle (la CIPAV) et, ce faisant, sur l'exhaustivité de ses produits de cotisations.

Pour la première fois, les états financiers du régime des mines sont certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes, compte tenu des améliorations apportées au dispositif de contrôle interne et aux processus comptables.

Comme pour les exercices précédents, les comptes des autres régimes ont été certifiés sans réserve.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2016

En application de l'article LO. 111-3 (I – A – 3°) du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale annuel, un rapport figurant à l'annexe A de ce même projet⁷⁹. En vertu du II de l'article LO.111-4 du même code, ce rapport présente notamment un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement (Fonds de solidarité vieillesse - FSV), à l'amortissement de leur dette (Caisse d'amortissement de la dette sociale - CADES) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites - FRR).

⁷⁹ Rapport retraçant la situation patrimoniale au 31 décembre du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés relatifs au dernier exercice clos.

Élaboré par la direction de la sécurité sociale, le tableau patrimonial a pour objet d'assurer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale et de ses principales composantes. À ce titre, il consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre (en l'espèce, les actifs et les passifs des régimes obligatoires de base ainsi que ceux du FSV, de la CADES et du FRR), après neutralisation des opérations réciproques au titre des relations financières entre ces entités. Les règles retenues pour son élaboration et la consistance de ses rubriques sont détaillées à l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, où sont par ailleurs justifiés les besoins de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à l'emprunt.

Le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale. En effet, certains régimes en sont écartés, soit en l'absence de bilan, soit, en accord avec la Cour, parce que le montant total de leur bilan est inférieur à 200 M€ et qu'ils ne sont par ailleurs pas autorisés à recourir à l'emprunt par la loi de financement de l'année⁸⁰. De fait, le montant agrégé de leurs bilans est négligeable.

A - Le tableau patrimonial⁸¹ au 31 décembre 2016

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2016 présenté ci-après figurera à l'annexe A qui sera soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

⁸⁰ Sont notamment concernés, au titre de l'absence de bilan qui lui serait propre, le régime des pensions civiles et militaires de l'État et, au regard de leur caractère faiblement significatif sur le plan financier, les fonds communs des accidents du travail (FCAT) et des accidents du travail agricole (FCATA), le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA), les régimes de retraite de l'Opéra de Paris et de la Comédie française, ainsi que le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE).

⁸¹ Le tableau patrimonial n'est pas présenté à périmètre constant. Malgré leurs agrégats financiers non significatifs, le Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL) et l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM) ont été réintégrés à ce dernier en 2016 afin que l'incidence globale des exclusions n'excède pas 0,1 % du total bilanciel avec retraitements.

Tableau n° 53 : tableau patrimonial au 31 décembre 2016

ACTIF (en M€)	2016	2015	Var.	PASSIF (en M€)	2016	2015	Var.
IMMOBILISATIONS	7,0	6,9	0,1	CAPITAUX PROPRES	-101,4	-109,5	8,1
Immobilisations non financières	4,5	4,4	0,2	Dotations	25,8	27,4	-1,6
Régime général	3,7	3,6	0,1	Régime général	0,6	0,6	0,0
Autres régimes	0,9	0,8	0,1	Autres régimes	5,4	4,9	0,5
				CADES	0,2	0,2	0,0
				FRR	19,7	21,8	-2,1
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,6	1,6	-0,1	Réserves	16,5	14,3	2,2
Régime général	1,1	1,2	0,0	Régime général	2,6	2,7	0,0
Autres régimes	0,4	0,4	0,0	Autres régimes	6,9	6,1	0,8
				FRR	7,0	5,5	1,5
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,9	0,9	0,0	Report à nouveau	-155,6	-158,8	3,2
Régime général	0,9	0,9	0,0	Régime général	-1,3	-14,2	12,8
				Autres régimes	-3,7	-4,2	0,5
				FSV	-0,1	-0,1	0,0
				CADES	-150,4	-140,3	-10,1
				Résultat de l'exercice	8,1	4,7	3,4
				Régime général	-4,1	-6,8	2,7
				Autres régimes	0,7	0,4	0,3
				FSV	-3,6	-3,9	0,3
				CADES	14,4	13,5	0,9
				FRR	0,7	1,5	-0,8
				Autres	3,8	3,0	0,8
				FRR	3,7	2,9	0,8
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	15,8	15,8	-0,1
				Régime général	13,1	13,4	-0,2
				Autres régimes	2,4	2,3	0,1
				FSV	0,1	0,0	0,0
				CADES	0,1	0,1	0,0
ACTIF FINANCIER	55,1	60,8	-5,6	PASSIF FINANCIER	173,1	181,6	-8,5
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	50,1	-3,3	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	161,2	165,2	-4,0
Régime général	0,0	0,0	0,0	Régime général (échéance < 1 an)	20,4	27,4	-7,0
Autres régimes	8,3	7,8	0,6	CADES (échéance < 1 an)	29,4	26,7	2,7
FSV	0,0	0,0	0,0	CADES (échéance > 1an)	111,3	111,1	0,2
CADES	4,0	9,5	-5,5	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,2	10,6	-5,4
FRR	34,5	32,8	1,7	Régime général (y compris prêts CDC)	3,8	8,6	-4,7
Encours bancaire	7,6	10,3	-2,7	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,4	1,1	-0,7
Régime général	1,1	1,6	-0,5	CADES	1,0	1,0	0,0
Autres régimes	2,9	2,1	0,8				
FSV	0,9	0,9	0,0	Dépôts	1,1	1,1	-0,1
CADES	1,6	2,3	-0,6	Régime général	1,1	1,1	-0,1
FRR	1,1	3,4	-2,3				
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,7	0,4	0,3	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,5	0,0	0,5
CADES	0,3	0,2	0,1	ACOSS	0,5	0,0	0,5
FRR	0,4	0,2	0,3	Autres	5,2	4,6	0,6
				CADES	5,1	4,6	0,6
ACTIF CIRCULANT	80,2	75,0	5,2	PASSIF CIRCULANT	54,9	54,7	0,2
Créances de prestations	8,7	8,1	0,6	Dettes à l'égard des bénéficiaires (y compris CAP)	28,8	27,4	1,4
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	10,5	10,7	-0,2	Dettes à l'égard des cotisants (y compris CAP)	2,0	2,6	-0,6
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	40,9	38,7	2,3				
Créances sur l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,5	8,3	2,3	Dettes à l'égard de l'État, autres entités publiques et organismes de sécu. (y compris CAP)	8,8	10,5	-1,7
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,5	0,0				
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	9,1	8,8	0,4	Autres passifs (créiteurs divers, comptes d'attente et de régul.) (yc CAP)	15,3	14,2	1,1
TOTAL DE L'ACTIF	142,4	142,7	-0,3	TOTAL DU PASSIF	142,4	142,7	-0,3

Source : direction de la sécurité sociale.

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2016 reflète une nouvelle amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale après celle, d'ampleur plus limitée, intervenue en 2015.

Par analogie avec la présentation des comptes de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-101,4 Md€ au 31 décembre 2016) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

En 2016, les capitaux propres se sont améliorés de 8,1 Md€, après 1,3 Md€ l'année précédente :

- en 2016, le résultat net d'ensemble est positif à hauteur de 8,1 Md€, soit une amélioration de 3,4 Md€ comparable à celle intervenue en 2015. À titre principal, cette évolution traduit la poursuite de la réduction du déficit du régime général, passé de 6,8 Md€ en 2015 à 4,1 Md€ en 2016, soit une amélioration de 2,7 Md€. En dehors des résultats déficitaires du FSV (3,6 Md€ contre 3,9 Md€ en 2015) et positifs des autres régimes (0,7 Md€ contre 0,4 Md€ en 2015), ce résultat net d'ensemble incorpore également les résultats excédentaires dégagés par la CADES et par le FRR à hauteur respectivement de 14,4 Md€ et de 0,7 Md€ (contre 13,5 Md€ et 1,5 Md€ en 2015)⁸² ;
- le report à nouveau, qui reflète les résultats des années passées, apporte une contribution positive à la variation des capitaux propres (à hauteur de 3,2 Md€). Malgré l'affectation des résultats déficitaires des branches maladie, famille et vieillesse pour l'exercice 2015, celui du régime général s'améliore de 12,8 Md€, sous l'effet des reprises de déficits par la CADES⁸³, soit 23,6 Md€⁸⁴. Le report à nouveau négatif de la CADES

⁸² Ces derniers n'ont toutefois pas pour objet de compenser les résultats déficitaires des régimes et du FSV relatifs au même exercice. Les résultats excédentaires de la CADES doivent contribuer à éteindre, d'ici à 2024 en l'état actuel des prévisions, la dette sociale engendrée par l'accumulation des déficits qui lui ont été transférés. Celui du FRR a quant à lui vocation à concourir à long terme au financement des régimes d'assurance vieillesse, après déduction des versements annuels qu'il doit effectuer jusqu'en 2024 à la CADES (à hauteur de 2,1 Md€ par an).

⁸³ Dans la limite du double plafond de 62 Md€ de reprises de déficits de la branche vieillesse et du FSV au titre des exercices 2011 à 2018 en cumul et de 10 Md€ de reprises par an fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

⁸⁴ Au titre des exercices antérieurs. Les modalités de reprise en 2016 par la CADES des déficits du régime général et du FSV sont fixées par le décret n° 2016-110 du 4 février 2016. En conséquence, le solde des fonds de la CADES destinés à financer les

(-150,4 Md€) s'est quant à lui accru de 10,1 Md€ en raison d'une reprise de déficits (23,6 Md€) plus élevée que son résultat 2015 affecté en report à nouveau au 31 décembre 2016 (13,5 Md€).

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif⁸⁵ et l'actif financiers⁸⁶, atteint 118 Md€ au 31 décembre 2016 et se réduit ainsi de 2,8 Md€, après 0,6 Md€ en 2015 :

- compte tenu de la reprise des déficits par la CADES intervenue courant 2016 (à hauteur de 23,6 Md€), l'endettement financier net du régime général s'est réduit (de 10,8 Md€ en 2016), alors qu'il avait augmenté l'année précédente (de 2,2 Md€). Il s'élève ainsi à 24,7 Md€ au 31 décembre 2016, dont 20,9 Md€ portés par l'ACOSS⁸⁷ ;
- l'endettement financier net de la CADES a augmenté de 9,6 Md€ (+7,3 %) pour atteindre 141 Md€ au 31 décembre 2016. Ses ressources d'exploitation (16,7 Md€)⁸⁸ ont été insuffisantes pour couvrir ses coûts bancaires (2,7 Md€ nets) et les reprises de déficits (23,6 Md€), et ont ainsi eu une incidence négative sur ses actifs financiers (à hauteur de 6,1 Md€). L'augmentation de ses passifs financiers (de 3,6 Md€) recouvre des mouvements de sens inverse entre le poste des papiers commerciaux émis en devises (hausse de 5,2 Md€) et celui des emprunts obligataires (baisse de 2,7 Md€).

déficits du FSV lui a été versé en 2016. L'arrêté du 14 septembre 2016 est venu compléter la reprise de l'exercice 2016, en ajustant le dernier versement, pour que la dette reprise sur l'exercice corresponde au déficit de l'exercice 2015.

⁸⁵ Pour l'essentiel, il s'agit de l'endettement social porté par la CADES et par l'ACOSS.

⁸⁶ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (36 Md€), la CADES (5,9 Md€ dont 4 Md€ de titres d'État), le régime de retraites de la Banque de France (4,6 Md€) et la MSA (0,6 Md€).

⁸⁷ L'endettement financier net de l'ACOSS au 31 décembre 2016 correspond au montant de ses dettes financières (21,5 Md€), déduction faite du solde de ses disponibilités au bilan (15,8 Md€) et de ses instruments financiers au passif (15,2 Md€). À titre principal, les dettes financières comprennent des titres émis sur les marchés financiers (20,4 Md€, contre 27,4 Md€ en 2015). L'endettement financier 2015 comprenait par ailleurs un prêt à moyen terme souscrit auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (4 Md€) qui a été remboursé courant 2016.

⁸⁸ Principalement issues de la perception de la CRDS (6,9 Md€), de la CSG (7,7 Md€) et des versements du FRR (2,1 Md€). Depuis 2011, la CADES était affectataire d'une fraction des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement. Depuis 2016, la CADES ne reçoit plus la fraction de 1,3 % de ces prélèvements, mais un complément de 0,12 % de CSG.

B - Avis de la Cour

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

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

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

**

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial au 31 décembre 2016, établi par la direction de la sécurité sociale, qui figurera à l'annexe A soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année.

À l'issue de ces vérifications, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2016, mais fait les deux observations suivantes :

1. Les actifs et passifs des régimes de base du régime social des indépendants intégrés au tableau patrimonial demeurent imparfaitement fiabilisés (voir C – 1 – *infra*) ;

2. Les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2016, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (voir C – 2 – *infra*).

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

- les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la CADES (16,8 Md€ au 31 décembre 2016)⁸⁹ ont été réintégrées dans ses capitaux propres, en l'espèce les « dotations »⁹⁰, compte tenu de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR⁹¹. Cette remarque n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracé par le tableau patrimonial, mais uniquement sur leur ventilation entre la CADES et le FRR ;
- en application de la réglementation comptable⁹², le FRR comptabilise ses actifs financiers à une valeur de marché (34,5 Md€ au 31 décembre 2016) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition des actifs en question (3,7 Md€) ;
- dans le cadre de l'adossement du financement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG) à la branche vieillesse du régime général en 2005, les employeurs des IEG ont versé une soulte à la CNAVTS à hauteur de 3,1 Md€, qui l'a elle-même reversée au FRR, qui en assure la gestion jusqu'en 2020⁹³. Conformément à la réglementation comptable (voir *supra*), le FRR réévalue à chaque

⁸⁹ En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie et vieillesse du régime général et du FSV, la LFSS 2011 a prévu le versement par le FRR à la CADES de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total.

⁹⁰ Par analogie avec le traitement comptable des versements du FRR aux régimes de retraite alors prévu à partir de 2020 (avis n° 2008-10 du conseil national de la comptabilité - CNC), les versements du FRR à la CADES sont opérés en premier lieu sur les réserves du fonds et, quand celles-ci sont épuisées, sur ses dotations. De ce fait, dans le tableau patrimonial, le montant restant dû à la CADES a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.

⁹¹ Dans l'annexe à ses comptes, la CADES mentionne ces ressources en tant qu'engagements reçus du FRR (hors bilan).

⁹² Avis n° 2003-07 du Conseil national de la comptabilité (CNC).

⁹³ Le HCICOSS a défini en 2005 le traitement comptable de cette opération, révisé en 2009 au titre des comptes 2008.

clôture d'exercice les actifs financiers qu'il gère pour le compte de la CNAVTS (4,8 Md€ au 31 décembre 2016), tandis que la CNAVTS comptabilise à sa valeur nominale la soulte dont la gestion financière a été confiée au FRR (soit 3,1 Md€ au 31 décembre 2016). Dans le tableau patrimonial, la différence entre les montants inscrits en comptabilité par la CNAVTS et par le FRR (soit 1,7 Md€) fait l'objet d'un reclassement en produit constaté d'avance, en conformité avec le traitement comptable de cette opération défini par le Haut Conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (HCICOSS)⁹⁴ ;

- les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés, comme les années précédentes, en valeurs mobilières et titres de placement pour un montant de 2,7 Md€⁹⁵ (2,6 Md€ un an plus tôt). Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement⁹⁶, ce reclassement permet en revanche de présenter l'ensemble des actifs financiers dans une même rubrique « Actif financier ». Pour éviter ces reclassements, la Cour estime que, en cohérence avec la position exprimée par la direction de la sécurité sociale pour l'élaboration du tableau patrimonial, ces actifs devraient être inscrits en valeurs mobilières dans les comptes des entités détentrices elles-mêmes.

⁹⁴ Dont les missions ont depuis lors été confiées au conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP).

⁹⁵ Ces titres essentiellement détenus par les autres régimes sont principalement portés par le Fonds de retraite pour les agents titulaires de la Banque de France (0,9 Md€) et la MSA (0,9 Md€).

⁹⁶ Le plan comptable général (PCG) définit les valeurs mobilières de placement comme étant des titres acquis en vue de réaliser un gain à brève échéance (PCG 82, p. I.44), tandis que les titres de participation sont détenus de façon durable et permettent d'exercer une influence sur la société émettrice des titres ou d'en assurer le contrôle (PCG 82, p. I.42).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Une justification insuffisante de la réalité et du correct rattachement comptable des créances et dettes au titre des régimes de base du RSI

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

Les informations communiquées à cette fin par le régime social des indépendants (RSI) ont conduit la direction de la sécurité sociale à retenir 5 Md€ (sur un bilan total de 20,3 Md€ au 31 décembre 2016) d'actifs et de passifs au titre des régimes de base maladie et vieillesse intégrés au tableau patrimonial.

Si des éléments de justification ont été communiqués à la Cour⁹⁷, le système d'information du RSI ne lui permet pas en l'état d'isoler au sein de son bilan global les actifs et passifs respectifs des régimes de base intégrés au tableau patrimonial et des régimes complémentaires qui n'en relèvent pas.

Les nouvelles modalités de répartition des créances et des dettes entre risques (notamment à partir des flux de trésorerie) et le retraitement des principales sources de déséquilibre entre actifs et passifs (soit un montant agrégé de 65 M€ en 2015), concernant en particulier les immobilisations, améliorent la fiabilité des données bilancielle des régimes de base du RSI intégrées au tableau patrimonial. Toutefois, en l'absence d'une validation par les commissaires aux comptes du régime, la Cour ne dispose pas d'une assurance suffisante quant à la qualité des requêtes et données sources utilisées pour reconstituer le bilan de ses régimes de base.

2 - Les opinions exprimées par les auditeurs externes sur la qualité des comptes 2016

S'agissant des entités qui sont comprises dans le champ du tableau patrimonial, mais pas dans celui des tableaux d'équilibre, les états

⁹⁷ Notamment une note méthodologique, une balance générale ventilée par régime, ainsi que des tableaux annexes détaillant les rééquilibrages entre les différents risques.

financiers du FRR au 31 décembre 2016 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes. Sur la recommandation de la Cour, la CADES a pour la première fois mandaté un commissaire aux comptes et obtenu une certification sans réserve de ses états financiers au 31 décembre 2016⁹⁸.

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

Au regard des opinions de certification avec réserves exprimées par la Cour sur les états financiers du régime général, et de certification avec réserves émises par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes (MSA, ENIM, RSI et CNAVPL), la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial est imparfaitement assurée du fait des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables ayant trait notamment à la fiabilité des données notifiées par des entités tierces, aux estimations comptables relatives à l'actif et au passif circulants et aux provisions pour risques et charges.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au regard des projets communiqués à la Cour, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 fournissent une représentation cohérente du résultat et de la situation patrimoniale des entités comprises dans leurs périmètres respectifs au titre de l'exercice 2016.

À compter de ce même exercice et suite à l'instauration de la protection universelle maladie (PUMa), le tableau d'équilibre de la branche maladie du régime général est désormais élaboré en consolidant les charges et les produits de dix autres régimes maladie. Cette modification de périmètre induit une augmentation substantielle du niveau des dépenses et des recettes nettes retracées dans ce tableau d'équilibre.

⁹⁸ La CADES soumettait jusqu'ici volontairement ses états financiers à un audit contractuel. Dans son rapport sur la qualité des comptes des administrations publiques de l'exercice 2013 (Cour des comptes, *La qualité des comptes des administrations publiques*, La Documentation française, octobre 2014, p.25, disponible sur www.ccomptes.fr), la Cour a estimé qu'au regard des enjeux financiers liés à ses activités, les états financiers de la CADES devraient faire l'objet d'une certification obligatoire en application de dispositions légales à instaurer.

Conformément à une recommandation réitérée de la Cour, l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale présente désormais les tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires en intégrant à ces derniers les recettes, les dépenses et le solde du Fonds de solidarité vieillesse. Cette nouvelle présentation conduit désormais à retracer dans le tableau d'équilibre du régime général le solde véritable de ce dernier, après avoir pris en compte l'absence de financement effectif par le FSV, dans le même exercice, du fait de son déficit, d'une partie de ses concours à la branche vieillesse, ce financement étant reporté à l'exercice suivant.

En revanche, une partie des produits et des charges retracés dans le cadre des tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement restent issus de contractions de produits et de charges, en contrariété avec le cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale.

Par ailleurs, une partie des valeurs mobilières de placement retracées par le tableau patrimonial correspond au retraitement, pour l'élaboration de ce document, d'actifs financiers liquides classés en titres de participation dans les états financiers de plusieurs entités de son périmètre.

Enfin, les montants d'actifs et de passifs intégrés au tableau patrimonial au titre des régimes de base du régime social des indépendants demeurent insuffisamment fiabilisés.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

11. mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (recommandation réitérée) ;
 12. reclasser, dans les états financiers des entités du périmètre du tableau patrimonial, les titres de participation à la rubrique des valeurs mobilières de placement. ;
 13. faire valider la reconstitution du bilan des régimes de base du RSI par les commissaires aux comptes de ce régime.
-

Annexe - liste des régimes (hors régime général) intégrés au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, présentés par branche⁹⁹.

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT/MP
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
Régime social des indépendants – commerçants	X	X	
Régime social des indépendants – artisans	X	X	
Caisse autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)		X	
Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC)	X	X	
<i>Régimes spéciaux</i>			
Agents de l'État		X	X
Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)	X		
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fers français (SNCF)	X	X	
Caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens (RATP)	X	X	X
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)		X	X
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	X	X	X
Établissement national des invalides de la marine (ENIM)	X	X	X
Caisse nationale des barreaux français (CNBF)		X	X
Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X	X	X
Banque de France		X	X
Opéra de Paris		X	
Comédie Française		X	
Régime d'assurance maladie du personnel du Port autonome de Bordeaux	X		
Régime d'assurance vieillesse du personnel du Port autonome de Strasbourg		X	
Ex-SEITA*		X	

⁹⁹ Telle que présentée en annexe au projet de loi de financement pour 2015.

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT/MP
<i>Chambre de commerce et d'industrie de Paris (intégré au régime général)*</i>	X		
<i>Régime des chemins de fer secondaires (intégré au régime général)*</i>		X	
<i>Régimes gérés par la Caisse des Dépôts et Consignations</i>			
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)		X	
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)		X	
Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (RATOCEM)			X
Fonds commun des accidents du travail salariés non agricoles (FCAT)			X
Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA)			X
Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA)		X	
Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL)			X
Régime d'indemnisation des sapeurs- pompiers communaux non professionnels (RISP)		X	
Rentes accidents du travail (département de Paris)			X
Rentes accidents du travail (mairie de Paris)			X
Rentes accidents du travail (assistance publique des hôpitaux de Paris)			X
Régime des cultes d'Alsace-Moselle		X	
Régime des chemins de fer de l'Hérault*		X	
Régime des chemins de fer d'Outre-mer*		X	
Régime des chemins de fer d'Éthiopie*		X	

* Régime en voie d'extinction.

Source : Cour des comptes, à partir de la liste des régimes annexée au PLFSS 2015.

B – Assurer la pérennité de l'équilibre de la sécurité sociale

Chapitre IV

Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable

PRÉSENTATION

Depuis 2001, dernière année d'équilibre, le solde des régimes de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a connu une dégradation d'abord progressive, puis brutale à la suite de la récession de 2009, jusqu'à atteindre près de 30 Md€ de déficit en 2010, avant d'enregistrer une amélioration régulière jusqu'en 2016 où le déficit, à 8 Md€, a retrouvé un niveau proche de celui de 2002.

Cette trajectoire contraste avec celle de l'ensemble des administrations publiques, dont le solde reste beaucoup plus dégradé qu'il ne l'était il y a 15 ans, du fait principalement du creusement du déficit du budget de l'État (passé de 32 Md€ à 69,1 Md€ entre 2001 et 2016).

En complément des travaux qu'elle mène chaque année sur la situation financière de la sécurité sociale¹⁰⁰, la Cour a cherché à examiner les facteurs à l'œuvre dans la persistance de déficits sociaux sur une durée aussi longue, qui enjambe plusieurs cycles économiques, puis dans leur réduction graduelle.

En distinguant l'effet de la conjoncture des autres facteurs, son analyse établit l'origine essentiellement structurelle du creusement des déficits sur la période, le rôle prépondérant de la dynamique des dépenses dans cette détérioration et l'apport déterminant des hausses de prélèvements obligatoires au mouvement de réduction des déficits de la sécurité sociale engagé depuis 2011 (I).

Par ailleurs, les transferts financiers avec l'État et internes à la sécurité sociale ont eu une incidence significative sur l'évolution du solde des régimes et du FSV et sur sa répartition entre les différents risques, vieillesse, maladie et famille (II).

Au regard de ces évolutions au long des 15 dernières années, et compte tenu des enjeux entourant la trajectoire future des comptes sociaux, le cadre de pilotage financier de la sécurité sociale devrait être redéfini dans le sens d'une rigueur accrue afin de garantir un retour pérenne à l'équilibre, en évitant tout relâchement des efforts de maîtrise des dépenses, notamment d'assurance maladie, qui serait préjudiciable au redressement des finances publiques dans leur ensemble (III).

¹⁰⁰ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre I : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer, p. 31.

I - Des déficits persistants depuis 2002 du fait de la dynamique des dépenses et qui se réduisent tardivement grâce à des hausses des prélèvements

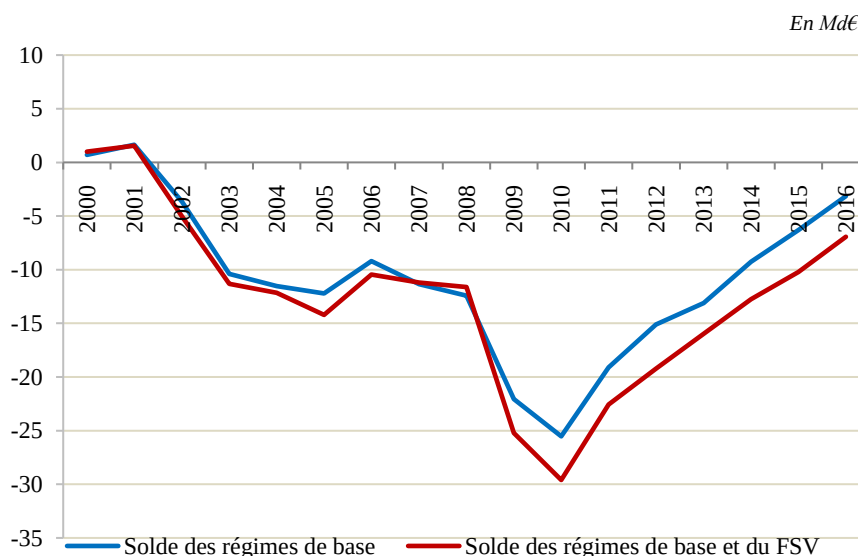
Depuis 2002, la sécurité sociale est en déséquilibre financier permanent. Ses déficits ont augmenté jusqu'en 2010, puis se sont graduellement réduits. Cette trajectoire a conduit la sécurité sociale à accumuler près de 220 Md€ de déficits, dont plus de 170 Md€ sont d'origine structurelle, c'est-à-dire non liés aux variations de la conjoncture économique (voir encadré *infra*). Le creusement structurel des déficits depuis 2000 résulte essentiellement de l'évolution dynamique des dépenses, d'abord soutenue par des mesures nouvelles dont les effets cumulés n'ont été compensés par des économies nettes qu'à partir de 2011. Dans ces conditions, le retour progressif à l'équilibre qui s'opère depuis 2011 a été permis, avant tout, par des hausses de prélèvements.

A - Une accumulation de déficits pour l'essentiel structurels

1 - Des déficits permanents depuis 2002

Avec un léger excédent (1,6 Md€), 2001 est la dernière année d'équilibre financier nominal des régimes de base de sécurité sociale et du FSV depuis quinze ans.

**Graphique n° 5 : évolution des soldes des régimes de base et du FSV
(2000-2016)**



Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2017 et les rapports annuels de la CCSS.

Entre 2001 et 2010, la trajectoire financière de la sécurité sociale, à travers celle des soldes des régimes de base et du FSV, a connu une première dégradation, en 2002-2003, suivie d'une relative stabilisation de 2004 à 2008 mais avec un déficit très élevé (supérieur à 10 Md€), avant une nouvelle et forte détérioration en 2009-2010, dans le sillage de la crise financière de 2008 et de la récession qui s'en est suivie l'année suivante. Ces évolutions ont conduit à un déficit historique de 29,6 Md€ fin 2010.

Depuis 2011, le déficit connaît une réduction continue et le solde des régimes de base et du FSV revient progressivement à l'équilibre. Selon les projections financières associées à la loi de financement pour 2017, l'équilibre devait être retrouvé en 2019, au terme alors de 17 années ininterrompues de déficits. Depuis lors, le Premier ministre a annoncé dans sa déclaration de politique générale l'intention du Gouvernement de reporter à 2020 ce retour à l'équilibre. Ces perspectives restent cependant à préciser¹⁰¹.

¹⁰¹ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre I : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer, p. 31

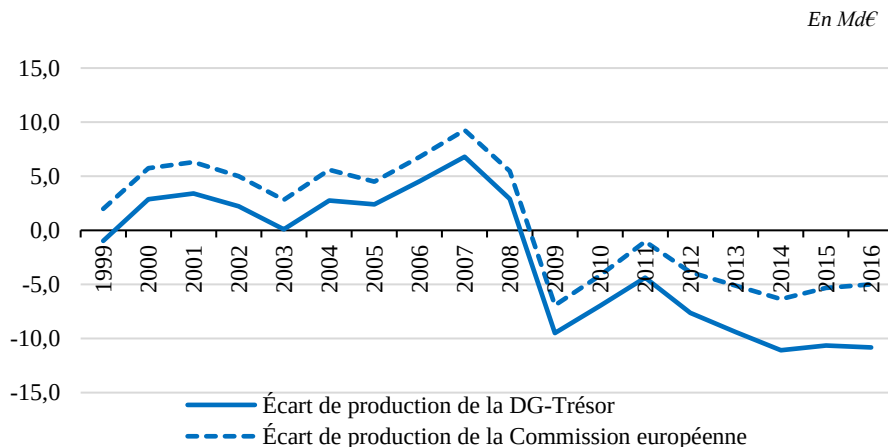
De 2002 à 2016, le cumul des déficits nominaux aura atteint près de 220 Md€. La dette sociale ainsi constituée a été pour l'essentiel, soit 202 Md€ à fin 2016, transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Compte tenu de l'amortissement opéré par la CADES grâce aux ressources qui lui sont affectées et de la trajectoire de réduction des déficits, la dette sociale nette, approchée par l'addition de la situation nette de la CADES et de la dette portée par l'ACOSS, s'est stabilisée en 2015 et a commencé à décroître en 2016.

2 - Une origine très majoritairement structurelle

La part conjoncturelle de ces déficits cumulés, évaluée selon les méthodologies habituelles (voir encadré *infra*), est très minoritaire.

Graphique n° 6 : composante conjoncturelle du solde des régimes de base et du FSV (1999-2016)



Source : Cour des comptes d'après les séries d'écart de production de la commission européenne (printemps 2016) et de la direction générale du Trésor (décembre 2016).

En utilisant les hypothèses d'écart de production retenues par les pouvoirs publics, le cumul des soldes conjoncturels se monterait en effet à -49 Md€, soit 22 % du cumul des déficits nominaux. En utilisant de façon alternative les hypothèses de la Commission européenne, le cumul des soldes conjoncturels serait légèrement positif sur la période 2002-2016, ce

qui conférerait un caractère structurel à la totalité des déficits cumulés sur la période.

L'évaluation du solde structurel de la sécurité sociale

L'analyse structurelle du solde de la sécurité sociale reprend la méthodologie utilisée au niveau de l'ensemble des administrations publiques (APU) pour décomposer le solde public, et ses variations, entre facteurs conjoncturels, facteurs exceptionnels et facteurs structurels.

Cette méthodologie est ici utilisée sur le périmètre consolidé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (hors régime de retraite des fonctionnaires de l'État) et du FSV.

La composante conjoncturelle du solde correspond à la perte ou au gain en recettes lié à l'écart de production (c'est-à-dire l'écart entre le PIB effectif et le PIB potentiel). Elle est calculée à partir d'une estimation actualisée de l'élasticité des recettes sociales au PIB (0,96¹⁰²) et des hypothèses d'écart de production retenues par le Gouvernement jusqu'en 2016. Toutefois, compte tenu des critiques renouvelées du Haut Conseil des finances publiques sur les hypothèses d'écart de production utilisées par le Gouvernement dans le cadre des lois financières depuis 2015¹⁰³, un calcul alternatif est présenté sur la base de la série actualisée des écarts de production utilisée par la Commission européenne¹⁰⁴.

L'évolution du solde structurel de la sécurité sociale se déduit de celle du solde nominal après neutralisation de sa composante conjoncturelle et des éventuelles mesures exceptionnelles non pérennes. Cette catégorie de mesures concerne notamment les mesures de trésorerie en recettes (accélération du calendrier de versement des prélèvements sociaux, prélèvements sur des réserves).

¹⁰² Une augmentation de 1 % de la richesse nationale mesurée par le PIB s'accompagne, à assiettes et taux constants, d'une hausse de 0,96 % du produit des prélèvements affectés au financement de la sécurité sociale.

¹⁰³ Voir notamment l'avis du 17 juin 2017 n° HCFP-2017-2 relatif au solde structurel des administrations publiques présenté dans le projet de loi de règlement de 2016 selon lequel « la surestimation de l'écart de production dans les programmes de stabilité et les cadrages financiers des lois de finances depuis 2015 accroît artificiellement la composante conjoncturelle du déficit, ce qui conduit mécaniquement à diminuer l'estimation du déficit structurel ».

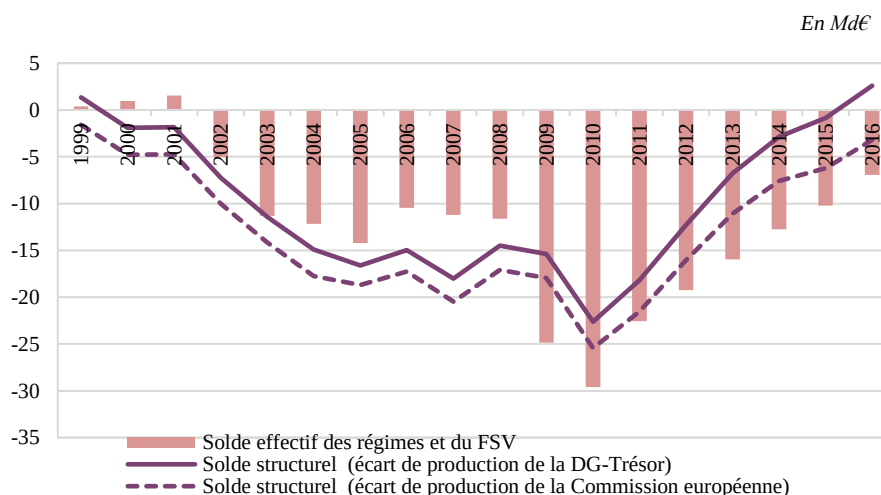
¹⁰⁴ Dans ses prévisions économiques de printemps 2017. Les autres organisations internationales (FMI, OCDE) utilisent des hypothèses intermédiaires entre celles du Gouvernement et celles de la Commission.

Par rapport à un montant cumulé de déficits nominaux de près de 220 Md€, la sécurité sociale aurait ainsi enregistré depuis 2002, selon les hypothèses, entre 170 Md€ et 215 Md€ de déficits structurels, soit l'équivalent actuel de 8 à 11 points de PIB.

Comme le montre le graphique ci-après, trois périodes sont à distinguer à cet égard :

- entre 2000 et 2008, les régimes de base et le FSV ont connu une situation conjoncturelle favorable qui aurait dû améliorer le solde nominal. Toutefois, les déficits structurels se sont profondément creusés, du fait des décisions prises par les pouvoirs publics, pour dépasser 15 Md€ en 2005. Le solde nominal a reflété cette dégradation, mais le maintien d'une conjoncture favorable l'a contenue autour de -11 Md€ jusqu'en 2008 ;
- l'apparition de déficits conjoncturels à partir de 2009, dans le prolongement de la crise financière de 2008, a fait plonger les déficits nominaux à des niveaux historiquement inédits (29,6 Md€ en 2010) ;
- à partir de 2011, le maintien d'importants déficits conjoncturels s'est accompagné d'une réduction continue des déficits structurels, dont le rythme a cependant ralenti depuis 2015. La baisse des déficits structurels explique ainsi à elle seule l'amélioration du solde nominal entre 2011 et 2016.

Graphique n° 7 : évolution estimée du solde structurel des régimes de base et du FSV (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les séries d'écart de production de la commission européenne (printemps 2016) et de la direction générale du Trésor (décembre 2016).

Selon les hypothèses d'écart de production associées à la loi de finances initiale pour 2017, le solde structurel redeviendrait positif en 2016. En fonction des hypothèses de la Commission européenne, la sécurité sociale se rapprocherait de l'équilibre structurel en 2017. En tout état de cause, le solde structurel des régimes de base et du FSV retrouverait fin 2016 un niveau voisin de celui de 1999, avec +2,5 Md€ selon les hypothèses des pouvoirs publics ou - 3 Md€ selon celles de la Commission européenne.

Ce mouvement de retour à un équilibre ou quasi-équilibre structurel, 15 ans après le début du creusement des déficits, s'est toutefois accompagné d'un alourdissement des dépenses de sécurité sociale et des prélèvements obligatoires.

B - Une dynamique des dépenses à l'origine de la détérioration des soldes structurels

Les variations annuelles du solde structurel des régimes de base de sécurité sociale¹⁰⁵ et du FSV résultent principalement de trois facteurs : des transferts de recettes ou de dépenses entre administrations, des mesures nettes affectant les prélèvements obligatoires (ces facteurs sont abordés au II *infra*) et le différentiel d'évolution entre les dépenses à périmètre constant et la croissance potentielle des recettes.

Malgré la mise en œuvre d'économies nettes de dépenses à partir de 2006, qui se sont renforcées depuis 2011, une progression des dépenses continûment plus rapide que la croissance potentielle du PIB jusqu'en 2014 a contribué à dégrader les soldes structurels annuels de la sécurité sociale entre 2000 et 2016, à hauteur de 37 Md€¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Dans le cadre de cette analyse, n'est pas pris en compte le régime des pensions civiles et militaires de l'État (SRE), dont l'équilibre est assuré chaque année par une contribution de l'État employeur, pesant sur le budget de l'État. L'analyse des facteurs d'évolution structurelle du solde de la sécurité sociale, en dépenses et en recettes, est donc effectué, dans le reste de ce chapitre, sur un périmètre excluant ce régime. Sur ce périmètre, les ressources intègrent néanmoins les transferts financiers nets en provenance du SRE (compensations démographiques notamment), ainsi que les subventions de l'État à certains régimes spéciaux de retraite (SNCF, RATP, Mines et marins). Le total de ces concours est resté stable entre 2000 et 2016, à environ 8 Md€.

¹⁰⁶ Ou 40 Md€ en prenant en compte les hypothèses d'écart de production des perspectives économiques de printemps 2017 de la Commission européenne.

1 - Des mesures d'économies qui n'ont compensé les dépenses supplémentaires antérieures qu'à partir de 2011

Moyennant certaines précautions, s'agissant notamment de la possibilité de les distinguer réellement pour l'assurance maladie (voir encadré *infra*), il est possible de retracer les effets des décisions prises par les pouvoirs publics en matière de dépenses entre 2000 et 2016.

L'évaluation fragile des économies effectives sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Les dépenses des branches famille et vieillesse font majoritairement l'objet de mesures paramétriques dont l'estimation des impacts est assez fiable, moyennant certaines hypothèses relatives au comportement des assurés (en matière d'âge de départ à la retraite par exemple).

En revanche, la quantification des économies réalisées sur les dépenses d'assurance maladie soulève une difficulté particulière. Si certaines mesures ont elles aussi un caractère paramétrique (participations financières des ménages, évolution des tarifs des biens et services médicaux ou des modes de rémunération des professionnels de santé), d'autres relèvent de modifications de comportements ou d'organisation et se révèlent très difficiles à estimer *a posteriori*.

Dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale, la Cour fait état des estimations d'économies fournies à sa demande par la direction de la sécurité sociale. Toutefois, elle souligne régulièrement que ces estimations restent, pour une part, incertaines, s'agissant notamment de la mesure des effets de la maîtrise médicalisée des dépenses ou des gains de productivité liés aux évolutions de l'organisation des activités hospitalières.

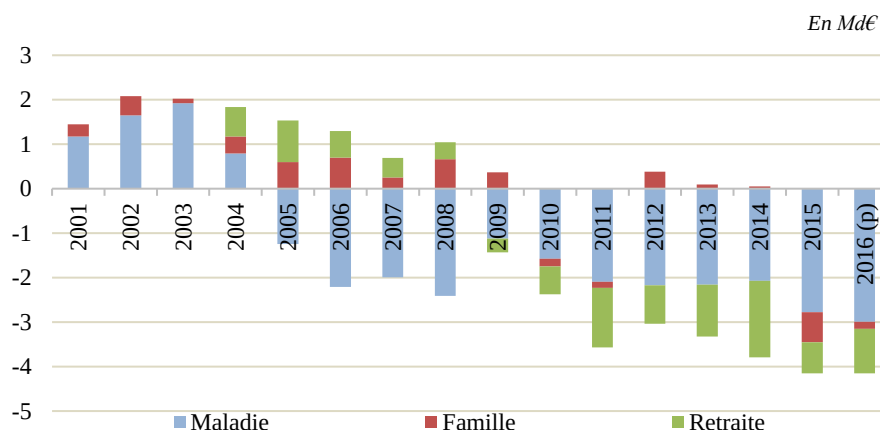
Si l'on reprend les estimations mentionnées dans les rapports annuels de la commission des comptes de la sécurité sociale et celles dont la Cour a fait état dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale, le cumul des mesures identifiées comme ayant affecté les dépenses comprises dans l'ONDAM aboutirait à un montant net d'économies de l'ordre de 16 Md€ de 2001 à 2015. Ce montant intègre pour plus de 5 Md€ une estimation par la direction de la sécurité sociale du rendement des mesures de maîtrise médicalisée. Il prend aussi en compte plus de 4 Md€ d'économies liées à l'organisation des activités hospitalières, dont l'évaluation reste largement conventionnelle.

Entre 2000 et 2005, les mesures adoptées par les pouvoirs publics ont conduit à des dépenses nettes supplémentaires dans une période d'excédents conjoncturels, comme l'illustre le graphique ci-après. Il s'agit notamment :

- pour la branche famille, de l'amélioration des barèmes des aides au logement entre 2000 et 2002 (+500 M€) et de la mise en œuvre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) à partir de 2004 (au moins +2 Md€ entre 2004 et 2008 compte tenu de la montée en charge de ce dispositif) ;
- pour les régimes de retraite, des dépenses supplémentaires générées par les possibilités de départ anticipé ouvertes par la réforme de 2003 et par les « coups de pouce » à la revalorisation annuelle des pensions décidés par les pouvoirs publics (+0,3 point en 2000 et en 2002 et +0,5 point en 2001) ;
- pour l'assurance maladie, des mesures nouvelles en soins de ville (revalorisations de tarifs notamment) qui se sont accumulées pour plus de 3 Md€ au total.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics a entraîné plus de 4 Md€ de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie entre 2000 et 2005.

Graphique n° 8 : impacts estimés des principales mesures* adoptées par les pouvoirs publics sur l'évolution annuelle des dépenses de sécurité sociale (2001-2016)



* Y compris effets de la mise en œuvre de l'ARTT à l'hôpital.

Source : Cour des comptes d'après les données de la CCSS, de la DREES et de ses rapports annuels sur la sécurité sociale.

Ce n'est qu'à partir de 2006, et sous réserve des incertitudes affectant la réalité et l'ampleur d'une partie des économies affichées chaque année au titre de l'ONDAM, que l'action des pouvoirs publics s'est traduite chaque année par des mesures d'économies nettes qui ont eu pour effet de réduire le rythme de progression des dépenses d'une année sur l'autre.

L'ampleur de ces mesures s'est renforcée depuis 2011 dans un contexte de déficits conjoncturels persistants. Elles ont notamment concerné les pensions de retraite, à travers le recul des âges légaux par la réforme de 2010, les prestations familiales, avec en particulier la modulation en fonction des ressources depuis 2015 des allocations familiales et l'assurance maladie au travers d'une progressive décélération de l'ONDAM, par ailleurs désormais mieux piloté grâce au renforcement de la procédure de suivi et d'alerte depuis 2010.

Ce n'est cependant qu'à partir de 2011 que le cumul de ces mesures a abouti à des économies nettes en dépenses. Fin 2016, ces économies peuvent être évaluées à 21 Md€ au plus toutes branches confondues¹⁰⁷. Près de la moitié de ce montant résulte cependant de mesures dont l'estimation est particulièrement fragile.

Dans un premier temps, les décisions des pouvoirs publics ont en effet contribué à accélérer les dépenses au moins jusqu'en 2005, dans une conjoncture économique globalement favorable (voir *supra*). À partir de 2006, et surtout depuis 2011, elles ont visé en revanche à dégager des économies nettes, en particulier sur l'assurance maladie et les régimes de retraite, dans un contexte de faible croissance économique.

Toutefois, ces efforts d'économie n'ont pas permis, avant 2015, d'infléchir suffisamment la progression des dépenses, par rapport à son évolution tendancielle, pour qu'elle ne dépasse pas la croissance potentielle des recettes, elle-même affectée par la crise à partir de 2009.

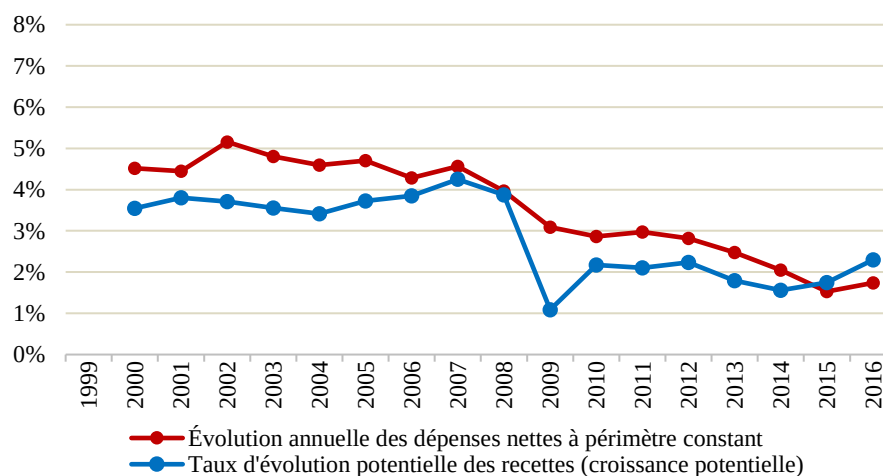
¹⁰⁷ Cette estimation ne tient pas compte de l'effet de la réforme de l'indexation des pensions des retraités de la fonction publique à compter de 2003. Les travaux de la Caisse des dépôts et consignations ont établi que, pour la CNRACL, cette réforme avait conduit à des surcoûts en fin de période, liés au gel du point de la fonction publique. Fin 2013, ces surcoûts correspondaient à 5 % de la masse des pensions (voir Cour des comptes, *Rapport public thématique*, les pensions de retraite des fonctionnaires, des évolutions à poursuivre, octobre 2016, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr).

2 - Une maîtrise des dépenses longtemps trop limitée pour empêcher une dégradation du solde structurel

Des dépenses plus dynamiques que l'évolution potentielle des recettes ou que la croissance potentielle¹⁰⁸ ont entraîné jusqu'en 2014 une dégradation du solde structurel de la sécurité sociale.

En effet, les mesures adoptées par les pouvoirs publics n'ont permis que très tardivement d'infléchir le rythme de progression des dépenses en valeur, par rapport à son évolution tendancielle, à un degré suffisant pour l'abaisser en deçà du niveau de la croissance potentielle en valeur, elle-même significativement réduite après 2009, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 9 : évolutions annuelles comparées des dépenses à périmètre constant et des recettes potentielles en valeur (2000-2016)



Source : Cour des comptes.

Sur l'ensemble de la période 2000-2016, l'augmentation des dépenses des régimes de base, à périmètre constant, a ainsi dépassé de 0,7 point en moyenne celle de la croissance potentielle calculée selon les hypothèses du Gouvernement.

¹⁰⁸ Étant donné l'élasticité quasi-unitaire des recettes de sécurité sociale par rapport au PIB (voir *supra*), l'évolution potentielle des recettes peut être assimilée à la croissance potentielle du PIB.

Ce différentiel a été particulièrement marqué entre 2000 et 2005. Cette période a correspondu en effet à la conjonction de mesures nouvelles pour les branches famille et retraite (voir *supra*) et de progressions annuelles très élevées des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM (supérieures à +4,5 %). De 2000 à 2008, les dépenses de sécurité sociale ont augmenté chaque année de plus de 4 % en moyenne.

Depuis 2009, en revanche, la progression annuelle des dépenses a nettement ralenti : elle n'a plus excédé +3 %, passant même sous les +2 % depuis 2014, sous l'effet notamment des mesures d'économie adoptées par les pouvoirs publics (voir *supra*). Cependant, la croissance potentielle a parallèlement connu une nette décélération et est restée inférieure au rythme d'augmentation des dépenses jusqu'en 2014, ce qui a contribué à la détérioration du solde structurel de la sécurité sociale.

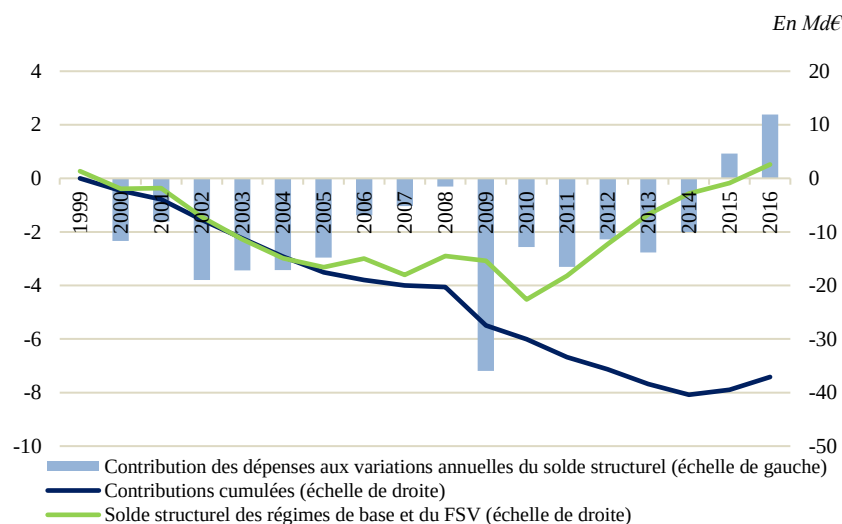
En 2015 et en 2016, un ralentissement encore plus prononcé de la progression des dépenses a permis que celles-ci contribuent enfin à améliorer le solde structurel de la sécurité sociale. Néanmoins, cette contribution a aussi tenu à la conjonction d'une progression du prix du PIB¹⁰⁹ et d'une stagnation de l'indice des prix à la consommation, dont l'évolution détermine la revalorisation de la majorité des prestations sociales en espèces¹¹⁰.

Au final, une progression des dépenses longtemps supérieure à la croissance potentielle constatée explique à elle seule l'apparition et l'accumulation de déficits structurels depuis 2000.

¹⁰⁹ La progression du prix du PIB correspond à la différence entre l'évolution du PIB en valeur et son évolution en volume.

¹¹⁰ Inversement, en 2011 et en 2012, la progression de l'indice des prix à la consommation a été plus forte que celle du déflateur du PIB. Au total, sur l'ensemble de la période 2000-2016, la progression annuelle moyenne du déflateur du PIB est presque identique à celle de l'indice des prix à la consommation.

Graphique n° 10 : contribution des dépenses à l'évolution du solde structurel annuel de la sécurité sociale (2000-2016, hors SRE)



Source : Cour des comptes.

Ces écarts d'évolution, rapportés aux masses de dépenses, ont globalement conduit à dégrader de plus de 37 Md€ le solde structurel des régimes de base et du FSV entre 2000 et 2016. Sur la seule année 2009, cette détérioration a représenté 7 Md€, en raison du décrochage de la croissance potentielle à la suite de la crise financière de 2008.

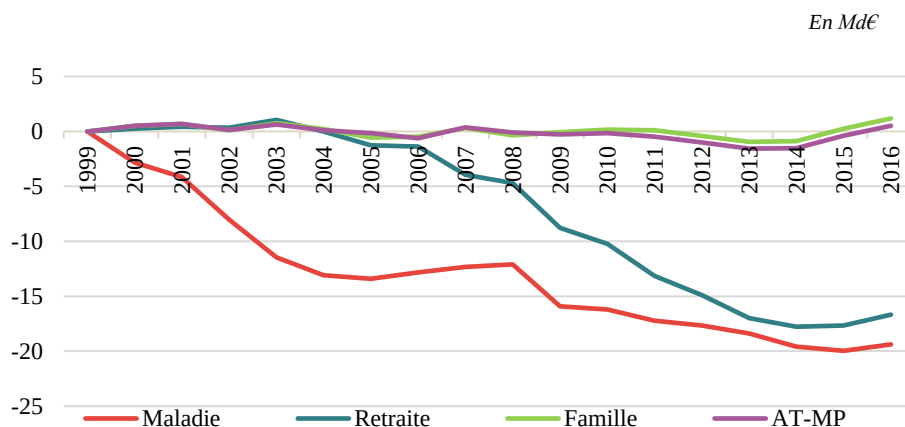
3 - Une dynamique des dépenses d'assurance maladie et de retraites à l'origine principale de la détérioration du solde structurel

Cette dégradation de 37 Md€ du solde structurel des régimes de base de sécurité sociale et du FSV est inégalement répartie entre les différentes branches. La maladie et la vieillesse en concentrent en fait la totalité.

Sur la période 2000-2016, le taux de progression de l'ONDAM n'a été inférieur à la croissance potentielle qu'au cours des années 2006 et 2007. Au total, les dépenses d'assurance maladie sont à l'origine d'une dégradation de près de 20 Md€ du solde structurel de la sécurité sociale, dont la majorité a été acquise entre 2000 et 2005, mais qui s'est poursuivie jusqu'en 2015 malgré le resserrement significatif de l'ONDAM.

L'évolution des dépenses de retraite a elle aussi entraîné une dégradation du solde structurel de la sécurité sociale, de près de 17 Md€, depuis 2000. Celle-ci se concentre sur la période 2007-2013, dans le contexte des départs en retraite, pour partie anticipés, des générations nombreuses d'après-guerre et avant que la réforme de 2010 ne commence à produire ses effets.

Graphique n° 11 : contribution des dépenses aux variations du solde structurel des différentes branches (2000-2016)



En revanche, l'évolution des dépenses de la branche famille¹¹¹, en dépit des mesures nouvelles adoptées dans le courant des années 2000, n'a pas excédé la croissance potentielle estimée par la direction générale du Trésor au titre des 15 dernières années. Les mesures d'économies intervenues en 2015 ont permis que l'évolution des dépenses de la branche depuis 2000, à périmètre constant, contribue à améliorer de près de 1 Md€ le solde structurel. Enfin, les dépenses de la branche AT-MP, dont les montants sont nettement plus modestes, n'auraient pas eu d'impact notable sur l'évolution du solde structurel entre 2000 et 2016.

¹¹¹ Hors transferts vers le FSV au titre du financement des majorations de pensions de retraite pour enfants (voir II – B – 1 - *infra*).

C - Une réduction des déficits structurels à partir de 2011 acquise par la hausse des prélèvements

Alors que la dynamique des dépenses a continué jusqu'en 2014 compris à détériorer le solde structurel de la sécurité sociale, ce solde s'améliore cependant de manière régulière depuis 2011 sous l'effet de mesures d'augmentation des prélèvements obligatoires.

1 - 37 Md€ d'augmentation des prélèvements en faveur de la sécurité sociale, dont 27 Md€ depuis 2011

Entre 2000 et 2016, les hausses de prélèvements obligatoires en faveur des régimes de sécurité sociale (hors SRE) et du FSV ont atteint plus de 37 Md€ en cumul. Ce montant correspond :

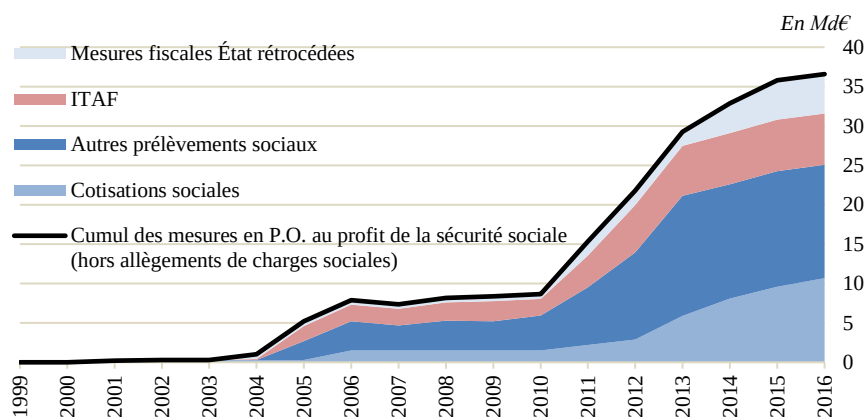
- pour près de 11 Md€, à des augmentations de taux et à des élargissements de l'assiette des cotisations sociales, essentiellement en faveur des branches vieillesse (8,5 Md€) et AT-MP (1,2 Md€) ;
- pour près de 14,5 Md€, à l'accroissement de prélèvements sociaux, notamment sur les revenus du capital (7 Md€) et l'épargne salariale (dont le forfait social pour plus de 3 Md€) ;
- pour près de 6,5 Md€, à des mesures nouvelles concernant les autres impôts et taxes affectés à la sécurité sociale¹¹² ;
- pour plus de 5 Md€, à des mesures fiscales sur impôts d'État dont le rendement a été rétrocédé à la sécurité sociale en dehors de la compensation d'allègements de cotisations¹¹³.

Comme l'illustre le graphique ci-après, ces mesures ont été adoptées pour l'essentiel en 2005-2006 (+7 Md€), puis en 2011-2012 (+13 Md€) et en 2013-2015 (+14 Md€).

¹¹² Notamment 2,2 Md€ d'augmentation de taux de la taxe sur les contrats d'assurance complémentaire maladie et plus de 1,2 Md€ d'augmentation du niveau des droits sur le tabac et sur les alcools.

¹¹³ Il s'agit en dernier lieu de la rétrocession du rendement de la fiscalisation des contributions des employeurs à la couverture complémentaire maladie de leurs salariés (1 Md€) et de l'abaissement du plafond du quotient familial en 2014 (1 Md€), puis de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants en 2015 (1,2 Md€).

Graphique n° 12 : cumul des mesures d'augmentation des prélèvements obligatoires en faveur de la sécurité sociale (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les rapports annuels de la CCSS.

2 - Des mesures de recettes qui ont contribué à hauteur de 30 Md€ à réduire les déficits annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV

Au cours de la période 2000-2016, les régimes de base de sécurité sociale et le FSV ont bénéficié d'un gain financier net de 30 Md€. En effet, près de 7 Md€ de recettes qui leur étaient affectées ont été transférés à d'autres organismes de la sphère sociale.

Les principaux transferts, soit 5,4 Md€, ont eu pour objet d'apporter à la CADES les ressources nécessaires à l'amortissement des dettes qu'elle a reprises, d'abord en 2009, puis en 2011 et sur chacune des années suivantes. Ils ont porté sur des parts de contribution sociale généralisée (CSG) prélevées sur les recettes du FSV, pour 2,2 Md€ en 2009, puis sur les recettes de la branche famille, pour 3,2 Md€ en 2011.

Les autres transferts, de 1,6 Md€ au total, ont bénéficié au fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2000 et en 2002, à hauteur de 0,8 Md€ de prélèvements sociaux sur les revenus du capital transférés depuis la branche vieillesse et le FSV et au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie¹¹⁴ en 2002, à hauteur de 0,8 Md€ de produits de CSG prélevés sur les recettes du FSV.

¹¹⁴ Précurseur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

De 2011 à 2015, le gain de recettes conservé par les régimes de base et par le FSV après transferts à la CADES, soit 24 Md€, est proche de l'ampleur de la réduction du déficit structurel des régimes de base et du FSV au cours de cette même période (soit 22 Md€).

**

Dans la première moitié des années 2000, les dépenses de sécurité sociale ont connu une dynamique soutenue, sous l'effet de mesures nouvelles dont la conjoncture économique a favorisé l'adoption. À partir de 2006, et singulièrement depuis 2011, la progression des dépenses a été freinée par des mesures d'économies. Jusqu'en 2014 compris, leur rythme d'augmentation a néanmoins continué à dépasser la croissance potentielle, elle-même affaiblie à la suite de la récession de 2009. Ce faisant, l'évolution des dépenses a entraîné une détérioration du solde structurel des régimes de base de sécurité sociale et du FSV de près de 37 Md€ entre 2000 et 2016, qui a conduit à l'accumulation, selon les hypothèses, de 170 Md€ à 215 Md€ de déficits structurels sur cette même période.

Après avoir enregistré en 2010 leur solde le plus dégradé, les régimes de sécurité sociale et le FSV sont engagés depuis 2011 dans un mouvement continu de réduction de leurs déficits et s'approchent aujourd'hui de l'équilibre structurel.

Cette trajectoire a été rendue possible grâce à l'apport à la sécurité sociale de près de 37 Md€ de prélèvements obligatoires, dont 30 Md€ ont directement contribué à réduire les déficits annuels des régimes et du FSV. L'essentiel de ces hausses de prélèvements est intervenu à partir de 2011, dans une situation financière cumulant un déficit structurel creusé depuis le début des années 2000 et un déficit conjoncturel apparu dans le sillage de la crise économique de 2009.

Le pilotage financier de la sécurité sociale s'est ainsi traduit, entre 2000 et 2016, à la fois par une progression des dépenses et par une hausse du taux de prélèvements obligatoires rapportés au PIB.

II - Un rôle significatif des transferts financiers de l'État et entre branches dans la réduction des déficits

En dehors de la hausse des prélèvements, le retour progressif à l'équilibre structurel a été par ailleurs assuré par un effort financier de l'État en faveur de la sécurité sociale, qui s'est traduit, sur la période, par un gain net pour cette dernière.

Par ailleurs, les nombreux transferts financiers internes à la sécurité sociale ont permis d'afficher des réductions de déficits pour toutes les branches, indépendamment de la dynamique différenciée de leurs dépenses et de la répartition des hausses de prélèvements dont elles ont individuellement bénéficié.

A - Un apport net de l'État à la sécurité sociale

L'État contribue au financement de la sécurité sociale principalement à travers les subventions versées à certains régimes, les transferts financiers internes au système de retraite¹¹⁵, la compensation des allègements de charges sociales et divers transferts de recettes fiscales.

Entre 2000 et 2016, le montant agrégé des subventions et transferts internes au système de retraite est resté stable. En revanche, les transferts de l'État au titre de la compensation des allègements et les transferts divers de recettes ont fortement augmenté.

Ces transferts se traduisent fin 2016 par un gain net de plus de 4 Md€ pour la sécurité sociale, dont 3 Md€ liés à une surcompensation des allègements généraux de charges sociales. Leur impact sur le solde de la sécurité sociale a toutefois été variable selon les années. Sur cette période, leur évolution a de facto contribué à atténuer les effets de la conjoncture sur les recettes de la sécurité sociale.

Par ailleurs, l'évolution des transferts entre l'État et la sécurité sociale a significativement contribué à la divergence de leurs trajectoires financières respectives.

¹¹⁵ Transferts financiers entre le régime de retraite des fonctionnaires de l'État et les autres régimes au titre des compensations démographiques et de la décentralisation.

1 - Des transferts qui procurent un gain net de 4 Md€ pour la sécurité sociale entre 2000 et 2016

Fin 2016, l'évolution des transferts financiers de l'État vers la sécurité sociale par rapport à 1999 conduit à un gain net pour cette dernière.

a) Un apport de 3 Md€ dans le cadre de la compensation des allègements généraux de cotisations sociales

Les allègements de cotisations et de contributions sociales, sous l'effet notamment de la montée en puissance des exonérations de charges patronales liées à la réduction du temps de travail puis du pacte de responsabilité, ont fortement augmenté sur la période 2000-2016.

L'essentiel de cette progression des allègements de charges, soit 24,5 Md€, résulte de mesures destinées, selon la loi, à être compensées par l'État¹¹⁶. Depuis 1994 en effet, sauf exception prévue par une loi de financement de la sécurité sociale, les mesures de réduction ou d'exonération de cotisations sociales doivent donner lieu, en vertu des dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, à une compensation financière intégrale par l'État.

Cette compensation repose en majorité sur des recettes fiscales transférées à la sécurité sociale et, pour le reste, sur des dotations budgétaires de l'État ainsi que, plus récemment, sur des transferts de dépenses de la sécurité sociale à ce dernier.

Or, la contribution annuelle nette de l'État est allée au-delà de la stricte compensation des allègements de cotisations et de contributions sociales, en progressant de près de 27,5 Md€ entre 1999 et 2016.

Ainsi, depuis 2000, l'effet net sur le solde de la sécurité sociale de la montée en puissance des allègements de cotisations et de contributions sociales et de leur compensation par l'État conduit à un gain de près de 3 Md€ pour la sécurité sociale à fin 2016 (compte tenu de 27,5 Md€ de hausse des compensations et de 24,5 Md€ d'augmentation des allègements).

¹¹⁶ L'augmentation du coût des exonérations non compensées se limite à +1,5 Md€ sur la période et correspond pour l'essentiel à l'évolution du nombre des emplois aidés du secteur non marchand.

b) D'autres transferts de recettes fiscales favorables à la sécurité sociale pour plus d'1 Md€

Entre 2000 et 2016, au-delà des compensations d'allègements de cotisations et de contributions sociales, l'État a par ailleurs transféré 2 Md€ de recettes fiscales à la sécurité sociale : 1 Md€ de taxe sur les véhicules de société en 2009 pour la remise à niveau des recettes de la branche maladie des exploitants agricoles¹¹⁷ et 1 Md€ de TVA en 2014 au titre de la compensation à la branche famille de la baisse de 0,15 point du taux de cotisation des entreprises (laquelle a neutralisé une hausse équivalente des taux de cotisation vieillesse).

Compte tenu de l'arrêt des subventions d'équilibre au BAPSA à partir de 2005, ces opérations ont ramené l'amélioration du solde annuel des régimes de base et du FSV à plus de 1 Md€. Toutes choses égales par ailleurs, elles ont dégradé d'autant le solde du budget de l'État.

2 - Des transferts qui atténuent l'impact de la conjoncture économique sur les recettes de la sécurité sociale

Les décisions ayant conduit à s'écarter d'une application stricte du principe de compensation des allègements généraux de charges sociales, ajoutées aux transferts de recettes de l'État non liés aux compensations ou à la rétrocession de mesures fiscales identifiées¹¹⁸, ont successivement réduit, puis augmenté les recettes de la sécurité sociale.

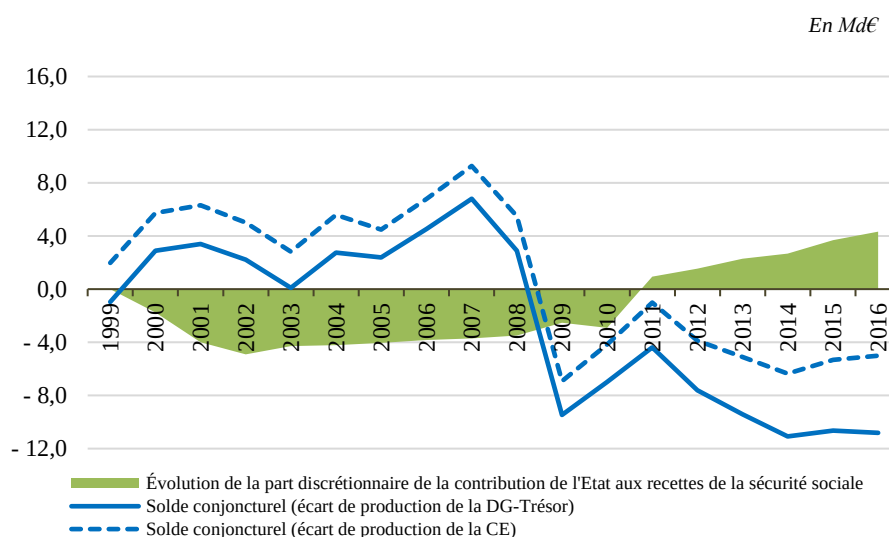
La séquence des excédents conjoncturels de la sécurité sociale entre 2000 et 2007, qui a culminé en 2007 avec un excédent de près de 6 Md€, s'est accompagnée d'une perte nette de recettes de plus de 4 Md€ fin 2005 par rapport à 1999.

¹¹⁷ Les recettes du régime des exploitants agricoles avaient été notamment affectées depuis 2005 par l'arrêt des subventions d'équilibre de l'État (-750 M€) dans le cadre de la suppression du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA).

¹¹⁸ Auxquels s'ajoute la suppression des subventions d'équilibre au régime des exploitants agricoles à partir de 2005.

En effet, les ressources affectées à la sécurité sociale dans le cadre de la compensation financière de la montée en charge des exonérations de cotisations liées à la réduction du temps de travail ont été réduites de près de 4,5 Md€¹¹⁹, cette réduction étant pour partie compensée en 2005 par un transfert de 1 Md€ de droits de consommation sur les tabacs de l'État à la branche maladie du régime général. Par ailleurs, les subventions d'équilibre de l'État au régime des exploitants agricoles, soit 750 M€, ont été supprimées en 2005.

Graphique n° 13 : évolution de l'impact sur le solde de la sécurité sociale des transferts de recettes et de dépenses avec l'État, comparée à l'évolution du solde conjoncturel (2010-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS.

Depuis l'apparition de déficits conjoncturels en 2009, qui se sont maintenus autour de 5 à 10 Md€ par an selon les hypothèses d'écart de production retenues, les recettes transférées par l'État ont globalement contribué à accroître les ressources de la sécurité sociale de plus de 8 Md€, dont 2 Md€ de transferts hors compensation d'allègements de charges (voir

¹¹⁹ L'utilisation du FOREC, de 2001 à 2003, comme vecteur de la compensation des allègements généraux, a permis à l'État de financer une partie de la montée en charge des allègements liés à la réduction du temps de travail par un prélèvement sur les recettes-mêmes de la sécurité sociale, pour un montant de près de 4,5 Md€.

1 – b) *supra*) et plus de 6 Md€ dans le cadre de la compensation des allègements généraux de charges sociales (voir encadré *infra*).

**Une application du principe de compensation favorable
à la sécurité sociale depuis 2011**

À partir de 2011, dans le cadre du passage à une compensation des allègements généraux par affectation de recettes fiscales pour solde de tout compte, indépendamment du coût effectif des allègements, les décisions des pouvoirs publics ont nettement favorisé la sécurité sociale en raison à la fois de leurs effets instantanés sur le niveau de ses recettes et de l'écart entre la dynamique des recettes laissées à la sécurité sociale et l'évolution spontanée du coût des allègements généraux.

En 2011, de façon instantanée, le quantum de recettes laissé à la sécurité sociale a été établi à 1,9 Md€ au-dessus du coût des allègements. En outre, le rendement de la mesure d'annualisation du calcul des allègements généraux en 2011, soit 2 Md€ de cotisations supplémentaires, a été laissé à la sécurité sociale dans le cadre des mesures en recettes de la réforme des retraites de 2010, de même que l'essentiel du rendement des révisions du calcul des allègements opérées en 2012 puis en 2015, soit 0,4 Md€. Ces modifications du calcul des allègements n'ont pas donné lieu à réduction équivalente du montant de la compensation assurée par l'État. Le « bonus » total lié à ces décisions s'élève ainsi à 4,3 Md€.

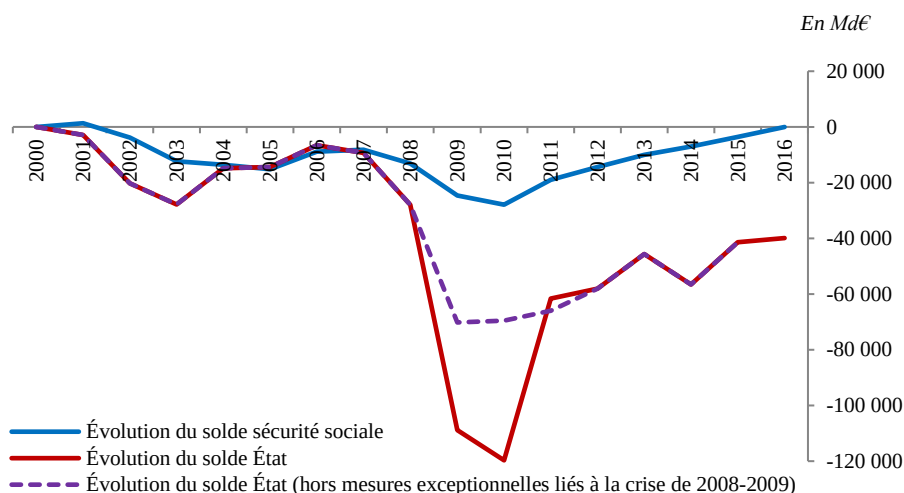
Par ailleurs, l'écart entre la dynamique des recettes ainsi laissées à la sécurité sociale et l'évolution spontanée du coût des allègements généraux entre 2011 et 2016 est à l'origine d'un gain supplémentaire de plus de 2 Md€ pour les recettes de la sécurité sociale.

Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et en particulier les transferts de recettes fiscales, ont ainsi joué pour partie un rôle d'amortisseur des variations conjoncturelles des recettes de la sécurité sociale.

**3 - Des transferts qui ont contribué à la divergence des
trajectoires financières entre la sécurité sociale et l'État**

En 2016, le solde de la sphère sociale prise dans son ensemble (régimes de base, FSV, CADES et FRR inclus) a retrouvé son niveau du début des années 2000, la dégradation intervenue entre 2002 et 2010 étant ainsi neutralisée. En revanche, le solde du budget de l'État s'est, lui, détérioré de près de 40 Md€ entre 2000 et 2016.

Graphique n° 14 : cumuls comparés des variations annuelles du solde de la sécurité sociale et de celui du budget de l'État (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données du RESF et de la CSSS.

Cette divergence des trajectoires de la sphère sociale et du budget de l'État est le résultat de la combinaison de nombreux facteurs, parmi lesquels les mesures en dépenses et en recettes adoptées respectivement pour l'État et pour la sécurité sociale, les transferts financiers entre eux ou encore les écarts de dynamique spontanée des recettes¹²⁰.

Les compensations financières d'allègements de cotisations sociales ont joué un rôle majeur dans cette divergence. Leur impact est en effet de l'ordre de 44 Md€ sur l'écart d'évolution des soldes : le coût, pour l'État, de ces compensations a progressé de 26 Md€ sur la période¹²¹, engendrant un écart de 52 Md€ entre le solde du budget de l'État et le solde de la sécurité sociale, atténué par un gain d'impôt sur les sociétés de l'ordre de 6 Md€ pour l'État¹²², lié aux réductions de charges sociales patronales.

¹²⁰ En particulier, les élasticités instantanées calculées chaque année sur les recettes fiscales et sociales des régimes de base de sécurité sociale ont été en moyenne plus élevées depuis 2010 que celles calculées sur les recettes fiscales nettes de l'État.

¹²¹ Compte non tenu du rendement des mesures fiscales rétrocédé à la sécurité sociale dans le cadre du financement du FOREC en 2000 et en 2001 (1,5 Md€).

¹²² Soit 20 % à 25 % du montant des réductions de charges patronales, selon les estimations des administrations.

Le seul impact des écarts par rapport à une compensation exacte des allègements de compensation et des transferts nets de recettes depuis l'État, soit 4 Md€ (voir 1 – a) *supra*), a contribué à hauteur de près d'un quart à la divergence de trajectoire.

B - Une minoration des déficits de l'assurance maladie grâce à des transferts en provenance des autres branches

La création de caisses nationales autonomes par branche en 1967 a introduit le principe de séparation des risques au sein du régime général. Elle ouvrait la voie à des pilotages financiers propres à chaque risque, qui se sont particulièrement développés pour la branche vieillesse, en cohérence avec son caractère fortement contributif.

Pour autant, les lois de financement de la sécurité sociale successives ont régulièrement organisé, notamment depuis le début des années 2000, des transferts entre branches, soit directement, soit par l'intermédiaire de la CADES. Ils peuvent résulter de mesures qui ont leur logique propre dans le cadre de réformes plus larges, mais aussi de mouvements plus ou moins transparents répondant à des considérations d'affichage. L'appréciation des efforts de redressement et le pilotage financier propres aux différentes branches peuvent s'en trouver altérés.

Après être intervenus majoritairement de la branche famille vers le risque vieillesse jusqu'en 2011, ces mouvements sont essentiellement effectués, depuis 2015, du risque vieillesse vers l'assurance maladie. En cumulé, ils aboutissent entre 2000 et 2017 à un transfert de plus de 3 Md€ de la branche famille vers la branche maladie pour l'essentiel.

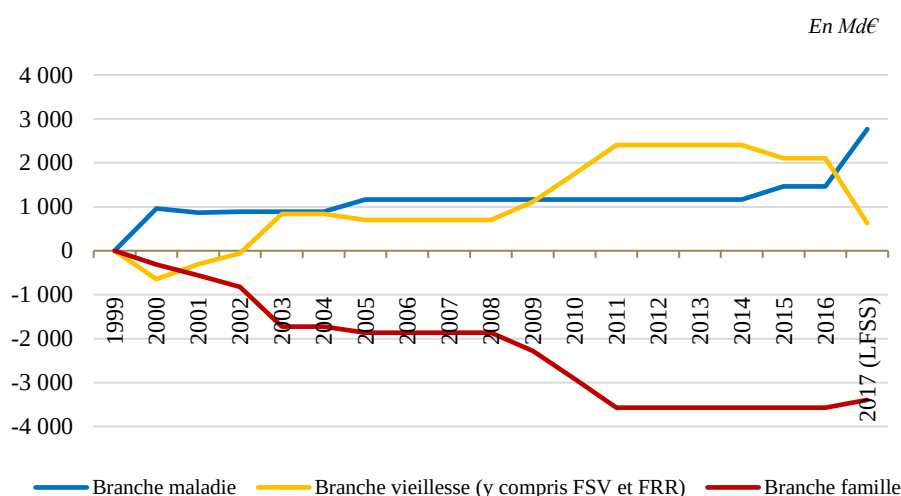
1 - Des transferts financiers internes nombreux et pour partie opaques

a) De multiples transferts annuels entre branches

En considérant le risque vieillesse au sens large (incluant les régimes obligatoires de base, le FSV et le FRR) et les autres branches des régimes de base, la séquence des décisions prises depuis le début des années 2000 fait d'abord apparaître des transferts croissants de la branche famille vers le risque vieillesse.

Ces transferts ont pris la forme d'un financement par cette branche, d'abord partiel, puis intégral, des majorations de pensions de retraite pour enfants à la charge du FSV, pour plus de 3,5 Md€, entre 2000 et 2011.

Graphique n° 15 : impact cumulé des transferts sur les soldes des branches maladie et du risque vieillesse (2000-2017)



Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CSSS.

À partir de 2015, et tout particulièrement en 2017, ce sont les transferts de recettes du risque vieillesse vers l'assurance maladie qui prédominent.

La place particulière du FSV dans les transferts affectant le risque vieillesse

Au sein du risque vieillesse, les transferts opérés avec les autres branches ont plus souvent affecté le FSV que directement la branche vieillesse du régime général elle-même. Ainsi, le FSV a entièrement supporté le transfert de recettes du risque vieillesse aux branches maladie et famille (1,9 Md€) lors de la mise en place du financement des allègements de charges patronales par le FOREC en 2000-2002. De surcroît, 1,7 Md€ ont été transférés du FSV à la branche vieillesse du régime général lors de cette même opération.

De même, c'est vers le FSV qu'a été dirigée la contribution croissante de la branche famille (3,6 Md€ en 2016) au financement des majorations de pensions pour enfants, tant que cette dépense était prise en charge par le fonds¹²³. Pour une part, ce transfert a permis de compenser la mise à la charge du FSV des validations gratuites de trimestres correspondant à des périodes d'arrêt de travail au titre de la maladie (1,3 Md€).

De 2000 à 2016, le cumul des transferts avec les branches de sécurité sociale se traduit par une perte de 1 Md€ pour le FSV, imputable dans son intégralité aux transferts à la branche vieillesse du régime général.

En revanche, en 2017, c'est la branche vieillesse du régime général qui supporte directement l'intégralité du transfert de recettes opéré en faveur de l'assurance maladie (1,4 Md€), du fait du transfert progressif du financement de l'intégralité du minimum contributif du FSV aux régimes de retraite de base (voir 2 - c) *infra*).

b) Des transferts indirects à travers le financement de l'amortissement de la dette sociale

Les déficits sociaux repris par la CADES sont amortis par cette caisse grâce aux recettes qui lui sont affectées. Ces recettes sont issues non seulement de prélèvements nouveaux (CRDS depuis 1996, mesures spécifiques de hausses de prélèvements en 2011) mais aussi de transferts de recettes depuis d'autres organismes de la sphère sociale (FSV en 2009 puis FRR à partir de 2011). Dans ce dernier cas, le financement de l'amortissement de la dette sociale peut conduire indirectement à des transferts entre branches, dès lors que les déficits d'une branche se trouvent en partie amortis grâce à des recettes transférées d'autres branches ou risques.

L'amortissement des déficits sociaux transférés à la CADES en 2008 et 2009 a ainsi été financé par un transfert de 0,2 point de CSG (soit 2,2 Md€) du FSV à la CADES. Or, les déficits transférés, soit au total 27 Md€, étaient à 34 % des déficits de la branche maladie du régime général. Dès lors, leur amortissement complet engendrera un transfert total d'au moins 9 Md€ du risque vieillesse à la branche maladie, compte non tenu des coûts de portage financier.

¹²³ Depuis 2016, la contribution de la branche famille au financement des majorations de pensions pour enfants, qui couvre désormais l'intégralité du coût de ses majorations, ne transite plus par le FSV, mais est directement versée aux régimes de retraite.

Les dispositions de la loi de financement pour 2014, en permettant que la CADES reprenne des déficits maladie et famille formés après 2011, au sein d'une enveloppe de 62 Md€ initialement réservée aux seules reprises des déficits de la branche vieillesse du régime général et du FSV, conduisent à organiser de nouveaux transferts entre branches. L'amortissement de cette enveloppe de 62 Md€ est en effet assuré par un transfert à la CADES des recettes et d'une partie des réserves du fonds de réserve pour les retraites (FRR). Ces ressources vont ainsi pour partie financer in fine l'amortissement des déficits maladie et famille. Étant donné la saturation de cette enveloppe de reprise de dette de 62 Md€ dès 2016 par les transferts de déficits des branches maladie et famille décidés par la loi de financement pour 2016, ces dernières représenteront 46 % des déficits repris dans ce cadre. Compte tenu du prélèvement opéré sur les réserves du FRR (29,4 Md€¹²⁴) et des 1,6 Md€ de recettes annuelles, transférées depuis le FRR, pendant 14 ans, soit 51,8 Md€ au total, il s'ensuit un transfert d'au moins 23,8 Md€ au total du risque vieillesse vers les branches maladie (16,6 Md€) et famille (7,2 Md€), qui s'ajoute au transfert précité de 9 Md€ en faveur de la branche maladie lié à la reprise de dette de 2009.

Enfin, une disposition de la loi de financement pour 2017, introduite par amendement gouvernemental, consacre la mutualisation des dettes entre branches. Cette disposition, en modifiant l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale, prévoit que les éventuels excédents annuels de la branche vieillesse du régime général ne peuvent désormais être affectés au FRR¹²⁵ que si le solde moyen de trésorerie de l'ACOSS a été positif sur le dernier exercice clos. En d'autres termes, d'éventuels excédents de la branche vieillesse doivent dorénavant servir en priorité à financer les déficits des branches maladie et famille et du FSV accumulés à l'ACOSS et non transférés à la CADES.

2 - Des logiques d'affichage de soldes

a) Une mobilisation des excédents tendanciels de la branche famille en faveur des régimes de retraite

En temps normal, la masse salariale augmente plus rapidement que les prix à la consommation, sous l'effet principalement des créations

¹²⁴ Soit 14 versements annuels de 2,1 Md€ chacun.

¹²⁵ Cette affectation est prévue par la loi depuis la création du FRR en 2001.

d'emplois et des gains de pouvoir d'achat du salaire par tête. Les recettes de la branche famille évoluant spontanément comme la masse salariale et ses dépenses étant majoritairement indexées sur les prix, son solde annuel s'améliore tendanciellement.

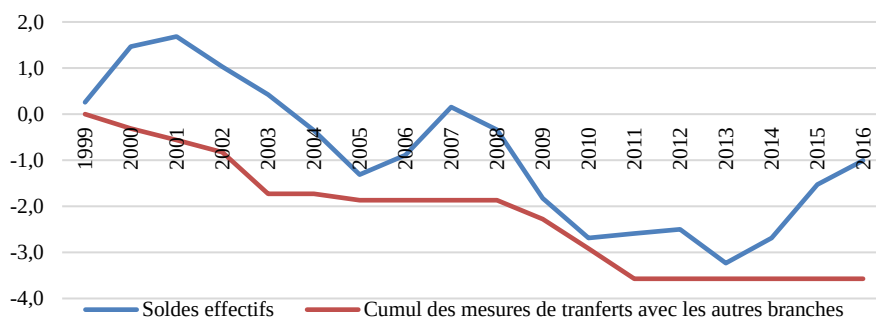
Dès lors, la prise en charge par la branche famille du financement des majorations de pensions pour enfants, sous forme de transferts financiers en faveur du FSV, a correspondu, entre 2000 et 2003 (+1,9 Md€), à l'utilisation des excédents prévisionnels de la branche famille en faveur du risque vieillesse, lui-même déjà mis à contribution pour financer l'assurance maladie dès 2000 (à hauteur de 900 M€).

L'achèvement de cette prise en charge (+1,7 Md€ entre 2009 et 2011) a visé explicitement à redresser la situation financière des régimes de retraite en anticipant sur un retour des excédents de la branche famille. Il a toutefois accéléré la formation des déficits de la branche famille dans le prolongement de la crise de 2009.

Sur l'ensemble de la période 2000-2016, les transferts entre branches ou risques expliquent l'essentiel de l'évolution du solde de la branche famille. S'ils n'étaient pas intervenus, cette dernière aurait conservé un solde positif sur toute la période.

Graphique n° 16 : incidence des transferts inter-branches sur l'évolution du solde de la branche famille (2000-2016)

En Md€



Source : Cour des comptes d'après les données issues des rapports de la CCSS.

La recomposition des recettes du FSV par la loi de financement pour 2016, qui lui affecte l'intégralité des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, devrait se traduire à l'horizon 2020 par un transfert de 700 M€ de recettes de ce fonds à la branche famille¹²⁶.

b) Une réduction des déficits de l'assurance maladie grâce aux transferts de recettes depuis les branches vieillesse et AT-MP

Depuis 2015, les transferts de recettes les plus significatifs ont eu lieu en défaveur du risque vieillesse et au bénéfice essentiellement de l'assurance maladie. De 2015 à 2017 compris, ce sont 1,7 Md€ de recettes fiscales pérennes qui auront ainsi été transférées de la branche vieillesse du régime général et du FSV aux régimes d'assurance maladie.

Par ailleurs, la branche maladie du régime général est également bénéficiaire de transferts de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Au-delà de l'augmentation du transfert pour sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, passé de 300 M€ à 1 Md€ entre 2000 et 2015, le transfert de 0,09 point de cotisation AT-MP à la branche maladie entre 2016 et 2017 a procuré au total à la branche maladie 0,5 Md€ de recettes supplémentaires.

Des transferts qui s'écartent de la logique assurantielle propre à la branche AT-MP

Les transferts de taux opérés en 2016 et en 2017 entre les cotisations patronales AT-MP et les cotisations patronales maladie du régime général sont justifiés par les pouvoirs publics, dans les annexes au projet de loi de financement pour 2016, par « l'approche solidaire entre branches du régime général, au cœur des principes de la sécurité sociale depuis son origine ».

Or, du fait de l'intégration financière de l'ensemble des régimes d'assurance maladie au sein du régime général, ces modifications de taux conduisent en réalité à des transferts financiers des employeurs du secteur privé (qui voient leurs taux de cotisations sociales globalement maintenus malgré l'amélioration du solde de la branche AT-MP) vers les autres cotisants ainsi que les bénéficiaires de l'assurance maladie autres que leurs salariés.

¹²⁶ Le FSV se voit en effet affecter une recette, bénéficiant auparavant à la branche famille, dont l'attrition de près de 200 M€ par an est programmée jusqu'en 2020 du fait du contrecoup d'une réforme de la taxation des intérêts acquis dans les compartiments euros des contrats d'assurance-vie multi-supports intervenue en 2011.

Malgré ces transferts, les taux de cotisation AT-MP restent néanmoins trop élevés au regard des charges prévisibles de la branche. En effet, fin 2017, les excédents accumulés par la branche AT-MP devraient compenser intégralement le cumul des déficits enregistrés entre 2003 et 2012¹²⁷. Un ajustement à la baisse des taux moyens de cotisation AT-MP devrait ainsi s'imposer dès 2018, indépendamment de toute évolution des taux maladie. Selon les prévisions associées à la loi de financement pour 2017, le solde effectif de la branche serait de +1,6 Md€ en 2018. Ainsi, à titre illustratif, toutes choses égales par ailleurs, une baisse de 0,3 point des taux de cotisation AT-MP annulerait cet excédent.

Les transferts de recettes opérés en faveur de l'assurance maladie représentent la quasi-totalité de l'amélioration du solde de cette dernière entre 2014 et 2017¹²⁸ et permettent d'afficher une réduction des déficits partagée par toutes les branches de la sécurité sociale.

Sans ces transferts en opportunité, l'assurance maladie aurait, seule, vu son déficit demeurer à plus de 6 Md€ entre 2014 et 2017 contre 4,1 Md€ désormais prévu en 2017. Elle est en passe de devenir pratiquement l'unique bénéficiaire net des transferts de recettes mis en œuvre entre les branches depuis 2000.

*c) Une réorientation du produit des hausses récentes des cotisations
retraite au bénéfice de l'assurance maladie*

De longue date, l'évolution des paramètres financiers des régimes de retraite (ressources, définition des droits à pensions et modes de calcul de celles-ci) est décidée dans le cadre de lois portant réforme des retraites, sur la base de projections financières réalisées par le Conseil d'orientation des retraites. Par ailleurs, la réforme de 2014 a mis en place un comité de suivi des retraites qui a pour mission de rendre chaque année un avis sur l'évolution du système de retraite au regard de différents critères définis par la loi (montant des pensions, niveau de vie des retraités, équité entre assurés et pérennité financière). En cas d'écart significatif par rapport aux objectifs relatifs à ces critères, ce comité peut adresser aux pouvoirs publics

¹²⁷ Au regard des soldes structurels, sur la base des écarts de production utilisés par le Gouvernement, les déficits cumulés sont déjà compensés par les excédents cumulés à fin 2015.

¹²⁸ En comptant 2,2 Md€ de recettes pérennes transférées depuis les risques vieillesse et AT-MP, rapportés à une réduction de 2,4 Md€ des déficits désormais prévus entre 2014 et 2017.

des recommandations portant notamment sur le niveau des taux de cotisation (au sein d'une fourchette), sur la mobilisation des réserves du FRR¹²⁹ ou sur l'affectation d'autres ressources aux régimes de retraite.

À cet égard, les transferts de recettes fiscales entre branches organisés par les lois de financement annuelles postérieures à la réforme de 2014 soulèvent des questions de cohérence.

Ces transferts de recettes fiscales, qui réduisent de près de 1,9 Md€ les recettes annuelles de la branche vieillesse du régime général et du FSV dès 2017, et même de 2,4 Md€ à l'horizon 2020, ont été entièrement permis par le fait que l'évolution à court terme des facteurs économiques, par rapport aux hypothèses retenues lors de la loi de financement pour 2014, a été globalement favorable à la branche vieillesse¹³⁰.

Ils conduisent, toutes choses égales par ailleurs, à dégrader les perspectives de long terme du régime de retraite de base des salariés du secteur privé, sans que cette détérioration n'apparaisse dans l'évolution des trajectoires de court terme d'une loi de financement à l'autre. Dès lors, ils ne sont pas cohérents, au regard du pilotage financier à long terme du système de retraite, avec les augmentations de recettes décidées à l'occasion de la réforme de 2014¹³¹.

Les transferts de recettes opérés depuis 2015 en défaveur de la branche vieillesse du régime général et du FSV reviennent dans ce contexte à réorienter plus de 50 % des augmentations de recettes décidées dans le cadre de la réforme des retraites de 2014, et l'équivalent de 65 % du rendement des hausses de cotisations, vers le financement de la branche maladie du régime général (1,7 Md€ fin 2017) et, dans une moindre mesure, de la branche famille (0,2 Md€ fin 2017 et 0,7 Md€ à l'horizon 2020).

Ces mouvements reviennent ainsi dans les faits à faire financer l'assurance maladie par des hausses de cotisations vieillesse. Ils réduisent à l'avenir les marges de manœuvre du pilotage financier des retraites (sous

¹²⁹ Depuis 2014, selon l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale, le solde des réserves du FRR peut être mis à contribution pour financer toute « correction de déséquilibres financiers conjoncturels des régimes de retraite ou du [FSV] ».

¹³⁰ Pour 2017, le gain conjoncturel correspondant peut être évalué à +2,7 Md€. Le constat est inverse pour la branche maladie du régime général.

¹³¹ Ces augmentations ont consisté majoritairement en des hausses de taux de cotisation (soit un supplément de recettes annuelles de 3,5 Md€ pour la branche vieillesse du régime général en 2017) et en des recettes fiscales nouvelles pour le FSV (1,2 Md€ issus de la rétrocession du rendement de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants).

la forme de nouvelles hausses de taux) en cas de creusement des déficits des régimes de retraite de base. Dans le même temps, les réserves du FRR, destinées à financer de tels déséquilibres, ont déjà été réduites en faveur, indirectement, des branches maladie et famille (voir 1 - *b) supra*). Ce basculement vers l'assurance maladie de recettes structurelles de la branche vieillesse du régime général et du FSV s'inscrit à cet égard désormais dans le contexte d'une nette dégradation des perspectives financières du système de retraite selon le dernier rapport du Conseil d'orientation des retraites¹³².

**

Sur la période 2000-2016, la contribution de l'État au financement de la sécurité sociale a progressé de plus de 28 Md€, essentiellement, mais non exclusivement, au titre de la compensation financière des allègements généraux de charges sociales et, de manière majoritaire, sous la forme de transferts de recettes fiscales. Cette contribution croissante, qui se traduit aujourd'hui par un gain net de 4 Md€ pour la sécurité sociale, a significativement contribué à la divergence de trajectoire financière entre le budget de l'État et la sécurité sociale.

Au caractère contingent de la répartition des soldes entre l'État et la sécurité sociale, s'ajoute celui pour partie arbitraire de la répartition du solde de la sécurité sociale entre ses différents risques, sous l'effet d'une succession de mesures de transferts financiers qui contribue à fausser la perception de la contrainte financière pesant sur chacun d'eux. De surcroît, ces mesures risquent de remettre en cause la nécessaire cohérence entre le pilotage financier spécifique du système de retraite et le pilotage global de la sécurité sociale opéré par les lois de financement de la sécurité sociale.

En favorisant la branche maladie, le cumul des transferts de l'État à la sécurité sociale et des transferts internes à cette dernière comporte le risque de faire apparaître comme moins nécessaire la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et moins pressante la mobilisation des marges d'efficience considérables que recèle l'organisation des soins.

¹³² Rapport annuel du COR « Évolution et perspectives des retraites en France », juin 2017.

III - Donner à la sécurité sociale un nouveau cadre de pilotage pour éviter à l'avenir le creusement des déficits structurels

Le pilotage financier de la sécurité sociale, dont les dépenses représentent le tiers des dépenses publiques, conditionne en grande partie l'atteinte des résultats visés au niveau de l'ensemble des finances publiques en matière de maîtrise des dépenses et de réduction des déficits.

Or, les modalités mises en œuvre au cours des 15 dernières années ont conduit à un alourdissement des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires et ont favorisé l'accumulation de déficits structurels à l'origine d'un quintuplement de la dette sociale en à peine 10 ans.

En outre, la succession des décisions ayant affecté les transferts de recettes entre branches et avec l'État, faisant coexister l'affichage d'un pilotage par le solde de chaque branche, dans l'esprit des ordonnances de 1967, avec une mutualisation parfois opportuniste des recettes entre branches et avec l'État, fait aujourd'hui courir le risque de solvabiliser artificiellement certains pans de la dépense publique, notamment d'assurance maladie, et d'occulter une partie des enjeux de maîtrise des dépenses sociales.

Dans un contexte de déficits publics persistants, une redéfinition des modalités de pilotage financier de la sécurité sociale apparaît nécessaire. Elle devrait viser à garantir, notamment par des modifications de textes de niveau organique, que la trajectoire financière de la sécurité sociale, en dépenses comme en solde, est compatible avec celle fixée pour le redressement des finances publiques prises dans leur ensemble.

Cette redéfinition suppose en premier lieu d'améliorer l'articulation de la présentation des lois de financement de la sécurité sociale avec celle des autres textes financiers. Il s'agit ainsi de permettre à la représentation nationale de vérifier la compatibilité de la trajectoire des lois de financement de la sécurité sociale avec celle des lois de programmation des finances publiques. Elle nécessite en second lieu de créer les conditions d'une poursuite des efforts de maîtrise des dépenses sociales et de l'absence de reconstitution de la dette sociale. À cette fin, la mise en place de mécanismes permettant d'assurer une meilleure maîtrise de la dépense apparaît déterminante.

A - Renforcer la cohérence des lois de financement de la sécurité sociale avec les lois de programmation des finances publiques et les lois de finances

Il est aujourd'hui difficile de vérifier la compatibilité de la trajectoire financière de la sécurité sociale définie par les lois de financement de la sécurité sociale avec celle des finances publiques prises dans leur ensemble. Une harmonisation de la présentation des textes financiers et une coordination de leurs modalités d'adoption apparaissent nécessaires afin d'éclairer au mieux le vote du Parlement.

1 - Améliorer la continuité entre les lois de programmation des finances publiques et les lois de financement

Le pilotage global des finances publiques s'effectue en premier lieu dans les lois de programmation des finances publiques, qui traduisent dans la loi les engagements européens de la France.

Toutefois, l'encadrement des trajectoires de finances publiques porté par les lois de programmation et leurs annexes est incomplètement décliné sur le périmètre précis des lois de financement de la sécurité sociale : les lois de programmation comportent un plafond annuel pour les objectifs de dépenses des régimes de base de sécurité sociale, et de façon spécifique pour l'ONDAM ; en revanche, les soldes prévisionnels effectifs et structurels, les perspectives de recettes et d'endettement et l'effort structurel y sont déclinés au seul niveau des administrations de sécurité sociale, qui couvrent un périmètre plus étendu que les seuls régimes de sécurité sociale¹³³.

Par ailleurs, les lois de financement et leurs annexes ne comportent pas l'ensemble des éléments permettant de vérifier leur compatibilité avec le cadre fixé par les lois de programmation. S'agissant de la trajectoire de dépense des régimes de sécurité sociale, les retraitements de changements de périmètre ne sont pas systématiquement effectués. Au regard des autres types d'encadrement, seules des données en comptabilité générale sont établies, à l'exclusion de données en comptabilité nationale. En particulier, aucune estimation de l'effort structurel, pourtant prévue par l'article 9 de la loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la

¹³³ Ce périmètre inclut notamment les régimes complémentaires de retraite, le régime d'assurance chômage et les hôpitaux publics.

gouvernance des finances publiques, n'est plus fournie depuis le projet de loi de financement pour 2015.

Pour assurer une continuité entre ces textes, il conviendrait que le rapport annexé aux lois de financement rende compte, en des termes directement comparables à ceux utilisés en lois de programmation et en explicitant les calculs sous-jacents¹³⁴, du respect des encadrements actuels (plafonds de dépenses en comptabilité générale, effort structurel) ou futurs (objectif de dépenses en euros courants et en comptabilité nationale, comme la Cour a pu le suggérer¹³⁵) portés par les lois de programmation.

En tout état de cause, tant que les lois de financement de sécurité sociale ne se mueront pas en lois de financement de la protection sociale obligatoire couvrant l'ensemble des administrations de sécurité sociale, la compatibilité des trajectoires financières définies par les lois de financement avec les engagements des programmes de stabilité ne pourra être pleinement assurée.

L'élargissement souhaitable du champ des lois de financement

Depuis son rapport sur la situation et les perspectives de finances publiques de juillet 2012, la Cour a souligné à plusieurs occasions l'intérêt de transformer les lois de financement de la sécurité sociale en des lois de financement de la protection sociale obligatoire couvrant également les régimes sociaux conventionnels (retraites complémentaires des salariés du secteur privé AGIRC-ARRCO et assurance chômage notamment).

Ces régimes font en effet partie des administrations de sécurité sociale au sens de la comptabilité nationale, au même titre que les régimes de base de sécurité sociale, et sont donc concernés par les engagements pris par la France auprès des institutions européennes. Mais leur contribution à ces engagements n'est ni débattue avec leurs gestionnaires, ni intégrée de manière précise et transparente au pilotage des finances publiques.

¹³⁴ Changements de périmètre éventuels, clés de passage entre comptabilité générale et nationale, liste des mesures prises en compte, etc.

¹³⁵ Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2016, p. 165-166, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Articuler plus étroitement les lois de financement de la sécurité sociale avec les lois de finances

La limitation du nombre d'impôts partagés entre l'État et la sécurité sociale¹³⁶ a contribué à clarifier le financement croissant de la sécurité sociale par les impôts et taxes affectées. En revanche, la possibilité pour les lois de finances ou les lois de financement de porter indifféremment des mesures affectant l'assiette ou le taux des recettes fiscales finançant la sécurité sociale rend malaisée l'évaluation complète des impacts de l'ensemble des mesures portées par ces textes. De fait, les annexes aux projets de lois de financement ne mentionnent pas l'incidence sur la sécurité sociale de certaines mesures adoptées en lois de finances¹³⁷.

Par ailleurs, l'identification et le chiffrage des effets indirects sur le solde du budget de l'État de certaines mesures adoptées en loi de financement de la sécurité sociale font généralement défaut au stade des études d'impact. C'est notamment le cas des conséquences sur le rendement de l'impôt sur les sociétés et de l'impôt sur le revenu des mesures relatives aux cotisations et aux contributions sociales patronales, aux cotisations salariales et à celles des travailleurs non salariés.

Dans ces conditions, les études d'impact devraient détailler les conséquences financières, directes et indirectes, des mesures proposées, sur chaque sous-secteur des administrations publiques.

Par ailleurs, afin de favoriser une approche plus globale et plus cohérente de l'ensemble des prélèvements obligatoires finançant la sécurité sociale et l'État, les volets recettes des projets de loi de finances et des projets de loi de financement de la sécurité sociale devraient faire l'objet d'une discussion commune au Parlement, comme la Cour l'a déjà recommandé¹³⁸. Il s'agirait d'avoir une discussion générale unique suivie d'un examen des volets respectifs des deux textes relatifs aux recettes, puis de passer à l'examen des dépenses.

¹³⁶ En 2017, seule la TVA et les redevances UMTS 2 G restent partagées.

¹³⁷ En dernier lieu, certains abattements d'assiette de la taxe sur les salaires adoptés en loi de finances rectificative 2012 pour 300 M€ ainsi que les conséquences de la fiscalisation des majorations de pensions, en loi de finances 2014, sur le rendement de la CSG, pour près de 500 M€.

¹³⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre V : les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir, p. 153-176, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

B - Tenir durablement les dépenses et proscrire l'endettement

Permettre une vérification de la compatibilité de la trajectoire des lois de financement de la sécurité sociale avec celles des lois de programmation est nécessaire, mais ne suffit cependant pas à en garantir la cohérence. En effet, les lois de programmation, qui portent la trajectoire d'atteinte de l'objectif d'équilibre structurel de moyen terme pour l'ensemble des administrations publiques, ne s'imposent pas aux lois annuelles de financement de la sécurité sociale. L'encadrement prévu par les lois de programmation n'est pas nécessairement décliné dans les lois de financement de la sécurité sociale, qu'il s'agisse de l'évolution des dépenses, des prélèvements obligatoires ou des soldes.

Les programmes de stabilité sont plus contraignants, comme l'a noté la Cour¹³⁹, mais ne sont pas soumis à l'approbation du Parlement. Par ailleurs, ils déclinent la trajectoire de finances publiques à des niveaux moins précis que ceux des lois de programmation.

Dans ce contexte, il conviendrait de rénover le cadre de pilotage financier de la sécurité sociale pour que soit assurée une contribution effective de cette dernière à la trajectoire de redressement des finances publiques. Dans ce nouveau cadre, les objectifs de maîtrise de la dépense publique devraient être confortés et déclinés sur le champ de la sécurité sociale, et notamment en matière d'assurance maladie, et de nouveaux outils, incluant des règles de niveau organique, devraient être mis en place pour prévenir l'installation de déficits structurels et mieux encadrer les transferts financiers entre branches et entre la sécurité sociale et l'État.

1 - Poursuivre l'effort de maîtrise des dépenses de sécurité sociale tant que le redressement des finances publiques n'est pas parvenu à son terme

Les engagements européens de la France en matière de finances publiques portent d'abord sur un objectif d'équilibre structurel de moyen terme (OMT) pour l'ensemble des administrations publiques, aujourd'hui

¹³⁹ Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

fixé à -0,4 % du PIB potentiel¹⁴⁰ et sur un rythme annuel minimal de réduction des déficits pour y parvenir, soit 0,5 point de PIB¹⁴¹.

Les lois de programmation des finances publiques définissent la trajectoire correspondante de soldes publics, compte tenu du niveau initial des déficits structurels, estimé pour 2016 à -1,5 % du PIB potentiel par le Gouvernement dans le programme de stabilité d'avril 2017, mais à -2,5 % par la Commission européenne.

Dans ce cadre, et compte tenu de la coexistence d'un écart persistant à l'objectif d'équilibre structurel de moyen terme pour l'ensemble des finances publiques et d'un quasi-équilibre structurel de la sécurité sociale en l'état actuel des hypothèses du Gouvernement, il pourrait être envisagé d'instaurer un principe de conditionnalité du pilotage du solde de la sécurité sociale par rapport au niveau de celui des administrations publiques prises dans leur ensemble (APU).

Ainsi, tant que les administrations publiques dans leur ensemble demeureraient en déficit structurel ou, à tout le moins, n'auraient pas atteint l'objectif d'équilibre structurel de moyen terme défini dans le cadre européen, tout déficit structurel de la sécurité sociale devrait être empêché, grâce à des règles à mettre en place (voir 2 - *infra*), tandis que tout excédent structurel de la sécurité sociale devrait être préservé en vue de contribuer à la réduction du déficit de l'ensemble des administrations publiques et au désendettement complet de la sécurité sociale.

En d'autres termes, un excédent structurel de la sécurité sociale ne pourrait conduire à relâcher les efforts de maîtrise des dépenses tant que les objectifs d'équilibre des finances publiques prises dans leur ensemble n'auraient pas été atteints.

Dans ce contexte, l'amélioration de l'efficacité des outils de maîtrise de la dépense devrait être poursuivie. S'agissant de l'assurance maladie, il importe notamment que l'ONDAM couvre le périmètre le plus large possible, ainsi que la Cour l'a déjà souligné¹⁴², et fonctionne effectivement comme une norme budgétaire confortée par la mise en place de modalités de régulation infra-annuelle de tous les postes de dépenses, soins de ville

¹⁴⁰ Dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques pour 2014-2019 du 29 décembre 2014.

¹⁴¹ Selon le pacte de stabilité et de croissance (PSC).

¹⁴² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre V : les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir, p. 153-176, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

compris¹⁴³. Pour la branche famille, la Cour invite à examiner une budgétisation des prestations familiales¹⁴⁴. Enfin, dans le cadre du pilotage financier propre aux régimes d'assurance vieillesse, la mobilisation des leviers d'action sur la dépense doit trouver toute sa place.

2 - Prévenir l'installation de déficits structurels

a) Compléter le rapport annexé aux lois de financement (annexe B) par des estimations de soldes structurels

Le pilotage financier de la sécurité sociale, opéré essentiellement jusqu'à présent en fonction du solde nominal, a conduit depuis 2001 à accroître les dépenses des régimes en période d'excédents conjoncturels et à augmenter les prélèvements obligatoires en phase de déficits conjoncturels. Les réponses ainsi apportées aux variations conjoncturelles des recettes de la sécurité sociale ont conduit à alourdir le poids des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires.

Par ailleurs, l'accumulation de dette sociale depuis le début de la décennie 2000 trouve son origine dans l'installation de déficits structurels, un temps masqués par une conjoncture favorable.

Afin d'éviter la répétition de ces réponses inappropriées et la résurgence d'une spirale de la dette sociale, la mise en place de nouvelles règles de pilotage gagnerait à être complétée par une analyse structurelle des soldes de la sécurité sociale.

Cette approche permettrait notamment de mettre en évidence les risques d'un relâchement des efforts d'économies en cas de conjoncture favorable. Elle conduirait à communiquer au Parlement, dans le cadre d'un enrichissement du contenu du rapport annexé aux projets de loi de financement annuels (annexe B) prévu par l'article LO. 111-4-I du code de la sécurité sociale, une estimation des soldes structurels sous-jacents aux soldes nominaux soumis à son approbation (au titre de l'année en cours et des quatre années suivantes).

¹⁴³ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 89.

¹⁴⁴ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre XI : les réformes récentes des prestations familiales et de la fiscalité des familles : des transferts massifs, des questions en suspens, p. 489.

b) Interdire le portage par l'ACOSS de tout déficit structurel

Dans le cadre d'une telle approche, le respect d'un équilibre durable de la sécurité sociale appellerait l'adoption de règles de niveau organique visant à empêcher l'installation de déficits structurels. De façon opérationnelle, il pourrait s'agir d'interdire tout portage de tels déficits par l'ACOSS en complétant à cet effet les dispositions organiques du code de la sécurité sociale¹⁴⁵.

Dès lors que seraient instaurés des dispositifs de lissage conjoncturel des recettes de la sécurité sociale (voir *infra*), cette interdiction prendrait la forme d'une limitation aux seuls besoins de financement infra-annuels du plafond d'avance de l'ACOSS adopté dans le cadre des lois de financement annuelles.

c) Organiser le traitement des variations conjoncturelles de recettes

Le renforcement du pilotage financier de la sécurité sociale par une approche de nature structurelle justifierait la mise en œuvre de modalités spécifiques de traitement des variations conjoncturelles de recettes de la sécurité sociale. Dans cette perspective, deux options seraient envisageables :

- soit confier à l'État au titre de sa fonction de régulateur économique et social d'ensemble le soin d'assurer explicitement un rôle d'amortisseur conjoncturel pour la sécurité sociale, par exemple au moyen de transferts de recettes spécifiquement destinées à cet effet. Cette hypothèse inclurait des transferts de la sécurité sociale à l'État lorsque la conjoncture redevient favorable, mais conduirait à un financement des déficits conjoncturels de la sécurité sociale par la dette de l'État ;
- soit mettre en place des dispositifs ad hoc de lissage conjoncturel des recettes, propres à la sécurité sociale ou à certaines de ses branches. Afin d'éviter que des excédents conjoncturels n'incitent à l'adoption de dépenses nouvelles, ces dispositifs devraient être externalisés par rapport aux caisses des régimes et à l'ACOSS.

Dans cette seconde option, le niveau actuel des recettes fiscales affectées aux branches devrait être revu à la baisse afin de désengager l'État du soutien conjoncturel qu'il apporte aujourd'hui de facto à la sécurité

¹⁴⁵ Article LO. 111-3-I-C-2°-e).

sociale (voir II – A - *supra*). En contrepartie, les fonds de lissage conjoncturel mis en place seraient à alimenter afin qu'ils puissent être mis à contribution en période de déficits conjoncturels, en évitant ainsi l'accumulation de dettes.

Le fonctionnement d'un dispositif de lissage conjoncturel des recettes

Pour fonctionner dans la durée, un dispositif de lissage conjoncturel des recettes des branches de sécurité sociale devrait obéir à des règles de fonctionnement rigoureusement définies au préalable. En régime permanent, il supposerait :

- de définir une évolution potentielle des recettes, par référence par exemple à la croissance potentielle éventuellement affectée d'un coefficient d'élasticité propre aux recettes finançant les régimes de sécurité sociale ;
- de mettre ensuite systématiquement en réserve, au sein du fonds de lissage, tout surplus de recettes effectives par rapport à cette évolution potentielle, ou à l'inverse de prélever sur les réserves du fonds, en cas de moindres recettes, pour atteindre les recettes potentielles.

Pour que ce mécanisme soit un fonds de réserves plutôt qu'une caisse de dette, il conviendrait soit de ne l'amorcer qu'au début d'un « haut » de cycle économique, c'est-à-dire en situation d'écart de production positif, soit de le doter suffisamment à sa création pour supporter les conséquences financières d'une période de « bas » de cycle.

d) Ouvrir dans cette perspective sans attendre la réflexion sur le devenir du FRR et de la CADES

S'agissant des régimes de retraite, le FRR est déjà censé remplir pour partie un rôle proche de celui d'un fonds de lissage conjoncturel depuis 2014¹⁴⁶. Par ailleurs, au-delà des versements à la CADES programmés jusqu'en 2024, les perspectives de mobilisation possible des réserves du FRR sur proposition du comité de suivi des retraites restent vagues.

Dans ces conditions, les missions du FRR pourraient être redéfinies afin qu'il joue un rôle de fonds de lissage des variations conjoncturelles de recettes pour le régime général et les régimes alignés de retraite qui lui sont

¹⁴⁶ En application de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale, le solde des réserves du FRR peut être mis à contribution pour financer « toute correction de déséquilibres financiers conjoncturels des régimes de retraite ou du [FSV] ».

financièrement intégrés (RSI et salariés agricoles). Il aurait alors pour nouvelle mission de financer l'écart, pour les régimes précités et le FSV, entre les recettes effectives et les recettes potentielles, en utilisant ses réserves sans affectation, qui dépassent 14 Md€.

Un dispositif similaire serait à envisager pour l'assurance maladie. Dans cette perspective, la question de l'avenir de la CADES et des recettes qui lui sont affectées devrait être posée sans attendre le terme de sa mission d'amortissement de la dette sociale d'ici à 2024, comme prévu actuellement, qui conduira à laisser sans affectation environ 12 Md€ de recettes annuelles¹⁴⁷.

Les recettes pérennes jusqu'ici affectées à la CADES¹⁴⁸ et sans affectation à compter de 2024 avec l'achèvement de sa mission, pourraient servir, en tant que de besoin, à opérer les abondements nécessaires pour doter le fonds de lissage de la branche maladie à un niveau suffisant, en fonction de la date de son entrée en vigueur et des prévisions d'évolution de l'écart de production (et donc des déficits conjoncturels).

Au-delà, la répartition des recettes de la CADES entre l'État et la sécurité sociale serait à examiner dans le cadre plus général de leurs relations financières, et sans préjudice de l'avenir effectif de ces recettes au regard des objectifs généraux des pouvoirs publics en matière de prélèvements obligatoires. En particulier, l'avenir de la CRDS, qui a aujourd'hui pour objet exclusif de couvrir l'amortissement de la dette sociale¹⁴⁹, devra être tranché.

L'avenir du FRR et des recettes de la CADES rendues disponibles par l'achèvement de sa mission appellent donc des décisions à un horizon qui se rapproche.

¹⁴⁷ Selon les dispositions en vigueur de l'ordonnance de 1996 relative au remboursement de la dette sociale, seul le prélèvement de CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement est censé disparaître avec l'amortissement complet de la dette portée par la CADES. En 2024, il pourrait représenter 8 Md€ au sein de près de 20 Md€ de recettes de la CADES (hors transfert annuel de 2,1 Md€ versé par le FRR dont le dernier interviendra en 2024).

¹⁴⁸ Soit la part de CSG qui lui est affectée - 7,7 Md€ en 2016 - et la CRDS non assise sur les revenus d'activité ou de remplacement - 0,8 Md€ en 2016.

¹⁴⁹ La disparition de la CRDS prélevée sur les revenus d'activité et de remplacement au terme de la mission de la CADES, en vertu des dispositions législatives en vigueur, entraînerait déjà une réduction de près de 8 Md€ du montant des prélèvements obligatoires à l'horizon 2024 et, toutes choses égales par ailleurs, une détérioration équivalente des soldes publics.

3 - Mieux encadrer les transferts financiers entre branches et avec l'État et réexaminer les principes de compensation des allègements de charges sociales

Les règles précitées, mises en place sur l'ensemble de la sécurité sociale, courraient cependant le risque d'un contournement si les transferts financiers avec l'État ou entre branches et avec le FSV ne faisaient pas l'objet d'un encadrement plus précis. En effet, à défaut, l'apparition de déficits structurels de la sécurité sociale pourrait être évitée par des transferts de recettes de l'État, dégradant toutes choses égales par ailleurs le solde des administrations publiques. En outre, des transferts de recettes des branches excédentaires aux branches déficitaires ou du FSV à ces dernières conduiraient globalement à relâcher l'effort de maîtrise des dépenses sociales et à préempter les excédents potentiels.

Afin de prévenir ce dernier risque et préserver la cohérence et la lisibilité du pilotage financier de la sécurité sociale, de nouvelles dispositions de niveau organique devraient mettre en place des obligations renforcées de transparence sur les transferts de recettes et de dépenses entre branches et avec le FSV. Le projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale devrait ainsi comprendre une présentation de ces transferts ainsi que de leur incidence sur les soldes annuels des branches et du FSV pour chacune des années couvertes par la trajectoire financière pluriannuelle de la sécurité sociale. Cette présentation devrait obligatoirement figurer à l'annexe B du projet de loi de financement et être visée à l'article d'approbation de ce rapport, en complétant en ce sens l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale.

En outre, ce renforcement de la transparence et de la lisibilité des transferts de recettes et de dépenses aurait vocation à s'appliquer à ceux intervenant entre l'État et la sécurité sociale au-delà de la stricte compensation des réductions de cotisations et de contributions sociales.

Par ailleurs, dans un scénario où la sécurité sociale serait revenue à l'équilibre, mais non les administrations publiques prises dans leur ensemble, il pourrait être envisagé de réexaminer les règles d'application du principe de compensation des allègements généraux de cotisations. Ce réexamen concernerait notamment la prise en compte d'un financement au moins partiel de ces allègements par la sécurité sociale elle-même. Le principe de compensation intégrale par l'État pourrait alors faire référence, par exemple, à un coût des allègements nets de mesures d'économies sur les dépenses des régimes ou de mesures en recettes (réduction des niches sociales notamment).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis le début des années 2000, le dynamisme des dépenses sociales au regard de la croissance potentielle a engendré plus de 170 Md€ de déficits structurels en cumul. En raison de la permanence des déficits, la dette sociale est passée de 30 Md€ fin 2000 à un point haut de près de 160 Md€ fin 2014, après prise en compte des remboursements effectués par la CADES à cette date.

Malgré les mesures d'économie adoptées depuis le milieu des années 2000, et renforcées depuis 2011, la réduction des déficits ne serait pas intervenue sans les fortes hausses de prélèvements obligatoires mises en œuvre sur la période. Ces augmentations, qui ont atteint 37 Md€ au total, dont 30 Md€ destinés à réduire les déficits annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV, sont intervenues pour l'essentiel depuis 2011, dans le contexte d'une faible croissance économique.

De surcroît, la sécurité sociale a bénéficié au final d'un gain financier net de 4 Md€ au titre de l'évolution de ses relations financières avec l'État, à la faveur de décisions circonstanciées ayant affecté le niveau des transferts de recettes fiscales de l'État à la sécurité sociale. L'évolution des transferts de recettes fiscales de l'État est notamment à l'origine d'une surcompensation des allègements généraux de charges sociales pour un montant net de 3 Md€ fin 2016.

Par ailleurs, la réduction des déficits a pu concerner tous les risques (vieillesse, maladie et famille) grâce à des mesures de transferts financiers internes à la sécurité sociale dont l'assurance maladie est devenue, en cumul sur la période 2000-2016, le principal, sinon l'unique, bénéficiaire net. Ces transferts, pour partie opaques, ont le plus souvent répondu à des considérations d'affichage.

Compte tenu de ces évolutions, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 affiche des perspectives de retour à l'équilibre nominal pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale et pour le FSV. Bien que désormais décalées à 2020 selon les orientations de la déclaration de politique générale du Premier ministre le 4 juillet dernier, elles contrastent avec la situation globale des finances publiques, caractérisée notamment par le maintien d'un déficit massif du budget de l'État.

Au regard du précédent du début des années 2000, le risque est dès lors élevé que des perspectives de retour à l'équilibre ne favorisent un relâchement des efforts de maîtrise des dépenses sociales, tout particulièrement celles d'assurance maladie. Or, un tel relâchement serait préjudiciable au redressement des finances publiques prises dans leur ensemble et d'autant moins justifié que, d'une part, ces dépenses sont parmi

les plus dynamiques depuis 2000, et que, d'autre part, d'importantes marges d'efficience ne sont pas mobilisées.

L'évolution du solde structurel des régimes et du FSV depuis le début des années 2000 rend ainsi souhaitable de faire évoluer le cadre de pilotage financier de la sécurité sociale.

La cohérence entre les lois de financement de la sécurité sociale d'une part et les lois de programmation des finances publiques et les lois de finances d'autre part, devrait être renforcée. À cette fin, la Cour formule les trois recommandations suivantes, dont les deux premières pourraient trouver leur traduction dans un texte de niveau organique :

- 14. articuler plus étroitement l'examen par le Parlement des lois financières, notamment en organisant une discussion commune des volets « recettes » du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) ;*
- 15. présenter dans le projet de loi de financement annuel, en des termes comparables, les éléments chiffrés correspondant au respect des encadrements nominaux et structurels portés par les lois de programmation des finances publiques ;*
- 16. chiffrer précisément dans les études d'impact présentées dans les projets de loi de financement les conséquences éventuelles des mesures envisagées sur les recettes ou les dépenses de l'État et des autres administrations publiques.*

Le cadre de pilotage financier de la sécurité sociale devrait être lui-même complété par une approche de nature structurelle et être redéfini afin de garantir une contribution effective et durable de la sécurité sociale, par la maîtrise des dépenses, au redressement des finances publiques, notamment tant que n'aura pas été atteint l'objectif d'équilibre structurel de moyen terme de l'ensemble des administrations publiques fixé au niveau européen. À ce titre, la Cour formule les trois recommandations suivantes, qui pourraient également trouver leur traduction dans un texte de niveau organique :

- 17. intégrer au rapport annexé aux projets de loi de financement une estimation des soldes structurels sous-jacents aux soldes nominaux soumis à l'approbation du Parlement ;*
- 18. réserver strictement les plafonds d'avance votés en lois de financement pour l'ACOSS à la seule couverture des besoins infra-annuels de trésorerie (recommandation réitérée) et mettre à l'étude la création de dispositifs de lissage des variations conjoncturelles des recettes de la sécurité sociale ;*

19. *renforcer la transparence des transferts de recettes et de dépenses entre branches et avec le FSV par l'insertion à l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale d'une évaluation de leurs conséquences sur les soldes annuels des branches et du FSV pour chacune des années couvertes par la trajectoire financière pluriannuelle de la sécurité sociale.*
-

Deuxième partie

Réorganiser l'offre de soins

Chapitre V

**La médecine libérale de spécialité :
contenir la dynamique des dépenses,
améliorer l'accès aux soins**

PRÉSENTATION

La médecine de spécialité recouvre près de 40 disciplines distinctes¹⁵⁰. Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 121 272 médecins spécialistes, toutes spécialités confondues, dont 61 503 libéraux exerçant en cabinet de ville ou en établissement de santé privé à caractère lucratif, cette activité en libéral étant parfois complétée par un exercice salarié dans des établissements de santé privés ou publics¹⁵¹. À la même date exerçaient 102 299 médecins généralistes, libéraux pour 67 % d'entre eux.

Les dépenses de santé liées aux actes effectués par les spécialistes libéraux se sont élevées en 2015 à 16,1 Md€, soit 8,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elles connaissent une progression plus rapide (+2,5 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2015) que celle des généralistes (+0,6 %).

Lors d'une précédente enquête voici dix ans¹⁵², la Cour avait souligné la très grande faiblesse des outils de régulation à même de maîtriser les dépenses dans ce secteur et de remédier aux disparités territoriales d'accès aux soins. Plus récemment, en analysant le système conventionnel qui lie notamment la profession médicale et l'assurance maladie, elle avait mis en évidence l'incapacité des conventions médicales successives à améliorer l'organisation des soins en ville, à assurer l'égalité d'accès des patients à ces derniers et à rééquilibrer la hiérarchie des rémunérations entre professionnels de santé¹⁵³.

¹⁵⁰ Anatomie et cytologie pathologiques, anesthésie réanimation, biologie médicale, cardiologie, chirurgie (12 disciplines distinctes), dermatologie et vénérologie, endocrinologie et métabolisme, gastro-entérologie, génétique médicale, gériatrie, gynécologie médicale, obstétrique ou mixte, hématologie, médecine interne, médecine physique et de réadaptation, médecine nucléaire, néphrologie, neurologie, oncologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie et neuropsychiatrie, radiodiagnostic et imagerie médicale, radiothérapie, réanimation médicale, rhumatologie et stomatologie.

¹⁵¹ Les autres médecins spécialistes (soit 59 769) sont agents d'établissements de santé publics ou salariés d'établissements privés ou publics.

¹⁵² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2007, chapitre V : les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins, p. 187-254, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁵³ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans le prolongement de ces travaux, la Cour a cherché à examiner plus particulièrement les évolutions qui ont affecté dans la période récente la médecine de spécialité¹⁵⁴, sous plusieurs angles complémentaires : la progression des dépenses, les mécanismes de tarification des actes et de régulation de l'offre et de la demande de soins, les disparités d'honoraires et de revenus entre spécialités et les obstacles géographiques et financiers à l'accès aux soins. Elle a constaté que ses précédentes analyses conservaient, pour l'essentiel, leur actualité.

L'activité des médecins spécialistes libéraux reste à l'origine de dépenses dynamiques, peu régulées et porteuses d'écarts croissants entre les différentes spécialités (I). Malgré la progression du nombre des spécialistes, des inégalités majeures s'aggravent dans l'accès aux soins pour les patients en fonction de leur lieu de vie ou du niveau de leurs revenus (II). Au-delà des incitations, aux effets limités et au coût très élevé, de modération des dépassements d'honoraires dans le cadre des dernières conventions médicales, de nouveaux instruments de régulation sont nécessaires afin de maîtriser l'évolution des dépenses et de restaurer l'accessibilité de tous à la médecine de spécialité (III).

I - Des dépenses en forte progression

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 61 503 médecins spécialistes libéraux, dont 54 913 étaient installés en cabinet¹⁵⁵. Par ordre décroissant d'effectifs, les principales spécialités sont la chirurgie (7 922 médecins libéraux), la psychiatrie (6 547), la radiologie (6 449), la gynécologie (5 444), l'ophtalmologie (5 106), la cardiologie (4 929), l'anesthésie (4 486), la dermatologie (3 351) et la pédiatrie (3 134).

¹⁵⁴ Le présent chapitre regroupe sous les appellations génériques de médecins généralistes les médecins généralistes et les médecins à exercice particulier (MEP), et de médecins spécialistes, les autres spécialités, hors médecine générale et MEP.

¹⁵⁵ Le solde, soit 6 590 praticiens, correspond à des remplaçants et, plus marginalement, à des médecins installés sans activité.

Parmi les 54 913 spécialistes libéraux installés en cabinet, 30 453 relevaient du secteur 1 et 24 245 du secteur 2¹⁵⁶, les autorisant à dépasser les tarifs opposables remboursables par l'assurance maladie¹⁵⁷.

A - Des dépenses tirées par les actes techniques

L'augmentation rapide des dépenses de santé liées aux actes des médecins spécialistes reflète principalement la progression soutenue du volume des actes techniques.

1 - Une augmentation rapide des dépenses

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les dépenses de santé liées aux actes des médecins spécialistes se sont élevées en 2015 à 16,1 Md€ (8,3 % de la CSBM), dont 11,2 Md€ en ville (cabinet ou centre de santé), soit 5,8 % de la CSBM. Le solde, soit 5 Md€, correspond à des actes effectués en établissements de santé privés. Pour leur part, les actes des médecins généralistes ont engendré 9,1 Md€ de dépenses (soit 4,7 % de la CSBM).

Les dépenses liées aux actes des spécialistes ont crû plus rapidement que celles des généralistes au cours de la période récente. Ainsi, entre 2009 et 2015, elles ont progressé chaque année de +2,5 % (ville et établissements) ou de +2,3 % (ville) en moyenne, contre +0,6 % pour celles des généralistes.

¹⁵⁶ Aux termes de l'article 38.1.1 de la convention nationale des médecins, peuvent être autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins généralistes ou spécialistes qui s'installent pour la première fois en libéral et sont titulaires des titres hospitaliers suivants : ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux, ancien chef de clinique des universités de médecine générale, ancien assistant des hôpitaux, médecin des armées, praticien hospitalier nommé à titre permanent, praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au moins cinq années d'exercice dans ces fonctions. Par ailleurs, 215 médecins n'étaient pas conventionnés et relevaient du secteur 3.

¹⁵⁷ En secteur 1, les tarifs sont opposables et les médecins n'appliquent pas de dépassements, sauf exigence particulière du patient (comme une visite à domicile en dehors des heures habituelles de consultation du médecin, un appel en urgence qui s'avère être un appel de confort ou une consultation en dehors du parcours de soins coordonnés). En secteur 2, les tarifs sont dits « différents » et les médecins peuvent appliquer des dépassements venant s'ajouter aux honoraires à tarifs opposables.

Tableau n° 54 : évolution des dépenses d'actes de médecins spécialistes (2009-2015)

En Md€

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tous actes de spécialistes		13,9	14,2	14,7	14,9	15,2	15,7	16,1
Variation en valeur (en %)		+3,2	+2,0	+3,5	+1,4	+1,9	+3,2	+2,8
Actes de spécialistes en établissement		4,1	4,3	4,5	4,6	4,7	4,9	5,0
Variation en valeur (en %)		+3,9	+5,4	+3,1	+2,8	+1,8	+4,3	+1,9
Actes de spécialistes en ville (*)		9,8	9,9	10,2	10,3	10,5	10,8	11,2
Variation (en %)	Valeur	+2,9	+0,6	+3,3	+1,6	+2,0	+2,7	+3,1
	Prix	+0,2	+0,3	+2,1	+0,5	+0,1	+0,2	+0,5
	Volume	+2,7	+0,2	+1,2	+1,1	+1,9	+2,5	+2,6
Actes de généralistes en ville (**)		8,4	8,1	8,6	8,5	8,5	8,7	8,7
Variation (en %)	Valeur	+0,5	-3,2	+5,1	-0,8	+0,5	+1,4	+0,6
	Prix	+0,2	+0,3	+2,1	+0,5	+0,1	+0,2	+0,5
	Volume	+0,3	-3,5	+3,0	-1,3	+0,4	+1,2	+0,1

Périmètre : honoraires évalués hors permanence des soins et contrats ; la dépense intègre également la rémunération sur objectifs de santé publique.

Les évolutions en volume correspondent aux évolutions en valeur déflatées de l'indice des prix des médecins établi par l'Insee.

(*) En cabinet et en centre de santé.

(**) Les actes en établissement représentent une dépense inférieure à 0,2 Md€ par an.

Source : Cour des comptes d'après les données publiées par la DREES.

Entre 2009 et 2015, les dépassements d'honoraires, effectués pour l'essentiel par des médecins de secteur 2, sont passés de 16,1 % à 17,5 % du montant total des dépenses présentées au remboursement.

Pour leur part, les dépenses effectivement remboursées ont connu une augmentation modérée (voisine de +2 % par an) entre 2009 et 2012. Leur croissance a été plus rapide en 2014 (+3,2 %). L'année 2016 a marqué une nouvelle accélération (+4,2 % contre +3,1 % en 2015) qui a porté leur montant à 11,6 Md€ (contre 9,6 Md€ en 2009). Cette dynamique forte contraste de plus en plus sensiblement avec les objectifs d'évolution des dépenses d'assurance maladie fixés par les pouvoirs publics¹⁵⁸.

¹⁵⁸ Voir, dans le cadre du présent rapport, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 891.

Tableau n° 55 : dépenses d'actes de spécialistes présentées à l'assurance maladie pour remboursement ; dépenses remboursables et remboursées ; dépassements non remboursables (2009-2015)

En Md€

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses présentées au remboursement (1+2)	12,9	13,1	13,5	13,7	14,0	14,3	14,9
<i>En % des dépenses totales évaluées par la DREES</i>	92,4	92,5	92,9	91,5	91,9	91,2	92,2
<i>Variation en valeur (en %)</i>	+1,4	+2,1	+2,9	+1,2	+2,4	+2,3	+3,8
Dépenses remboursables (1)	10,8	11,0	11,2	11,3	11,6	11,8	12,3
<i>En % des dépenses présentées au remboursement</i>	83,9	83,6	83,1	82,9	82,8	82,4	82,5
<i>Variation en valeur (en %)</i>	+0,7	+1,7	+2,3	+0,9	+2,2	+1,9	+3,9
Dont dépenses remboursées	9,6	9,8	10,1	10,3	10,4	10,8	11,1
<i>En % des dépenses présentées au remboursement</i>	74,9	75,0	74,5	75,1	74,6	75,3	74,7
<i>En % des dépenses remboursables</i>	89,3	89,7	89,6	90,5	90,2	91,3	90,6
<i>Variation en valeur (en %)</i>	+1,5	+2,2	+2,2	+2,0	+1,8	+3,2	+3,1
Dépassements (2)	2,1	2,1	2,3	2,3	2,4	2,5	2,6
<i>En % des dépenses présentées au remboursement</i>	16,1	16,4	16,9	17,1	17,2	17,6	17,5
<i>Variation en valeur (en %)</i>	+5,2	+3,9	+6,0	+2,4	+3,4	+4,2	+3,4

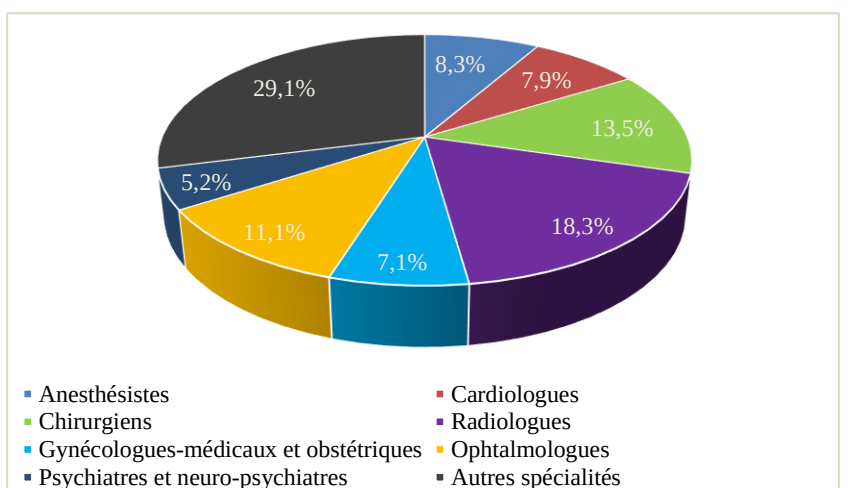
Périmètre : données réelles d'honoraires hors permanence des soins et contrats ; la dépense n'intègre pas la rémunération sur objectifs de santé publique.

Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la CNAMTS.

Un poids inégal des différentes spécialités médicales

Les différentes spécialités tiennent une place variable dans l'ensemble des dépenses de santé liées à l'activité des médecins spécialistes. En termes financiers, les plus importantes sont la radiologie, la chirurgie, l'ophtalmologie et la cardiologie. Les moins représentées (moins de 100 M€ de dépenses annuelles) sont l'endocrinologie, la médecine physique et de réadaptation, la médecine interne et la gériatrie.

Graphique n° 17 : distribution des honoraires (hors dépassements) entre les spécialités (2015)



Source : CNAMTS.

2 - Un poids croissant des actes techniques

À la différence de la médecine générale, qui compte un nombre limité d'actes, essentiellement à caractère clinique (91,4 % du total en 2015), la médecine de spécialité se caractérise par une grande variété d'actes et de combinaisons d'actes cliniques et techniques¹⁵⁹ selon les spécialités d'exercice.

¹⁵⁹ Un acte clinique est un acte intellectuel. Un acte technique implique un geste technique particulier.

Une place variable des actes cliniques et techniques selon les spécialités

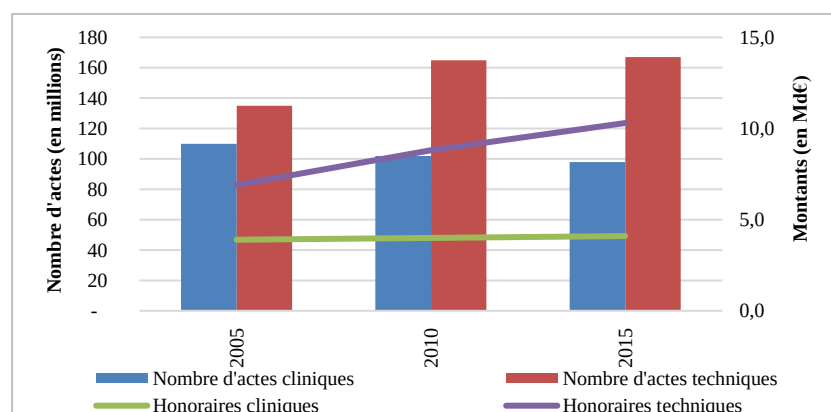
En 2015, la psychiatrie (99,5 %), l'endocrinologie (97,4 %) et la pédiatrie (96,7 %) comportaient les proportions les plus élevées d'actes cliniques. L'anatomie et la cytologie pathologiques (99,9 %), la radiologie (99,6 %) et la médecine nucléaire (99,2 %) avaient quant à elles les proportions les plus élevées d'actes techniques.

Parmi les autres spécialités à fort volume d'actes, la dermatologie (78,7 %) comptait une majorité d'actes cliniques et la chirurgie (77 %), la gynécologie (74,1 %), l'ophtalmologie (61,7 %) et la cardiologie (57,2 %) une majorité d'actes techniques.

Les actes techniques représentent une part croissante de l'activité des spécialistes libéraux. Pour les cabinets de ville, elle est ainsi passée de 56 % à 61 % des dépenses présentées au remboursement entre 2006 et 2015, tandis que celle des actes cliniques reculait de 44 % à 39 %¹⁶⁰.

Une même divergence d'évolution, liée à une forte progression des actes techniques, se constate dans l'évolution d'ensemble des actes effectués par des médecins spécialistes libéraux, en établissements de santé privés comme en ville.

Graphique n° 18 : nombres et montants d'actes cliniques et techniques (2005-2010-2015)



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS. Tous régimes France entière, médecins conventionnés.

¹⁶⁰ DREES, les dépenses de santé en 2015. Champ : régime général, France métropolitaine.

Plusieurs causes expliquent l'évolution divergente des actes techniques et des actes cliniques. L'introduction en 2005 de la classification commune des actes médicaux (CCAM, voir *infra*) a conduit à reclasser en actes techniques certains actes cliniques, à l'instar de la consultation des ophtalmologistes. Par ailleurs, les volumes d'actes techniques sont tirés par un recours croissant à l'aide au diagnostic, notamment en matière d'imagerie (scanners, IRM). Enfin, la structure de la dépense se déforme en faveur de soins plus coûteux et spécialisés.

B - Une faible régulation

1 - Les limites du parcours de soins

Sous réserve de certaines spécialités en accès direct¹⁶¹, la consultation de médecins spécialistes est en principe filtrée par le médecin traitant, dans le cas général un généraliste, dans le cadre du parcours de soins instauré par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

L'effectivité du parcours de soins repose sur la responsabilisation du patient : sous réserve de dérogations liées à une pathologie chronique (protocole de soins établi avec un médecin spécialiste, suivi, consultation de contrôle, séquence de soins en concertation avec le médecin traitant) ou à des situations exceptionnelles (urgence, éloignement géographique, vacances), le taux de remboursement par l'assurance maladie est réduit de 70 % à 30 % lorsque le patient consulte directement un médecin spécialiste, sans avoir été orienté au préalable vers ce dernier par son médecin traitant.

Comme la Cour l'a souligné¹⁶², les assurés sociaux se sont très largement inscrits dans le dispositif de parcours de soins. Toutefois, ce dernier est demeuré un dispositif purement financier. D'une part, les préoccupations de revalorisation des tarifs des professionnels de santé ont

¹⁶¹ Ophtalmologie, gynécologie, stomatologie, psychiatrie ou neuropsychiatrie (uniquement pour les 16 à 25 ans), pédiatrie et dermatologie pour la consultation annuelle de prévention.

¹⁶² Cour des comptes, *Rapport public annuel*, chapitre I, 3 – Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, p. 187-211, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

prévalu sur la définition d'un contenu médical effectif du parcours de soins et ce dernier a paradoxalement plus bénéficié sur un plan financier aux spécialistes¹⁶³ qu'aux généralistes. D'autre part, le dossier médical personnel, qui devait permettre de structurer le parcours de soins de chaque patient¹⁶⁴, a été un échec total, malgré un coût élevé¹⁶⁵.

L'insuffisant partage d'informations entre professionnels de santé et plus généralement, le cloisonnement persistant du système de soins entre ville et hôpital d'une part et entre professions libérales de santé d'autre part favorise une dynamique de demande. Celle-ci est parfois induite par les médecins spécialistes eux-mêmes, à travers des consultations et des actes supplémentaires dont la pertinence est imparfaitement assurée, comme l'illustre le cas de l'imagerie médicale.

L'imagerie médicale : une demande d'examens non maîtrisée

Dans une communication à la commission des affaires sociales du Sénat¹⁶⁶, la Cour a souligné que la demande d'examens d'imagerie n'était pas maîtrisée. Le cloisonnement du système de santé favorise les redondances par duplication d'examens pour les mêmes patients, sous l'effet de l'insuffisance des dispositifs de partage et de transmission des données numérisées entre les différents acteurs, des attentes des patients et du caractère inflationniste de la rémunération à l'acte.

À titre d'illustration, le recours à l'IRM pour l'exploration des lésions des membres est ainsi très supérieur en France (40 % en 2013) aux moyennes observées dans d'autres pays d'Europe (25 % en Belgique et 8,2 % en Allemagne) et aux États-Unis et au Canada (24 %)¹⁶⁷.

¹⁶³ À travers la mise en place de l'avis de consultant (« C2 ») et de majorations pour consultation (« MPC ») et de coordination des soins (« MCS »), qui ont respectivement représenté 709 M€ et 125 M€ de dépenses d'assurance maladie en 2015.

¹⁶⁴ Auquel a désormais succédé le dossier médical partagé, piloté par la CNAMTS. Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VII : la télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, p. 297.

¹⁶⁵ Cour des comptes, *Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale*, le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, février 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁶ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, l'imagerie médicale, avril 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁷ CNAMTS, rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2015, juillet 2014.

2 - Une tarification figée des actes techniques

Depuis 2005, la classification commune des actes médicaux (CCAM) a pour objet de décrire de manière fine et médicalisée quelque 7 500 actes à caractère technique. Fondée sur une appréciation en principe objectivée du coût de chaque pratique, elle avait une double ambition : favoriser le recours aux actes les plus pertinents et permettre une cotation équitable entre disciplines, fondée sur des tarifs cibles à atteindre. Toutefois, dès 2005, les partenaires conventionnels ont renoncé à ajuster à la baisse certains tarifs surévalués au regard des coûts.

Les nomenclatures de classification des actes

En application de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 11 mars 2005, la liste des actes et des prestations pris en charge par l'assurance maladie se compose de deux nomenclatures :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, ainsi que les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Les nomenclatures distinguent les actes faisant intervenir des gestes techniques et les actes intellectuels cliniques au cours d'une consultation.

En principe, le tarif cible de chaque acte de la CCAM doit refléter un coût du travail médical (un « score travail » déterminé en fonction de la durée de l'acte et sa difficulté, exprimé en points, et assorti d'un facteur de conversion monétaire), additionné d'un coût de pratique rendant compte des charges supportées pour effectuer un acte. Une commission composée de représentants des syndicats représentatifs des médecins libéraux et de représentants de l'UNCAM définit les règles de hiérarchisation des actes.

Les inscriptions et modifications de la CCAM ont ainsi une incidence financière limitée depuis 2005. À titre d'exemple, au cours de la période 2012-2015, hormis la révision de tarifs d'actes d'imagerie

médicale notoirement surévalués¹⁶⁸, les révisions à la baisse d'actes n'ont porté que sur 20 M€ de dépenses¹⁶⁹.

Les négociations conventionnelles n'ont pas fait jouer à la CCAM et à la NGAP le rôle qui leur était initialement dévolu d'instrument de convergence des tarifs, à difficulté ou durée équivalentes des actes. Les partenaires conventionnels ne se sont d'ailleurs pas attachés à objectiver ces facteurs. En particulier, les éléments d'appréciation disponibles sur la durée des actes des spécialistes sont anciens et n'ont pas été actualisés.

Des durées de consultation mal connues et hétérogènes

Les derniers travaux du ministère de la santé sur la durée des consultations de spécialistes datent de 2009¹⁷⁰. L'enquête faisait ressortir des durées de consultation différenciées selon les spécialités : 16 minutes chez l'ophtalmologiste (comme chez le généraliste), 19 minutes chez le dermatologue et l'ORL, 20 minutes chez le gynécologue, 21 minutes chez le pédiatre, 24 minutes chez le gastro-entérologue, 29 minutes chez le cardiologue et 32 minutes chez le psychiatre. Ces durées moyennes masquent des disparités tenant à la fois à l'existence d'actes techniques tendant à allonger la durée de la consultation, à l'âge et aux caractéristiques socio-économiques du patient, ainsi qu'au secteur d'exercice : exercer en secteur 2 allait de pair, à la date de l'enquête, avec des consultations allongées en moyenne de 2 à 5 minutes, selon les spécialités.

Les conventions médicales se bornent à tenter de corriger à la marge, sous forme de rattrapage, les situations moins favorables de certaines spécialités, à l'instar de la révision des majorations des pédiatres dans le cadre de la nouvelle convention médicale du 25 août 2016¹⁷¹. En revanche, elles ne jouent pas de véritable rôle de régulation des rémunérations par spécialité, ni d'ailleurs ne fixent d'objectif à ce titre. De fait, les disparités d'honoraires entre spécialités sont durables et s'accroissent.

¹⁶⁸ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, l'imagerie médicale, avril 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁹ Dont 11 M€ d'ajustements de cotations en cardiologie, 6,7 M€ en anesthésie et 2,3 M€ en ophtalmologie.

¹⁷⁰ DREES, Consulter un spécialiste libéral à son cabinet, Études et résultats, octobre 2009.

¹⁷¹ En application de cette convention, le médecin généraliste ou pédiatre de l'enfant cote une consultation à 30 €, dont une majoration spécifique de 5 € (« MEG » ou « MEP »). Pour les pédiatres, cette majoration peut être cumulée avec le nouveau forfait pédiatrique (« NFP », soit 5 € pour les enfants de 0 à moins de 2 ans) et le nouveau forfait enfant (« NFE », soit 5 € pour les enfants de 2 à 16 ans).

C - Des écarts de rémunération entre spécialités qui se renforcent

De manière générale, les spécialités techniques, comme les anesthésistes ou les ophtalmologues effectuant un nombre d'actes élevé et de courte durée, et bénéficiant à la fois d'une rémunération à l'acte favorable et d'une forte demande, perçoivent des honoraires élevés, parfois en rapide augmentation (+3,9 % pour les ophtalmologues en moyenne annuelle entre 2011 et 2015).

À l'inverse, les spécialités cliniques, comme les pédiatres et les psychiatres, bénéficient d'une cotation d'actes moins favorable au regard de la durée de consultation par patient et de majorations et de forfaits moins fréquents que les généralistes. Elles connaissent ainsi des honoraires moins élevés, dont la progression est inférieure à celle des généralistes (+0,8 % d'augmentation en moyenne annuelle entre 2011 et 2015 pour les pédiatres, contre +2,2 % pour les généralistes).

Tableau n° 56 : montant moyen des honoraires des médecins spécialistes (2011-2015)

En K€

	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuelle moyen (en %)
Anesthésistes	313	316	323	332	343	+2,3
Ophtalmologues	299	308	321	331	349	+3,9
Cardiologues	236	235	241	247	254	+1,8
Gastro-entérologues	211	212	217	220	227	+1,9
Chirurgiens	268	270	277	286	295	+2,4
ORL	198	200	203	210	216	+2,2
Gynécologues	187	188	196	198	200	+1,7
Pneumologues	182	185	191	198	207	+3,3
Dermatologues	145	147	154	156	159	+2,4
Pédiatres	139	138	141	142	144	+0,8
Psychiatres	116	118	122	122	124	+1,6
Radiologues	515	518	532	544	574	+2,8
Tous spécialistes	244	247	254	260	271	+2,7
Généralistes	141	140	146	149	153	+2,2

Source : CNAMTS.

Comme le montre le tableau ci-après, qui retrace les données les plus récentes de la DREES, la hiérarchie des honoraires par spécialité se retrouve en grande partie dans celle des revenus. En effet, les charges que les médecins spécialistes déduisent de leurs honoraires pour déterminer leur revenu imposable en représentent en moyenne une fraction stable (de l'ordre de 48 %).

Tableau n° 57 : revenu global d'activité et revenu libéral moyens des médecins spécialistes (2005-2011-2014)

En K€

	Revenu global d'activité			Revenu libéral		
	2005	2011	2014	2005	2011	2014
Radiologues	172	200	216	165	190	207
Chirurgiens	157	186	187	148	179	180
Anesthésistes	148	193	199	145	190	196
Ophthalmologues	125	162	170	120	158	165
Cardiologues	122	145	151	111	135	141
Gastro-entérologues	101	126	136	91	117	126
ORL	96	119	122	85	107	111
Gynécologues	93	102	106	86	96	100
Pneumologues	89	109	117	76	98	106
Psychiatres	80	84	85	67	71	73
Pédiatres	79	85	84	70	76	76
Dermatologues	72	86	86	68	82	83
Tous spécialistes	113	136	142	105	128	134
Généralistes	71	82	85	68	78	82

Source : Insee-DGFiP-CNAMTS, exploitation DREES..

Des données de revenus insuffisamment exploitées

La Cour¹⁷² a souligné la dispersion des données de revenu d'activité et la fréquence insuffisante de leur mise à disposition, les appariements des revenus libéraux et salariés n'étant effectués que tous les trois ans dans le cadre d'un appariement de données entre les données de la CNAMTS et de la direction générale des finances publiques (DGFiP) effectué par l'Insee pour le compte de la DREES. Elle a dès lors recommandé que cet appariement soit effectué *a minima* tous les deux ans, afin que l'État comme l'assurance maladie disposent de données fiables et de séries pérennes en vue de leurs échanges avec les représentants des professionnels libéraux de santé.

¹⁷² Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les données relatives aux revenus d'activité des médecins spécialistes sont issues de plusieurs sources : la DGFIP, la CNAMTS – ces deux sources de données étant par ailleurs appariées - et la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF). Les données de la DGFIP issues des déclarations d'impôt sur le revenu permettent d'appréhender l'ensemble des revenus d'activité du médecin, revenus libéraux et salariés, alors que les données de la CARMF renseignent les seuls revenus libéraux.

La CNAMTS n'utilise pas les données les plus récentes de la DGFIP dans le cadre des négociations conventionnelles. Ainsi, pour la négociation de la convention médicale de 2016, elle s'est appuyée sur les montants d'honoraires de 2014 et 2015, auxquels elle a appliqué des taux de charge actualisés jusqu'en 2013 par la DREES, pour obtenir des revenus estimatifs par tête. Pour leur part, les syndicats de médecins s'appuient sur des données plus précises : la communication des bénéfices non commerciaux, par tête et par spécialité, effectuée par la CARMF.

**

Les dépenses de médecine de spécialité connaissent une progression dynamique. Malgré un rythme d'évolution qui fragilise de manière croissante la réalisation des objectifs d'évolution des dépenses d'assurance maladie fixés par les pouvoirs publics, les outils de régulation de ces dépenses conservent une portée limitée. La hausse des dépenses s'accompagne d'une accentuation des écarts de revenus entre spécialités, dans un contexte d'aggravation d'inégalités majeures pour l'accès aux soins des patients.

II - Malgré une offre abondante, une aggravation des inégalités dans l'accès aux soins des patients

Pour accéder aux soins dispensés par les médecins spécialistes libéraux, les patients sont confrontés à des inégalités majeures en fonction de leur lieu de vie et du niveau de leurs revenus. Des territoires ruraux mais aussi urbains connaissent une faiblesse globale de l'offre de médecine de spécialité. D'autres zones, urbaines, sont au contraire sur-dotées, mais comportent alors une majorité de spécialistes de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires, ce qui affecte l'accès aux soins pour des raisons financières. Bien que la démographie des médecins spécialistes

libéraux soit orientée à la hausse, les inégalités territoriales et financières dans l'accès aux soins tendent à s'aggraver.

A - Des effectifs en hausse

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 61 503 médecins spécialistes libéraux, contre 53 767 en 2005, soit une progression de +14,4 %. La densité globale des spécialistes libéraux est ainsi passée de 86,4 pour 100 000 habitants en 2005 à 92,7 en 2016 (+7,3 %).

À l'inverse, l'effectif global des généralistes a légèrement baissé (de 103 020 en 2005 à 102 299 en 2016, soit -0,7 %). Compte tenu de l'augmentation de la population, leur densité connaît un recul plus marqué (de 165,5 pour 100 000 habitants en 2005 à 154,1 en 2016, soit -6,9 %).

L'augmentation du nombre des spécialistes libéraux est tirée par celle des postes offerts aux épreuves classantes nationales¹⁷³. La dynamique qui en résulte bénéficie à la plupart des spécialités. Toutefois, la dermatologie, la stomatologie, la chirurgie générale et la rhumatologie voient leurs effectifs, tant globaux que libéraux, se replier. Dans la plupart des spécialités chirurgicales, ainsi qu'en cardiologie, anesthésie, radiologie, ophtalmologie, pneumologie, le rythme de progression des effectifs libéraux dépasse celui de l'ensemble des effectifs de la spécialité. À l'inverse, en pédiatrie, psychiatrie, ORL, gynécologie et endocrinologie, les effectifs libéraux progressent moins rapidement.

Pendant, la dynamique des effectifs ne bénéficie pas à l'installation en cabinet : le nombre des médecins installés en ville oscille entre 54 000 et 55 000 depuis 2006. Elle ne s'accompagne pas non plus d'un rééquilibrage territorial.

¹⁷³ Les épreuves classantes nationales permettent aux étudiants en médecine de choisir, à l'issue du 2^{ème} cycle, en fonction de leur rang, un poste d'interne parmi une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. 5 704 postes ont été ouverts pour l'année universitaire 2008-2009, 6 839 pour 2010-2011, 7 820 pour 2013-2014, 8 054 pour 2014-2015 et 8 626 pour 2015-2016. Depuis 2011, les parts respectives de la médecine générale et de la médecine de spécialité sont équilibrées et stables dans le temps (47 % et 53 % respectivement).

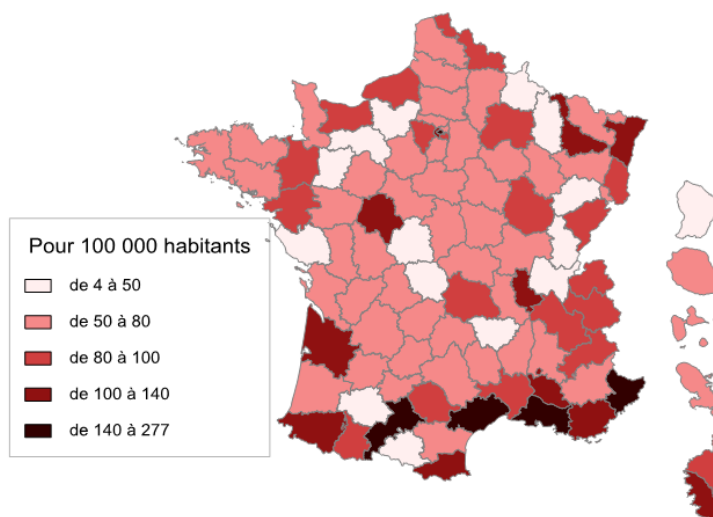
Des projections favorables aux médecins spécialistes, libéraux et non libéraux, à moyen terme

Les projections de la DREES, qui prolongent les tendances actuelles d'un *numerus clausus* à 7 500 places et d'une installation de 1 500 médecins à diplôme étranger par an, à 80 % en tant que spécialistes, font apparaître une légère hausse du nombre de médecins spécialistes entre 2016 et 2021 (+ 1 250, soit +1,1 %, tous modes d'exercice confondus). La population des spécialistes continuerait ensuite à augmenter selon un rythme régulier, pour dépasser 140 000 praticiens en 2035. Contrairement aux généralistes, la DREES n'anticipe pas de baisse de la proportion de libéraux au profit d'une hausse de celle des salariés.

B - Un creusement des disparités territoriales

L'augmentation de la densité globale des médecins spécialistes libéraux, de 86,4 pour 100 000 habitants en 2005 à 92,7 en 2016 (+7,3 %), s'accompagne de la persistance de profondes inégalités dans la répartition de l'offre sur le plan géographique, comme l'illustre la carte ci-après.

Carte n° 1 : densité des médecins spécialistes libéraux (2016)



Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la DREES.

Certes, la plupart des départements les moins bien dotés en 2005 ont bénéficié d'une augmentation du nombre de médecins spécialistes libéraux¹⁷⁴. Ainsi, les effectifs correspondants ont augmenté de quelques unités en Guyane, Lozère, Haute-Saône, Meuse, Creuse, Haute-Loire, Ain, Aisne, Mayenne, Ardennes, Indre et Vendée. À l'exception de l'Eure, où elle ne s'est pas améliorée, la densité de spécialistes libéraux est passée dans ces départements de 22 à 43 pour 100 000 habitants en 2005 à 26 à 49 en 2016, la Lozère se situant à un niveau un peu plus favorable (51,2).

Par ailleurs, un nombre plus élevé de départements (20 contre 17 en 2005) connaît des densités de spécialistes libéraux exerçant en cabinet comprises dans la moyenne (entre 80 et 100 pour 100 000 habitants).

Toutefois, la concentration géographique de l'offre a eu tendance à s'accroître. Hormis la Haute-Garonne (141,8 spécialistes pour 100 000 habitants en 2016 contre 148,3 en 2005) et la Corse-du-Sud (103,5 en 2016), les départements qui avaient déjà en 2005 les densités les plus élevées de spécialistes libéraux (Paris, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Hérault, Gironde, Rhône, Pyrénées-Atlantiques, Var) les ont vu encore augmenter (à respectivement 277, 174, 155,1, 140,8, 136, 135,2, 125,6 et 116,2 pour 100 000 habitants) ou se maintenir (125 pour les Hauts-de-Seine). Les plus fortes hausses concernent le Bas-Rhin (+ 30,5 points, à 121,7 en 2016) et les Alpes-Maritimes (+ 20,5 points, à 174).

En 2016, seize départements avaient une densité de médecins spécialistes exerçant en cabinet inférieure à 50 pour 100 000 habitants. Appréciée au niveau de certaines spécialités, la faible densité des médecins spécialistes au regard de la population globale est encore plus manifeste dans un grand nombre de départements.

¹⁷⁴ Hors Mayotte pour les comparaisons 2005-2016.

Tableau n° 58 : départements à faible densité de médecins spécialistes libéraux (2016, pour 100 000 habitants)

	< 2 dermatologues	< 3 gynécologues médicaux	< 3 cardiologues	< 4 ophtalmologues	< 3 psychiatres
	11	5	8	10	16
Nombre et identité des départements concernés	Mayotte Creuse Jura Guyane Lozère Cher Tarn-et-Garonne Lot Oise Orne Deux-Sèvres	Mayotte Guyane Jura Tarn-et-Garonne Sarthe	Mayotte Guyane Indre Haute-Saône Ariège Haute-Loire Mayenne Eure	Mayotte Haute-Saône Guyane Lozère Ain Indre Ardèche Deux-Sèvres Ardenne Ariège	Mayotte Haute-Marne Guyane Cantal Manche Eure-et-Loir Meuse Orne Deux-Sèvres Ain Pas-de-Calais Guadeloupe Martinique Vendée Eure Oise

Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES. Présentation par ordre décroissant de densité.

À un niveau plus fin que le ressort départemental, celui de la commune, la DREES¹⁷⁵ a mis en évidence, à partir d'un indicateur d'accessibilité potentielle localisée¹⁷⁶, tenant compte des distances à parcourir pour rejoindre un cabinet, que l'accessibilité s'est dégradée entre 2010 et 2013 de 13 % pour les gynécologues, de 12 % pour les ophtalmologues, de 7 % pour les pédiatres et de 4 % pour les psychiatres dans les communes des pôles urbains de petite et de moyenne taille. Au surplus, dans un certain nombre de zones, l'offre repose uniquement sur des spécialistes de plus de 55 ans, ce qui laisse présager des risques de renforcement des inégalités territoriales au cours des prochaines années.

¹⁷⁵ DREES, Études et résultats, Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires, juillet 2016.

¹⁷⁶ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée a été développé par la DREES afin de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à l'échelon de la commune.

Cette dynamique de concentration de l'offre a une incidence marquée sur le recours aux soins de spécialité. Selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)¹⁷⁷, le taux de recours aux spécialistes se dégrade de 2,5 points quand le patient habite à plus de 30 minutes du spécialiste le plus proche par rapport à celui qui dispose d'un spécialiste dans sa commune de résidence. Par ailleurs, l'affaiblissement du maillage de proximité de la médecine libérale de spécialité se traduit par des déports vers l'hôpital, et notamment les services d'urgence, avec pour conséquence des surcoûts importants, sans préjudice de leur surcharge.

Pour partie liée aux « déserts médicaux », la question des délais d'accès, essentielle pour conserver l'adhésion des patients au parcours de soins, a été peu prise en considération. La convention médicale d'août 2016 a introduit cependant deux instruments visant à prévenir les hospitalisations inutiles et à réduire, quand la situation du patient le requiert, le délai d'accès à un spécialiste. « L'orientation sans délai », en pratique sous un délai de 48 heures, du médecin traitant vers le médecin correspondant est valorisée par une majoration spécifique (majoration correspondant urgence) pour le médecin correspondant (d'un montant de 15 €) et pour le médecin traitant (5 €). Par ailleurs, l'examen en urgence d'un patient à la demande du centre 15 ou du centre 116-117 donne lieu à une valorisation spécifique (de 15 €).

Des délais de prise de rendez-vous de plus en plus longs

Les délais d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation sont importants et tendent même à s'aggraver, notamment pour les spécialités en libre accès. Un sondage récent¹⁷⁸ indique que le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous chez le médecin spécialiste serait passé de 48 à 61 jours entre 2012 et 2017. Les disparités entre les spécialités sont importantes, le délai moyen de rendez-vous s'élevant à 64 jours pour les dermatologues, à 68 jours pour les gynécologues et à 117 jours pour les ophtalmologues. L'importance de ces délais engendre des risques de renonciation aux soins, ou de recours non justifié à l'hôpital, alors même que les pouvoirs publics souhaitent mieux réguler l'accès aux urgences.

¹⁷⁷ IRDES, Questions d'économie santé, Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité aux soins, juin 2016.

¹⁷⁸ Observatoire de l'accès aux soins, sondage IFOP, mars 2017.

La question des délais d'accès des patients aux médecins spécialistes, en fonction des spécialités et des zones géographiques, devrait être objectivée dans le cadre d'enquêtes régulières. La DREES doit rendre publics les résultats d'une enquête à ce titre, fin 2017.

C - Des dépassements d'honoraires plus fréquents, plus élevés et concentrés sur certains territoires

Malgré l'application obligatoire des tarifs opposables de l'assurance maladie aux titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire - CMUC (5,4 millions d'assurés à fin juin 2016) et, depuis l'avenant n° 8 à la convention médicale de juillet 2011, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé - ACS (1,35 million), les inégalités financières dans l'accès aux soins dispensés par les spécialistes libéraux tendent à s'accroître. Deux facteurs se conjuguent : l'augmentation de la part des médecins de secteur 2 habilités à pratiquer des dépassements d'honoraires et celle du niveau des dépassements.

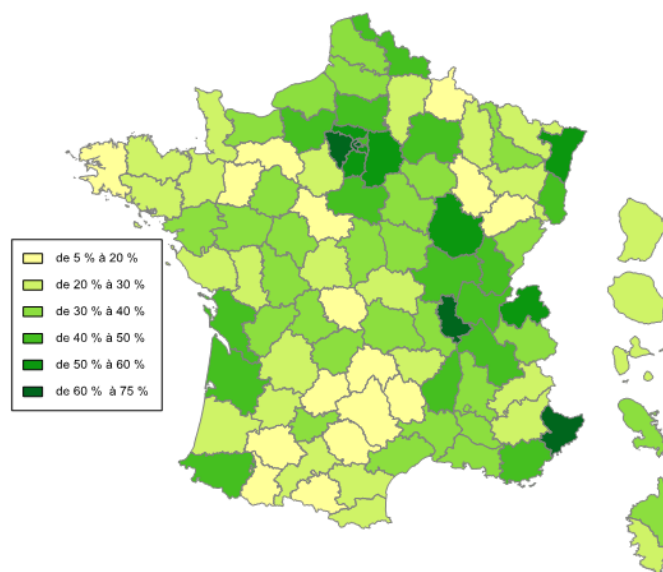
1 - Une augmentation du nombre des spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements

La proportion de médecins spécialistes de secteur 2, autorisés à pratiquer des dépassements, est passée de 39,2 % en 2006 à 44,3 % en 2015. Compte tenu des départs en retraite, cette proportion est appelée à augmenter. En effet, 61 % des nouvelles installations sont intervenues en secteur 2 en 2015.

Pour plusieurs spécialités, les médecins spécialistes sont très majoritairement installés en secteur 2. En 2015, tel était ainsi le cas de 84 % des gynécologues et de 69 % des ophtalmologues.

La distribution des spécialistes de secteur 2 est très concentrée sur un plan territorial : l'Île-de-France, à l'exception de la Seine-Saint-Denis, le Bas-Rhin, la Haute-Savoie, les Alpes-Maritimes, le Rhône et la Côte d'Or comptent une majorité de médecins spécialistes installés en secteur 2. Les zones de densités élevées de médecins et de nouvelles installations majoritaires en secteur 2 se superposent.

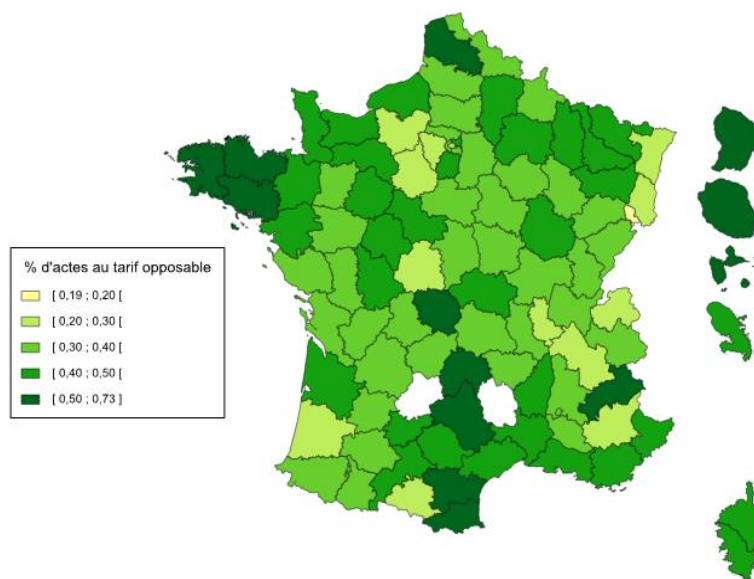
**Carte n° 2 : part des médecins spécialistes libéraux de secteur 2,
toutes spécialités (2015)**



Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la CNAMTS.

En 2015, les médecins spécialistes de secteur 2 ont, en moyenne, effectué 36,2 % d'actes à des tarifs opposables, contre 32,9 % en 2012, cette augmentation étant liée à la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins (voir *infra*). Cette moyenne nationale recouvre néanmoins de fortes disparités entre départements : 13 présentent un taux d'actes à tarifs opposables supérieur ou égal à 50 %, 33 un taux compris entre 40 % et moins de 50 %, 38 un taux compris entre 30 % et moins de 40 % et 13 un taux compris entre 20 % et moins de 30 %.

Carte n° 3 : part moyenne par département des actes à tarifs opposables des médecins spécialistes de secteur 2 (2015)



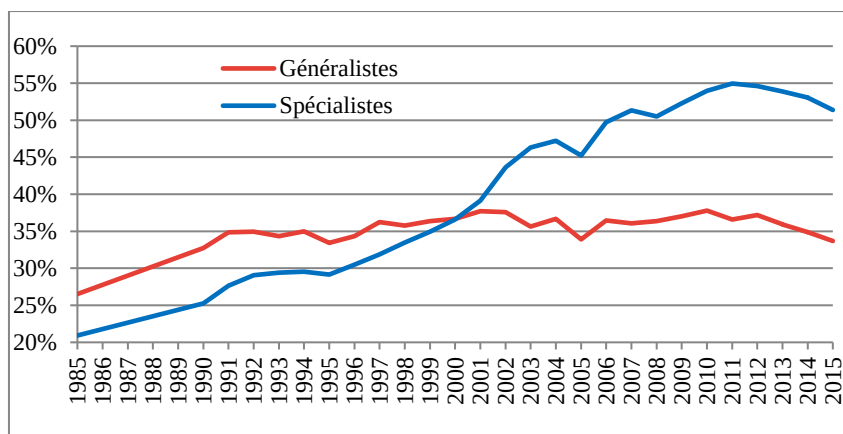
Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la CNAMTS.

2 - Une augmentation tendancielle des dépassements d'honoraires

Sur longue période, le taux moyen de dépassement pratiqué a fortement augmenté, passant de 25,3 % des tarifs opposables en 1990 à 36,6 % en 2000, à 47,2 % en 2004, à 50,5 % en 2008 et à 55 % en 2011. Depuis lors, il s'est cependant replié, à 51,4 % en 2015, sous l'effet de la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins (voir *infra*). Le montant des dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 a cependant continué à augmenter, passant de 1,9 Md€ en 2009 à 2,4 Md€ en 2015 (voir *infra*).

Pour leur part, les médecins généralistes de secteur 2, qui représentent une fraction minoritaire de ces derniers (6 %), pratiquent en moyenne un taux de dépassement relativement constant depuis le début des années 1990, voisin de 35 %.

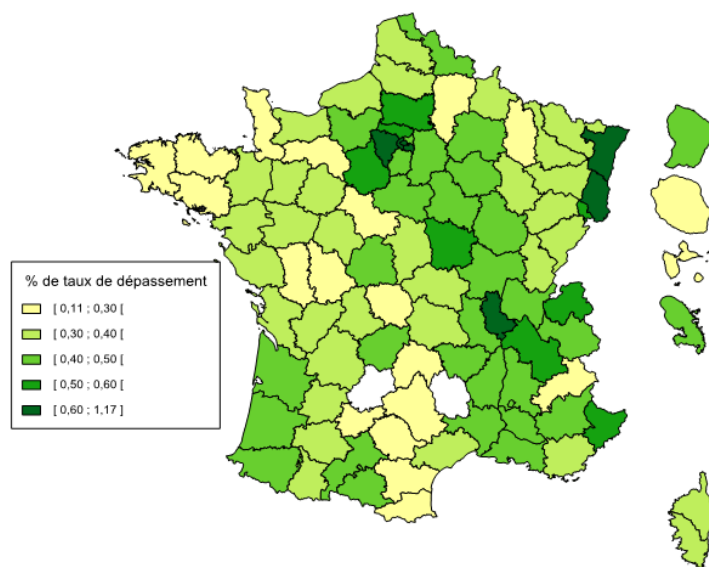
Graphique n° 19 : taux moyen de dépassement des médecins généralistes et spécialistes de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires (1985-2015, en % des tarifs opposables)



Source : CNAMTS.

Le taux moyen de dépassements d'honoraires pratiqué, soit 51,4 % en 2015, recouvre lui-même des situations contrastées en fonction des spécialités et des territoires. Ainsi, ce taux est proche de la moyenne pour l'ophtalmologie (55,5 % en 2015), mais nettement plus élevé pour la gynécologie (67,6 %) ou la psychiatrie (70 %). Par ailleurs, vingt départements connaissent des taux inférieurs à 30 %, 33 des taux entre 30 % et moins de 40 %, 30 des taux entre 40 % et moins de 50 % et 8 des taux supérieurs ou égaux à 50 %.

Carte n° 4 : taux de dépassement moyen des médecins spécialistes de secteur 2 par département (2015)

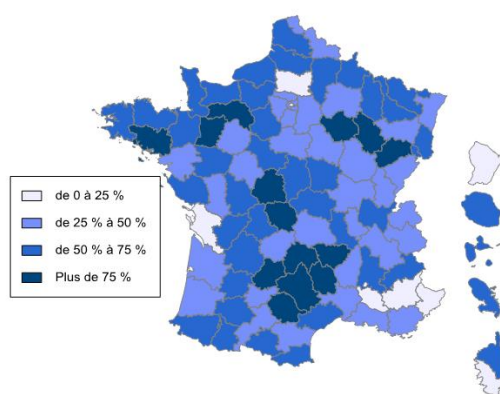
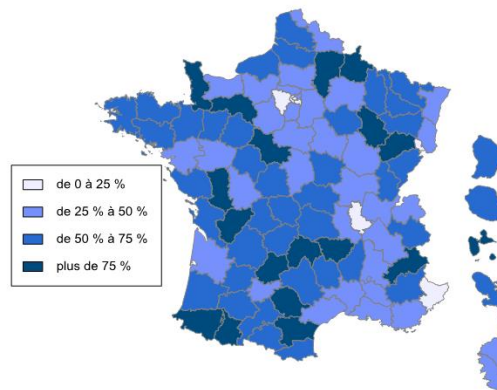


Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la CNAMTS.

Pour une spécialité comme la cardiologie pour laquelle le taux de dépassement moyen est faible, les dépassements sont concentrés dans quelques départements (Île-de-France en dehors de la Seine-Saint-Denis, Rhône, Haute-Savoie, Bas-Rhin). Pour les gynécologues et les ophtalmologistes, les dépassements, autour d'un axe Paris-Nice, sont le fait des grandes métropoles.

3 - Une accessibilité aux soins compromise

C'est au niveau de chaque spécialité que peut être apprécié de manière pertinente l'équilibre de l'offre de soins médicaux de spécialité entre le secteur 1 et le secteur 2. Dans plusieurs départements, l'offre de soins médicaux en ophtalmologie et en gynécologie est assurée de manière prépondérante par des médecins de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires. La faiblesse et parfois la quasi-inexistence de l'offre de secteur 1 est alors de nature à compromettre l'accès aux soins pour des raisons financières.

Carte n° 5 : part des ophtalmologistes de secteur 1**Carte n° 6 : part des gynécologues de secteur 1**

Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la CNAMTS.

Dans une étude sur l'accessibilité aux professionnels de santé libéraux¹⁷⁹, la DREES a observé que l'accessibilité aux gynécologues de secteur 1 est de seulement 19 % dans l'unité urbaine de Paris, de 47 % dans les communes des grands pôles urbains autres que la capitale et de 69 % dans les communes des pôles urbains de moyenne et de petite taille. Pour les ophtalmologistes, cette proportion est de 23 % dans l'unité urbaine de Paris, de 46 % dans les autres grands pôles urbains et de 59 % dans les pôles de moyenne et de petite taille. D'autres spécialités font apparaître des proportions plus élevées d'accessibilité aux spécialistes de secteur 1 (respectivement de 44 %, 79 % et 86 % pour les psychiatres et 46 %, 71 % et 85 % pour les pédiatres).

*

**

Malgré l'importance globale du nombre de spécialistes, des obstacles persistants tendent à s'aggraver pour accéder aux soins de spécialité en ville. Un grand nombre de territoires, urbains et ruraux, ne comptent pas ou plus assez de spécialistes, quel qu'en soit le secteur d'exercice, ce qui provoque un allongement croissant des délais d'obtention de rendez-vous et un report de la demande de soins vers l'hôpital et notamment les services d'urgence. D'autres zones sont au contraire de plus en plus sur-dotées. Dans ces dernières, des dépassements

¹⁷⁹ DREES, Études et résultats, Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires, juillet 2016.

des tarifs opposables qui sont allés croissant jusqu'à ces dernières années permettent aux spécialistes de secteur 2, eux-mêmes de plus en plus nombreux, de maintenir leurs revenus, mais affectent fortement l'accès aux soins de certains assurés.

III - De nouveaux instruments de régulation à mettre en œuvre

Parmi les diverses faiblesses de l'organisation des soins médicaux de spécialité en ville, les pouvoirs publics ont cherché à agir par priorité sur les dépassements croissants d'honoraires pratiqués par une part également croissante des médecins spécialistes libéraux. Leurs efforts ont cependant connu des résultats très limités. De nouveaux leviers de régulation apparaissent nécessaires.

A - Une priorité donnée à la maîtrise des dépassements d'honoraires sans résultats concluants, malgré un coût très élevé

Les pouvoirs publics ont engagé des actions visant à stabiliser les dépassements d'honoraires dans un cadre conventionnel, non contraignant pour les médecins spécialistes de secteur 2. Leurs résultats apparaissent très limités dans l'absolu et, plus encore, au regard des dépenses supplémentaires engagées par l'assurance maladie à ce titre.

1 - Le contrat d'accès aux soins : un mécanisme incitatif et peu contraignant

L'avenant n° 8 à la convention médicale de juillet 2011 a instauré un contrat d'accès aux soins (CAS).

Entré en vigueur en décembre 2013, il s'agit d'un dispositif facultatif ouvert à l'adhésion des médecins généralistes et spécialistes de secteur 2 au taux de dépassement inférieur à 100 %, ainsi qu'à ceux de secteur 1 installés avant 2013 et disposant des titres nécessaires pour accéder au secteur 2.

Il consistait en un engagement des médecins signataires de ne pas réduire la part des actes à tarif opposable dans l'ensemble des actes qu'ils effectuent et de stabiliser leur taux moyen de dépassement¹⁸⁰ par rapport à leurs pratiques de l'année 2012, avant toute évolution des tarifs opposables. Il ne comportait pas d'engagement de progression de la part des actes à tarif opposable, ni de diminution des taux de dépassement au cours de la période d'adhésion.

La mise en place du CAS s'est accompagnée de plusieurs incitations : des revalorisations différenciées d'actes techniques à hauteur de 123 M€, l'application des majorations et tarifs d'actes réservés au secteur 1 (évalués par la CNAMTS à 112 M€ supplémentaires en 2015 par rapport à 2013) et la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales sur la part des honoraires des médecins de secteur 2 adhérents réalisée à tarifs opposables (environ 30 M€ par an), alors que cette prise en charge était jusque-là conditionnée par une installation en secteur 1. En outre, le dispositif a été ouvert aux médecins de secteur 1 qui disposent des titres exigés pour une installation en secteur 2 et qui ont pu ainsi bénéficier d'un droit permanent à dépassement dont ils ne disposaient pas jusque-là.

2 - Des effets limités pour un coût considérable

Le nombre de médecins spécialistes adhérents au CAS a augmenté lentement, passant de 4 786 en 2013 à 5 129 en 2014 et à 5 455 en 2015. Fin 2015, 22,4 % des spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements y adhéraient.

En 2015, les spécialistes adhérents au CAS ont effectué en moyenne 55,5 % d'actes à tarifs opposables et des dépassements égaux à 22,4 % de ces mêmes tarifs.

¹⁸⁰ Le taux de dépassement constaté en 2012 est recalculé, en substituant au tarif remboursable de secteur 2 celui de secteur 1, ce qui réduit mécaniquement l'importance de l'effort à accomplir par le praticien adhérent au dispositif.

La proportion globale d'actes à tarif opposable effectués par des médecins spécialistes de secteur 2 a augmenté, passant de 32,9 % en 2012 à 36,2 % en 2015. Toutefois, une part indéterminée de cette progression est imputable, non au CAS, mais à la hausse du nombre de titulaires de la CMU-C et de l'ACS, dont les conditions d'attribution ont été élargies au cours de la même période¹⁸¹.

Alors qu'il avait jusque-là continûment augmenté, le taux de dépassement de l'ensemble des médecins spécialistes de secteur 2 s'est replié depuis 2013, passant de 54,6 % en 2012, à 53,9 % en 2013, à 53,1 % en 2014 et à 51,4 % en 2015. Toutefois, cette diminution du taux moyen de dépassement reflète pour une part l'élargissement de la population des médecins spécialistes pratiquant des dépassements à de nouveaux praticiens dont les niveaux de dépassement sont inférieurs à la moyenne. Ainsi, début 2016, 3 376 médecins spécialistes installés en secteur 1 avant 2013¹⁸² avaient adhéré au CAS et pouvaient désormais pratiquer des dépassements. La baisse du montant moyen des dépassements pourrait d'ailleurs n'être que temporaire : à l'exception des neurologues et des pneumologues, les dépassements pratiqués par des médecins venant du secteur 1 ont progressé dans toutes les spécialités entre 2014 et 2015.

Le coût moyen du dépassement évité est considérable. Entre 2013 et 2015, les dépenses de l'assurance maladie pour inciter les médecins à stabiliser les dépassements d'honoraires se sont élevées à 320 M€. Dans le même temps, le montant des dépassements évités grâce au dispositif du CAS peut être estimé à 35 M€¹⁸³. Pour la seule année 2015, ces dépenses ont atteint 183 M€, au regard de 18 M€ de dépassements évités. Pour éviter 1 € de dépassement, l'assurance maladie a ainsi dépensé 10 €.

Dans le même temps, le montant total des dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 a, quant à lui, continué à augmenter. À partir de 2012, sa progression s'inscrit cependant à un niveau moins élevé que les années précédentes. En 2015 et en 2016, elle est devenue inférieure à celle des dépenses remboursables par l'assurance maladie, qui s'est, elle, accrue.

¹⁸¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 415-448, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁸² Dont principalement 1 040 radiologues, 327 anesthésistes, 359 chirurgiens, 265 cardiologues, 204 gastro-entérologues, 153 gynécologues-obstétriciens et 122 ORL.

¹⁸³ Estimation effectuée par comparaison avec la progression des dépassements pratiqués par les médecins de secteur 2 non adhérents au CAS pour 2014 et 2015.

Tableau n° 59 : évolution du montant total des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes de secteur 2 (2009-2016)

En M€

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépassements	1 864	1 978	2 102	2 155	2 235	2 300	2 383	2 417
Variation / année N-1 (en %)	+5,2	+6,1	+6,3	+2,5	+3,7	+2,9	+3,6	+1,4
Variation des dépenses remboursables / année N-1 (en %)	+0,7	+1,7	+2,3	+0,9	+2,2	+1,9	+3,9	+4,1

*Périmètre : honoraires en cabinets et en établissements privés à caractère lucratif.
Source : CNAMTS et direction de la sécurité sociale.*

Plutôt que la mise en place du CAS, la relative modération de l'évolution des dépassements d'honoraires depuis 2012 pourrait refléter d'autres facteurs explicatifs : le contexte économique général caractérisé par une faible inflation, la réticence croissante des assurances maladie complémentaires à accompagner la hausse des dépassements et le plafonnement de la couverture par ces dernières, dans le cadre des contrats « responsables », des dépassements pratiqués par les médecins n'ayant pas adhéré au CAS.

Le plafonnement des prises en charge de dépassements par les assurances maladie complémentaires

Afin d'encourager les médecins à adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou, sans y adhérer, à réduire leurs dépassements, les pouvoirs publics ont limité la solvabilisation des dépenses des patients par les assurances maladie complémentaires, en plafonnant la prise en charge par les contrats dits « responsables », seuls éligibles aux aides fiscales et sociales, des dépassements de tarif effectués par les médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale.

En application de ces règles, qui doivent s'étendre à tous les contrats « responsables » d'ici au 31 décembre 2017, quelle qu'en soit la date de souscription, les dépassements des médecins non adhérents ne peuvent plus être pris en charge que dans une double limite : 125 % des tarifs opposables en 2015 et 2016, puis 100 % à partir de 2017 ; par ailleurs, les remboursements doivent être inférieurs d'au moins 20 % à ceux relatifs aux actes effectués par les adhérents.

En tout état de cause, le CAS n'a pas inversé les tendances lourdes qui affectent l'accessibilité financière aux soins de spécialité.

En 2015, 39 % des spécialistes se sont installés en secteur 1, contre 41 % en 2011. Les nouveaux installés en secteur 2 (61 %) n'ont que très minoritairement choisi d'adhérer au CAS (17 %), 44 % s'y refusant. Les spécialistes qui s'installent majoritairement en secteur 2, pratiquent des dépassements plus élevés que la moyenne et délivrent une moindre proportion d'actes à tarifs opposables, et constituaient donc le cœur de cible du dispositif ont été les plus réticentes à s'engager dans ce dispositif¹⁸⁴.

Dans ces conditions, la moitié des gynécologues médicaux pratiquent des dépassements supérieurs à 105 % des tarifs opposables (10 % effectuent des dépassements de plus de 200 %), la moitié des psychiatres des dépassements supérieurs à 89 %, la moitié des ophtalmologues médicaux des dépassements supérieurs à 80 % et la moitié des dermatologues des dépassements supérieurs à 73 %.

Consulter dans certaines agglomérations un médecin spécialiste de secteur 2 dont les dépassements sont modérés est une gageure dans ces spécialités.

3 - Des contrôles peu opérants

Les caisses d'assurance maladie ont appliqué le CAS de manière souple. Le non-respect des engagements sur deux semestres consécutifs les conduit certes à suspendre la prise en charge des cotisations sociales. En revanche, elles ne résilient pas systématiquement les contrats d'adhésion comme il était prévu. Cette tolérance apparaît préjudiciable à l'objectif de stabilisation des taux de dépassement.

En dehors de la création du contrat d'accès aux soins, l'avenant n° 8 à la convention médicale de juillet 2011 avait par ailleurs prévu que « les pratiques tarifaires excessives¹⁸⁵ contreviennent au pacte conventionnel et sont, à ce titre, susceptibles d'être sanctionnées ». À cette fin, il a fixé plusieurs modalités de sanction (suspension temporaire ou pendant la durée de la convention, avec ou sans sursis, du droit à pratiquer des

¹⁸⁴ En 2015, 4 % des ophtalmologues nouvellement installés contre 65 % pour le secteur 2 hors CAS et 31 % pour le secteur 1 ; 22 % pour les gynécologues obstétriciens contre 62 % pour le secteur 2 hors CAS et 16 % pour le secteur 1.

¹⁸⁵ Appréciables en fonction d'un grand nombre de critères pouvant avoir un caractère cumulatif : le niveau et l'évolution du taux de dépassement, la fréquence des actes avec dépassement, la variabilité des honoraires, le dépassement annuel moyen par patient, la fréquence des actes par patient, le volume global de l'activité, le lieu d'implantation du cabinet, la spécialité et les niveaux d'expertise et de compétence du médecin.

dépassements, du conventionnement ou de la participation de l'assurance maladie au financement des avantages sociaux).

Selon le préambule de l'avenant, « les commissions paritaires régionales auront à leur disposition un ensemble de critères de sélection au sein desquels le taux de dépassement à 150 % du tarif opposable pourra servir de repère ». En 2015, 18 874 médecins spécialistes de secteur 2 non adhérents au CAS pratiquaient des dépassements, dont 29 % des dépassements supérieurs à 100 % des tarifs opposables, de l'ordre de 100 % à 300 % pour la plupart. Sur instruction de la CNAMTS, les caisses primaires ont adressé plus d'un millier de courriers à des médecins pratiquant des dépassements élevés et environ 700 entretiens ont eu lieu.

Dès lors que les médecins ont accepté de réduire leur taux de dépassement et d'approcher la cible définie au niveau départemental, la CNAMTS a considéré que l'objectif, plus pédagogique que pécuniaire, était atteint. De ce fait, la procédure de sanction n'a été menée à son terme que dans de rares cas de médecins refusant toute inflexion de leur pratique tarifaire : entre 2012 et fin 2015, seules 14 sanctions ont été prononcées (12 suspensions du droit à dépassement et deux déconventionnements).

La transformation du contrat d'accès aux soins en option de pratique tarifaire maîtrisée : un dispositif qui se veut plus attractif, sans remédier à ce stade à ses principales limites

En application de la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est substituée au CAS depuis le 1^{er} janvier 2017.

Les médecins adhérents à ce nouveau dispositif s'engagent dans la limite de dépassements de 100 % des tarifs opposables, à respecter un taux de dépassement fonction de leur pratique des trois années précédentes et à réaliser à tarifs opposables une part de leurs actes au moins égale à celle effectuée au cours de la même période.

Sur trois points, ce dispositif est plus incitatif que le CAS pour les médecins qui y adhèrent : la prise en charge de cotisations sociales est remplacée par le versement d'une rémunération assise sur les honoraires réalisés à tarifs opposables, le médecin peut conserver sous la forme de dépassements l'équivalent de la moitié de la valeur des revalorisations de tarifs opposables et il a par ailleurs la faculté de sortir à tout moment du dispositif (et non plus à la date anniversaire de son adhésion).

L'option générale est complétée par une option propre à la chirurgie et à l'obstétrique (OPTAM-CO). En contrepartie d'engagements sur la part des actes à tarif opposable et sur le taux de dépassement, la majoration des forfaits modulables (« modificateur K ») applicable aux actes de chirurgie et d'accouchement est portée à 20 % pour les médecins adhérents.

B - Améliorer l'efficacité des dépenses

Alors que la plupart des mesures de revalorisation des actes de médecins spécialistes prévues par la convention médicale du 25 août 2016 n'étaient pas encore entrées en vigueur, les remboursements par l'assurance maladie des dépenses de soins médicaux de spécialité se sont à nouveau accélérés en 2016 (+4,2 % après +3,1 % en 2015 et +3,2 % en 2014), sous l'effet de l'augmentation du volume des actes. Limiter la hausse des dépenses et améliorer leur efficacité médico-économique exige de mettre en œuvre de nouveaux outils.

1 - Introduire un mécanisme de régulation médicalisée des dépenses

La convention médicale du 25 août 2016 a engagé 1,32 Md€ de dépenses supplémentaires par an, dont 980 M€ à la charge de l'assurance maladie. Ce montant comprend 438 M€ de revalorisations d'actes en faveur des médecins spécialistes.

Ces revalorisations vont procurer des revenus supplémentaires d'un montant significatif à ces derniers. Selon la CNAMTS, leur montant atteindrait entre 9 000 € et 16 000 € par an pour une partie des spécialités (pédiatres, endocrinologues, dermatologues et gynécologues de secteur 1 ou 2 adhérents à l'OPTAM). Pour d'autres spécialités, il serait moins élevé tout en restant non négligeable (de 5 000 à 6 000 € par an en moyenne pour les cardiologues, gastro-entérologues et ophtalmologues).

Hormis celles liées aux dispositifs d'option tarifaire maîtrisée (soit 60 M€), ces revalorisations ont été accordées de manière inconditionnelle. La nouvelle convention médicale n'a pas introduit d'incitation effective à la maîtrise des volumes d'actes, ni conditionné les hausses tarifaires aux actions de maîtrise médicalisée développées par la CNAMTS pour le respect de l'ONDAM.

L'exemple allemand montre cependant que les négociations conventionnelles pourraient être construites selon des principes différents, faisant prévaloir une relation de conditionnalité entre l'évolution du volume des actes et celle des tarifs en vue de maîtriser les dépenses et favoriser celles qui présentent l'utilité la plus grande.

**Une responsabilisation des médecins et des caisses :
l'exemple allemand¹⁸⁶**

En 2012, l'Allemagne se caractérisait par une densité de médecins spécialistes supérieure à la France (2,32 pour 1000 habitants contre 1,76), des revenus moyens des médecins spécialistes de ville, tous modes d'exercice confondus plus élevés (soit 181 000 € contre 133 460 €) et une prise en charge plus élevée des honoraires médicaux (95,3 % contre 71 %) dans le contexte d'un « panier de soins » moins étendu.

Le respect de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie légale conduit chaque caisse à appeler des cotisations supplémentaires des assurés si la prévision de dépenses de l'année suivante s'avère supérieure aux cotisations obligatoires des entreprises et des salariés et à la subvention fédérale. Toutefois, un principe de stabilité du taux de cotisation, de nature législative, s'applique à toutes les décisions des caisses portant sur les prestations et vise à écarter ou modifier les décisions susceptibles d'entraîner une augmentation des cotisations. Cette internalisation de la régulation a permis à l'Allemagne d'équilibrer de manière durable les comptes de l'assurance maladie légale. Dans chaque *Land*, les caisses représentées par un groupement et l'union des médecins de caisse négocient un contrat collectif à force obligatoire. Ces unions de médecins de caisse répartissent ensuite les honoraires négociés.

La liste et la valeur en points des prestations remboursées par l'assurance légale sont définies au niveau fédéral par les représentants des caisses et des médecins. L'enveloppe de rémunération des dépenses de médecins de ville est « fermée » et des volumes cibles d'actes sont contractualisés. Les médecins ne sont pas rémunérés directement par les patients mais par les unions de caisse. Chaque médecin dispose d'un panier de soins de référence, au-delà duquel ses honoraires sont calculés de manière dégressive, afin de respecter l'enveloppe financière par *Land*.

¹⁸⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre XVI : les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p. 589-634, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Comme la Cour l'a déjà recommandé¹⁸⁷, un mécanisme du même ordre mériterait d'être expérimenté, tout particulièrement pour la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques, en substituant à la tarification individuelle des actes une enveloppe annuelle individualisée par patient et modulable en fonction des besoins et de l'état de santé de ce dernier. Ce mécanisme devrait être couplé avec un renforcement de la régulation des dépassements d'honoraires afin que le caractère forfaitaire de la rémunération perçue dans le cadre de l'assurance maladie ne soit pas contourné par des compléments à la charge des patients.

Il devrait également être assorti d'indicateurs permettant d'améliorer la pertinence des actes de médecins spécialistes dans le prolongement des évolutions qui ont commencé à être mises en œuvre avec la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Alors que la rémunération des généralistes a évolué et procède désormais pour partie de forfaits et de la satisfaction d'objectifs chiffrés au titre de la ROSP, celle des spécialistes continue à reposer essentiellement sur le nombre d'actes.

Un rôle mineur de la ROSP pour les médecins spécialistes libéraux

Les médecins généralistes reçoivent l'essentiel de la ROSP : sur les 404 M€ versés en 2015, 38 M€ l'ont été à 26 500 spécialistes, principalement au titre de l'organisation de leur cabinet. La ROSP a été élargie à deux groupes de spécialités pour lesquelles des objectifs, notamment de prescriptions d'actes et de médicaments, ont été fixés, les cardiologues (cardiologie et maladies vasculaires) et les gastro-entérologues (gastro-entérologie et hépatologie). En revanche, les projets d'extension aux pédiatres et aux endocrinologues n'ont pas abouti.

¹⁸⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre X : l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces, p. 345-378 et *septembre 2016*, chapitre V : la prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre, p. 206-243, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

2 - Réviser activement la nomenclature des actes techniques en fonction de leur valeur médico-économique

L'actualisation de la CCAM est essentielle pour inciter les médecins, dans l'intérêt commun des patients et des financeurs (assurance maladie obligatoire de base, assurances maladie complémentaires et patients), à effectuer des actes à jour des innovations techniques et scientifiques et à partager avec les financeurs les gains de productivité permis par l'évolution des techniques médicales, la réalisation de séries d'actes et la pratique professionnelle des praticiens médicaux.

Dans la négociation de la convention de 2016, la CNAMTS a mis en exergue la maintenance régulière et l'innovation en tant que principes directeurs de la gestion de la CCAM et a avancé plusieurs pistes pour que la tarification des actes reflète mieux la réalité de la pratique et des coûts associés : passer d'une analyse de la durée de l'acte à dire d'expert à une mesure de la durée observée, réévaluer régulièrement les actes pour tenir compte de la courbe d'expérience du praticien, apprécier l'évolution du coût de la pratique à partir d'une objectivation des charges et de l'analyse de l'efficacité du cabinet, tenir compte de l'évolution du volume des actes, revaloriser les actes ciblés à fort impact sur la santé publique et prendre en charge à coût maîtrisé les innovations à forte valeur ajoutée médicale.

Toutefois, la nouvelle convention n'a pas prévu de dispositions qui viendraient concrétiser ces pistes dans un calendrier défini. Or, une actualisation régulière de la définition et de la cotation des actes dans le cadre de la CCAM est essentielle pour en faire un instrument incitatif à l'efficacité de la médecine de spécialité, qui ne fige ni la nature des actes médicaux, ni les structures de coût existantes - et les revenus qui leur sont associés. En outre, une accélération du rythme de révision de la CCAM, aujourd'hui particulièrement lent, pourrait avoir une incidence favorable sur l'évolution des dépenses en permettant aux financeurs de bénéficier plus rapidement d'une partie des gains de productivité.

Une utilisation accrue des données issues des systèmes d'information, qu'il s'agisse de la durée des soins, du coût de la pratique, des charges effectives des cabinets, ainsi que des échanges plus fluides avec la Haute Autorité de santé et les sociétés savantes sont indispensables à la réalisation de ces objectifs.

C - Assurer l'accès de tous à la médecine de spécialité

Les pouvoirs publics ont concentré leur action sur un seul des freins à l'accès à la médecine de spécialité - la fréquence et le niveau des dépassements d'honoraires -, alors qu'il importe, avec le même niveau de priorité, de remédier à l'insuffisance de l'offre dans certains territoires.

1 - Remédier aux carences de l'offre dans les territoires sous-dotés

Depuis le milieu des années 2000, plusieurs dispositifs incitatifs ont tenté de corriger la répartition déséquilibrée de l'offre de soins médicaux, y compris de spécialité, sur le territoire. Ces dispositifs sont multifformes (subventions et dépenses fiscales), fragmentés entre plusieurs acteurs (assurance maladie, État et collectivités locales) et de plus en plus nombreux. Si le recul fait défaut pour apprécier la portée des quatre dispositifs instaurés par la convention médicale du 25 août 2016, la plupart des dispositifs antérieurs se sont révélés inopérants ou porteurs d'effets d'aubaine excessifs au regard du volume très limité de nouvelles installations qu'ils ont suscitées - ou accompagnées - dans les territoires qui connaissent un déficit d'offre de soins médicaux de spécialité.

De nombreuses aides à l'exercice médical en zones sous-dotées

Les conventions médicales ont mis en place plusieurs instruments :

- L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005 (juillet 2007) avait prévu un dispositif dit d'« option conventionnelle », qui visait à encourager l'installation en exercice regroupé des médecins dans des zones très sous-dotées, sous la forme d'une majoration de 20 % des honoraires issus de l'activité dans les zones concernées. Ce dispositif a engendré une dépense cumulée de 63,4 M€ à fin 2010 au regard d'un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones concernées, selon la CNAMTS. Environ 362 000 € annuels ont ainsi été dépensés par médecin supplémentaire.

- La convention de 2011 avait instauré deux dispositifs incitatifs en remplacement du précédent : l'option démographie (aide à l'activité dans une zone déficitaire en médecins) et l'option santé solidarité territoriale (rémunération complémentaire pour une activité de vacations en zone sous-dotée). Fin 2015, le premier dispositif comptait 2 351 médecins adhérents pour une aide globale de 32,7 M€, soit 15 126 € en moyenne par médecin

éligible ou 8 % du montant total des honoraires. Cependant, seuls 10 % des adhérents éligibles étaient nouvellement installés et seules 11,4 % des nouvelles installations sont intervenues dans des zones fragiles en 2015. Avec 30 adhérents seulement à fin 2015, le second dispositif a échoué.

- La convention de 2016 a quant à elle donné le jour à quatre dispositifs venant se substituer aux précédents : le contrat d'installation en zone sous-dotée (aide forfaitaire pouvant aller jusqu'à 50 000 €), le contrat de transition pour les médecins préparant leur sortie d'exercice (jusqu'à 20 000 € annuels), le contrat de stabilisation et de coordination en faveur des médecins qui ont une pratique groupée avec d'autres professionnels (5 000 € par an) et le contrat de solidarité territoriale destiné aux médecins implantés en dehors d'une zone fragile qui apportent leur concours à des confrères (aide égale à 10 % des honoraires), ouverts aux spécialistes comme aux généralistes.

L'État a mis en place trois dispositifs : les contrats d'engagement de service public (CESP), ouverts aux étudiants en médecine désireux de s'installer dans des zones où la continuité des soins fait défaut (allocation mensuelle d'un montant brut de 1 200 euros) ; les contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) pour les généralistes, dispositif ouvert par la loi de financement pour 2015 aux spécialistes sous la forme de contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), qui consistent en une garantie de ressources pour le cabinet (6 900 € mensuels bruts) ; les contrats de praticiens isolés à activité saisonnière, créés par le même texte (aide à l'activité jusqu'à 4 600 € par an). Ces aides sont cumulables avec celles de l'assurance maladie, sous plafond. En septembre 2016, 1 795 CESP et 665 PTMG/PTMA avaient été signés. Le coût annuel de ces dispositifs a beaucoup crû, de 8,3 M€ en 2013 à 20,4 M€ en 2015.

Par ailleurs, les praticiens libéraux peuvent aussi bénéficier d'exonérations fiscales (zones de revitalisation rurales et zones d'aides à finalité régionale), d'une exonération de l'impôt sur le revenu au titre des rémunérations obtenues dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires dans les zones fragiles, d'exonérations de cotisation sur la valeur ajoutée (zones de revitalisation rurale, création ou reprise d'activité dans une commune de moins de 2 000 habitants) et d'exonérations des cotisations patronales pour embauche d'un salarié (zones de redynamisation urbaine et de revitalisation rurale).

Enfin, les collectivités territoriales ont la faculté d'accorder diverses aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé (prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement, mise à disposition de locaux, versement de primes dans les zones couvertes par les dispositifs d'aide de l'État et de l'assurance maladie).

Deux enjeux appellent des réponses concrètes : l'organisation de l'offre de soins dans les zones déficitaires et le soutien financier qui lui est consacré.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a instauré plusieurs outils visant à promouvoir la continuité et la pertinence des prises en charge à l'échelle des territoires de santé. Elle permet ainsi aux ARS d'initier des communautés professionnelles territoriales de santé, composées d'équipes assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et de mettre en œuvre des « pactes territoire santé », visant à promouvoir la formation et l'installation des professionnels en fonction des besoins des territoires. Le projet régional de santé, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, a vocation à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels.

À ce titre, là où l'importance de la population à desservir ne paraît pas justifier l'installation permanente et l'exercice à temps plein de médecins spécialistes, le développement de consultations avancées peut constituer une première réponse, mais il reste embryonnaire.

Les instruments qui visent à favoriser les installations de médecins dans les zones sous-dotées devraient être pour partie réorientés vers un soutien accru à de telles initiatives. En tout état de cause, leur nombre devrait être réduit et leurs objectifs mieux ciblés afin d'augmenter leur impact, tout en remédiant aux effets d'aubaine liés à leur superposition et à des critères d'attribution insuffisamment précis.

2 - Mieux organiser territorialement la médecine de spécialité

Plus essentiellement cependant, l'organisation de la médecine de spécialité mérite d'être repensée en profondeur.

La loi de modernisation de notre système de santé¹⁸⁸ a prévu à cet égard la mise en place par les agences régionales de santé de fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes des patients. Ces fonctions doivent prendre la forme privilégiée de « plateformes territoriales » constituées à partir des initiatives des acteurs du système de santé. Déclenché par le médecin traitant ou un autre médecin en lien avec ce dernier, le recours à ces

¹⁸⁸ Dont les dispositions sont codifiées sur ce point à l'article L. 6327-1 du code de la santé publique.

fonctions d'appui doit permettre d'éviter des ruptures de parcours de santé et des hospitalisations inutiles ou évitables.

Si la mise en place de ce dispositif est trop récente¹⁸⁹ pour en apprécier les effets, la structuration plus forte d'une offre spécialisée apparaît comme un enjeu majeur pour l'efficacité du système de soins, de manière à mieux équilibrer la dynamique de concentration des spécialités en lien notamment avec des besoins d'équipements techniques plus lourds et le maintien d'une accessibilité de proximité à des spécialistes en renforçant l'attractivité d'une installation dans des zones moins denses.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie¹⁹⁰ a ainsi souligné l'importance d'assurer à tous les patients le bon recours au bon niveau à l'échelle d'un territoire et la nécessaire optimisation du recours aux médecins spécialistes et aux établissements de santé.

Les médecins spécialistes se sont jusqu'ici surtout regroupés en structures monodisciplinaires et sont peu présents au sein des maisons pluriprofessionnelles de santé. La mise en place des groupements hospitaliers de territoires et l'organisation en cours au sein du système hospitalier public d'une logique de filière intégrée selon une prise en charge graduée, de la consultation de proximité à la prise en charge très spécialisée, rend indispensable et urgente, sauf à accepter de revenir à une forme d'« hospitalocentrisme », des évolutions fortes des modes d'exercice des médecins spécialistes. Il s'agit d'aller vers des regroupements plus larges et plus répandus entre praticiens, permettant de répondre aux besoins à la fois d'avis ponctuels dans une logique de proximité, mais aussi d'effectuer des prises en charge en second recours, appuyées sur une utilisation facilitée de la télémédecine¹⁹¹.

De ce point de vue, les nouveaux outils mis en place par la loi de modernisation de notre système de santé, comme les communautés professionnelles de territoire, offrent des leviers utiles, notamment pour permettre de meilleures coopérations pluri-professionnelles, à l'instar de celles qui se développent à l'étranger.

¹⁸⁹ Elle procède d'un décret du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

¹⁹⁰ Dossiers du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Médecine spécialisée et organisations des soins : les spécialistes dans l'offre de soins, DREES, mars 2017.

¹⁹¹ Voir, dans le cadre du présent rapport, chapitre VII : la télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, p. 297.

Les coopérations pluri-professionnelles intégrant les médecins spécialistes à l'étranger

En Allemagne, les centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*) regroupent médecine générale et médecine spécialisée. Ils représentent 10 % de l'offre ambulatoire. Des expérimentations dans le même sens se développent en Grande-Bretagne (« *Vanguards* ») et aux États-Unis (*Patient centred medical home*)¹⁹².

3 - N'autoriser l'installation de médecins spécialistes en zone sur-dotée qu'en secteur 1

Le principe de liberté d'installation conduit les médecins spécialistes pouvant s'installer en secteur 2 à privilégier des choix de localisation s'appuyant sur l'existence d'une patientèle solvable et d'un réseau de médecins très dense, lui-même lié à la proximité de l'offre hospitalière et de ses plateaux techniques. Dans les zones urbaines où l'offre de secteur 2 est dense, l'égal accès aux soins pour l'ensemble des patients peut se voir affecté par la faiblesse relative de l'offre de secteur 1 par rapport à celle de secteur 2. En l'absence de mécanisme efficace de régulation, la préférence des médecins pour un exercice en secteur 2 dans des territoires déjà sur-dotés accentue les disparités géographiques et entretient des pratiques de dépassements qui préservent leurs revenus des conséquences de l'excès d'offre. Les efforts financiers consentis pour corriger cette situation ne l'ont aucunement infléchi.

Afin de restaurer une égalité d'accès aux soins des patients dans les territoires dotés d'une majorité de praticiens de secteur 2, appréciée spécialité par spécialité, le conventionnement de nouveaux médecins spécialistes devrait être subordonné à leur installation en secteur 1. Inversement, les médecins spécialistes en zone sous-dense garderaient la possibilité de s'installer en secteur 2, mais devraient alors intégrer obligatoirement l'option de pratique tarifaire maîtrisée.

Pour que la contrainte ne pèse pas exclusivement sur les nouvelles installations, cette mesure devrait s'accompagner d'une contribution à un meilleur accès aux soins de la part des médecins de secteur 2 déjà installés. Cette contribution pourrait prendre la forme d'un objectif de progression de leurs actes à tarifs opposables, dont la réalisation conditionnerait le maintien de leur conventionnement.

¹⁹² DREES.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La médecine libérale de spécialité est essentielle à la prise en charge des patients, en prévenant des recours non justifiés et coûteux à l'hôpital.

Alors que la hausse des dépenses de soins médicaux de spécialité s'accélère sous l'effet de celle du volume des actes techniques, cette dernière demeure très faiblement régulée, sans même que soit revue en profondeur comme prévu leur tarification en fonction de critères médico-économiques objectifs.

En outre, en dépit d'objectifs réitérés dans le cadre des trois dernières conventions médicales (2005, 2011, 2016) ou de leurs avenants, la densité parfois très faible de médecins spécialistes et les pratiques de plus en plus répandues de dépassements d'honoraires au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie compromettent de manière croissante l'égal accès de tous aux soins dans de nombreux territoires, urbains et ruraux.

Les mesures incitatives prises successivement par les pouvoirs publics n'ont eu que des résultats très modestes, sans proportion avec l'importance des enjeux. Le contrat d'accès aux soins en particulier a eu des effets peu probants au regard d'un coût particulièrement élevé, quand on le rapporte aux dépassements évités : en 2015, pour éviter 1 euro de dépassement, l'assurance maladie en a dépensé 10.

En accordant des revalorisations d'actes principalement dénuées de contreparties, en éludant la question de l'actualisation de la tarification des actes techniques dans l'intérêt des financeurs et des patients, et en se bornant à reconduire des dispositifs incitatifs ajustés à la marge, qu'il s'agisse de l'installation des praticiens, de l'évolution des dépassements d'honoraires, ou de rémunération à la performance, les mesures adoptées dans la cadre de la convention médicale du 25 août 2016 ne répondent que de très loin aux enjeux de maîtrise des dépenses et d'accès aux soins.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 20. expérimenter un mécanisme d'enveloppe globale et modulable de dépenses de soins de spécialité par patient, notamment pour la prise en charge de pathologies chroniques ;*
- 21. actualiser de manière régulière la classification commune des actes médicaux, en objectivant notamment la durée des actes techniques et le coût des pratiques médicales et en définissant un coût cible par acte ;*

22. *instaurer un conventionnement sélectif des médecins spécialistes : dans les zones sur-dotées en spécialistes de secteur 2, autoriser uniquement des conventionnements en secteur 1 et imposer un plancher d'actes à tarifs opposables aux spécialistes déjà installés en secteur 2 ; dans les zones sous-dotées, rendre obligatoire l'adhésion des médecins s'installant en secteur 2 à l'option de pratique tarifaire maîtrisée ;*
 23. *réorienter l'option de pratique tarifaire maîtrisée vers les spécialités dont les taux moyens de dépassement sont les plus élevés et appliquer strictement les clauses de résiliation dès lors que les engagements contractuels ne sont pas respectés ;*
 24. *en cas de constat de pratiques tarifaires excessives, allonger les durées de suspension temporaire du droit à dépassement et rendre, quand il y a lieu, les déconventionnements effectifs ;*
 25. *recentrer les aides territoriales de l'État et de l'assurance maladie sur un nombre réduit de dispositifs en privilégiant un exercice permanent, ou intermittent sous forme de consultations avancées, au sein de structures pluriprofessionnelles.*
-

Chapitre VI

Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge

PRÉSENTATION

Pratique médicale d'excellence qui contribue au rayonnement du système de santé de notre pays, la chirurgie représente un enjeu majeur.

Au 1^{er} janvier 2016, 20 782 chirurgiens, soit 9 % de l'effectif total des médecins et plus de 15 % de celui des spécialistes (hors médecine générale), exerçaient dans les établissements de santé publics et privés. Le bloc opératoire est une composante essentielle de leur plateau technique, en raison de sa technicité, des dépenses d'investissement qu'il requiert et des ressources humaines qu'il mobilise pour le faire fonctionner.

Malgré son importance structurante, ce secteur n'a pas fait l'objet de travaux d'ensemble depuis le rapport d'information du Sénat sur l'avenir de la chirurgie¹⁹³. Dans le prolongement des chapitres qu'elle a consacrés précédemment à la chirurgie ambulatoire¹⁹⁴ et à la recomposition territoriale de l'offre de soins¹⁹⁵, la Cour a cherché à analyser la dynamique des activités chirurgicales¹⁹⁶ au cours de la période récente, au regard en particulier des innovations considérables qui vont les affecter dans un avenir proche et soulèvent la question de leurs conditions d'exercice en des termes renouvelés¹⁹⁷.

D'ores et déjà, l'imagerie interventionnelle a déplacé la ligne de partage entre la médecine et la chirurgie¹⁹⁸. À l'avenir, des technologies de pointe diffusées de façon croissante permettront d'inclure des patients toujours plus âgés dans des protocoles chirurgicaux autrefois contre-

¹⁹³ Rapport d'information de M. Alain Milon, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat : l'avenir de la chirurgie en France (2008).

¹⁹⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹⁵ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre V : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹⁶ Chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale et stomatologie, orthopédie et traumatologie, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiovasculaire, vasculaire, viscérale et digestive, neurochirurgie, gynécologie-obstétrique, oto-rhino-laryngologie et urologie.

¹⁹⁷ Rapport de l'Académie nationale de Chirurgie, *la Chirurgie en 2025*, François Richard, Jacques Baulieux, Daniel Jaeck, Henri Judet (2014).

¹⁹⁸ La cardiologie interventionnelle réalisée par des médecins cardiologues a largement fait diminuer le recours à la chirurgie coronarienne au point d'envisager la disparition à terme de cette chirurgie du fait du développement des approches endo-vasculaires (Le futur de la chirurgie cardiaque, A. Leguerrier, mémoire de l'Académie nationale de chirurgie, 2010).

indiqués. Les robots chirurgicaux ne constituent que les prémices de mutations de plus grande ampleur avec les techniques mini-invasives ou la reconstitution d'organes en trois dimensions.

La Cour a constaté que les activités chirurgicales connaissent une croissance sensible, restent marquées par de fortes disparités territoriales et s'exercent toujours dans un nombre élevé de sites malgré les réorganisations intervenues (I). L'offre de soins chirurgicaux, dispersée, peu régulée, confrontée à des difficultés démographiques et à un manque d'attractivité de certains types d'exercice, apparaît insuffisamment adaptée aux enjeux de sécurité, d'efficacité et d'innovation (II). Une amplification et une accélération de sa restructuration s'imposent ainsi pour une meilleure qualité des prises en charge (III).

I - Une activité croissante, marquée par de fortes disparités territoriales et toujours très dispersée malgré des capacités en recul

A - Des dépenses tirées par l'augmentation des séjours

1 - Un enjeu financier majeur, concentré sur certaines spécialités

Les séjours de chirurgie ont représenté une dépense d'assurance maladie de 15,6 Md€ en 2015, contre 13,3 Md€ en 2008, soit une hausse de +17 % en euros courants et de +6,1 % en euros constants. Elles constituaient 20,4 % de « l'ONDAM hospitalier » (contre 19,7 % en 2008) et 8,6 % de l'ONDAM total.

La chirurgie orthopédique et traumatologique est le premier poste de dépense (+10,5 % en euros constants entre 2008 et 2015).

Tableau n° 60 : dépenses d'assurance maladie par spécialité chirurgicale (2008-2015)

Spécialités chirurgicales	Poids de la spécialité dans les dépenses en 2015	Poids de la spécialité en nombre de séjours produits en 2015	Dépenses 2008 (en Md€)	Dépenses 2015 (en Md€)	Variation 2008-2015 en € courants	Variation 2008-2015 en € constants
Chirurgie orthopédique et traumatologique	25 %	24,6 %	3,2	4,0	+22,1 %	+10,5 %
Autres spécialités chirurgicales	20,4 %	28,4 %	2,9	3,2	+11,4 %	+0,8 %
Chirurgie viscérale et digestive	15,6 %	11,7 %	2,1	2,4	+17,2 %	+6,0 %
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	12,0 %	2,7 %	1,4	1,9	+30,3 %	+17,9 %
Chirurgie urologique	6,1 %	6,7 %	0,7	1,0	+27,7 %	+15,6 %
Chirurgie gynécologique	5,6 %	8,1 %	0,8	0,9	+7,7 %	-2,5 %
Chirurgie pédiatrique	4,9 %	8,6 %	0,8	0,8	+0,9 %	-8,7 %
Chirurgie vasculaire	3,8 %	3,4 %	0,6	0,6	+4,8 %	-5,2 %
Neurochirurgie	3,0 %	0,6 %	0,4	0,5	+25,6 %	+13,6 %
Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie	2,4 %	3,1 %	0,3	0,4	+19,0 %	+7,7 %
Chirurgie endocrinienne	0,9 %	1,1 %	0,1	0,1	+1,9 %	-7,7 %
Chirurgie esthétique et de confort	0,0 %	1,0 %	Ns	Ns	Ns	Ns
Total	100 %	100 %	13,3	15,6	+17,2 %	+6,1 %

Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

2 - Une forte augmentation du nombre de séjours

L'augmentation des dépenses de chirurgie reflète celle du nombre et du coût des séjours.

En 2015, 5,9 millions de séjours ont été réalisés en chirurgie, soit 32,7 % du nombre total de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique. Entre 2008 et 2015, leur nombre a progressé à un rythme (+10,1 %) nettement supérieur à celui des séjours de médecine et d'obstétrique (+3,9 %), avec des écarts notables entre spécialités, comme le montre le tableau ci-après. Ainsi l'activité de chirurgie urologique a progressé au cours des années récentes quand celle de chirurgie vasculaire diminuait.

Tableau n° 61 : activité chirurgicale par spécialité (2008-2015)

Spécialités chirurgicales	Variation 2008-2015	Taux de croissance annuel moyen
Chirurgie esthétique et de confort	+35,7 %	+5,2 %
Chirurgie urologique	+28,9 %	+4,3 %
Autres spécialités chirurgicales	+18,3 %	+2,8 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	+12,2 %	+1,9 %
Chirurgie viscérale et digestive	+12,2 %	+1,9 %
Neurochirurgie	+11,5 %	+1,8 %
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	+11,4 %	+1,8 %
Chirurgie gynécologique	+3,0 %	+0,5 %
Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie	+1,9 %	+0,3 %
Chirurgie endocrinienne	+0,0 %	+0,0 %
Chirurgie vasculaire	-5,7 %	-1,0 %
Chirurgie pédiatrique	-6,9 %	-1,2 %

Source : ATIH.

La hausse du nombre de séjours a plus que compensé l'incidence de la baisse de leur coût moyen sur la période (+6,3 % en euros courants, soit une baisse de -4,6 % en euros constants).

Cette dynamique apparaît liée à des facteurs structurels, d'ordre démographique, dans un contexte de progrès médical rapide. Mais elle résulte aussi pour une part d'éléments plus conjoncturels, en particulier la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

Ces évolutions résultent d'abord d'un effet cumulatif de l'augmentation et du vieillissement de la population et de la hausse du taux d'hospitalisation en chirurgie des tranches d'âge supérieures, ces deux facteurs ayant une portée voisine selon la CNAMTS¹⁹⁹. Le développement de l'activité chirurgicale apparaît de fait très sensible au progrès scientifique et technique. Les innovations en matière de chirurgie et d'anesthésie, la meilleure prévention de la douleur et le développement de l'ambulatoire permettent aujourd'hui de répondre dans de bonnes conditions à une demande de maintien de leur autonomie fonctionnelle des patients âgés, qui suppose souvent une intervention chirurgicale désormais envisageable jusqu'à des âges avancés.

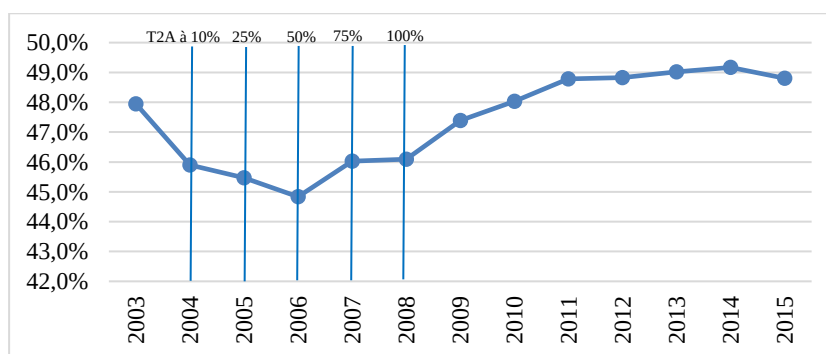
La T2A a exercé dans le même temps des effets inflationnistes, en incitant les établissements de santé à développer les activités chirurgicales, mieux rémunérées que celles de médecine et d'obstétrique, et à majorer les

¹⁹⁹ Selon le rapport relatif aux propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2014 (juillet 2013), la hausse du nombre de séjours en chirurgie de +3,8 % entre 2009 et 2011 s'explique à hauteur de +2,2 % par les facteurs démographiques et de +1,6 % par la hausse du taux d'hospitalisation.

cotations des séjours en fonction de la sévérité de l'état de santé des patients.

Entre 2003 et 2006, la croissance de l'activité de chirurgie (+0,9 % en moyenne annuelle) était inférieure à celle de la médecine et de l'obstétrique (+1,9 %). À compter de 2007, année à partir de laquelle la T2A a couvert une majorité de séjours, l'activité chirurgicale a au contraire crû plus rapidement (+1,3 % en moyenne annuelle jusqu'en 2015) que celles de médecine et d'obstétrique (+0,5 %), comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 20 : incidence de la T2A sur le nombre de séjours de chirurgie rapporté à celui des séjours de médecine et d'obstétrique (2003-2015)



Source : ATIH.

Par ailleurs, les tarifs des séjours de chirurgie sont fortement croissants en fonction du niveau de sévérité de l'état de santé des patients. À cet égard, le nombre des séjours de forte sévérité (niveaux 3 et 4) a crû de +83 % entre 2008 et 2015, contre +21 % pour ceux de faible sévérité (niveaux 1 et 2)²⁰⁰. Comme le montre le tableau ci-après, toutes les spécialités sont, à des degrés variables, affectées par la déformation de la structure des séjours dans le sens d'une sévérité croissante.

²⁰⁰ ATIH.

Tableau n° 62 : variation comparée de la volumétrie des séjours chirurgicaux de niveaux de sévérité 1 et 4 (2008-2015)

Spécialités chirurgicales	2008		2015		Variation du nombre de séjours de niveau 1	Variation du nombre de séjours de niveau 4
	Niveau 1	Niveau 4	Niveau 1	Niveau 4		
Chirurgie esthétique et de confort	100 %	0,0 %	100 %	0,0 %	+32,4 %	SO
Chirurgie pédiatrique	94,8 %	0,7 %	88,5 %	1,6 %	-27,7 %	+78,2 %
Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie	93,9 %	1,0 %	89,1 %	2,9 %	-21,9 %	+132,4 %
Chirurgie endocrinienne	92,5 %	0,2 %	89,3 %	0,3 %	-3,5 %	+27,7 %
Autres spécialités chirurgicales	88,7 %	1,3 %	77,5 %	2,8 %	-27,0 %	+84,0 %
Chirurgie vasculaire	83,9 %	2,1 %	62,9 %	5,6 %	-55,6 %	+61,7 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	81,4 %	1,2 %	70,6	2,1 %	-14,7 %	+69,0 %
Chirurgie viscérale et digestive	75,2 %	2,8 %	65,4 %	5,6 %	-23,9 %	+78,1 %
Chirurgie urologique	72,9 %	2,0 %	67,0 %	3,9 %	+6,7 %	+128,7 %
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	61,5 %	4,2	44,0 %	7,1 %	-21,0 %	+88,7 %
Neurochirurgie	56,7 %	9,1	30,1 %	15,7 %	-41,0 %	+91,8 %

Source : ATIH.

Le rythme de l'augmentation de la fréquence des comorbidités déclarées par les établissements de santé à l'appui de niveaux élevés de sévérité ne peut s'expliquer par les seuls facteurs épidémiologiques. Ainsi, les codes de malnutrition ont été multipliés par deux entre 2009 et 2011²⁰¹. La déclaration croissante de comorbidités traduit une meilleure prise en compte de l'état de santé des patients, mais aussi parfois des pratiques d'optimisation des recettes, pour certaines irrégulières, comme le font apparaître les contrôles de la tarification à l'activité mis en œuvre par les ARS et l'assurance maladie.

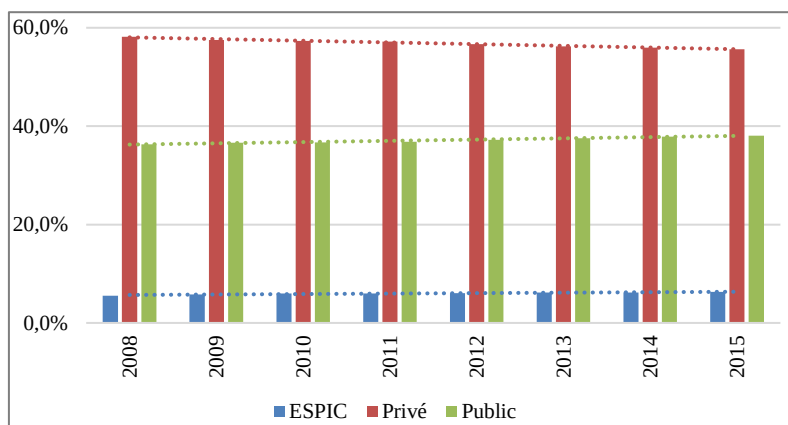
²⁰¹ Rapport sur les charges et produits pour l'année 2014 (juillet 2013).

Un recul de la place relative du secteur privé lucratif

La T2A a insufflé une nouvelle dynamique aux activités chirurgicales dans les établissements publics, qui concourt à expliquer l'évolution contrastée des parts de marché des différents secteurs.

Le secteur privé lucratif, qui réalisait en 2008 58,1 % des séjours chirurgicaux, n'en représente plus que 55,6 % en 2015. Sa part de marché a diminué de 2,5 points au profit du secteur public (38 % des séjours, soit +1,7 point depuis 2008) et dans une moindre mesure des établissements de santé privés d'intérêt collectif (6,3 % des séjours, soit +0,8 point).

Graphique n° 21 : parts de marché par secteur (2008-2015)



Source : ATIH.

La progression des établissements publics et des ESPIC s'explique pour partie par la croissance moins rapide des séjours chirurgicaux dans les établissements privés à caractère lucratif (+6,2 % entre 2008 et 2015) que dans les établissements publics (+16,3 %) et les ESPIC (+26,5 %). Ainsi, le nombre de séjours en hospitalisation complète a reculé de 20,1 % entre 2008 et 2015 dans les établissements privés à caractère lucratif.

3 - Un recours hétérogène à la chirurgie selon les territoires

Le taux de recours à la chirurgie²⁰² est fortement hétérogène d'un département à l'autre. L'ensemble des spécialités chirurgicales connaissent de fait d'importantes disparités territoriales, comme l'illustre le tableau ci-après qui fait apparaître l'ampleur des différences de fréquences de certains actes chirurgicaux. Pour autant, les déterminants de ces disparités ne font pas l'objet d'analyses documentées, alors même qu'il y a là un levier majeur d'optimisation et d'efficacité tant pour les patients que pour l'assurance maladie.

Tableau n° 63 : amplitude des taux de recours départementaux pour dix gestes chirurgicaux en 2015 (pour 1 000 habitants)

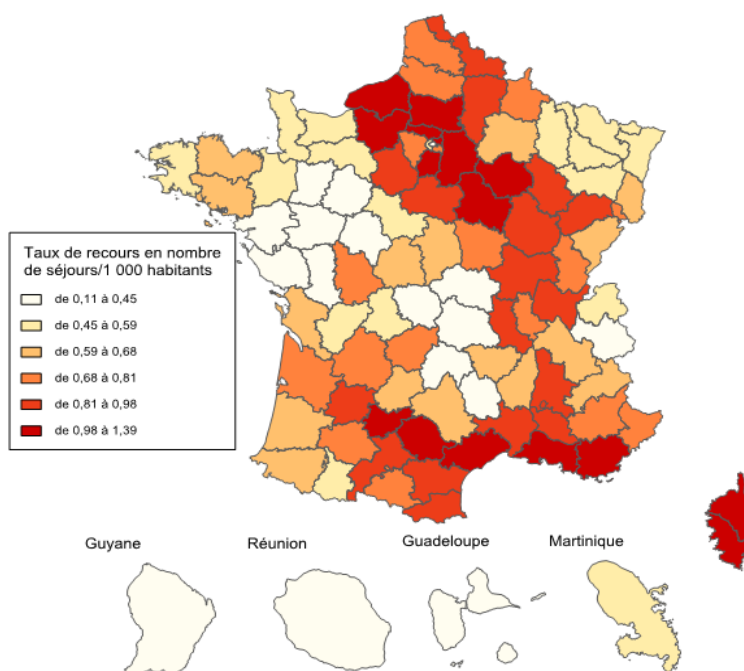
Geste chirurgical	Départements présentant le taux de recours le plus faible		Départements présentant le taux de recours le plus élevé		Rapport
	Département	Taux	Département	Taux	
Chirurgie bariatrique	Puy-de-Dôme	0,24	Oise	1,39	5,8
Amygdalectomie	Hautes-Pyrénées	0,38	Gironde	1,53	4,0
Chirurgie des varices	Creuse	1,00	Lozère	3,00	3,0
Prothèse de hanche	Haute-Corse	0,85	Somme	2,02	2,4
Thyroïdectomie	Eure-et Loir	0,47	Indre	1,11	2,4
Prothèse du genou	Paris	0,95	Bas-Rhin	2,22	2,3
Chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate	Gard	0,73	Allier	1,56	2,1
Cholécystectomie	Paris	1,19	Haute-Saône	2,23	1,9
Hystérectomie	Pyrénées Orientales	0,71	Savoie	1,3	1,8
Chirurgie du canal carpien	La Réunion	0,49	Yonne	3,49	7,1

Source : ATIH.

Ainsi à titre d'illustration, le taux de recours à la chirurgie de l'obésité (chirurgie bariatrique) en 2015 varie dans un rapport de 1 à 5,8 entre le département du Puy-de-Dôme et celui de l'Oise, dont l'ampleur ne peut être uniquement expliquée par des facteurs épidémiologiques.

²⁰² Taux de recours 2015 corrigés de l'effet structure de la population (âge et sexe), obtenu par le rapport entre le nombre de séjours et 1 000 habitants (ATIH).

Carte n° 7 : taux de recours à la chirurgie de l'obésité en 2015



Source : Cour des comptes d'après données ATIH.

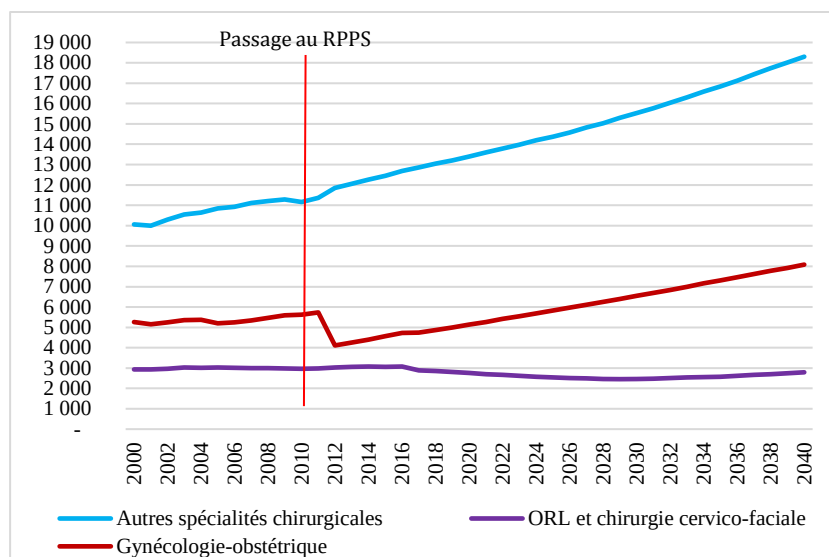
B - Des effectifs en progression, de fortes disparités territoriales, un exercice hospitalier moins attractif

Au 1^{er} janvier 2016, près des deux tiers (63,9 %) des 20 782 chirurgiens avaient un exercice libéral ou mixte (+4,3 points depuis 2000). Seuls 42 % avaient une activité libérale exclusive, exercée en établissement privé à caractère lucratif, avec des écarts par spécialité allant de 14 % pour la chirurgie infantile à 65 % pour l'orthopédie.

1 - Une augmentation des effectifs appelée à se poursuivre

Entre 2010 et 2016, les effectifs de chirurgiens ont progressé, dans la plupart des spécialités, au taux annuel moyen de +0,8 % (contre +1,2 % pour l'ensemble des médecins spécialistes). Comme l'illustre le graphique ci-après, elle se poursuivrait à l'avenir. En 2040, près de 29 200 chirurgiens seraient ainsi en exercice.

**Graphique n° 22 : effectifs de chirurgiens
(2000-2016, projection à 2040)²⁰³**



Source : Cour des comptes d'après données DREES (Adeli, puis répertoire partagé des professionnels de santé - RPPS).

²⁰³ L'agrégat « chirurgie » retrace l'ensemble des spécialités chirurgicales, à l'exception de la gynécologie-obstétrique et de l'ORL. Les « autres spécialités chirurgicales » recouvrent la neurochirurgie et les chirurgies thoracique et cardio-vasculaire, infantile et esthétique.

La chirurgie générale et la stomatologie font figure d'exception²⁰⁴ puisque leurs effectifs se sont réduits depuis 2000 (respectivement de -2,2 % et de -1,5 % en moyenne annuelle). Le déclin de la chirurgie générale est à rapprocher de la spécialisation accrue des chirurgiens et du dynamisme des chirurgies viscérale et orthopédique²⁰⁵.

Pour les spécialités autres que la chirurgie générale et la stomatologie, l'augmentation continue des effectifs s'explique d'abord par le relèvement du *numerus clausus* : le nombre d'internes en chirurgie a ainsi progressé de +2,5 % par an depuis 2004.

Une profession qui reste attractive

Contrairement à l'opinion parfois répandue d'une désaffection, les spécialités chirurgicales restent prisées par les étudiants en médecine. Depuis 2004, tous les postes en chirurgie à l'issue des épreuves classantes nationales ont ainsi été pourvus. Selon la DREES, les spécialités chirurgicales étaient plus attractives en 2014 que la moyenne des disciplines, variant entre la septième (ORL) et la 23^{ème} place (chirurgie maxillo-faciale et stomatologie).

La croissance des effectifs est de surcroît soutenue par l'installation de médecins diplômés à l'étranger, qui représentent 14 % des chirurgiens en exercice²⁰⁶ (à comparer à 4 % des médecins généralistes et à 12 % des spécialistes autres que chirurgiens). Leur part relative a augmenté depuis 2012 (où elle dépassait 11 %).

Le poids respectif de chaque spécialité chirurgicale s'est ainsi modifié depuis 2000 au bénéfice notamment de l'urologie (5 % des chirurgiens en 2016 contre 2 % en 2000) et de la chirurgie orthopédique (passée de 8 % des chirurgiens en 2000 à 14 % en 2016).

²⁰⁴ La rupture de 2012 pour la gynécologie-obstétrique s'explique par une modification du périmètre retenu avec le passage du répertoire Adeli géré par la CNAMTS au RPPS issu des tableaux départementaux de l'Ordre national des médecins.

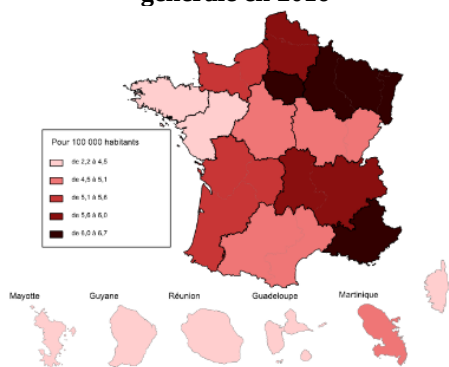
²⁰⁵ Ces deux spécialités ne sont reconnues que par l'obtention d'un diplôme spécialisé d'études complémentaires, accessible après l'internat de chirurgie générale.

²⁰⁶ Elle atteint même 25,5 % en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

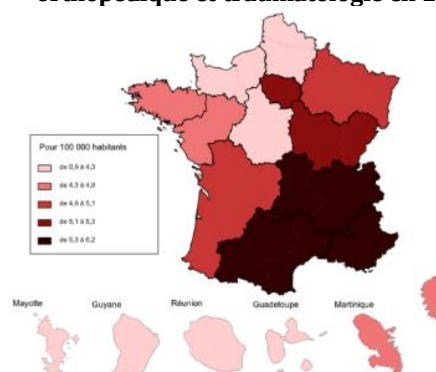
2 - Des disparités territoriales persistantes

Entre 2000 et 2016, la densité globale de chirurgiens a légèrement augmenté, passant de 30,6 à 31,4 pour 100 000 habitants²⁰⁷. Elle recouvre de fortes disparités en fonction des spécialités et des territoires considérés. En 2016, elle est plus élevée en Provence-Alpes-Côte d’Azur que dans les autres régions pour toutes les spécialités, à l’exception de la chirurgie générale et de la chirurgie maxillo-faciale, pour lesquelles la densité maximale est observée en Île-de-France. Selon l’observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), la tendance est cependant, depuis 2012, à une légère atténuation des disparités régionales.

Carte n° 8 : densité régionale en chirurgie générale en 2016



Carte n° 9 : densité régionale en chirurgie orthopédique et traumatologie en 2016



Source : Cour des comptes d’après données DREES (RPPS).

La mise en place des épreuves classantes nationales en 2004 et de la « filiarisation »²⁰⁸ en 2010, qui organisent une répartition des internes par subdivision géographique et par spécialité en fonction de leur rang de classement, ont cependant peu modifié ces tendances lourdes. À titre d’illustration, 43 % des chirurgiens généraux formés en Centre-Val-de-Loire ne s’y sont pas installés en 2016.

²⁰⁷ Données France métropolitaine.

²⁰⁸ Les postes sont désormais répartis par spécialité et non plus par discipline à l’issue des épreuves classantes nationales en fonction de quotas annuels fixés par arrêté. Environ 4 % des internes changent de spécialité par rapport à celle choisie à l’issue de ces épreuves.

3 - Une moindre attractivité de l'exercice en hôpital public

L'exercice hospitalier de la chirurgie est moins attractif que l'exercice libéral ou mixte, qui est majoritaire, depuis 2012, dans neuf spécialités chirurgicales. La chirurgie générale, la chirurgie infantile et la neurochirurgie font à cet égard figure d'exception. Quoique inférieurs à ceux de l'anesthésie-réanimation²⁰⁹, les taux de vacance statutaire dans les établissements publics des spécialités chirurgicales ont fortement augmenté depuis 2007, pour atteindre 28,3 % au 1^{er} janvier 2016 pour les praticiens hospitaliers à temps plein et 40,7 % pour ceux à temps partiel²¹⁰.

La moindre attractivité de l'exercice hospitalier s'explique avant tout par les conditions de travail. Moins l'équipe chirurgicale est étoffée, plus les gardes et astreintes reviennent souvent d'autant que les internes comme les praticiens à diplôme étranger n'ayant pas la plénitude d'exercice ne peuvent les assurer sans la supervision d'un chirurgien confirmé. De fait, en deçà de cinq chirurgiens dans une spécialité la permanence des soins est difficile à assurer dans de bonnes conditions.

L'importance des écarts de revenus par rapport aux chirurgiens libéraux peut également expliquer une moindre attractivité de l'hôpital.

Les revenus des chirurgiens libéraux

Selon la CNAMTS, le revenu moyen des chirurgiens libéraux ressort à 196 820 € pour l'année 2015. Hors gynécologie-obstétrique et ORL, il est inférieur à celui des anesthésistes-réanimateurs et des ophtalmologues, mais plus élevé que celui de l'ensemble des médecins spécialistes. Entre 2010 et 2015, il a augmenté de +27,4 % en euros constants. Pour la même période, les données fiscales (bénéfices non commerciaux) font apparaître une baisse des résultats moyens (164 490 €, soit -5,4 % en euros constants), liée à la baisse du résultat moyen du premier décile (de 33 708 € à 27 347 €), que ne compense pas la hausse de celui du dernier décile (de 314 972 € à 328 716 €).

²⁰⁹ Au 1^{er} janvier 2016, 33,3 % pour les temps plein et 61,2 % pour les temps partiels.

²¹⁰ Ces taux moyens recouvrent d'importants écarts par région et spécialité. Ils varient ainsi de 23,2 % pour la chirurgie infantile à 33,7 % pour la chirurgie urologique pour les PH à temps plein, et de 12,5 % pour la chirurgie esthétique à 50 % pour la chirurgie vasculaire pour ceux à temps partiel. Une partie des vacances sont couvertes par des agents temporaires.

Depuis 2001, les dépassements d'honoraires représentent la majorité des honoraires annuels perçus par les gynécologues-obstétriciens (67,6 % en 2015) et, depuis 2006, par les autres chirurgiens (60,2 % en 2015)²¹¹. En 2015, les 4/5èmes (81 %) des chirurgiens libéraux exerçaient en secteur 2 (contre 45 % pour les autres spécialistes). Pour cette même année, le montant cumulé de leurs dépassements d'honoraires atteignait 806 M€ (+150 % par rapport à 2000).

En 2011²¹², un praticien hospitalier à temps plein percevait pour sa part une rémunération annuelle brute moyenne de 94 982€ dans un centre hospitalier et de 87 992€ dans un centre hospitalier régional universitaire (hors rémunération universitaire). Selon la CNAMTS²¹³, 1 367 chirurgiens hospitaliers à temps plein ont une activité libérale à l'hôpital, pour un montant de dépassements d'honoraires de 152 M€ au total.

C - Des sites opératoires toujours dispersés malgré la réduction globale des capacités

1 - Une réduction des capacités en particulier dans les cliniques privées

En 2015, la France comptait 87 089 lits et places de chirurgie, dont 70 085 lits de chirurgie conventionnelle et 17 004 places de chirurgie ambulatoire. Depuis 1996, le nombre de lits et places a diminué de -22,9 % : 36 676 lits ont été fermés en chirurgie complète, tandis que 10 860 places ont été créées en ambulatoire.

Cette réduction a été très majoritairement le fait de l'hospitalisation privée lucrative, dont la capacité a décliné de -28,3 %, contre -16,5 % pour les établissements publics et les ESPIC. Les capacités d'hospitalisation en chirurgie conventionnelle ont chuté de -41,3 % entre 1996 et 2015 pour les établissements privés lucratifs (-2,2 % en moyenne annuelle) et de -26,8 %

²¹¹ À titre de comparaison, la part des dépassements d'honoraires est de 51,4 % en moyenne pour les médecins spécialistes et de 33,7 % pour les généralistes.

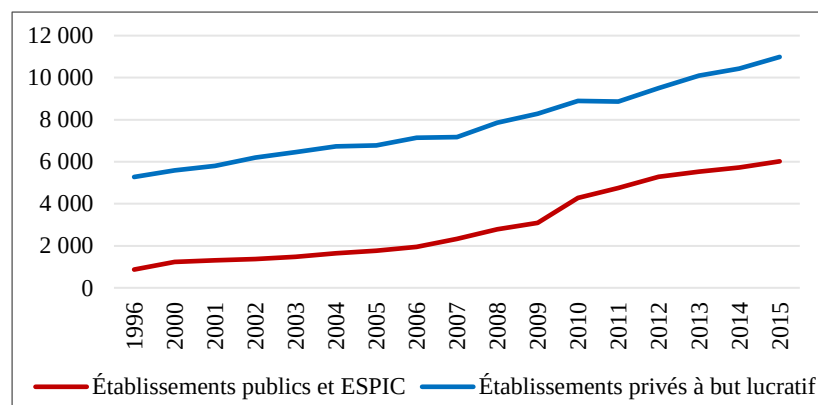
²¹² Année de la dernière enquête disponible réalisée par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers. La rémunération brute inclut les émoluments de base, les indemnités et les primes.

²¹³ AMOS, dépassements d'honoraires des praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale. France entière.

pour les établissements publics (-1,4 %). Comme déjà souligné par la Cour²¹⁴, le rythme de cette réduction n'a pas été constant. Les capacités en chirurgie conventionnelle ont ainsi baissé de 12 % entre 1992 à 2003 sous l'effet du « taux de change » subordonnant la création de places ambulatoires à la suppression de lits d'hospitalisation. Le rythme de leur réduction s'est ensuite ralenti jusqu'en 2010 (moins de -1 % en moyenne annuelle), avant de s'accélérer à nouveau depuis 2011 à la suite du déploiement intégral de la T2A et de la mise en œuvre d'une tarification incitative à la chirurgie ambulatoire (-3 % en moyenne annuelle).

En chirurgie ambulatoire, l'avance des établissements privés à caractère lucratif s'est effritée sous l'effet de la très forte augmentation des capacités du secteur public, portées de 869 places en 1996 à 6 018 places en 2015 (+592,5 %)²¹⁵. En 2015, 64,6 % des places de chirurgie ambulatoire étaient situées dans des établissements privés contre 85,9 % en 1996.

Graphique n° 23 : places de chirurgie ambulatoire (1996-2015)²¹⁶



Source : Hospiddiag (données DREES).

²¹⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²¹⁵ Dans le secteur privé lucratif, le nombre de places est quant à lui passé de 5 275 en 1996 à 10 986 places en 2015 (+108,3 %).

²¹⁶ Précaution de lecture : la représentation graphique n'est pas proportionnelle à la durée. La période 1996-2000 figure pour une unité.

En 2015, sous l'effet de l'accélération de la fermeture de lits d'hospitalisation complète en chirurgie, le taux d'occupation moyen a progressé de cinq points par rapport à 2010 pour atteindre 72 %²¹⁷. En retenant une hypothèse de taux cible d'occupation de 85 %²¹⁸, la surcapacité peut être estimée encore à 12 800 lits en 2015, soit 18 % du total.

2 - Un nombre de sites de chirurgie qui ne se réduit pas

Alors que les capacités de chirurgie conventionnelle se réduisent, quoiqu'encore insuffisamment, le nombre d'établissements où sont pratiquées des activités chirurgicales n'a que peu évolué. En 2015, 869 établissements (tous statuts confondus) exerçaient une activité de chirurgie conventionnelle, contre 885 en 2010 (-1,8 %) et 883 une activité chirurgicale ambulatoire, contre 861 en 2010 (+2,6 %)²¹⁹.

Le nombre de salles d'intervention s'est réduit à 7 307 (soit -4,4 % par rapport à 2010). Les sites opératoires sont ainsi en moyenne plus petits.

Par ailleurs, le nombre total d'établissements dont les services de chirurgie ont une activité inférieure à 1 500 séjours²²⁰ est passé de 71 à 72 établissements entre 2010 et 2015²²¹ en s'en tenant aux seuls séjours réalisés dans le cadre d'un passage au bloc opératoire avec un acte d'anesthésie²²². Ces établissements aux services de chirurgie à faible activité²²³ sont présents dans toutes les régions et principalement publics (70 % sont publics²²⁴, 17 % privés à caractère lucratif et 13 % privés d'intérêt collectif, centres de lutte contre le cancer - CLCC - compris).

²¹⁷ Hospidiag (2015).

²¹⁸ Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) fixe une cible comprise entre 72 % et 95 % pour les projets d'investissement immobilier.

²¹⁹ Analyse déduite du nombre d'établissements déclarant pour 2010 et 2015 des places de chirurgie ambulatoire ou des lits d'hospitalisation conventionnelle Hospidiag-SAE).

²²⁰ Seuil minimal d'activité envisagé en 2010 par les pouvoirs publics pour le maintien d'une autorisation en chirurgie (voir *infra*).

²²¹ Recensement effectué par la Cour à partir des données de l'ATIH.

²²² Décompte en nombre de séjours chirurgicaux réalisés en 2015 (GHM en C) dans des établissements de santé disposant toujours en 2017 d'une activité chirurgicale (y compris une activité unique de chirurgie gynécologique adossée à une maternité).

²²³ À titre d'illustration, une annexe fournit à la fin de ce chapitre la liste des établissements ayant une activité chirurgicale très réduite (moins de 750 séjours chirurgicaux).

²²⁴ Y compris le service de santé des armées.

Cette dispersion persistante de l'activité chirurgicale apparaît problématique au regard de l'objectif des pouvoirs publics, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, de la resserrer dans un contexte de difficultés démographiques et de vacances de postes pour certaines des professions du bloc opératoire et dans un objectif de meilleure sécurité et qualité des soins.

Qu'elle soit inférieure ou dépasse 1 500 séjours, l'activité chirurgicale d'un grand nombre d'établissements se répartit de surcroît entre une large gamme d'interventions distinctes, avec une fréquence réduite pour chacune d'entre elles, au détriment de la répétition du geste opératoire. À titre d'illustration, le centre hospitalier de Guebwiller (Haut-Rhin) a réalisé en 2015 697 interventions réparties entre 34 types distincts, soit 20,5 en moyenne, et celui de Jonzac (Charente-Maritime) 1 625 réparties entre 125 types distincts, soit 13 en moyenne.

II - Une offre chirurgicale insuffisamment adaptée aux enjeux de sécurité, d'efficience et d'innovation

A - Un encadrement insuffisant de l'activité chirurgicale

La littérature scientifique a documenté de façon constante la corrélation entre taux de complication, volume d'activité et degré de spécialisation de la structure de soins²²⁵. Pour s'en tenir à une étude de l'IRDES²²⁶ de 2009 sur six interventions chirurgicales fréquentes, la probabilité de réadmission ou de mortalité est plus élevée dans les structures à faible volume d'activité pour cinq interventions : la chirurgie pour cancer du côlon, le pontage aorto-coronarien, l'accident vasculaire cérébral, la résection pancréatique et la prothèse totale de la hanche.

²²⁵ Voir Hagen et Coll., *Relation between hospital orthopedic specialisation and outcomes in patients aged 65 and older: retrospective analysis of US Medicare data*, *BMJ*, 2010.

²²⁶ IRDES, Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ?, n° 149 (décembre 2009).

De même, l'assurance maladie a établi en 2012 que la durée moyenne de séjour pour une prothèse de genou est de 30 % inférieure dans les établissements qui pratiquent plus de 300 prothèses par an par rapport à ceux qui en effectuent moins de 30²²⁷. Elle a démontré en 2015 qu'un établissement peu spécialisé et à l'activité réduite a une probabilité de complication supérieure de 37 % à un établissement important et très spécialisé²²⁸ pour la pose de prothèses de hanche et du genou.

Malgré ce lien de causalité avéré entre faible activité opératoire et risque accru pour les patients, les pouvoirs publics ont adopté une posture attentiste, qui fait dépendre la rationalisation de l'organisation des activités chirurgicales des contraintes induites pour les établissements de santé par les évolutions des tarifs et de la démographie des professionnels de santé. De fait, les outils indispensables à la qualité et à la sécurité des soins ne sont que très partiellement déployés.

1 - Une planification sanitaire trop souple

Le régime général des autorisations d'activité sanitaire est issu des lois du 31 décembre 1970 pour les établissements privés et du 31 juillet 1991 pour les établissements publics. Les autorisations accordées, qui s'inscrivent dans le cadre du schéma régional d'offre de soins (SROS), portent de manière indifférenciée sur l'ensemble des activités chirurgicales, sans distinction de surcroît de niveau de technicité ou d'expertise. Les motifs de refus, très restrictifs, n'intègrent aucun critère de qualité et de sécurité des soins.

Le ministère chargé de la santé avait invité en 2004 les agences régionales de l'hospitalisation à « faire évoluer les sites de chirurgie qui ont une activité annuelle inférieure à 2 000 interventions avec anesthésie »²²⁹, en soulignant qu'« en deçà de ce niveau d'activité, il existe un risque en termes de sécurité des soins, pour les patients pris en charge, compte tenu de la perte de compétence progressive des praticiens et des

²²⁷ CNAMTS, propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013 (2012). En 2010, 143 établissements publics et 75 établissements privés à caractère lucratif effectuaient moins de 30 interventions par an.

²²⁸ CNAMTS, propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2015 (2014).

²²⁹ Circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS.

équipes paramédicales, de la faible attractivité de ces structures et de la difficulté à y maintenir une permanence des soins ».

Toutefois, comme la Cour l'a relevé²³⁰, la portée contraignante des SROS s'est affaiblie au fil du temps. La dernière génération de SROS (2012-2017) ne comporte ainsi plus de dispositions opposables en matière de créations, de regroupements et de transformations d'activité.

2 - Des seuils d'activité au périmètre étroit, trop bas et pour partie non appliqués

L'activité soumise à un seuil d'autorisation est très minoritaire : en 2015, elle représentait seulement 5,6 % du nombre total de séjours. En effet, des seuils d'activité ont été fixés par la voie réglementaire uniquement pour trois spécialités : la chirurgie cardiaque en 2006²³¹ et la neurochirurgie²³² et une partie de la chirurgie carcinologique en 2007²³³.

Sur ce périmètre étroit, les seuils d'activité minimale ont de surcroît été fixés à un niveau bas. Comme l'a souligné la commission des finances du Sénat en 2016²³⁴, les seuils relatifs à la chirurgie carcinologique sont inférieurs à ceux définis au niveau international. En matière de cancer digestif, l'Allemagne a ainsi fixé un seuil de 50 interventions par an et par site contre 30 en France. L'Académie nationale de médecine a estimé pour sa part en 2016 que « la condition d'atteindre des masses critiques suffisantes » en chirurgie cardiaque classique (valve, pontage, aorte et urgences) était subordonnée à « 600 actes par an pour au moins trois chirurgiens, soit 200 interventions par chirurgien », à cet égard, le seuil de 400 actes en vigueur en matière de chirurgie cardiaque ne tient pas compte du nombre de chirurgiens.

²³⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre V : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²³¹ Décrets n° 2006-77 et 78 du 24 janvier 2006 fixant les seuils par site géographique à 400 interventions chirurgicales majeures pour l'adulte et à 150 pour l'enfant.

²³² Décrets n° 2007-364 et 365 du 19 mars 2007 fixant les seuils par site géographique à 500 interventions pour l'adulte dont 100 à 200 pour l'enfant.

²³³ Arrêté du 29 mars 2007.

²³⁴ Rapport d'information de M. Francis Delattre, fait au nom de la commission des finances du Sénat : l'Institut national du cancer au service de la soutenabilité financière de notre système de santé (juillet 2016).

En tout état de cause, une part non négligeable des interventions chirurgicales sont effectuées dans des structures qui ne respectent pas les seuils fixés. S'agissant de la chirurgie cardiaque, tel était le cas en 2015 pour 5,5 % des interventions chez l'adulte et pour 20 % chez l'enfant. Pour la neurochirurgie pédiatrique, ce même taux atteignait 54 %. Au total, 82 % des établissements autorisés en neurochirurgie pédiatrique, 50 % de ceux autorisés en chirurgie cardiaque pédiatrique et 13 % de ceux autorisés en chirurgie carcinologique gynécologique ne respectent pas les normes réglementaires d'activité.

Plus généralement, au-delà de ne pas assurer le strict contrôle de la bonne application de ces seuils, les pouvoirs publics ont de fait renoncé à agir par la norme. Ainsi les décrets qui devaient, en application des articles L. 6122-2 et L. 6123-1 du code de la santé publique, règlementer les activités de chirurgie, n'ont toujours pas été pris. Deux projets de texte avaient été cependant préparés en 2010 par l'administration, en fixant à 1 500 actes le seuil d'activité minimale en chirurgie, comme recommandé par un rapport d'expert en 2006²³⁵. L'ampleur de leurs conséquences - ils auraient alors provoqué la fermeture de 134 structures (64 % dans les hôpitaux publics, 20 % dans les établissements privés à caractère lucratif, et 10 % dans les établissements privés non lucratifs) - a entraîné leur abandon au bénéfice de réorganisations au fil de l'eau en fonction de la fragilité des équipes et des établissements, faisant passer au second plan les enjeux majeurs de santé publique que sont la qualité et la sécurité des soins.

B - Le retard persistant de la chirurgie ambulatoire

1 - Une conversion lente et inégale des pratiques

Pour 2015, le taux de chirurgie ambulatoire²³⁶ s'est élevé à 46,6 %, en progression de +18,3 points par rapport à 2003.

²³⁵ Rapport à l'attention du ministre de la santé et des solidarités présenté par le Professeur Guy Vallancien : l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France (avril 2006).

²³⁶ Le taux de chirurgie ambulatoire rapporte le nombre de séjours ambulatoires au nombre total de séjours de chirurgie. Pour des raisons de comparabilité des données, le taux ici retenu est celui, dit « ancien périmètre », correspondant au mode de calcul antérieur à la révision de méthode intervenue en 2015.

À partir d'un niveau déjà élevé²³⁷, l'activité de chirurgie ambulatoire a progressé de +45 % entre 2008 et 2015 dans le secteur privé lucratif. Compte tenu d'une activité au départ plus réduite, elle s'est plus fortement développée au cours de la même période dans les établissements publics (+76,6 %) et dans les ESPIC (+108,5 %).

La France continue néanmoins d'accuser un retard important au regard des pays comparables. Ainsi, 22 % des amygdalotomies étaient pratiquées en ambulatoire en 2013, ce qui situe la France en deçà de la moyenne de l'OCDE (34 %) et loin derrière la Belgique (71 %) ou la Finlande (passée de 11 % en 2000 à 84 % en 2013)²³⁸.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, a été fixé un objectif de taux de chirurgie ambulatoire de 62,3 % en 2020. Les progrès conjoints des techniques de chirurgie mini-invasive et d'anesthésie, qui limitent les pertes sanguines et les effets secondaires des antalgiques, permettent certes de plus en plus d'effectuer en ambulatoire des actes lourds : ainsi la pose d'une prothèse totale du genou, pour laquelle la durée moyenne de séjour en hospitalisation conventionnelle à 6,7 jours, est désormais proposée en ambulatoire²³⁹. Pour autant, la réalisation de l'objectif ainsi fixé impliquerait une hausse de +3,2 points par an, alors qu'elle n'a été que de +1,4 point par an en moyenne depuis 2003 ou de +2,1 points sur la période 2013-2015. Si la tendance actuelle devait se prolonger, le taux de chirurgie ambulatoire atteindrait seulement 55 % en 2020, loin de l'objectif qui suppose ainsi la mobilisation de nouveaux leviers pour être rempli.

2 - Une politique tarifaire aux effets faiblement mobilisateurs

Comme la Cour l'a souligné²⁴⁰, la conversion ambulatoire a été soutenue à partir de 2004 par des mesures tarifaires incitatives. Ainsi, un tarif unique a été instauré pour les séjours en hospitalisation complète et en ambulatoire et étendu à un nombre croissant de groupes homogènes de

²³⁷ En 2008, 71,6 % des séjours en chirurgie ambulatoire étaient réalisés dans des établissements de santé privés à caractère lucratif (ATIH).

²³⁸ OCDE, Panorama de la santé 2015.

²³⁹ ATIH.

²⁴⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

malades (GHM)²⁴¹ : fin 2014, plus de 76 % des séjours de chirurgie ambulatoire portaient sur l'une des activités relevant d'un tarif unique. En outre, les tarifs de chirurgie ambulatoire ont été alignés sur ceux d'hospitalisation complète pour certains GHM ou revalorisés. Enfin, les bornes basses de durée de séjour en deçà desquelles les tarifs sont minorés de 50 % ont été supprimées pour les GHM chirurgicaux de sévérité 1.

La portée de ces mesures sur la substitution de séjours ambulatoires à une partie de ceux en hospitalisation complète donne lieu à des appréciations contrastées. De fait, le taux de chirurgie ambulatoire, qui connaît une progression linéaire depuis 2003, semble peu influencé par les mouvements tarifaires, ce que la Cour avait déjà relevé en 2013. Ces mouvements paraissent plus conditionnés par la vitesse de diffusion des pratiques chirurgicales ambulatoires qu'avoir un rôle moteur dans la généralisation de la substitution de prises en charge ambulatoires aux hospitalisations complètes lorsque l'évolution des techniques chirurgicales permet désormais de les éviter.

3 - Une organisation encore perfectible

Si, jusqu'en 2003, la chirurgie ambulatoire était soumise au seul régime d'autorisation de la chirurgie, l'encadrement normatif a été précisé en 2004 puis par un décret du 20 août 2012 avec l'obligation de constituer, dans les établissements de santé autorisés, des unités de soins (personnels et locaux en amont et en aval du bloc opératoire) spécifiquement affectés à cette activité, sur le modèle de centres intégrés.

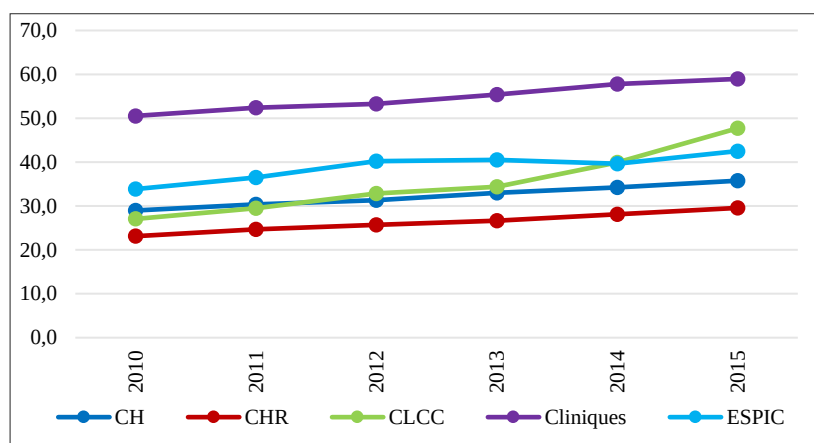
Cette évolution a constitué un réel progrès en remédiant au manque d'efficience lié à la dissémination de places de chirurgie ambulatoire dans les services d'hospitalisation conventionnelle. Cependant, l'organisation d'un grand nombre d'établissements ne distingue pas les flux de patients au bloc opératoire entre ceux admis en chirurgie ambulatoire et ceux admis pour une intervention conventionnelle ou en urgence.

Comme le montre le graphique ci-après, la progression de la chirurgie ambulatoire, si elle est très dynamique dans les centres de lutte contre le cancer, s'est interrompue pour les autres ESPIC depuis 2013, se

²⁴¹ Un GHM est une catégorie élémentaire de classification médico-économique propre au programme de médicalisation des systèmes d'information de médecine, chirurgie et obstétrique. Tous les séjours sont rattachés à un groupe et un seul.

ralentit dans les cliniques privées depuis 2014 et demeure trop lente dans les établissements publics pour leur permettre de rattraper leur retard.

Graphique n° 24 : évolution du taux de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissement de santé (2010-2015)



Source : Hospidiag (ATIH).

Selon l'Association française de chirurgie ambulatoire, l'infléchissement qui peut être constaté dans l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire s'explique par le maintien de blocs opératoires communs à la chirurgie conventionnelle et à la chirurgie ambulatoire, qui pourrait entraîner le plafonnement du développement de cette dernière au cours des années à venir. L'organisation efficiente de ces prises en charge nécessiterait à cet égard d'être encore approfondie au regard notamment des expériences étrangères.

C - Une dispersion des équipes préjudiciable au progrès des prises en charge

La chirurgie sera soumise dans la décennie à venir à une vague majeure d'innovations, soutenue par les progrès de la robotique et de l'imagerie interventionnelle, redessinant les contours du bloc opératoire et exigeant un redimensionnement des équipes.

1 - Une discipline à la veille d'innovations considérables

Dans son rapport « *La chirurgie en 2025* »²⁴², l'Académie nationale de chirurgie souligne que plusieurs technologies seront nécessaires dans un bloc opératoire, entre les techniques innovantes comme les cœlioscopies ou les robots, l'imagerie et les techniques interventionnelles avec en particulier des endoscopies sous anesthésie à visée diagnostique ou opératoire. Elle prévoit, à échéance de dix ans, que les organes pourront être représentés en trois dimensions en routine, à partir de l'imagerie d'un patient. Le chirurgien pourra alors s'entraîner sur ce modèle virtuel, avant de pratiquer l'intervention ou s'aider de ce modèle pendant l'opération.

Pour l'Institut hospitalo-universitaire de Strasbourg, la chirurgie mini-invasive guidée par l'image et la chirurgie robot-assistée²⁴³ ont vocation à devenir des standards de la prise en charge chirurgicale à moyen terme. Ainsi, des robots pourraient prendre en charge certains gestes opératoires en embarquant l'imagerie du patient dans leur progression anatomique. Leur intelligence artificielle permettra d'analyser des pièces anatomiques *in situ* par la référence à des registres mondiaux de tumeurs.

Pour l'Académie de chirurgie, l'ensemble de ces évolutions imposent d'ores et déjà le développement de blocs interventionnels modulaires, hybrides, informatisés et mutualisés, regroupant en leur sein l'ensemble des activités chirurgicales.

L'innovation en chirurgie : l'exemple de l'AP-HP

Outre l'acquisition de robots, l'innovation en chirurgie à l'AP-HP se traduit par des investissements en chirurgie mini-invasive guidée par l'image et en la création de salles hybrides, qui permettent à plusieurs spécialités médicales, en particulier la radiologie et les chirurgies, de bénéficier en commun d'un équipement de radiologie interventionnelle de pointe. Elles sont constituées d'un arceau d'angiographie (voire de deux comme à l'hôpital Necker en chirurgie cardiaque) escamotable pour pouvoir revenir à une salle classique en cas de difficulté et d'une table radio transparente. Il en existe aujourd'hui cinq. D'autres sont en projet.

²⁴² Académie nationale de chirurgie, *la chirurgie en 2025* (2014).

²⁴³ En France, les premiers établissements de santé se sont dotés de robots au début des années 2000. Leur nombre serait passé, selon l'ANSM, de 39 en 2011 (dont 17 CHRU, 16 cliniques et 6 ESPIC) à 96 en juin 2016 pour les seuls robots da Vinci®.

L'AP-HP a aussi implanté des bras robotisés porte-instruments pour accompagner le développement de la chirurgie assistée par l'imagerie, en particulier pour la neurochirurgie. Ainsi, deux robots Medtech Rosa® ont été acquis par la Pitié Salpêtrière et par Bicêtre. À court terme, l'ensemble des blocs opératoires de neurochirurgie disposeront d'au moins un scanner.

Les nouvelles technologies de vidéochirurgie, dites 3D/4K, qui sont fortement demandées par les chirurgiens, ont fait l'objet d'investissements récents. Ces équipements plus performants en termes de qualité d'image sont trois fois plus coûteux que les équipements actuels (pour un montant de l'ordre de 100 000 €). Seuls sept sites y ont recours en chirurgie hépatique, digestive ou gynécologique.

2 - La nécessité d'équipes plus étoffées et qualifiées

Le fonctionnement d'une salle de bloc opératoire repose sur de nombreux professionnels aux compétences diversifiées et souvent rares, au premier rang desquels les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs, mais aussi les infirmiers spécialisés, sans oublier les équipes de maintenance des salles et des instruments. Or, la démographie des anesthésistes-réanimateurs comme celle des infirmiers spécialisés fait peser une contrainte supplémentaire, renforcée par un récent décret²⁴⁴ qui précise les actes réservés aux seuls infirmiers de bloc opératoire. Les infirmiers ont jusqu'à 2020 pour suivre une formation appropriée.

La démographie des anesthésistes réanimateurs et des infirmiers spécialisés

Au 1^{er} janvier 2016, exerçaient 11 278 anesthésistes-réanimateurs, avec une densité de 17 pour 100 000 habitants, près de deux fois plus faible que celle des chirurgiens, 9 989 infirmiers anesthésistes (IADE) et 7 425 infirmiers de bloc opératoire (IBODE). Le nombre d'infirmiers diplômés est resté stable ces dernières années, avec, en 2014, 1 100 inscrits et 498 diplômés pour les IADE et 468 inscrits et 238 diplômés pour les IBODE.

²⁴⁴ Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.

La démographie des anesthésistes-réanimateurs limite *de facto* très fortement l'offre chirurgicale, dans un contexte d'un nombre élevé de postes vacants, non seulement dans les petits établissements, mais désormais aussi dans des CHU²⁴⁵, même si elle devrait s'améliorer à terme selon les projections de la DREES pour atteindre un effectif de 17 255 et une densité de 24 pour 100 000 habitants en 2040.

La spécialisation croissante des chirurgiens et la complexité de grandissante de l'environnement technologique impliquent par ailleurs le concours de professionnels spécialisés, comme des ingénieurs, des techniciens et des informaticiens biomédicaux.

Au sein même du processus de soin, la pluridisciplinarité devient une exigence de sécurité et de pertinence des prises en charge. Ainsi, les réunions de concertation pluridisciplinaires, initiées en oncologie, se développent pour des prises en charges chirurgicales complexes, qu'elles soient obligatoires, comme en chirurgie bariatrique, ou recommandées pour les maladies inflammatoires digestives.

Le progrès technique et l'innovation en chirurgie comme les tensions sur la démographie des praticiens poussent ainsi à une concentration accrue des sites chirurgicaux afin de garantir l'égal accès à des soins de qualité grâce à des plateaux techniques modernisés et à des équipes étoffées et stables, dont les membres (chirurgien, anesthésiste-réanimateur, infirmières d'anesthésie et de réanimation, infirmières de bloc opératoire...) sont habitués à travailler étroitement ensemble.

III - Amplifier et accélérer l'effort de restructuration de l'offre de soins en chirurgie

La réduction du nombre de lits de chirurgie en hospitalisation conventionnelle, l'augmentation du taux d'occupation des lits et celle du taux de chirurgie ambulatoire témoignent d'une mutation importante de l'offre de soins. Cependant, ces évolutions prennent encore insuffisamment en compte les exigences de qualité et de sécurité des soins, les incidences de la démographie des professions de santé et les innovations technologiques à venir. Amplifier et accélérer l'optimisation et la

²⁴⁵ Au 1^{er} janvier 2016, 28,3 % pour les temps plein et 50,9 % pour les temps partiels dans les CHU (38,7 % et 63 % respectivement pour l'ensemble des établissements publics).

restructuration de l'offre de soins chirurgicaux exigent d'agir sur l'ensemble des leviers disponibles.

A - Concentrer davantage l'offre de soins en utilisant le levier normatif

Une concentration accrue de l'offre est indispensable à une qualité et à une sécurité renforcées des soins chirurgicaux. Elle permettrait aussi d'optimiser le fonctionnement des sites opératoires et des dépenses d'investissement qui leur sont consacrées²⁴⁶, en particulier dans les établissements publics qui connaissent encore des taux d'utilisation des blocs opératoires notablement inférieurs à ceux des établissements privés.

1 - Redéfinir les conditions réglementaires d'exercice

L'habilitation à légiférer par ordonnance pour moderniser et simplifier les régimes d'autorisation, issue de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, offre l'opportunité qui ne doit pas être manquée de déterminer les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'ensemble des activités de chirurgie.

Ces normes devraient être fixées au double niveau des établissements et, en leur sein, de chaque spécialité chirurgicale, de manière à réguler plus finement l'offre de soins. Ainsi, les autorisations sanitaires de chirurgie accordées à un établissement comporteraient des conditions techniques de fonctionnement communes et d'autres propres aux spécialités qu'il entend exercer.

À ce titre, il importe aussi de mettre fin à l'anomalie que constitue l'absence persistante, en dépit des dispositions législatives le prévoyant, de seuils d'activité minimale pour la plus grande partie des actes chirurgicaux, sur la base d'une méthode robuste dont la HAS devrait assumer la responsabilité.

²⁴⁶ Dont la Cour a constaté la rigueur parfois insuffisante. Voir Cour des comptes, *Communication à la commission des finances du Sénat*, la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires (CHU), octobre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

Un seuil d'activité par site géographique d'établissement de santé, qui est le niveau de concentration du plateau technique, devrait être ainsi fixé par la voie réglementaire et son application rigoureusement contrôlée par les ARS. À titre d'illustration, au regard des données relatives à l'année 2015, le seuil de 1 500 séjours envisagé par les pouvoirs publics en 2010, à supposer qu'il soit retenu, se traduirait par la fermeture de 169 salles d'intervention dans 72 établissements et le redéploiement de 216 emplois de chirurgiens et de 195 d'anesthésistes (exprimés en équivalent temps plein)²⁴⁷.

Par la suite, et dans l'objectif de mieux assurer la qualité et la sécurité des soins, ce seuil par site géographique pourrait être complété par un seuil d'activité individuel par chirurgien - dans un premier temps indicatif -, apprécié quel que soit le lieu d'intervention, qui serait défini dans le cadre des différents conseils nationaux professionnels avec le concours des sociétés savantes des différentes spécialités.

2 - Construire une offre de soins graduée

Les SROS de troisième et quatrième générations ont posé les premiers jalons d'une organisation territoriale graduée des soins chirurgicaux au nom des impératifs de sécurité sanitaire et des exigences d'efficacité du système de soins. Leur portée a cependant été amoindrie par la faiblesse des instruments d'action à la disposition des ARS. À l'exception des activités chirurgicales dotées de seuils réglementaires, elles n'abordent la gradation des soins avec les établissements de santé que de manière ponctuelle, à la faveur de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), des projets de restructuration, voire des demandes d'ouverture de postes de praticiens hospitaliers.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) créés par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ont notamment pour objet de permettre aux établissements publics de santé qui en sont membres de « mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une réelle égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »²⁴⁸.

²⁴⁷ Données issues d'Hospidag, sur la base des effectifs déclarés par les établissements.

²⁴⁸ Article L. 6132-1 du code de la santé publique.

Dans le prolongement de ce qui a été organisé par des décrets d'octobre 1998 pour les maternités²⁴⁹ et dans le sens des recommandations de l'Académie nationale de chirurgie, une gradation des soins chirurgicaux selon différents niveaux est à définir. Le niveau 1 de proximité proposerait des consultations avancées de chirurgie et d'anesthésie et des soins chirurgicaux sans recours à un bloc opératoire, en faisant appel le cas échéant à des équipes territoriales relevant d'un GHT. Le niveau 2 offrirait des activités de chirurgie programmées dans des établissements de taille intermédiaire, avec ou sans spécialisation en chirurgie ambulatoire. Le niveau 3 correspondrait à la prise en charge par les établissements publics ou privés les plus importants des interventions chirurgicales appelant une expertise élevée.

À cet égard, la définition d'un projet médical partagé par les établissements publics de santé participant à chaque GHT fournit l'opportunité d'y définir des modalités de gradation de l'offre de soins en chirurgie. Les ARS devront cependant veiller à ce que la mise en place des GHT ne ferme pas la possibilité de coopérations indispensables avec des établissements privés afin de permettre la mise en place d'organisations plus efficaces.

3 - Poursuivre la concentration de la permanence des soins chirurgicaux

La permanence des soins en établissement de santé vise à garantir la présence d'un médecin pour assurer des soins qui ne peuvent être pris en charge par les services d'urgence ou attendre. Elle s'accompagne de coûts importants pour les établissements, liés aux gardes et astreintes, à l'application de la réglementation du temps de travail et du repos de sécurité des chirurgiens ainsi qu'au fonctionnement d'une salle d'opération ouverte 24 heures sur 24 (dont le coût complet annuel peut être estimé à 1,4 M€). Elle affecte par ailleurs l'attractivité des établissements pour les chirurgiens qui préfèrent des activités programmées. Elle comporte des enjeux importants en matière de qualité et de sécurité des soins.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoire » du 27 juillet 2009 a confié aux ARS la mise en place de schémas cibles de la permanence des

²⁴⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre VII : les maternités, une réorganisation à poursuivre efficacement, p. 245-267, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

soins afin de la structurer selon une logique de territoire et non plus d'établissements. Les SROS 2012-2017 ont marqué une première étape dans la conciliation du maillage territorial avec un volume minimal d'activités en vue de garantir la qualité de la prise en charge chirurgicale. L'organisation de la permanence des soins demeure cependant perfectible : ainsi, en Île-de-France, alors que près de 80 % de l'activité de chirurgie orthopédique et traumatologique en première partie de nuit se concentre sur un quart des sites, 42 sites participent à la permanence des soins en chirurgie orthopédique en première partie de nuit pour 23,7 actes par mois en moyenne (et 31 en « nuit profonde » pour 8,9 actes).

Les futurs schémas régionaux de santé doivent ainsi se fixer pour priorité de réduire le nombre de sites participant à la permanence des soins.

B - Promouvoir les modes de prise en charge les plus efficaces en mobilisant plus activement l'outil tarifaire

L'outil tarifaire doit être plus fortement utilisé afin de favoriser la pertinence des interventions chirurgicales et le développement de la chirurgie ambulatoire en tant que substitut à la chirurgie conventionnelle.

1 - Encourager la pertinence des actes par la dégressivité tarifaire

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit un mécanisme de dégressivité des tarifs²⁵⁰, qui consiste à appliquer un taux de minoration de 20 % sur l'activité réalisée au-delà d'un seuil fixé annuellement. Ce dispositif comporte deux apports importants. D'une part, il assigne à la régulation l'objectif d'une pertinence accrue des soins en ciblant les interventions chirurgicales les plus fréquemment non pertinentes telles qu'identifiées dans le cadre du programme national de gestion du risque²⁵¹. D'autre part, il cherche à rendre la régulation plus opérante en l'appliquant aux établissements de manière individualisée.

²⁵⁰ Le décret n° 2014-1701 du 30 décembre 2014 relatif à la dégressivité tarifaire en a défini les modalités d'application.

²⁵¹ Exemples de GHM chirurgicaux ciblés : libération du canal carpien, prothèses de genou et de hanche, amygdalectomies, drains transtympaniques et cholécystectomies.

Après une année de mise en œuvre²⁵², plusieurs limites ont cependant été constatées par les ARS. Ainsi, les paramètres généraux de la dégressivité tarifaire sont fixés au niveau national sans tenir compte de la situation particulière des établissements. En outre, les modalités d'application du dispositif autorisent des pratiques de contournement.

Compte tenu de l'intérêt de cet instrument, la conception du dispositif de dégressivité tarifaire devrait être revue afin d'en améliorer l'efficacité. Les ARS devraient disposer de marges d'autonomie pour fixer, au niveau des établissements concernés, les seuils d'application de la dégressivité tarifaire. En outre, les pratiques de contournement pourraient être jugulées en faisant porter la dégressivité non plus sur des GHM, mais sur des ensembles d'activités de soins.

2 - Réviser la politique tarifaire en faveur de la chirurgie ambulatoire

Comme la Cour l'a souligné²⁵³, l'alignement pour un grand nombre de GHM des tarifs de chirurgie ambulatoire sur ceux d'hospitalisation complète conduit à « sur-rémunérer » les actes de chirurgie ambulatoire au regard de coûts moins élevés que ceux en hospitalisation complète. Elle tend ainsi à favoriser un développement de la chirurgie ambulatoire autonome par rapport à la réduction, elle-même incomplète, des capacités en chirurgie complète.

Inverser la logique tarifaire en alignant sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces les tarifs de la chirurgie en hospitalisation complète pour l'ensemble des actes pouvant être effectués en ambulatoire, ainsi que la Cour l'a déjà recommandé, permettrait, selon la CNAMTS²⁵⁴, 645 M€ d'économies annuelles.

²⁵² La dégressivité tarifaire a été mise en œuvre pour la première fois en 2016 sur les données d'activité 2015, selon les conditions fixées par l'arrêté du 4 mars 2015.

²⁵³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁵⁴ CNAMTS, propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2015 (2014).

C - Piloter l'offre de soins par la qualité pour les chirurgiens comme pour les établissements

Faire prévaloir des considérations de qualité dans le pilotage de l'offre de soins chirurgicaux nécessite d'impliquer individuellement les chirurgiens dans la pertinence des soins. Cet objectif suppose aussi de moderniser le modèle hospitalier de prise en charge, en réduisant la durée des séjours de chirurgie conventionnelle et en permettant la création, le cas échéant, de centres distincts de chirurgie ambulatoire.

1 - Améliorer la formation initiale et continue des chirurgiens

La formation initiale et continue constitue un levier essentiel pour prévenir l'obsolescence des savoirs et techniques et assurer la prise en compte de l'innovation thérapeutique dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

La réforme du troisième cycle des études médicales densifie la formation par la réduction de l'internat à six ans et la suppression des périodes complémentaires de formation du post-internat. Mais, couplée aux nouvelles contraintes en matière de temps de travail des internes, à l'augmentation de leurs effectifs (tandis que les praticiens hospitaliers temps plein se réduisent), elle suppose en parallèle le développement de nouveaux modes d'acquisition des compétences chirurgicales. Afin que les internes bénéficient d'une formation pratique sur des simulateurs, des animaux ou des sujets anatomiques en complément du traditionnel compagnonnage, le développement des écoles de chirurgie et des centres de simulation apparaît à cet égard comme une voie à encourager en veillant à leur rattachement à une université. Ces structures pourraient de surcroît accueillir des chirurgiens dans le cadre du développement professionnel continu, à l'instar de l'institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif de Strasbourg²⁵⁵.

Par ailleurs, les médecins qui exercent une spécialité ou une activité à risque en établissement de santé ont la faculté de s'engager dans une

²⁵⁵ Seuls 12,5 % des chirurgiens formés en 2015 aux techniques de pointe en chirurgie mini-invasive par cet institut exerçaient en France, ce qui illustre son attractivité internationale, mais aussi le faible engouement des chirurgiens français à s'y former dans le cadre du développement professionnel continu. Les capacités d'accueil en formation de l'IRCAD ne sont que partiellement utilisées.

procédure d'accréditation, mise en œuvre par la HAS²⁵⁶. Cette démarche est toutefois peu développée : selon la HAS, elle concernait fin 2016 8 664 médecins actifs sur environ 35 000 concernés. S'agissant des chirurgiens, elle est de fait limitée aux praticiens libéraux, qui y sont fortement incités : l'accréditation conditionne la prise en charge par la CNAMTS des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle (soit 169 M€ en montant cumulé entre 2006 et 2013).

Malgré ses lourdeurs procédurales et ses effets d'aubaine, l'accréditation est un levier pertinent de mise à jour des pratiques professionnelles. Afin d'en accroître l'efficacité, elle pourrait utilement évoluer à terme vers une obligation de re-certification périodique.

2 - Responsabiliser individuellement les chirurgiens sur la pertinence des interventions

Instaurée en 2008²⁵⁷, la mise sous accord préalable (MSAP) est une procédure médico-administrative qui a pour objet de vérifier la pertinence de l'intervention²⁵⁸ en subordonnant la prise en charge par l'assurance maladie du séjour hospitalier à son accord préalable. Les établissements faisant l'objet de MSAP se sont réorganisés et ont fortement augmenté leur taux de chirurgie ambulatoire sur les actes concernés en rattrapant, voire en dépassant les autres établissements. Cependant, cette procédure vise un volume restreint d'actes. En outre, en cas de refus de prise en charge par l'assurance maladie, l'établissement est seul pénalisé si le chirurgien est salarié et qu'il maintient l'opération. Afin d'améliorer l'efficacité de cette procédure, il convient d'individualiser au niveau des chirurgiens eux-mêmes la mise sous accord préalable des interventions chirurgicales.

En matière de chirurgie comme dans les autres disciplines médicales, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles formalisées par la HAS permettent non seulement de diffuser les innovations thérapeutiques et organisationnelles (ainsi pour la « récupération améliorée » après chirurgie), mais aussi de favoriser la pertinence des soins en définissant un référentiel pour les prises en charge

²⁵⁶ Article L. 1414-3-3 du code de la santé publique.

²⁵⁷ Article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

²⁵⁸ Sur le plan du mode d'hospitalisation (ambulatoire, conventionnel ou soins de suite et réadaptation) et/ou de la pertinence de l'indication chirurgicale pour une liste précise d'actes fréquents et présentant de fortes disparités de taux de recours sur le territoire.

et en en vérifiant la correcte application. Le cas de la chirurgie de l'obésité montre combien cet enjeu est majeur.

La chirurgie de l'obésité : un exemple de fragmentation de l'offre, de manque de pertinence de certaines interventions et d'absence de maîtrise des dépenses.

Les premiers travaux structurés sur la pertinence des soins en chirurgie de l'obésité (bariatrique) remontent à 2003 à l'initiative de la CNAMTS. Depuis 2012, la HAS a publié des référentiels de prise en charge complets permettant, à travers la mise en place de réunion de concertation pluridisciplinaire, de poser les indications chirurgicales. Par ailleurs, le ministère de la santé a structuré sur le territoire 37 centres spécialisés sur l'obésité (CSO), qui offrent un maillage territorial, une organisation en filière et une prise en charge conforme aux recommandations de la HAS.

Pourtant, la chirurgie bariatrique continue à progresser à un rythme exponentiel. La France compte parmi les pays de l'OCDE où elle est la plus développée (6,5/10 000 habitants). De toutes les interventions chirurgicales, c'est celle pour laquelle la dispersion territoriale est la plus élevée.

Le nombre de structures pratiquant la chirurgie bariatrique s'accroît (449 en 2015, contre 425 en 2011), 25 % des interventions sont réalisées dans de petites structures (moins de 100 actes annuels) et 20 % seulement des interventions sont suivies dans le cadre d'un CSO. La mise sous accord préalable d'une centaine d'établissements par la CNAMTS entre 2013 et 2015 a révélé que 15 % des interventions qui y étaient pratiquées étaient inappropriées.

En tout état de cause, les 16 recommandations de bonnes pratiques formalisées à ce jour ne couvrent que 6 % des 254 racines de GHM et 16 % des séjours chirurgicaux. De surcroît, sept l'ont été depuis plus de cinq ans.

Amplifier la production des recommandations de bonnes pratiques dans le domaine de la chirurgie, en priorisant les activités les plus répandues, par une meilleure articulation dans leur élaboration entre la HAS, les conseils nationaux professionnels et les sociétés savantes apparaît ainsi essentiel.

3 - Réduire la durée des séjours de chirurgie conventionnelle

Les innovations en matière de chirurgie conduisent à réduire le temps de séjour à l'hôpital dans l'intérêt premier des patients, notamment pour prévenir les infections nosocomiales.

Ainsi, les progrès de la chirurgie mini-invasive et de l'anesthésie permettront d'inclure de plus en plus de patients dans des protocoles de chirurgie ambulatoire. De plus, la réhabilitation améliorée en chirurgie²⁵⁹ induit une amélioration du service médical et une réduction de la morbidité, de la mortalité hospitalière ainsi que de la durée de séjour. Selon l'assurance maladie²⁶⁰, la durée moyenne des séjours des établissements pratiquant cette technique a baissé en moyenne de 0,9 jour de plus que l'ensemble des établissements pour quatre spécialités (orthopédie, gynécologie, chirurgie viscérale et urologie). En prenant pour hypothèse 40 % des séjours réalisés en 2014 pour les spécialités concernées, la CNAMTS estime que cette technique permettrait d'économiser 100 M€ par an.

La télé médecine apparaît en ce sens une voie prometteuse et riche de potentialités pour une meilleure prise en charge²⁶¹. Elle se développe en chirurgie depuis l'opération transatlantique par robot télémanipulateur réalisée en 2001 entre New-York et Strasbourg. Les projets de téléconsultations et le télédiagnostic se multiplient, y compris pour les consultations préopératoires en anesthésie. La télésurveillance des patients au domicile pourrait accompagner des sorties plus rapides après intervention chirurgicale.

Une autre voie de réduction de la durée de séjour consiste à distinguer plus nettement qu'aujourd'hui la fonction d'hébergement remplie par l'hôpital de celle du soin. Depuis décembre 2016²⁶², les ARS ont la faculté de financer sur le fonds d'intervention régional des structures d'hébergement de patients non médicalisées, situées dans ou à proximité immédiate d'un établissement de santé. Ces « hôtels hospitaliers » ont pour objet de fournir un simple hébergement sans soin ni surveillance du patient, avant ou à la suite d'une intervention chirurgicale, en permettant ainsi de recentrer l'hôpital sur ses missions de soins et son plateau technique.

²⁵⁹ Ensemble de mesures pré-, per- et post-opératoires pour réduire les conséquences de l'agression que constitue l'acte chirurgical.

²⁶⁰ CNAMTS, rapport relatif aux propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2017 (2016).

²⁶¹ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VII : la télé médecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, p. 297.

²⁶² Décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

4 - Envisager la mise en place de centres de chirurgie ambulatoire

La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire pourrait appeler la mise en place de nouvelles structures de prise en charge.

Ainsi, les centres indépendants sont fréquents, voire dominants, dans les pays qui connaissent les taux de recours les plus élevés à la chirurgie ambulatoire comme les États-Unis (83,5 % pour 37 gestes marqueurs contre 44,9 % en France). Ces structures de chirurgie ambulatoire sont distinctes des établissements de soins classiques, afin d'éviter le mélange des flux de patients ambulatoires et conventionnels ou programmés et non programmés.

En France, le régime des autorisations sanitaires fait obstacle à la création de tels centres. Dans le prolongement des recommandations du conseil national de la chirurgie et de l'Association française de chirurgie ambulatoire, une réflexion visant à définir un cadre normatif mériterait d'être engagée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré une importante réduction des capacités en hospitalisation complète, une chirurgie capable d'intervenir 24 heures sur 24 sur la gamme d'actes opératoires la plus large dans le cadre de territoires de santé étroits, parfois sur-dotés et dont les établissements sont souvent confrontés à des difficultés fortes de recrutement et à des vacances persistantes de postes, demeure encore aujourd'hui le modèle principal de l'offre de soins dans ce secteur.

Or, ce mode d'organisation n'est plus compatible avec les enjeux grandissants de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité des prises en charge. Il s'accompagne d'importants dysfonctionnements, qu'il s'agisse d'une croissance d'activité pas toujours justifiée, de la dispersion des ressources en chirurgiens et en anesthésistes entre des établissements publics et privés trop nombreux ou du recours par ces derniers à des solutions palliatives coûteuses.

Les mutations en cours apparaissent trop lentes dans le contexte d'une discipline en évolution rapide et aux innovations fortes attendues dans la période qui s'ouvre. Les réorganisations sont insuffisantes, qu'il s'agisse du « virage ambulatoire » qui accuse un retard persistant, ou plus généralement du déploiement de nouveaux modes de prise en charge, y compris en chirurgie conventionnelle.

Au regard d'enjeux majeurs de santé publique insuffisamment pris en compte, du poids croissant des dépenses d'assurance maladie liées aux

interventions chirurgicales, mais aussi des perspectives ouvertes pour les patients par l'évolution même des techniques de chirurgie, les pouvoirs publics doivent se départir d'une attitude attentiste pour optimiser et restructurer plus activement et plus fortement l'offre de soins chirurgicaux, en agissant sur l'ensemble des leviers disponibles.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 26. concentrer l'offre de soins chirurgicaux en réformant le régime des autorisations par établissement afin de les faire porter sur chaque spécialité et en fixant par la voie réglementaire des seuils d'activité par site géographique d'établissement puis, à terme, par chirurgien et contrôler rigoureusement leur strict respect ;*
- 27. dans cette logique, définir une prise en charge graduée des patients dans le cadre territorial, y compris pour la permanence des soins, selon trois niveaux, en inscrivant cette évolution dans la dynamique de création des groupements hospitaliers de territoire et les futurs schémas régionaux de santé ;*
- 28. amplifier le « virage ambulatoire » de la chirurgie en alignant les tarifs de l'hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces et en examinant l'opportunité de créer des centres indépendants de chirurgie ambulatoire ;*
- 29. impliquer individuellement les chirurgiens dans la qualité et la pertinence des soins en développant les référentiels de bonnes pratiques, en modernisant la formation initiale et continue, notamment par le développement d'écoles de chirurgie et de centres de simulation et en définissant les modalités d'une obligation périodique de certification à terme ;*
- 30. réduire la durée moyenne des séjours de chirurgie conventionnelle, en recourant aux nouvelles technologies, en particulier la télé médecine, et en expérimentant les « hôtels hospitaliers » en vue de recentrer l'hôpital sur ses missions de soins.*

**Annexe : liste des établissements de santé en activité en 2017,
dont les services de chirurgie ont réalisé moins de 750 séjours en 2015**

Département	Établissement	Catégorie	Nombre de séjours chirurgicaux (« GHM en C »)
83	CH de St-Tropez	CH	177
18	CH de St-Amand-Montrond	CH	218
16	CH du Pays de Cognac	CH	220
85	CH de Fontenay	CH	295
26	CH de Crest ²⁶³	CH	302
64	Clinique Fondation Luro	ESPIC	304
69	CH de Givors	CH	306
81	CH de Lavaur	CH	317
62	Polyclinique Riaumont de Liévin	ESPIC	326
26	CH de Die	CH	333
67	Clinique St-Luc – GHSV	ESPIC	339
87	CH de St Yrieix	CH	348
23	CH d'Aubusson	CH	368
76	CHIC Caux Vallée de Seine	CH	383
44	CH de Châteaubriant	CH	390
45	CH P. Dezarnauld de Gien	CH	397
55	CH de Bar-le-Duc	CH	493
01	Clinique ambulatoire Cendaneg	Privé	498
46	CH de Gourdon	CH	515
22	CH René Pléven de Dinan	CH	525
85	CH des Sables d'Olonne	CH	574
76	Clinique Les Aubépines	Privé	594
24	CH Jean Leclair de Sarlat	CH	638
28	CH de Châteaudun	CH	656
69	CH de Ste Foy Les Lyon	CH	675
68	CH de Guebwiller	CH	697
59	Clinique de Villeneuve d'Ascq	Privé	702
84	CHIC de Cavaillon-Lauris	CH	720
12	CH de Decazeville	CH	746

Source : ATIH.

²⁶³ L'activité chirurgicale totale réalisée au sein du bloc opératoire du centre hospitalier de Crest est de 1 114 séjours, compte tenu des 812 séjours complémentaires réalisés par le centre hospitalier de Valence dans le cadre de la fédération chirurgicale inter-hospitalière mise en place en 2002 par ces deux établissements.

Chapitre VII

La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre

PRÉSENTATION

D'après la définition légale qui lui est donnée en France, la télémédecine est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication »²⁶⁴ qui recouvre cinq types d'actes²⁶⁵ : la téléconsultation (consultation à distance d'un médecin), la télé-expertise (sollicitation à distance de l'avis d'un autre médecin), la télésurveillance (surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance), la téléassistance (assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte), ainsi que la réponse apportée dans le cadre de la régulation médicale des appels au SAMU.

S'inscrivant dans un mouvement général de numérisation qui dépasse le seul secteur de la santé, la télémédecine fait émerger des innovations technologiques et organisationnelles fortes et de nouveaux services. Elle facilite l'accès au système de soins et enrichit les possibilités de prise en charge offertes au patient. Avec elle, la pratique clinique devient plus collégiale et plus formalisée en associant plusieurs praticiens, voire plusieurs catégories de professionnels de santé, qui partagent un même protocole de prise en charge thérapeutique. Elle contribue ainsi à redistribuer les champs d'intervention entre les différents acteurs de la chaîne des soins.

À l'occasion de plusieurs de ses travaux récents, portant notamment sur la santé des personnes détenues²⁶⁶, la santé dans les outre-mer²⁶⁷, l'hospitalisation à domicile²⁶⁸ et l'imagerie médicale²⁶⁹, la Cour avait relevé l'atout que pourrait représenter la télémédecine pour certains segments de l'offre de soins.

²⁶⁴ Article L. 6316-1 du code de la santé publique issu de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶⁵ Dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 codifiées à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.

²⁶⁶ Cour des comptes, *Rapport public annuel*, la santé des personnes détenues, février 2014, p. 259, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁶⁷ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, la santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République, juin 2014, p. 93-94, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁶⁸ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, l'hospitalisation à domicile, évolutions récentes, décembre 2015, p. 262, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁶⁹ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, l'imagerie médicale, avril 2016, p. 111-112, disponible sur www.ccomptes.fr.

Elle a cherché à apprécier plus complètement par une enquête spécifique l'adéquation de l'action conduite par les pouvoirs publics aux enjeux et conditions du développement de la télémédecine.

La télémédecine constitue en effet un levier potentiellement majeur de modernisation de notre système de santé (I). Le caractère fragmentaire et désordonné des actions menées par les pouvoirs publics en maintient cependant le développement à un stade embryonnaire (II). Une stratégie d'ensemble cohérente, qui achève de lever les préalables techniques et juridiques et mette en place un cadre tarifaire adapté à son expansion, est indispensable à la concrétisation de ses apports à l'efficiency des soins (III).

I - Une contribution potentiellement majeure à la modernisation du système de santé

Comme le montrent en particulier différentes expériences étrangères, la télémédecine permet d'améliorer l'efficacité du système de santé. Plusieurs de ces expériences sont directement transposables à la France.

Les grandes étapes de la télémédecine²⁷⁰

La télémédecine a progressé au cours du XX^{ème} siècle au même rythme que les grandes avancées technologiques. D'autres innovations étendant encore ses potentialités sont annoncées à horizon proche.

L'apparition de la radio a autorisé les premières téléconsultations dès les années 1920, dans le cadre d'usages maritimes. Les satellites depuis le début des années 1960 ont permis de déployer la télémédecine dans des territoires périphériques ou peu accessibles. Le développement et la diffusion des communications informatiques et de l'internet au début des années 2000 ont permis l'essor de la télé-radiologie. Depuis le début des années 2010, les objets et dispositifs connectés constituent un saut technologique majeur en termes d'usage et de performance de la télémédecine, particulièrement en matière de télésurveillance. À cet égard,

²⁷⁰ Voir Pierre Simon, Télémédecine, enjeux et pratiques, Le Coudrier, Paris, octobre 2015 et André Syrota et Olivier Charneil, Rapport au Président de la République, Perspectives et opportunités de la médecine du futur, avril 2017.

l'arrivée de la téléphonie mobile 5G à horizon 2020 permettra d'en intensifier l'usage. Les données de masse qui en découleront permettront de réaliser de nouveaux progrès dans le champ des connaissances médicales, prenant appui sur des échantillons statistiques très vastes.

Par ailleurs, les innovations technologiques poussées par les progrès de l'informatique (puissance de calcul) et de la robotique, issus de la miniaturisation des dispositifs médicaux, des nanotechnologies, ou encore des perspectives ouvertes par la génomique vont renouveler la place de l'« e-santé ». L'intelligence artificielle, associée à la télémédecine, laisse entrevoir des potentialités très importantes : la lecture nettement plus fiable d'images médicales en est un exemple pour un avenir désormais relativement proche ; au-delà, est parfois évoquée à plus long terme la formulation de diagnostics complexes par des robots.

A - Un domaine précurseur : la couverture sanitaire de populations isolées

La couverture de populations localisées sur des territoires périphériques ou peu accessibles a constitué le premier usage de la télémédecine. Depuis plusieurs décennies, trois pays mettent en œuvre des dispositifs de télémédecine qui permettent à des populations isolées de consulter ou de bénéficier d'un suivi à distance de leurs paramètres de santé. Tout en assurant l'accès aux soins, ces dispositifs conduisent à faire l'économie de structures sous-utilisées et de transports onéreux. Certains d'entre eux couvrent plusieurs millions de personnes.

Dès 1978, la Norvège a créé un centre national de recherche et d'expertise sur les soins intégrés et la télémédecine *Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin*, en lien avec l'hôpital universitaire de Tromsø. Financé par l'État norvégien et l'Union Européenne, il a notamment développé un programme en direction du Grand Nord norvégien comprenant la surveillance à distance de la dialyse, l'analyse de résultats dermatologiques à distance et la transmission de résultats d'analyses biologiques. L'hôpital permet par ailleurs aux patients qui se rendent dans des centres de soins primaires d'effectuer des téléconsultations avec des spécialistes. Ce dispositif a trouvé son équilibre économique, au regard notamment des coûts élevés des transports aériens.

Le Canada a également développé depuis le début des années 1990 des programmes de télémédecine en direction des populations installées dans les territoires peu urbanisés du nord du pays ou dans des zones

insulaire. Les gouvernements du Nouveau Brunswick et du Québec ont ainsi mis en place des téléconsultations dans les principales disciplines médicales et des actions de télésurveillance dans le domaine cardiaque.

Aux États-Unis, la *Veterans Health Administration (VHA)*, qui comprend une file active annuelle de 8,8 millions d'anciens militaires et de membres de leurs familles, a mis en place trois plateformes nationales :

- une de télésanté clinique (*Clinical Video Telehealth*), qui utilise en temps réel la vidéoconférence interactive pour examiner, traiter et prodiguer des soins à distance ;
- une seconde de télésanté à domicile (*Home Telehealth*), qui coordonne l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile et la télésurveillance à domicile pour assurer le suivi du diabète, des maladies cardiaques chroniques, de l'hypertension, de l'obésité et des traumatismes crâniens ;
- enfin, une plateforme pour consultations « asynchrones » (*Store and Forward Telehealth*), qui permet de stocker des informations cliniques, (données, images, sons ou vidéos) transmises à des spécialistes tels que cardiologues, ophtalmologistes, dermatologues en vue d'une évaluation clinique détaillée.

Ces programmes relient les 152 centres médicaux des vétérans et plus de 600 cliniques de consultations communautaires (dispensaires) en utilisant 6 600 unités de vidéoconférence. La télésanté clinique s'est développée ces dernières années en fournissant un accès à domicile aux soins à tout vétéran ayant le haut débit. En 2014, le nombre de consultations en télésanté déclaré par la *VHA* s'élevait à 2,1 millions, dont 45 % concernaient des anciens combattants vivant dans les zones rurales. Entre 2009 et 2015, le nombre de consultations a été multiplié par huit et entre 89 et 95 % des patients ont déclaré être satisfaits des soins. Les programmes de la *VHA* offrent l'accès à 44 spécialités médicales dont la psychiatrie, la radiologie, l'endocrinologie et la neurologie ainsi que des services d'urgence et de soins intensifs à distance.

Un système de télé médecine similaire, mais moins développé, est mis en œuvre en direction des *Native Americans* et des Inuits d'Alaska. L'*Indian Health System*, qui couvre 2,2 millions de personnes, agit principalement à travers deux réseaux, l'un, depuis 2009, pour les psychothérapies individuelles et familiales, l'autre, depuis 2001, pour la prise en charge du diabète, notamment le dépistage de la rétinopathie diabétique.

Aux États-Unis, la télémédecine prend ainsi place dans les organisations particulières, très intégrées et protocolisées sur le plan médical, que sont les *Health Maintenance Organizations* (HMO), caractérisées par des restrictions à la liberté de choix du professionnel de santé par les patients et par un exercice collégial de la médecine.

Si le système de santé est organisé en France selon des principes différents, les exemples américain, canadien et norvégien de téléconsultations et de télé-expertises en direction de populations mal desservies par l'offre de soins traditionnelle présentent un intérêt tout particulier au regard des difficultés d'accès aux soins qui s'accroissent, notamment en matière de médecine de spécialité dans certains territoires de notre pays²⁷¹.

B - Un important levier d'efficience : la télésurveillance

En permettant d'éviter des hospitalisations, la télésurveillance des malades chroniques grâce à des dispositifs connectés apparaît comme la forme de télémédecine la plus prometteuse.

Dans le cadre du programme européen « Mieux respirer » (juin 2007 - février 2009), l'hôpital universitaire d'Odense au Danemark a mis en œuvre une expérimentation de télésurveillance de patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive²⁷². Afin d'éviter des hospitalisations de surveillance de longue durée (qui concernent chaque année 300 à 400 patients), un dispositif de télésurveillance comprenant des moyens de vidéo-conférence ainsi qu'un bouton d'appel en cas d'urgence a été mis en place au domicile des patients.

Au vu de cette expérience et d'autres²⁷³, une grande partie des patients qui relèvent de pathologies chroniques, lourdes et parfois invalidantes, soit en France 11 millions de personnes en affection de longue durée, dont l'état de santé est à l'origine de 60 % des dépenses d'assurance maladie²⁷⁴, pourraient bénéficier à terme d'une

²⁷¹ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre V : la médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213.

²⁷² ASIP-FIEEC, étude sur la télésanté et la télémédecine, mars 2011.

²⁷³ Voir référence *supra*.

²⁷⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre V : la prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre, p. 205-244, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

télesurveillance de leurs paramètres de santé à un moment ou l'autre de leur parcours de soins.

À la demande de la Cour, l'ATIH a identifié pour trois maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque) le nombre de séjours hospitaliers publics ou privés dont le seul motif était la surveillance, sans autre acte médical classant. Environ 100 000 séjours de ce type ont pu être identifiés sur l'ensemble de l'année 2015. Cette approche pourrait s'étendre à d'autres hospitalisations de surveillance, liées à des pathologies (insuffisance respiratoire) ou faisant suite à des interventions chirurgicales effectuées en ambulatoire.

Selon une étude, le développement de la télésurveillance pourrait permettre de réaliser une économie pouvant aller jusqu'à 2,6 Md€²⁷⁵, au titre de trois pathologies (diabète traité par insuline, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale) et d'un facteur de risque (hypertension artérielle). Ce montant agrège les dépenses évitées de séjours hospitaliers, de séances de dialyse, de consultations et de transports sanitaires. Il intègre aussi notamment l'incidence favorable de la prévention de complications sous l'effet d'un repérage plus précoce des signes de dégradation de l'état de santé des patients.

Une autre étude, portant sur un réseau de télémedecine de prise en charge des plaies complexes, déployé dans les anciennes régions de Basse Normandie et de Languedoc-Roussillon²⁷⁶, a évalué les dépenses d'hospitalisation évitées à près de 4 600 € par patient sur neuf mois²⁷⁷.

Le passage de la dépense d'hospitalisation évitée à une économie effective n'est cependant ni immédiat, ni aisé. En effet, pour l'établissement de santé, la perte de recettes liée au séjour non réalisé ou raccourci doit être compensée par une suppression des coûts directs comme indirects d'hospitalisation.

²⁷⁵ Hervé Dumez, Etienne Minvielle, Laurie Marraud, État des lieux de l'innovation numérique, novembre 2015, p. 66 et suivantes.

²⁷⁶ Domoplaies, projet interrégional de télémedecine appliquée aux plaies.

²⁷⁷ Réalisation d'une étude médico-économique de la télémedecine pour la prise en charge des plaies chroniques : une étude observationnelle au sein du réseau TELAP, Myriam Le Goff-Proinost Télécom Bretagne, mai 2016.

C - Un progrès plus diffus, mais déterminant : l'amélioration des conditions de prise en charge des patients

Les plateformes téléphoniques permettent de rapprocher de façon efficace les besoins exprimés de l'offre disponible et d'apporter une réponse en première intention à des situations simples, en prévenant ainsi la saturation des services d'urgence et des cabinets de ville. En dehors des services d'urgence, des plateformes d'orientation et de conseil médical se développent ainsi à l'étranger.

Au Royaume-Uni, le *National Health Service* encourage les consultations par téléphone ou avec des moyens de visioconférence de type Skype²⁷⁸ qui permettent de déboucher sur une orientation adaptée et de désencombrer les services d'urgence et les consultations. En Suisse, l'assureur Medgate a fait de l'appel à la plateforme le préalable à toute prise de rendez-vous auprès de médecins généralistes ou spécialistes. La plateforme assure également une fonction de suivi du plan de traitement après la consultation éventuelle.

Plusieurs études relatives à des expériences étrangères ont mis en évidence les bénéfices de la télémédecine pour les patients et les professionnels de santé²⁷⁹.

L'évaluation du dispositif précité de télésurveillance de patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive de l'hôpital universitaire d'Odense fait apparaître un bien-être supplémentaire pour les patients lié à une réactivité accrue des professionnels de santé en cas d'aggravation, à une posologie plus finement adaptée en temps réel et à la perception d'une sécurité accrue par les patients. En outre, ces derniers maîtrisent mieux les conditions de leur prise en charge que dans le cas d'une hospitalisation. Ainsi, ils peuvent mesurer leurs propres paramètres sans difficulté. Enfin, des actions d'éducation thérapeutique ont pu être menées en direction des patients suivis à distance, les rendant plus autonomes encore.

Une autre expérience de télésurveillance aux Pays-Bas, toujours en direction de patients atteints de maladies chroniques, met en évidence que ces derniers peuvent plus facilement consulter leur dossier (comptes rendus, résultats d'analyse, historique et monitoring des progrès). Ils

²⁷⁸ Ambassade de France au Royaume-Uni, décembre 2016.

²⁷⁹ ASIP-FIEEC, étude sur la télésanté et la télémédecine, mars 2011.

prennent ainsi une part plus active à leur thérapie, observent mieux leur traitement et communiquent de manière plus fluide avec les équipes soignantes.

Dans le cadre des expériences étrangères, les prises en charge à distance bénéficient de manière générale d'une meilleure évaluation de la part des patients²⁸⁰ que les prises en charge en face-à-face, en ville notamment.

Pour les professionnels également, la télémédecine comporte des avantages importants, fondés en premier lieu sur une formalisation, une traçabilité et un partage de l'information entre l'ensemble des intervenants, ce qui concourt à la qualité et à la sécurité des soins aux patients. Une expérience de télé-cardiologie en Allemagne souligne l'incidence favorable sur l'organisation du travail des professionnels de santé du rassemblement en temps réel dans le dossier médical électronique partagé de la totalité des informations relatives au patient.

Par ailleurs, la formalisation de la prise en charge collégiale du patient (« protocolisation ») permet des transferts de connaissances et de savoir-faire internes à l'équipe de soins et un recentrage des praticiens médicaux sur les actes à forte valeur ajoutée médicale. Ainsi, une expérience de télé-dermatologie aux Pays-Bas met en lumière, outre les transferts de connaissances des médecins spécialistes vers les généralistes, la sécurisation des interventions de ces derniers permise par l'interrogation à distance de médecins spécialistes sur des situations particulières, ainsi que la mise en œuvre de délégations d'actes et de procédures standardisés en direction des infirmiers.

**

Sous ses différentes formes, le développement de la télémédecine pourrait apporter beaucoup à notre système de santé en termes d'accès aux soins, d'efficience de l'organisation des soins et de prises en charge sanitaire de meilleure qualité. Cependant, ce développement demeure embryonnaire dans notre pays. Le caractère fragmentaire de l'action menée par les pouvoirs publics concourt à expliquer cet état de fait.

²⁸⁰ Des questionnaires de satisfaction sont en effet souvent associés aux dispositifs médicaux communicants, supports de la télésurveillance.

II - Une action publique dispersée aux résultats modestes

Les actions mises en œuvre en France pour assurer le développement de la télémédecine connaissent des limites. Les initiatives du ministère de la santé se sont succédé sans ligne directrice claire ni continuité, sinon leur caractère expérimental et leur défaut d'évaluation. L'assurance maladie a dans le même temps poursuivi une démarche autonome qui l'amène à reconnaître et à prendre en charge dans des conditions de droit commun une série croissante, mais encore réduite, d'actes de télémédecine.

A - La mise en œuvre d'expérimentations hétérogènes et inabouties par le ministère de la santé

Afin de favoriser le développement de la télémédecine, les pouvoirs publics ont privilégié la mise en œuvre d'actions expérimentales. Plus d'un quart de siècle après la première téléconsultation entre deux établissements de santé²⁸¹, cette politique n'a débouché que sur des résultats très modestes.

1 - Un plan national tardif et vite abandonné

En 2011, le ministère de la santé a annoncé un plan national de déploiement de la télémédecine doté de près de 44 M€ en investissement.

À cette fin, étaient mobilisés des financements en grande partie déjà annoncés, voire engagés, dans des plans antérieurs ou concomitants (plan « accidents vasculaires cérébraux », programme des investissements d'avenir). En définitive, seuls un peu plus de 14 M€ correspondaient à des ressources réellement nouvelles et libres d'emploi.

²⁸¹ La première téléconsultation a été effectuée entre le CHU de Toulouse et le centre hospitalier de Rodez en 1989.

S'agissant des dépenses de fonctionnement, était prévue « une possibilité » de financement par l'assurance maladie, par inscription à la nomenclature des actes²⁸². Toutefois, cette intention n'a reçu aucune traduction dans les faits.

En pratique, le plan n'a jamais été officiellement diffusé, ni mis en œuvre. Les plans antérieurs qu'il était censé intégrer ont été poursuivis dans le cadre de plusieurs régions pilote, compétentes chacune sur un domaine particulier ou un prérequis technologique de la télémédecine.

En définitive, le plan national a été abandonné par le ministère de la santé au cours de l'année 2012, à défaut notamment d'un modèle de financement pérenne en fonctionnement.

2 - Des initiatives régionales multiples et imparfaitement suivies, organisées principalement autour des établissements de santé

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie avait prévu la définition facultative de schémas régionaux de télémédecine par les agences régionales de l'hospitalisation, auxquelles ont succédé les agences régionales de santé (ARS) en 2010.

La loi du 21 juillet 2009 a marqué une étape supplémentaire en prévoyant que les projets régionaux de santé arrêtés par les directeurs généraux d'ARS comprennent obligatoirement un programme de développement de la télémédecine, d'une durée maximale de cinq ans²⁸³.

Afin de soutenir des projets de télémédecine, les ARS ont mobilisé notamment une partie des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

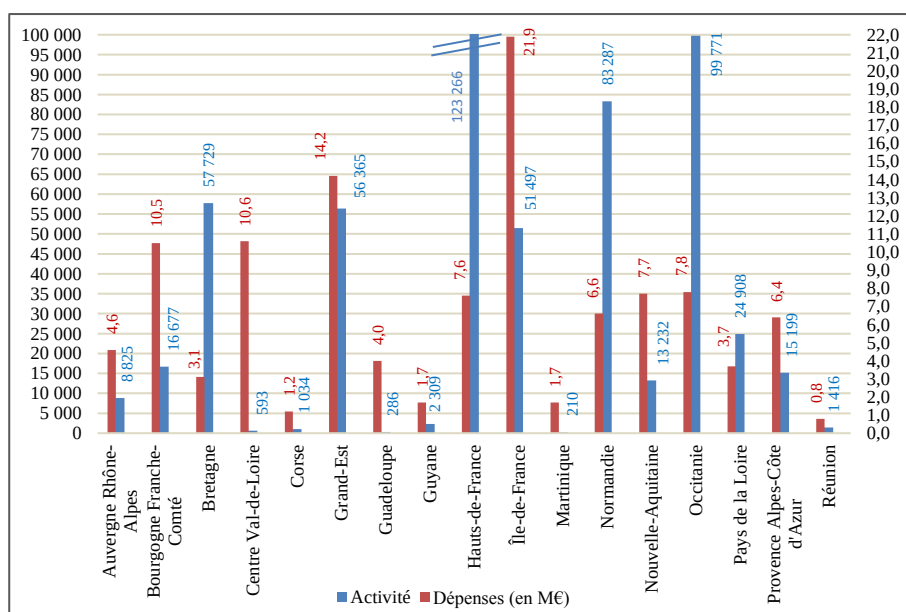
Selon les données recueillies par la Cour auprès des ARS, les actes de télémédecine pris en charge par le FIR sont passés de 10 703 en 2011 à 257 814 en 2015. Au total, 114 M€ ont été dépensés par les ARS pour soutenir les projets correspondants en région entre 2011 et 2015, dont 69 M€ au titre du FIR, toutes missions confondues. En 2015, les dépenses ont légèrement dépassé 18 M€.

²⁸² Circulaire n° DGOS/PF3/2011/451 du 1^{er} décembre 2011.

²⁸³ Depuis lors, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a supprimé cette obligation.

Comme l'illustre le graphique ci-après, la télémédecine dans le cadre des expérimentations régionales connaît un développement inégal d'une région à l'autre, non corrélé à leur importance démographique ou à leur part dans la consommation de soins : de quelques centaines d'actes seulement dans les DOM, en Corse et Centre Val-de-Loire à plusieurs dizaines de milliers en Bretagne, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Pays-de-Loire. Ces dernières régions totalisent ainsi 90 % des actes de télémédecine recensés entre 2011 et 2015.

Graphique n° 25 : volume des actes de télémédecine subventionnés par les ARS et dépenses correspondantes (en cumul, 2011-2015)



Source : Cour des comptes à partir de données des ARS.

On observe une grande diversité de projets mis en œuvre au niveau régional. Dans quelques régions (Hauts-de-France, Grand-Est, Normandie et Occitanie), la télé-radiologie représente quelques milliers, voire des dizaines de milliers d'actes, ce développement étant favorisé par l'existence d'un cahier des charges spécifique élaboré très tôt par la profession. Ailleurs (Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et Pays-de-la-Loire), la télé-cardiologie est très présente, alors que des projets sont seulement en construction dans d'autres régions. Une hétérogénéité comparable peut être

constatée en ce qui concerne la télé-dialyse et, plus largement, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Quant au télé-suivi des plaies complexes en dermatologie (escarres et plaies non cicatrisées chez les diabétiques, qui affectent aujourd'hui 700 000 personnes), il s'inscrit dans de nombreux projets ouverts plus largement sous forme de téléconsultations. Il en résulte une connaissance approximative du nombre de ces prises en charge et des bénéficiaires, pourtant réels, qu'ils apportent comme l'accroissement des connaissances et des compétences entre les professionnels de santé.

Certes, plusieurs expérimentations de télé-médecine ont produit des résultats favorables pour les patients, notamment en matière de dermatologie²⁸⁴, d'urgences neurologiques (AVC notamment)²⁸⁵ et de télé-diagnostic à partir de transferts d'images²⁸⁶.

Cependant, elles souffrent de trois faiblesses intrinsèques : leur dépendance à l'égard de l'investissement personnel des médecins porteurs de projet, l'hétérogénéité des périmètres et niveaux de soutien, en fonctionnement et en investissement et le caractère en principe non pérenne du soutien financier du FIR. Elles gagneraient ainsi à être recentrées sur les seuls dispositifs à même d'être rapidement généralisables.

**Un suivi national défaillant des projets locaux de télé-médecine
subventionnés par le FIR**

Alors que la télé-médecine est un objectif de la politique de santé depuis 2010, il n'a été mis en place ni méthode, ni outils pour suivre ce segment de l'activité médicale. Le comité de pilotage national de télé-médecine s'était fixé en janvier 2012 comme objectif la constitution d'un observatoire, d'une base de données et d'une méthode de recueil standardisé de l'activité. Presque trois ans plus tard, la même instance soulignait la nécessité de disposer d'indicateurs basiques, notamment de volume d'activité, à même de fournir une image concrète de la télé-médecine. Elle proposait à nouveau l'établissement d'un observatoire recentré sur 50 indicateurs ou données et d'une plateforme destinée aux chargés de mission télé-médecine des ARS. L'ensemble devait être opérationnel en mai 2015. Ce n'est toujours pas le cas à ce jour.

²⁸⁴ Hospices civils de Lyon notamment.

²⁸⁵ Notamment le réseau des urgences neurologiques de Franche-Comté.

²⁸⁶ Notamment en région Bretagne par les CHU de Brest et de Rennes.

Le nombre de projets de télémédecine soutenus par les ARS est incertain. En 2012, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) comptabilisait 331 projets, dont 169 opérationnels alors que le rapport annuel du FIR mentionnait pour le même exercice 94 projets de télémédecine (127 en 2013, 153 en 2014 et 195 en 2015). Les ARS ont fait état à la Cour de 275 projets au 31 décembre 2015, dont 86 sans activité connue.

Les activités de télémédecine subventionnées par le FIR se sont surtout développées entre et autour des établissements de santé afin de répondre à des besoins d'expertise et de consultation à distance. Quatre cinquièmes des projets précités concernent des téléconsultations et télé-expertises, souvent les deux à la fois, un peu plus du dixième une télésurveillance, 23 la téléassistance et deux la régulation des appels. Plus d'un tiers des projets se rapporte à des relations de médecin à médecin, une centaine à des relations patients-médecins, 57 à des relations hôpital-établissement médico-social, 22 à des relations hôpital-médecine de ville et 16 à des relations hôpital-établissements pénitentiaires.

3 - De nouvelles expérimentations orientées vers la médecine de ville et généralisées malgré un échec complet

Fin 2012, la politique nationale de soutien au développement de la télémédecine a été réorientée, tout au moins dans son principe, des établissements hospitaliers vers la médecine de ville, en réponse à l'extension des « déserts médicaux », et vers les établissements médico-sociaux, dans le cadre du « pacte santé - territoires ».

Un an plus tard, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu la mise en œuvre d'expérimentations, dans neuf régions pilote, de modalités de rémunération d'actes de télémédecine, réalisés au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structure médico-sociale.

Prévues pour être opérationnelles en 2015 et dotées d'un budget spécifique au sein du FIR²⁸⁷, ces expérimentations dites « ÉTAPES » (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) ont connu de nombreuses difficultés. Les cahiers des charges ont été produits avec retard et certains ont été abrogés et remplacés à une année de distance à peine. Les cibles visées ont hésité entre des pathologies précises ou des actes plus génériques. La direction générale de l'offre de soins et la

²⁸⁷ 8,3 M€ en 2016.

direction de la sécurité sociale se sont difficilement accordées sur les modèles tarifaires à expérimenter.

La loi prévoyait qu'au terme des expérimentations, une évaluation serait réalisée par la Haute Autorité de santé (HAS) en vue d'une généralisation. À ce titre, le ministre chargé de la santé devait transmettre un rapport au Parlement avant fin septembre 2016.

Or, en novembre 2016, les expérimentations se résumaient en tout et pour tout à la dispensation d'une centaine d'actes à seulement deux patients²⁸⁸.

Cette circonstance n'a pourtant pas fait obstacle à une extension de la démarche d'expérimentation à l'ensemble du territoire par l'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, dans l'objectif affiché d'intégrer à l'expérimentation une patientèle plus significative sur le plan statistique. À ce titre, la dotation correspondante du FIR a été portée à 21 M€. Ainsi élargie, l'expérimentation doit en principe donner lieu à un rapport d'évaluation au Parlement d'ici à fin septembre 2017.

B - Une intervention grandissante, mais encore limitée, de l'assurance maladie dans un cadre de droit commun

À côté des expérimentations du ministère de la santé et des ARS, l'assurance maladie a développé en parallèle une action autonome en définissant le contenu et la rémunération d'un nombre croissant d'actes de télémédecine dans un cadre de droit commun.

Alors que le plan national de déploiement de la télémédecine était en cours de définition par ailleurs, la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS avec l'État pour les années 2010 à 2013, signée en mars 2011, a entendu faire de l'assurance maladie un « co-acteur » du développement de la télémédecine. À ce titre, l'assurance maladie et l'État devaient déterminer les conditions dans lesquelles la télémédecine pourrait être pertinente en termes d'efficience, en précisant les pathologies, les patients et les modalités de prise en charge concernés, notamment en matière de pathologies chroniques. C'est en principe en fonction de cette analyse que les ARS devaient piloter le déploiement des dispositifs subventionnés de télémédecine dans le cadre des expérimentations. Dans

²⁸⁸ Exposé des motifs et étude d'impact de l'article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, devenu article 91 de la loi de financement pour 2017.

les faits, elle n'a pas été menée, ce qui a laissé aux ARS une grande liberté d'initiative.

La COG 2014-2017, signée en juillet 2014, a renforcé le rôle de l'assurance maladie dans le développement de la télémédecine. Ainsi, elle prévoit, outre un accompagnement par l'assurance maladie des expérimentations de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, un travail en commun de l'assurance maladie et du ministère de la santé sur les modalités de généralisation de ces expérimentations après évaluation de leurs résultats. Au-delà, l'assurance maladie est admise à favoriser par elle-même la généralisation des initiatives qu'elle soutient dans le cadre territorial (notamment au titre de la dialyse hors centre, du dépistage de la rétinopathie diabétique et de l'insuffisance cardiaque), sous réserve d'une efficience médico-économique démontrée.

À ce jour, l'implication croissante de l'assurance maladie dans le domaine de la télémédecine s'est traduite par l'inscription de quatre actes à la nomenclature²⁸⁹ :

- l'acte de télé-dialyse péritonéale (mars 2012), qui fait suite à une recommandation de bonne pratique de la HAS, relative aux conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée²⁹⁰. Il consiste en une télésurveillance d'une séance de dialyse péritonéale par un néphrologue, qui assiste un personnel paramédical placé physiquement auprès du patient. Ce dispositif favorise un mode de prise en charge moins coûteux que la dialyse en centre lourd et procure un gain de temps et de confort appréciable aux patients ;
- l'acte de dépistage de la rétinopathie diabétique (décembre 2014), qui présente la particularité d'associer un acte réalisé par télémédecine à une coopération entre deux professionnels de santé relevant de disciplines différentes : l'orthoptiste réalise le cliché du fond de l'œil et l'envoi à un ophtalmologue qui l'interprète dans les huit jours. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a adapté les dispositions du code de la santé publique afin d'autoriser le partage d'honoraires entre professionnels de santé, au titre à la fois du protocole de coopération et de la télémédecine. En 2015, 11 000 actes ont été effectués au titre du dépistage de la rétinopathie diabétique ;

²⁸⁹ Selon le cas, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou la classification commune des actes médicaux (CCAM).

²⁹⁰ Recommandation de bonne pratique du 21 janvier 2010 sur les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée.

- l'acte de téléconsultation en urgence en EHPAD (mars 2017), qui vise à éviter des déplacements délicats ou des hospitalisations inutiles pour des personnes fragiles en réalisant des consultations à distance entre le médecin traitant et le patient de l'EHPAD. Cet acte est susceptible de bénéficier, à un moment ou un autre de leur parcours de soins, aux 700 000 résidents en EHPAD ;
- l'acte de télé-expertise-admission-changement de médecin en EHPAD, dit TDT (télé-expertise dossier traitant), qui a pour objet d'assurer la continuité du suivi et la transmission d'éléments utiles à la prise en charge par le nouveau médecin traitant lors de l'entrée en EHPAD avec le médecin du domicile de départ de la personne (mars 2017). Il est susceptible de bénéficier aux 135 000 personnes admises chaque année dans ce type de structure.

Ces deux derniers actes, dont la convention médicale nationale du 25 août 2016 avait prévu le principe, ont été inscrits à la nomenclature par la voie d'un avenant (n° 2) à cette dernière. La définition de deux autres actes de télésurveillance, en cardiologie et au titre de plaies chroniques et complexes, annoncée par cette même convention, demeure en discussion.

**

En définitive, la télé médecine connaît en France un développement encore extrêmement limité. Ainsi, les 257 814 actes subventionnés en 2015 par le FIR dans le cadre d'expérimentations représentent l'équivalent de 0,3 % des actes et consultations externes effectués par les établissements de santé en une année. En prenant place dans un cadre national homogène et pérenne, les actes récemment inscrits à la nomenclature élargissent les possibilités de progression de la télé médecine, mais couvrent un périmètre encore étroit de situations dans lesquelles la télé médecine pourrait se substituer à des modes d'intervention classiques ou suppléer à leur absence.

**Un développement encore très limité de la télé médecine
en milieu carcéral**

Les mises sous écrou nécessitent aux termes du code de procédure pénale une consultation médicale d'entrée, tout comme les problèmes médicaux urgents intervenant de façon aléatoire. À cet égard, la télé médecine peut alléger la difficulté d'organisation liée à la permanence des soins.

Le volume des actes de télémedecine en milieu pénitentiaire recensés entre 2011 et 2015 s'élève à 11 674 au total, soit 2,1 % du total des actes recensés de télémedecine au cours de la période, dont 2 916 en 2015. Pour cette même année, ils représentent ainsi l'équivalent d'à peine 2,8 % des consultations réalisées en face à face en milieu carcéral (au nombre de 1 053 987), ce qui confirme le caractère encore très expérimental de cette dimension de la télémedecine. Ils sont de surcroît très concentrés, car 67 % sont retracés au titre d'un projet de radiologie en Occitanie.

Une stratégie d'ensemble des pouvoirs publics, allant au-delà d'expérimentations locales souvent non généralisables et de la création ponctuelle de nouveaux actes à la nomenclature des actes remboursables par l'assurance maladie, s'impose désormais afin de développer la pratique de la télémedecine et de concrétiser les progrès qu'elle peut permettre à notre système de santé de réaliser.

III - La nécessité d'une stratégie cohérente

L'attentisme des pouvoirs publics, leurs actions dispersées, leur incapacité à définir un cadre clair pour la diffusion de la télémedecine, doit désormais faire place rapidement à une stratégie d'ensemble cohérente, continue et méthodique. Cette stratégie devrait s'inscrire dans le champ, plus large que la définition légale de la télémedecine et en évolution accélérée, de l'« e-santé ». Elle devrait s'attacher à lever l'ensemble des obstacles techniques et juridiques qui s'opposent encore à l'essor de la télémedecine. Enfin, elle devrait viser la définition d'un nouveau modèle tarifaire, simple et lisible, à même de stimuler le développement de la télémedecine tout en prémunissant du risque d'une dynamique inflationniste.

A - Repenser la télémedecine dans le cadre plus large de l'« e-santé »

La rapidité des évolutions technologiques récentes interroge et fragilise de plus en plus l'approche et la définition françaises de la télémedecine, de fait plus étroites que l'« e-santé ».

Depuis le décret du 19 octobre 2010 qui a défini les cinq types d'actes relevant de la télémédecine²⁹¹, les objets connectés ont peu à peu envahi la vie quotidienne et le champ de la santé sous couvert de bien-être ou d'éducation à la santé. Ils associent souvent une mesure ou une « automesure » et, le cas échéant, un conseil dispensé à partir d'une plateforme. Selon le conseil national de l'Ordre des médecins, 3 millions d'objets ont été achetés en France en 2013 pour un chiffre d'affaires de 64 M€²⁹².

La nécessité d'une régulation apparaît de plus en plus manifeste, y compris aux acteurs eux-mêmes du marché des objets connectés. C'est pourquoi la HAS a adopté un référentiel de 101 pratiques pour évaluer les applications santé et les objets connectés afin d'engager un début d'encadrement de ce champ foisonnant. Ce guide, élaboré en lien avec l'agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSII) et la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), définit cinq grands domaines de bonnes pratiques : information des utilisateurs (description / consentement), contenu de santé (conception du contenu initial, standardisation, contenu généré, contenu interprété), contenu technique (conception technique, flux de données), sécurité et fiabilité (cyber-sécurité, fiabilité et confidentialité) et utilisation / usage. Il sera complété dans un second temps par un guide à l'attention des professionnels et des usagers.

La définition des politiques publiques de déploiement de la télémédecine doit désormais aussi veiller à intégrer la dimension européenne sous trois aspects : protection des données de santé, régime juridique des dispositifs médicaux et des objets connectés et cadre juridique des activités de plateforme de télémédecine.

Un cadre européen à prendre en compte

La promotion de l'« e-santé » en général, et de la télémédecine en particulier, a été identifiée comme l'un des axes de croissance économique en Europe dès les années 2000²⁹³. Bien que l'Union Européenne n'ait pas de compétence spécifique dans le champ de la santé, un cadre européen a néanmoins commencé à être construit.

²⁹¹ Codifiés à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique, voir *supra*.

²⁹² CNOM, Santé connectée, de la e-santé à la santé connectée, janvier 2015.

²⁹³ Stratégie de Lisbonne, Conseil européen des 23 et 24 mars 2000.

Ainsi, la directive « e-commerce »²⁹⁴, dont l'introduction vise explicitement la médecine, confère une base légale aux plateformes à caractère commercial qui apportent des réponses à des demandes d'orientation ou de prise en charge des appelants et sont financées par ces derniers. Ces services médicaux peuvent avoir une activité transfrontalière à partir de n'importe quel pays de l'Union européenne. Dans un avis du 4 février 2016, le conseil national de l'Ordre des médecins s'est interrogé sur la compatibilité de ces plateformes avec les dispositions du code de déontologie²⁹⁵. Néanmoins, les médecins exerçant sur ces plateformes affichent leur inscription à l'Ordre, signifiant ainsi que ce dernier a validé leur contrat de travail au regard des règles de déontologie qui s'imposent à ceux. Devant les difficultés d'articulation des textes européens et nationaux, la Commission européenne a proposé de définir un cadre d'interopérabilité juridique d'ici à 2020²⁹⁶.

S'agissant des dispositifs médicaux et des objets connectés, leurs régimes juridiques sont issus du droit européen et des règles de libre circulation des produits. Ainsi, trois directives édictées dans le prolongement de l'Acte unique de 1986 concernent les dispositifs médicaux. L'article 168 du Traité sur l'Union européenne dispose que la compétence de l'Union Européenne est élargie aux « mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical ». Le principe d'un marquage s'applique à la plupart de ces dispositifs médicaux, qui comprennent également les logiciels, lesquels sont par nature très souvent présents dans les dispositifs de télémédecine. La réglementation européenne sur les dispositifs médicaux (RDM 2017/745) et celle sur les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (RDM 2017/746), ont été publiées le 5 mai 2017 au Journal officiel de l'Union Européenne, le premier texte entrant cependant en vigueur en mai 2020. Si des critères d'évaluation et d'accès au remboursement des objets connectés devaient être déterminés, ils devraient impérativement tenir compte de la pertinence du service rendu et donc de la prestation médicale comprise dans le service de télésurveillance.

²⁹⁴ Directive 2000/131/CE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2000 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information, et notamment du commerce électronique dans le marché intérieur (« directive sur le commerce électronique »).

²⁹⁵ Selon l'article R. 4127-19 du code de la santé publique, « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ».

²⁹⁶ Communication de la Commission au Parlement européen du 6 décembre 2012.

En ce qui concerne la protection des données de santé, les textes européens ont consolidé l'interdiction de vente existant dans les cadres juridiques nationaux, tant pour les dispositifs médicaux que pour les objets connectés dans la mesure où ils collectent des données de santé au sens du règlement européen²⁹⁷ qui entrera en vigueur en mai 2018. Celui-ci interdit le traitement des données sensibles, sauf consentement explicite du patient et utilisation à des fins de recherche.

B - Lever l'ensemble des préalables juridiques et techniques à l'essor de la télémédecine

Les exemples des pays les plus avancés en matière de développement de la télémédecine montrent que l'existence d'un dossier médical électronique du patient, commun à l'ensemble des acteurs du système de santé, alimenté de manière exhaustive et en temps réel par ces derniers et assurant la traçabilité de l'ensemble de leurs interventions, conditionne un large recours à cette pratique.

Dossier médical numérique et télémédecine : le cas du Danemark

Le Danemark est en pointe pour l'usage de la télémédecine. Il a imposé un dossier digital patient standard qui est le mode normal de partage des données entre professionnels de santé, patients et établissements dès le début des années 2000. L'ensemble des établissements de santé et des professionnels de santé alimentent quotidiennement le dossier du patient des séjours et actes réalisés. Une plateforme numérique nationale (*Sundhedsjournal*) permet de mettre ces informations à la disposition des professionnels et de délivrer des informations plus générales aux patients²⁹⁸.

Le code de la santé publique²⁹⁹ a certes prévu que « chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant (...) l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte (...) l'identification du patient (...) l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ». En

²⁹⁷ Règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 4 mai 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46 (règlement général sur la protection des données).

²⁹⁸ Ambassade de France au Danemark.

²⁹⁹ Articles R. 6316-3 et R. 6316-4 du code de la santé publique dont les dispositions sont issues du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010.

outre, « sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémedecine... le compte rendu de la réalisation de l'acte (...) les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémedecine (...) l'identité des professionnels de santé participant à l'acte (...) ».

Toutefois, les cadres juridiques et techniques applicables à l'ensemble des activités médicales, quelle qu'en soit la forme, à même de permettre à l'ensemble des acteurs du système de santé de réaliser des actes de télémedecine dans des conditions conformes à ces dispositions, n'ont commencé à être mis en place que très récemment, de manière encore incomplète ou selon des calendriers restant à préciser.

1 - Un dossier médical partagé généralisé à terme

Dans un système sanitaire caractérisé par une multiplicité d'acteurs au statut juridique varié, la prise en charge collégiale et pluri-professionnelle des patients, dont la télémedecine est l'une des dimensions, rend impérative la réunion dans une base de données accessible à l'ensemble des acteurs de toutes les informations relatives aux actes de soins et paramètres de l'état de santé des patients.

La Cour avait constaté en 2012 l'échec coûteux du dossier médical personnel (DMP)³⁰⁰. Depuis lors, la situation n'a que peu évolué : à la mi-juillet 2016, seuls 584 532 dossiers étaient actifs. Le pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (PIPAME) relevait en février 2016 que la France était dans une position très moyenne en matière d'« e-santé », notamment « en raison de son faible déploiement du DMP qui est pourtant vu comme un besoin phare pour les professionnels de santé »³⁰¹.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a requalifié le dossier médical personnel en dossier médical partagé, rappelé l'obligation d'alimentation de ce dossier par chaque professionnel de santé quels que soient son mode et son lieu d'exercice,

³⁰⁰ Cour des comptes, *Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale*, le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, février 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁰¹ PIPAME « Prospective : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé », février 2016.

défini la notion d'équipe de soins et fixé les conditions de la circulation des informations en son sein³⁰².

La mise en œuvre de ce dispositif est désormais confiée à l'assurance maladie. À la suite d'une phase d'expérimentation couvrant neuf départements au cours de l'année 2017, celle-ci prévoit de généraliser le dossier médical partagé au cours de l'année 2018.

Au-delà de son extension aux populations d'assurés non couvertes par l'expérimentation (régimes autres que le régime général, mutuelles délégataires de l'assurance maladie et ayants droit), aujourd'hui engagée par la CNAMTS, l'incidence effective du dossier médical partagé sur le fonctionnement de notre système de santé est tributaire de son alimentation exhaustive et en temps réel par l'ensemble des professionnels de santé. En dépit des dispositions légales qui les fondent³⁰³, des délais d'appropriation de leurs obligations par les professionnels de santé sont à prévoir.

2 - Une identification standardisée des patients obligatoire en 2020

La mise en œuvre d'un identifiant de santé unique est une condition du dossier médical partagé, et donc du développement de la télémédecine, en permettant de référencer les données administratives et de santé de toute personne bénéficiant ou ayant vocation à bénéficier d'un acte diagnostique, thérapeutique, de prévention, de soulagement de la douleur, de compensation du handicap ou de prévention de la perte d'autonomie, ou d'interventions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

La loi de modernisation de notre système de santé a désigné le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) comme l'identifiant national de santé (INS), là où le Danemark a franchi cette étape dès 1968. Cette identification est commune aux champs sanitaire et social, ce qui est un facteur déterminant dans la promotion de parcours de soins décloisonnés entre ces deux secteurs. À la suite de la publication d'un référentiel d'ici à fin mars 2018³⁰⁴, l'INS aura

³⁰² Codifiées aux articles L. 1110-4 et suivants du code de la santé publique.

³⁰³ Codifiées à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

³⁰⁴ Établi par l'ASIP, il détaillera les modalités de mise en œuvre de l'obligation d'utilisation de l'INS, précisant notamment les procédures de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des personnes prises en charge, ainsi que les mesures de sécurité à mettre en œuvre pour le référencement des données personnelles des patients.

un caractère obligatoire pour l'ensemble des acteurs du système de santé au 1^{er} janvier 2020.

3 - Une authentification des professionnels de santé à appliquer dans les établissements de santé

L'authentification des professionnels de santé constitue un autre préalable au développement de la télémédecine, en permettant de tracer dans le dossier médical partagé les actes, prestations et produits délivrés au patient, ce qui concourt à la qualité et à la sécurité de sa prise en charge.

Cette authentification doit être assurée au travers notamment de la carte de professionnel de santé (CPS) ou de la carte de professionnel d'établissement (CPE) pour les intervenants relevant d'une catégorie professionnelle non soignante³⁰⁵. La dernière version de la carte permet à la fois de facturer des soins à l'assurance maladie, d'apposer une signature électronique sur des documents, de créer, d'alimenter et de consulter le DMP, d'accéder à des locaux ou à la future messagerie sécurisée des professionnels de santé, en cours de construction par l'agence des systèmes d'Information partagés de santé (ASIP) et de réaliser des actes médicaux à distance.

Si le déploiement de ces cartes est effectif dans le champ de la médecine de ville, il demeure encore très limité dans les établissements de santé : selon l'ASIP, sur 2 660 au total, seuls 60, dont l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et sept autres CHU, en seraient équipés.

Certes, les personnels hospitaliers peuvent se dispenser, sur un plan matériel, d'utiliser la carte CPS, en recourant par exemple à des mots de passe provisoires. Toutefois, l'absence d'utilisation de la carte conduit à ce que leurs interventions ne sont pas individualisées, ce qui ne permet pas d'assurer la traçabilité des soins, comme la Cour l'a récemment souligné³⁰⁶.

³⁰⁵ Il s'agit du niveau de sécurité dit de palier 3, le plus élevé, au terme du référentiel d'authentification des acteurs de santé publié par l'ASIP en décembre 2014.

³⁰⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre VII : la maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical, p. 289-326, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

4 - Un retard à combler en matière de dématérialisation et de sécurisation des prescriptions et des messageries

La prescription électronique d'actes, de prestations et de biens médicaux concourt à la traçabilité des soins et constitue un préalable légal à la télémedecine. Elle contribue aussi à alléger les tâches de gestion des caisses d'assurance maladie (qui n'ont plus besoin de rapprocher des prescriptions papier avec les factures qui leur sont adressées) et à prévenir certains modes opératoires de fraude.

À ce jour, la France fait cependant partie des cinq derniers pays de l'Union Européenne où la prescription médicale électronique sécurisée de médicaments et de dispositifs médicaux n'est pas déployée. *A contrario*, 84 % des ordonnances en Espagne interviennent sous un format électronique sécurisé³⁰⁷.

La CNAMTS prévoit de mener en septembre 2017 une première expérimentation de prescription électronique sécurisée, couvrant trois départements et comportant une authentification du prescripteur vérifiable par le pharmacien. Cette première étape concernera l'ensemble des médicaments et quelques dispositifs médicaux, dans un périmètre géographique limité et pour une durée de six mois. Lorsque la e-prescription sera généralisée, le dossier médical personnel sera alimenté par les informations relatives aux médicaments et dispositifs médicaux délivrés par les pharmacies sur ordonnance. Le calendrier de cette généralisation n'est pas fixé à ce jour.

Par ailleurs, les nouvelles dispositions relatives au « forfait structure »³⁰⁸ de la convention médicale nationale du 25 août 2016 contribuent à la sécurisation des prescriptions électroniques en visant l'utilisation d'un logiciel métier comportant un logiciel d'aide à la prescription compatible avec le DMP et l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé.

Les messageries sécurisées procurent un environnement nécessaire au déploiement de la télémedecine en facilitant la circulation d'informations au sein de l'équipe de soins. Elles doivent être généralisées à partir de 2017. En mai 2016, 30 % des médecins libéraux les utilisaient.

³⁰⁷ Ambassade de France en Espagne.

³⁰⁸ Aide visant à inciter à la mise en place d'outils et d'organisations facilitant la gestion du cabinet médical, individuel ou de groupe, ainsi que la coordination du parcours des patients et la simplification des relations administratives avec l'assurance maladie (4 620 € annuels par médecin au plus, versés à partir de 2019).

Un plan de déploiement concernant 27 des 32 CHRU, et 600 des centres hospitaliers les plus importants est en cours.

Une mise à niveau progressive des infrastructures de communication pour permettre un développement de la télémédecine généralisé à l'ensemble du territoire

Dans un rapport public thématique récent³⁰⁹, la Cour a dressé un premier bilan du déploiement des réseaux de haut et de très haut débit en France dans lequel elle observe que la quasi-totalité de la France est certes couverte, mais avec un niveau de service encore inégal puisqu'un internaute sur cinq ne disposait encore en juin 2015 que d'un débit inférieur à 2 Mbps. Une quinzaine de départements disposaient d'un débit moyen de 5 à 7 Mbps, avec néanmoins d'importantes différences en leur sein entre les zones urbaines et rurales. Le raccordement progressif à la fibre d'ici à 2030 des établissements sanitaires, des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux de santé accroîtra cette capacité, en prévision de la montée en charge de l'« e-santé », et des applications à venir.

À côté du déploiement des infrastructures fixes, l'arrivée de la téléphonie mobile selon la norme 3G a permis l'essor des objets connectés qui constitueront le principal vecteur de la télémédecine et de l'« e-santé », pour les échanges directs entre le patient à son domicile et les professionnels ou les établissements de santé. Le développement rapide des applications mobiles en 4G, standard qui n'est pas encore disponible sur la totalité du territoire, et prochainement en 5G (dont la diffusion est prévue à partir de 2020–2022), est annoncé comme une étape décisive du déploiement de la télémédecine, notamment de la télésurveillance à domicile.

C - Définir un modèle tarifaire non inflationniste

L'organisation sanitaire et le mode de rémunération des acteurs du système de santé ont une incidence forte sur les conditions de développement de la télémédecine. À cet égard, les exemples du Royaume-Uni, du Danemark et de l'Espagne fournissent un éclairage intéressant : « Le mode d'organisation des soins et le type de rémunération initialement présents dans ces pays facilitent de fait le déploiement de la télémédecine

³⁰⁹ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, les réseaux fixes de haut et très haut débit : un premier bilan, janvier 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

puisque les adaptations pour la mise en œuvre de ces pratiques ne sont que marginales (...). La télémédecine est rentrée dans les nomenclatures dans le panier de soins officiels au Danemark et au Royaume Uni, devenant une prestation médicale ordinaire aux côtés des autres »³¹⁰.

L'étude PIPAME précitée³¹¹ fait un constat proche lorsqu'elle dresse une comparaison des niveaux de déploiement de l'« e-santé » par pays. Elle observe que « la France peut être comparée à l'Allemagne notamment parce que l'organisation des systèmes de santé est sensiblement la même, avec un important secteur libéral. Au Royaume-Uni et en Espagne, le déploiement de la e-santé est facilité par un système entièrement public ».

Dans le cadre de notre système de santé, dont les acteurs sont rémunérés de manière individuelle à l'acte (professionnels libéraux) ou à l'activité (établissements de santé), le développement de la télémédecine, qui fait intervenir plusieurs professionnels de santé, est susceptible de s'accompagner d'une hausse significative des coûts par rapport aux actes en présence physique des patients. À organisation constante de notre système de santé, il apparaît néanmoins possible de définir selon des principes pragmatiques un cadre de tarification à même de favoriser l'essor de la télémédecine tout en évitant l'inflation des dépenses.

1 - À modèle de rémunération inchangé, des risques inflationnistes certains

La télémédecine fait intervenir plusieurs professionnels ou structures de santé lors d'actes de téléconsultation, de télé-expertise ou de téléassistance et, parfois, de télésurveillance, au lieu d'un seul lors d'un acte en face-à-face. Dès lors, l'application selon des modalités inchangées de la rémunération à l'activité pour les établissements de santé et du paiement à l'acte pour les professionnels libéraux de santé requérants et

³¹⁰ Amandine Raully, « Dispositifs de rémunération de la télémédecine : de la diversité des propositions de contrats à la singularité française », *Journal de gestion et d'économie médicale*, 2013, Vol.31, n° 7-8, 473-486.

³¹¹ PIPAME « Prospective : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé », février 2016.

requis au titre des actes de télémedecine en question est de nature à engendrer une hausse des coûts³¹².

Ensuite, la télémedecine s'accompagne de coûts d'équipement et de maintenance de matériels et de logiciels en appui de la liaison entre les professionnels de santé ou avec les patients qui, par construction, n'interviennent pas dans le cadre d'un acte en présence du patient. En novembre 2014³¹³, une étude commandée par la direction générale de l'offre de soins a estimé les surcoûts correspondants entre 40 % et 95 % de ceux d'une prise en charge traditionnelle, l'amplitude de cette fourchette reflétant la diversité des actes de télémedecine et des solutions techniques mises en œuvre.

Par ailleurs, en créant un précédent, les niveaux élevés de rémunération des actes de télémedecine propres à certaines expérimentations pourraient faire obstacle à l'éclosion de modèles de rémunération moins onéreux dans le cadre de droit commun constitué par l'inscription à la nomenclature de nouveaux actes remboursables par l'assurance maladie.

2 - Définir un cadre de tarification de droit commun à même d'assurer l'essor de la télémedecine sans dérive des dépenses

Deux orientations paraissent devoir être privilégiées afin de favoriser le développement de la télémedecine tout en maîtrisant l'évolution des coûts : renforcer la portée des principes retenus dans le cadre des expérimentations nationales « ÉTAPES »³¹⁴ et par la convention médicale nationale du 25 août 2016 et mettre en place un partage de rémunérations entre les acteurs concernés dans un cadre généralisé et de droit commun, par priorité dans les domaines de la téléconsultation et de la télé-expertise.

³¹² S'agissant des établissements publics de santé, le risque d'inflation des coûts est amplifié par la possibilité qui leur a récemment été reconnue de facturer à l'assurance maladie des séjours hospitaliers distincts au titre d'un même patient, lorsqu'ils sont effectués sur plusieurs sites géographiques en leur sein, faculté dont disposaient déjà les établissements privés (Conseil d'état 30 juin 2015, Assistance publique-Hôpitaux de Paris/CPAM de Paris).

³¹³ COPIL Télémedecine du 14 novembre 2014 DGOS p. 13 diaporama.

³¹⁴ Expérimentations dites de l'article 36 de la loi de financement pour 2014.

Les expérimentations « ÉTAPES » et la convention médicale nationale du 25 août 2016 ont retenu plusieurs principes destinés à prévenir le risque d'inflation des coûts de la télémédecine : la définition de critères médicaux d'éligibilité ou au contraire d'exclusion des patients à la télémédecine, la forfaitisation du montant³¹⁵ ou le plafonnement du nombre de prises en charge³¹⁶ ou encore la forfaitisation du montant des coûts relatifs aux équipements techniques facturés à l'assurance maladie (par exemple de radiologie). Ces principes pourraient être généralisés à l'ensemble des actes de télémédecine, quels qu'en soient les participants.

**Les mécanismes de forfaitisation dans le cadre des expérimentations
« ÉTAPES »**

Deux mécanismes de forfaitisation des actes de télémédecine pouvant être combinés entre eux ont été mis en place :

- le premier vise à regrouper au sein d'un forfait le paiement d'une série d'actes réalisés par un même professionnel de santé au bénéfice d'un même patient sur une période donnée ou pour un épisode de soins délimité dans le temps ;
- le second vise à payer en une seule fois des coûts fixes pour la mise à disposition et la maintenance d'un dispositif communiquant.

Pour le suivi des patients atteints d'une insuffisance cardiaque, le médecin perçoit ainsi un forfait de 110 € par patient et par semestre et le fournisseur de matériel un forfait de 300 € versé en une fois.

L'augmentation du nombre d'actes n'a pas d'incidence sur la rémunération, ce qui réduit le risque d'actes non pertinents.

En outre, une prime à la performance plafonnée à 100 € par patient et par an pour le médecin, à 60 € par an pour le professionnel de santé réalisant l'accompagnement thérapeutique et à 300 € par patient et par an et par solution technique est versée en fonction des dépenses évitées en matière d'hospitalisation et de transport lors de la première année de mise en œuvre.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a autorisé en médecine de ville le partage d'honoraires, interdit lors d'une intervention en présence du patient, pour les activités de télémédecine et celles découlant de coopérations entre professionnels de santé. À ce jour, un seul acte de télémédecine, celui de dépistage de la rétinopathie

³¹⁵ Forfaitisation par trimestre ou semestre.

³¹⁶ Ainsi, la téléconsultation est limitée à trois par an et par patient en EHPAD ou ALD pour un médecin généraliste.

diabétique (voir *supra*), auquel participent un orthoptiste et un ophtalmologue, a cependant donné lieu à partage d'honoraires.

Cette voie pourrait être approfondie, notamment par la définition de tarifs forfaitisés, pré-répartis entre les différents acteurs (médecins, professionnels de santé et fournisseurs informatiques ou de dispositifs médicaux communicants) et dont le montant resterait proche de celui d'un règlement à l'acte en face-à-face. L'avenant n° 2 à la convention médicale du 25 août 2016 (mars 2017) prévoit en ce sens, pour l'acte de télé-expertise de transfert de dossier à l'admission en EHPAD, un tarif de 15 € pour chacun des deux professionnels de santé concernés, requis et requérant. S'il est un peu supérieur à celui d'une consultation, ce montant est inférieur au coût cumulé de deux consultations.

S'agissant des établissements de santé, le partage de recettes pourrait prendre la forme de GHS légèrement majorés et répartis entre établissements requis et requérants.

En tout état de cause, la coexistence en France de trois mécanismes distincts de rémunération des actes de télémédecine, parfois pour un même acte - les tarifications hétérogènes accordées par les treize ARS à des projets sur les crédits du FIR, la tarification des expérimentations « ÉTAPES » nationales³¹⁷ sur ces mêmes crédits, et le financement par l'assurance maladie d'actes inscrits à la nomenclature - invite à recentrer les expérimentations sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables dans un cadre de droit commun à coût maîtrisé pour l'assurance maladie.

S'agissant en revanche de la télésurveillance, un système de tarification forfaitaire apparaîtrait mieux approprié pour favoriser son développement qui offre un fort potentiel d'économies.

*
**

L'action des pouvoirs publics en faveur du développement de la télémédecine devrait s'appuyer sur la définition d'objectifs quantifiés afin de favoriser la substitution d'actes de télésurveillance à domicile à des prises en charge traditionnelles pour les patients atteints de maladies chroniques lourdes et souvent invalidantes.

À l'instar de celle engagée pour favoriser la substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie classique³¹⁸, cette démarche devrait

³¹⁷ Expérimentations dites de l'article 36 de la loi de financement pour 2014.

³¹⁸ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VI : les activités chirurgicales, restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge, p. 257.

s'appuyer sur la définition de critères médicaux d'éligibilité ou d'exclusion des patients à des actes de télé médecine, sur celle de filières de prise en charge par pathologie intégrant des protocoles de soins et sur une révision à la baisse des tarifs des séjours hospitaliers auxquels la télésurveillance des patients pourrait se substituer de manière pertinente sur le plan médical.

En effet, les gains d'efficacité liés à la télé médecine ne pourront être effectivement dégagés par les financeurs de notre système de santé (assurance maladie, assurances complémentaires et ménages) qu'à la condition que ce dernier soit incité à se réorganiser par une réduction des tarifs fixés pour les modes habituels de prise en charge auxquels la télé médecine peut utilement se substituer en fonction de critères médicaux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les perspectives ouvertes en matière de soins par le développement des échanges par voie numérique en général et par la télé médecine en particulier, ont commencé à modifier en profondeur dans nombre de pays l'exercice médical, tant en ce qui concerne le diagnostic, la prise en charge que le suivi des patients, notamment ceux qui sont affectés par des pathologies lourdes de longue durée. Ces évolutions vont s'amplifier au cours des années à venir.

Cependant, quelque vingt-cinq années après la première expérimentation, la télé médecine demeure en France une pratique marginale. Les pouvoirs publics n'ont pas élaboré de stratégie unifiée, cohérente et continue pour en assurer le développement. Leur action dispersée et velléitaire a manqué de constance tant dans ses objectifs que dans ses méthodes. La faiblesse des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, quand ils ont pu même être évalués, en sont la conséquence.

Les multiples expérimentations engagées sans ordre ni méthode n'ont pas débouché sur la mise en œuvre de dispositifs à même d'être généralisés, homogènes sur l'ensemble du territoire et pérennes, et susceptibles d'être financés dans un cadre de droit commun, en ville ou à l'hôpital, par l'assurance maladie.

Cette dernière a certes progressivement développé de son côté une démarche propre et défini une série d'actes de télé médecine avec les professionnels libéraux de santé. Cependant, les progrès ainsi réalisés s'inscrivent encore très en-deçà des potentialités inhérentes aux différents usages de la télé médecine.

Une mobilisation significative des gains d'efficience et de qualité des soins liés à l'essor de la télémédecine est ainsi tributaire de la mise en œuvre d'une stratégie d'ensemble qui permette de l'ancrer dans le nouveau cadre de l'« e-santé » qui se met en place au niveau européen pour une meilleure protection et information du patient.

De nombreux préalables techniques et juridiques restent encore à lever effectivement au cours des années à venir, qu'il s'agisse de la généralisation du dossier médical partagé, de l'authentification des professionnels de santé en établissement, de la dématérialisation des prescriptions médicales ou de l'utilisation de messageries sécurisées par l'ensemble des intervenants en santé.

En outre, les choix tarifaires ne peuvent plus être différés. Il est essentiel à cet égard de généraliser un modèle de rémunération de droit commun, tant pour les professionnels libéraux que pour les établissements de santé, qui concilie l'intérêt des diverses parties prenantes et l'efficience de la dépense. Au-delà, il convient aussi de réviser la tarification des actes auxquels la télémédecine peut se substituer au bénéfice des patients, à travers notamment la télésurveillance.

Sur ces fondements, il appartient aux pouvoirs publics de fixer aux acteurs des objectifs précis et mesurables de développement de la télémédecine, en particulier en matière de télésurveillance, comme cela a pu être fait dans d'autres secteurs à forts enjeux comme la chirurgie ambulatoire, de manière à faciliter le retour et le maintien à domicile des patients atteints par des pathologies chroniques, lourdes et souvent invalidantes.

La nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État pour les années 2018 à 2021 offre à cet égard une opportunité qui ne doit pas être manquée.

La Cour formule ainsi les cinq recommandations suivantes :

- 31. fixer des objectifs précis et mesurables de déploiement de la télémédecine aux professionnels libéraux, aux établissements de santé et à l'assurance maladie, notamment au titre de la télésurveillance des pathologies chroniques, à l'instar de ce qui a été fait pour la chirurgie ambulatoire ;*
- 32. généraliser à court terme un dossier médical partagé commun à l'ensemble des acteurs du système de santé, alimenté de manière exhaustive et en temps réel par ces derniers et assurant la traçabilité de l'ensemble de leurs interventions ;*

33. *mettre en place une tarification de droit commun des actes de télémédecine fondée, selon le type d'actes, sur l'application de montants forfaitaires, de plafonds de nombre d'actes ou de partages de rémunérations entre les intervenants en santé (professionnels libéraux et établissements), à coût global pour l'assurance maladie du même ordre que celui lié à des interventions classiques ;*
 34. *réviser à la baisse les tarifs des prises en charge en hospitalisation classique afin de favoriser la substitution de la télésurveillance à ces dernières chaque fois que cela est pertinent sur le plan médical ;*
 35. *recentrer en tout état de cause les expérimentations sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables dans un cadre de droit commun à coût maîtrisé pour l'assurance maladie.*
-

Troisième partie

Renforcer la maîtrise des coûts du

médicament

PRÉSENTATION

En 2015, les dépenses totales de médicaments se sont élevées, en France, à 38,1 Md€³¹⁹, dont 34,1 Md€ de dépenses remboursables par l'assurance maladie et 4 Md€ de dépenses non remboursables, soit au total 17,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CBSM).

La consommation de médicaments en ville a représenté 33,8 Md€ de dépenses, dont 29,8 Md€ remboursables par l'assurance maladie, et celle à l'hôpital 4,3 Md€, intégralement prise en charge par cette dernière.

Sur les 29,8 Md€ de dépenses de médicaments en ville remboursables, 27 Md€ correspondent à des médicaments distribués par les pharmacies d'officine et 2,8 Md€ à des médicaments délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé (« rétrocession hospitalière »).

Au total, 23,2 Md€ de dépenses ont été effectivement prises en charge par l'assurance maladie (soit 28 % de l'ONDAM « soins de ville »), dont 20,4 Md€ au titre des médicaments délivrés par les pharmacies d'officine et l'ensemble des dépenses de médicaments rétrocédés.

Après des années de forte hausse (+4,9 % par an en moyenne entre 2001 et 2010), le volume des ventes des médicaments en ville s'est ralenti dans la période récente (+3 % par an entre 2011 et 2013). Les dépenses de médicaments remboursables en ville se sont pour leur part orientées à la baisse. Le niveau de dépenses de 2015 est ainsi équivalent à celui de 2008 (29,7 Md€). Cette stabilité globale recouvre cependant deux mouvements de sens opposé : une forte augmentation des dépenses de médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières, liée à l'introduction de médicaments innovants et coûteux, en particulier à compter de 2014 ceux pour le traitement de l'hépatite C et une diminution significative des dépenses de médicaments remboursables délivrés par les pharmacies d'officine (-1,5 Md€ depuis 2008).

Cette complète rupture de tendance par rapport à la situation qu'avait observée la Cour en 2011³²⁰ résulte d'évolutions multiples : modification des comportements de prescriptions des médecins à la suite d'actions de communication ciblées, déremboursement de médicaments à

³¹⁹ DREES, Les dépenses de santé en 2015.

³²⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2011, chapitre IV : la maîtrise des dépenses de médicaments, p. 109-145, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

service médical rendu insuffisant, participation accrue des assurés sociaux par le biais d'une franchise venant s'ajouter au ticket modérateur.

À titre principal, elle s'explique toutefois par les efforts renforcés des pouvoirs publics pour obtenir des baisses de prix des spécialités remboursables et promouvoir la diffusion des médicaments génériques. Depuis 2012, les réductions de dépenses obtenues à ce double titre (en moyenne, à hauteur respectivement de -3,4 % et -1,3 % par an entre 2012 et 2015) viennent plus que compenser à la fois la déformation de la structure de consommation des médicaments vers des produits innovants et plus onéreux, généralement pris en charge à 100 %, la hausse continue de la prise en charge des médicaments prescrits aux assurés exonérés de ticket modérateur et l'évolution du volume des médicaments consommés.

Au cours des dernières années, la politique du médicament a ainsi contribué de manière significative au respect d'un objectif de progression des dépenses d'assurance maladie progressivement resserré dans le cadre de l'ONDAM, comme la Cour y avait appelé les pouvoirs publics.

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014³²¹, elle a examiné la diffusion des médicaments génériques en France, en soulignant les réussites (les génériques représentent 83 % des boîtes vendues au titre des médicaments concernés), mais aussi les limites, notamment en termes de coûts de distribution, d'un modèle de développement fondé sur la substitution des pharmaciens aux médecins à la suite du refus de ces derniers de modifier leurs habitudes de prescription.

Dans les deux chapitres qui suivent, elle analyse au regard des marges d'efficience supplémentaires qui pourraient être dégagées dans cette dépense, certes stabilisée, mais à un niveau élevé, les évolutions récentes des prix des médicaments³²², dans leur double composante : la rémunération des entreprises pharmaceutiques par la fixation par les pouvoirs publics du « prix fabricant » des différents médicaments remboursables : spécialités et génériques ; la rétribution des différents acteurs de la chaîne de distribution des médicaments : grossistes-répartiteurs qui assurent l'approvisionnement et pharmaciens d'officines qui exercent le monopole de leur dispensation au détail.

³²¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-289, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³²² Les questions relatives à la prescription des médicaments et à l'admission de ces derniers au remboursement par l'assurance maladie ne sont pas analysées dans ce cadre.

Chapitre VIII

**La fixation du prix des médicaments :
des résultats significatifs, des enjeux
toujours majeurs d'efficiencia et de
soutenabilité, un cadre d'action à
fortement rééquilibrer**

PRÉSENTATION

Le prix public des médicaments remboursables par l'assurance maladie agrège plusieurs composantes : le prix fabricant, les marges réglementées de distribution des grossistes répartiteurs et des pharmaciens d'officine³²³ ainsi que la TVA (au taux de 2,1 %).

Depuis près de 25 ans, la fixation du prix fabricant - brut et, le cas échéant, net de remises commerciales - repose sur des accords négociés par une instance interministérielle, le Comité économique des produits de santé (CEPS), avec un organisme représentatif des entreprises pharmaceutiques, puis chacune d'elles prise individuellement.

Dans le prolongement de précédents travaux³²⁴, la Cour a souhaité revenir sur la fixation du prix des médicaments, en analysant le cadre juridique, les orientations et les résultats de cette politique publique dans un contexte marqué à la fois par une tension croissante sur les ressources pouvant être consacrées par la collectivité au financement des dépenses de santé, l'arrivée sur le marché de traitements innovants et onéreux et le maintien ou l'introduction sur ce dernier d'un grand nombre de produits dont l'apport thérapeutique est faible, voire inexistant.

Depuis les précédentes enquêtes de la Cour, le régime de la fixation du prix des médicaments, tout en continuant à privilégier la négociation avec les entreprises, a évolué dans le sens d'une précision accrue de son cadre juridique et d'une affirmation de leurs impératifs financiers par les pouvoirs publics, avec des résultats significatifs sur les dépenses (I). Malgré les baisses obtenues par rapport aux demandes des entreprises, les marges d'efficience médico-économique dans la fixation du prix des médicaments demeurent néanmoins importantes et très largement inexploitées (II). Alors que l'arrivée de produits innovants de nouvelle génération va faire peser sur l'assurance maladie une contrainte accrue, il est indispensable d'établir un cadre de négociation à la mesure des enjeux (III).

³²³ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre IX : le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires, p. 397.

³²⁴ Notamment Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2011, chapitre IV : la maîtrise des dépenses de médicaments », p. 109-145, et septembre 2014, chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-289, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

L'échantillon de médicaments spécifiquement analysé par la Cour

La Cour a sélectionné 25 spécialités, afin d'analyser la fixation de leur prix fabricant et net de remises, ainsi que les conséquences de ces prix pour l'assurance maladie.

À cette fin, elle a croisé des critères financiers (montant des dépenses remboursées et montant des remises, en montant et en évolution) avec des critères d'efficience et de qualité des soins tels qu'appréciés par la revue médicale indépendante *Prescrire*. Les 25 spécialités ainsi retenues représentent plus de 10 % du montant des dépenses de médicaments remboursés par l'assurance maladie en 2015. Prescrites dans de multiples indications et distribuées dans les trois circuits (officine, rétrocession, liste en sus), elles représentent des niveaux d'amélioration du service médical rendu (ASMR) variés (11 médicaments sans ASMR, 6 médicaments d'ASMR IV et 8 médicaments d'ASMR I à III).

I - Un régime de prix négociés mieux encadré sur le plan financier comme juridique

La fixation du prix des médicaments s'inscrit dans un cadre juridique complexe. Elle repose sur des négociations menées par une instance interministérielle, le Comité économique des produits de santé (CEPS) avec les laboratoires pharmaceutiques. Elle prend en compte de manière croissante des considérations relatives au coût des médicaments pour l'assurance maladie, avec des résultats significatifs sur l'évolution de ces dépenses.

A - Des prix négociés entre l'État et les laboratoires dans le cadre d'une construction juridique complexe

1 - Des procédures distinctes de fixation des prix et de prise en charge par l'assurance maladie

Après avoir obtenu auprès de la Commission européenne (sur avis de l'Agence européenne des médicaments) ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) une autorisation de mise sur le marché (AMM) au titre d'une ou de plusieurs indications thérapeutiques³²⁵, l'entreprise pharmaceutique qui souhaite commercialiser un médicament et le voir pris en charge par l'assurance maladie dépose auprès de la Haute Autorité de santé (HAS) un dossier qui enclenche une série de procédures :

- des avis de la HAS portant évaluation :
 - o de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par le médicament³²⁶ ;
 - o du service médical rendu par le médicament³²⁷ ;
 - o de l'efficacité médico-économique du médicament (sous certaines conditions) ;
- un avis du CEPS portant fixation du prix du médicament³²⁸ ;

³²⁵ L'indication s'entend comme un signe clinique, une pathologie ou toute situation affectant un patient qui justifie un traitement médical.

³²⁶ L'amélioration du service médical rendu (ASMR) est le principal critère de fixation du prix des médicaments. Il apprécie la valeur clinique ajoutée d'un médicament par rapport aux thérapeutiques existantes.

³²⁷ Le service médical rendu (SMR) est le principal critère d'admission des médicaments à un remboursement par l'assurance maladie. Alors que l'ASMR est évaluée en fonction de ce progrès ajouté, le SMR est évalué en fonction de la gravité de la maladie, de l'efficacité et des effets indésirables, de la place du médicament dans la stratégie thérapeutique, de la visée et de l'intérêt de santé publique. Alors que l'ASMR est évaluée en fonction d'un rapport bénéfice-risque, le SMR est évalué en fonction de la gravité de la maladie et de la place du médicament dans la stratégie thérapeutique (notamment son intérêt pour la santé publique) et de ses effets indésirables. Le niveau de SMR (d'insuffisant à élevé) détermine le niveau de prise en charge par l'assurance maladie (0 %, 15 %, 30 %, 65 %).

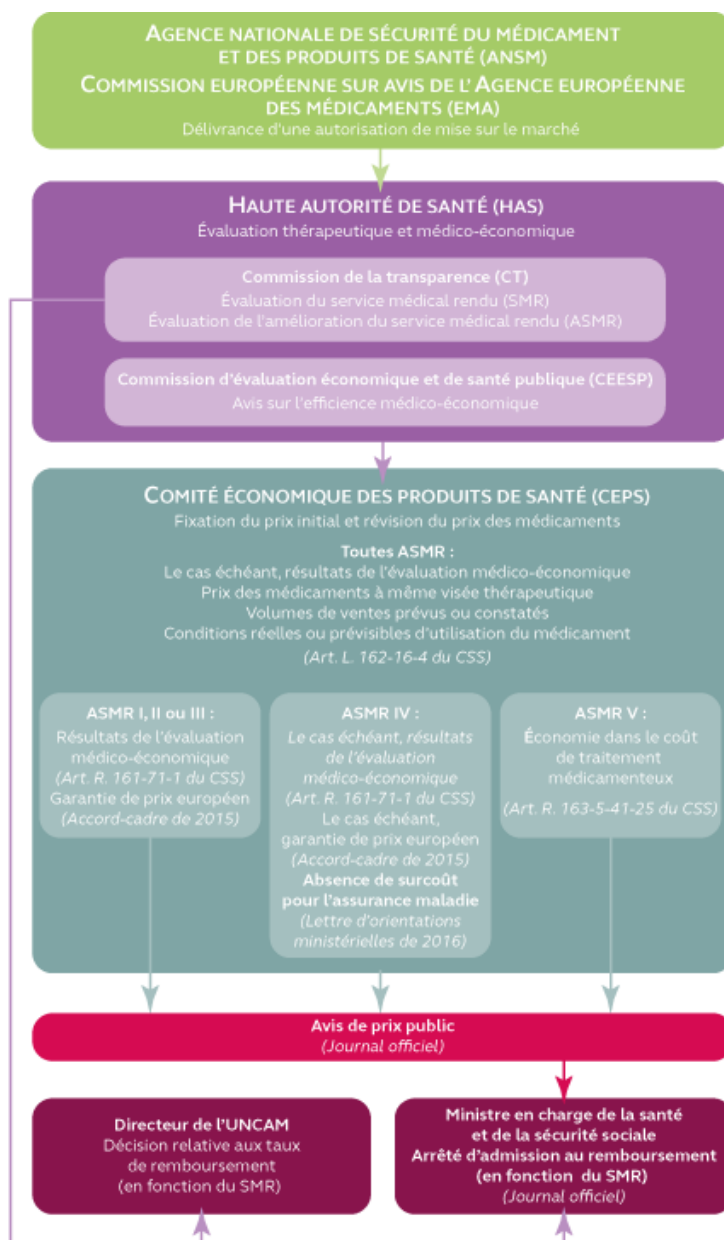
³²⁸ L'enquête de la Cour a porté spécifiquement sur les deux premières étapes qui intéressent directement la tarification des médicaments.

- un arrêté ministériel portant admission au remboursement par l'assurance maladie ;
- une décision du taux de remboursement par le directeur général de la CNAMTS en sa qualité de directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Le schéma ci-après décrit l'enchaînement de ces procédures qui, en application de directives européennes, sont enserrées dans un délai réglementaire global de 180 jours³²⁹ à partir du dépôt de la demande par l'entreprise.

³²⁹ Article R. 163-9 du code de la sécurité sociale.

2 - La fixation du prix dans le circuit d'admission au remboursement d'un médicament



Source : Cour des comptes

3 - Un rôle central du Comité économique des produits de santé dans la fixation du prix des médicaments

Depuis 1999, la détermination du prix des médicaments est confiée au Comité économique des produits de santé (CEPS), qui a remplacé l'ancien comité des médicaments.

La nature interministérielle du CEPS permet la confrontation, en son sein, d'une diversité de points de vue : accès aux traitements nécessaires pour la santé publique, réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie, prise en compte des enjeux de compétitivité économique et d'emploi et respect des règles de la concurrence.

La formation délibérante du CEPS en matière de médicaments est composée de son président qui dispose d'une voix prépondérante, de son vice-président chargé du médicament, de cinq représentants de l'administration³³⁰, de trois représentants de l'assurance maladie obligatoire (deux de la CNAMTS et un représentant commun à la MSA et au RSI) et d'un représentant des assurances maladie complémentaires (représentées par l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ou UNOCAM).

Sur un plan général, le CEPS contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament. Dans l'exercice de ses missions, il met en œuvre les orientations des ministres concernés, qui visent notamment à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il établit chaque année un rapport d'activité qu'il transmet au Parlement³³¹.

³³⁰ Direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé, direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, direction générale des entreprises et, avec voix consultative, direction générale de l'offre de soins.

³³¹ Article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale.

En application des dispositions du code de la sécurité sociale³³², le prix de vente ou de cession des médicaments, qu'ils soient vendus en officine³³³, rétrocedés³³⁴ (vendus au public par des pharmacies des établissements de santé) ou inscrits sur la « liste en sus »³³⁵, est fixé par la voie de conventions bilatérales entre le CEPS et les entreprises, conclues pour une durée de quatre années.

Ces conventions contiennent les engagements des entreprises visant à assurer le bon usage du médicament et à maîtriser leur politique de promotion. Elles précisent aussi les modalités de fixation des prix et de régulation des dépenses de médicaments auxquelles adhèrent les entreprises. Elles prévoient enfin la fourniture d'informations au CEPS, notamment sur les ventes effectives tant en officines qu'en établissements de santé, au regard des prévisions qui y figurent.

En pratique, chaque nouvelle spécialité fait l'objet d'un avenant à la convention concernée³³⁶. Outre le prix des médicaments et les engagements des entreprises, ces avenants peuvent prévoir des remises spécifiques à chaque produit, versées par les entreprises pharmaceutiques aux URSSAF pour le compte de l'assurance maladie.

Lorsque le CEPS et les entreprises ne parviennent pas à s'entendre sur le prix d'un médicament, la loi prévoit que le CEPS peut le fixer de manière unilatérale, « sauf opposition conjointe des ministres concernés ». Depuis 2011, le CEPS n'a utilisé cette faculté qu'une seule fois, en 2016, afin de procéder à des baisses unilatérales de prix de médicaments compris dans cinq classes thérapeutiques³³⁷ dans le répertoire des génériques.

³³² Articles L. 162-16-4 à L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a harmonisé les critères de fixation du prix des médicaments vendus en officine, rétrocedés et de la liste en sus.

³³³ Pour les médicaments vendus en officine, le prix de vente agrège le prix fabricant hors taxes (PFHT), les marges des pharmaciens d'officine et des grossistes répartiteurs calculées sur la base du PFHT, et un taux de TVA « super-réduit » de 2,1 %.

³³⁴ Les médicaments rétrocedés ont un prix de cession qui agrège, au prix négocié avec le CEPS, les marges de distribution et la TVA.

³³⁵ Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé, la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation contient des spécialités pharmaceutiques trop onéreuses pour être prises en charge par les établissements de santé dans le cadre des groupes homogènes de séjour.

³³⁶ Article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale.

³³⁷ Anti-inflammatoires non stéroïdiens, anti-arythmiques, bêtabloquants, bi-phosphonates et antidiabétiques.

B - Un resserrement inégal des critères de fixation des prix

Pour négocier les prix fabricant hors taxes et, le cas échéant, les prix nets de remises, le CEPS et les entreprises se fondent sur les critères de fixation prévus par le code de la sécurité sociale. Compte tenu du caractère non limitatif de ces derniers³³⁸, ils prennent également en compte d'autres critères, à caractère supplétif ou complémentaire, issus de trois autres sources :

- un accord-cadre pluriannuel (trois années) passé depuis 1994 par le CEPS (ou son prédécesseur) avec le groupement professionnel « Les entreprises du médicament » (LEEM)³³⁹. Ces accords-cadres ajoutent aux dispositions législatives et réglementaires du code de la sécurité sociale un ensemble de stipulations conventionnelles qui font de la fixation des prix des médicaments une politique partagée avec les entreprises ;
- la « doctrine » formalisée par le CEPS dans son rapport annuel d'activité³⁴⁰, à partir de l'interprétation des critères législatifs, de l'accord-cadre et de la pratique ;
- les orientations ministérielles périodiques précitées, formalisées dans une lettre commune des ministres chargés des finances, de la sécurité sociale et de la santé et de l'économie adressée au président du CEPS, qui portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)³⁴¹.

³³⁸ Le Conseil d'État a confirmé récemment sa jurisprudence qui admet que d'autres critères, en particulier le prix de revient industriel, puissent être pris en compte, comme dans le cas des médicaments orphelins qui traitent des maladies rares.

³³⁹ Est actuellement en vigueur un accord-cadre conclu le 31 décembre 2015.

³⁴⁰ Prévu à l'article D. 162-2-4 du code de sécurité sociale.

³⁴¹ Article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale.

1 - Des critères légaux devenus plus rigoureux

La loi prévoit désormais que la fixation du prix « tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu [ASMR] par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament » et, pour les médicaments de la « liste en sus », des « montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés »³⁴².

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2011, la Cour avait souligné l'imprécision du cadre législatif. Depuis lors, il a été renforcé sur plusieurs points importants.

a) Un critère légal déterminant d'amélioration du service médical rendu, qui lie désormais les négociateurs

La Cour avait relevé l'anomalie que constituait la possibilité pour le CEPS, instance administrative et non scientifique, de se fonder sur une appréciation de l'intérêt thérapeutique plus favorable que celle évaluée par la HAS. Conformément à sa recommandation, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a mis fin à cette faculté.

L'amélioration du service médical rendu (ASMR), un critère déterminant de fixation du prix

Pour chaque médicament ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché par l'ANSM ou la Commission européenne, la commission de la transparence de la HAS rend un avis sur le SMR (service médical rendu) et l'ASMR (amélioration du service médical rendu).

À la différence du SMR, l'ASMR entre dans la fixation du prix des médicaments. Selon les dispositions législatives précitées, il en est même le critère central. Il retrace le progrès thérapeutique relatif apporté par un médicament pour une indication thérapeutique donnée. La HAS évalue ce progrès par rapport aux médicaments déjà disponibles sur le marché. Selon le cas, son avis indique un progrès thérapeutique majeur (I), important (II), modéré (III), mineur (IV) ou inexistant (V).

³⁴² Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Pour les médicaments ayant une ASMR I à IV, le prix est fixé par comparaison au prix de médicaments « comparateurs » de la même classe thérapeutique. Ainsi, chaque médicament peut obtenir un avantage tarifaire d'autant plus élevé que son ASMR est importante par rapport aux « comparateurs » en question. Il n'existe pas d'échelle fixe des avantages tarifaires que peut accepter le CEPS : leur niveau est déterminé lors de chaque négociation.

Pour les médicaments n'apportant pas d'ASMR (ASMR V), le prix doit permettre d'obtenir un coût de traitement inférieur aux « comparateurs » : ils ne peuvent être admis au remboursement par l'assurance maladie qu'à la condition qu'ils apportent « une économie dans le coût de traitement médicamenteux »³⁴³.

Selon la commission de la transparence, la plupart des médicaments pris en charge par l'assurance maladie au cours des années récentes ne présentent pas d'amélioration du service médical rendu. Ainsi en 2015, 194 des 225 médicaments ayant fait l'objet d'une évaluation thérapeutique par la HAS ne présentaient pas d'ASMR (V), 25 une ASMR mineure (IV), 6 une ASMR modérée (III), un seul une ASMR importante (II) et aucun une ASMR majeure (I).

Si les avis de la HAS tendent à faire apparaître un déficit d'innovations thérapeutiques, les entreprises pharmaceutiques interprètent pour leur part la part réduite des nouveaux médicaments à ASMR I à III comme la conséquence d'un durcissement des conditions de reconnaissance des innovations qui aurait pour effet d'orienter la recherche vers des traitements « de niche » de pathologies rares et sans alternative.

b) L'introduction d'un critère d'efficience médico-économique

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2011, la Cour avait souligné que la fixation du prix des médicaments ne procédait pas d'une démarche médico-économique.

La loi de financement pour 2012 a complété les critères légaux de fixation du prix des médicaments pour inclure les résultats de l'évaluation médico-économique assurée par la commission d'évaluation économique et de santé publique de la HAS par la voie d'« avis d'efficience ».

³⁴³ Article R. 163-5-1-2 du code de la sécurité sociale.

L'évaluation médico-économique met en regard le coût du médicament et ses conséquences sur l'organisation des soins avec ses résultats, attendus ou constatés, en vie réelle. Elle est obligatoire pour les médicaments cumulant une ASMR revendiquée de I à III (réputés les plus innovants) et un « impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie compte tenu de son incidence sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades et, le cas échéant, de son prix »³⁴⁴.

c) La fixation par la loi des critères de fixation des prix révisés

Dans son rapport de 2011, la Cour avait enfin souligné la faiblesse du cadre juridique de révision des prix des médicaments, susceptibles de bénéficier d'une rente sur toute la durée de leur commercialisation.

La loi de financement pour 2017 a comblé une faille majeure du dispositif légal de fixation des prix, en donnant un fondement législatif³⁴⁵ aux critères jusque-là utilisés par le CEPS pour déterminer le niveau des prix des médicaments dans le cadre d'une procédure de révision. Cette évolution a pour objet de prévenir des contentieux. Auparavant, les critères retenus par le CEPS pour fixer les prix révisés relevaient de sa seule « doctrine » formalisée dans son rapport annuel d'activité.

Selon leur définition légale, les critères servant à fixer les prix révisés comprennent l'ancienneté de l'inscription, le prix net ou le tarif net et le prix d'achat net par les établissements et les distributeurs du médicament concerné et de ceux à même visée thérapeutique, le coût net du traitement lorsque le médicament est utilisé avec d'autres médicaments, les montants remboursés, prévus et constatés par l'assurance maladie au titre du médicament concerné et de ceux à même visée thérapeutique et « l'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret »³⁴⁶.

³⁴⁴ Article R. 161-71-1 du code de sécurité sociale.

³⁴⁵ Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

³⁴⁶ Un décret du 24 mars 2017 relatif aux pays européens de comparaison pour la fixation du prix des produits de santé remboursables par l'assurance maladie a défini ces pays : Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni. Ce sont les mêmes qui sont retenus dans le cadre de la garantie de prix européen (voir 2 - *infra*).

En revanche, les conditions de déclenchement des révisions de prix restent à ce jour définies par le seul accord-cadre du CEPS avec le LEEM.

2 - L'accord-cadre du 31 décembre 2015 avec le LEEM : le maintien d'un régime de fixation des prix avantageux pour les entreprises pharmaceutiques

Le dernier accord-cadre conclu le 31 décembre 2015 par le CEPS avec le LEEM a maintenu l'économie générale de la fixation des prix, articulée autour de prix faciaux élevés accompagnés de l'octroi de remises conventionnelles qui abaissent le prix net des médicaments. Cette permanence se traduit notamment, s'agissant des médicaments innovants, par la reconduction de la garantie de prix européen, qui est un élément fondamental du consentement de l'industrie pharmaceutique à la politique conventionnelle de fixation du prix des médicaments³⁴⁷.

La garantie de prix européen

Prévue par l'accord-cadre de 2003 et systématiquement reconduite depuis lors³⁴⁸, elle consiste à accorder à certains médicaments un prix fabricant hors taxes qui ne peut être inférieur au plus bas prix pratiqué par un panel de quatre autres pays européens : Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni. Lorsque les prix de ces médicaments ne sont connus que dans un ou deux pays de ce panel au moment de leur fixation en France, le CEPS et les entreprises concernées peuvent déterminer de manière conventionnelle les conditions de leur révision ultérieure au regard de leur évolution dans les quatre pays du panel. Les entreprises sont alors tenues de communiquer annuellement au CEPS les évolutions de prix et de volumes de vente observées dans ces derniers.

³⁴⁷ Lors de la renégociation de l'accord-cadre en 2012, la proposition d'un abandon avait suscité un refus de signature du projet.

³⁴⁸ Article 9 de l'accord-cadre de 2015.

« Sauf exception justifiée par le marché français », la garantie de prix européen s'applique à l'ensemble des médicaments avec une ASMR I à III, ainsi qu'à ceux ayant obtenu une ASMR IV par rapport à des « comparateurs » avec ASMR I à III récente³⁴⁹ et, depuis le dernier accord cadre de décembre 2015, aux médicaments antibiotiques à base d'une substance ayant obtenu une ASMR IV. Depuis l'accord-cadre de 2012, pour qu'un médicament soit éligible à la garantie de prix européen, quelle que soit son ASMR, il doit avoir recueilli un avis de la commission compétente de la HAS qui permette au CEPS d'établir les conditions de son efficacité médico-économique. Depuis l'accord-cadre de 2015, des réserves méthodologiques émises par la HAS sont susceptibles de conduire à l'inéligibilité de certains médicaments à la garantie de prix européen.

Le prix européen est accordé pour une durée de cinq années. Celle-ci est prolongée dans la limite d'une année au plus en cas d'extension d'indication (pour les médicaments d'ASMR I à III et d'ASMR IV en comparaison de médicaments ayant récemment obtenu une ASMR I à III), sous réserve que cette indication nouvelle bénéficie à une population significative par rapport à celle de l'indication initiale. Dans les autres cas (ASMR V et autres ASMR IV), elle est raccourcie d'une année au plus.

La reconduction systématique de ce dispositif traduit le consentement renouvelé des pouvoirs publics, dans leur relation avec les entreprises pharmaceutiques, à l'octroi et au maintien de prix faciaux élevés pour les médicaments innovants. Au-delà de ces seuls médicaments, le dernier accord-cadre a également consacré la possibilité de conclure des remises conventionnelles pour tous les médicaments, sans distinction d'ASMR, en inscrivant pour la première fois dans le cadre conventionnel la typologie des remises conventionnelles dont la « doctrine » était fixée par le CEPS dans son rapport d'activité annuel.

À cette économie générale inchangée depuis 2003, les accords-cadres successifs ont ouvert la voie à la prise en compte de critères supplémentaires, non mentionnés par la loi, dans la fixation du prix de certains médicaments spécifiques. La fixation du prix peut ainsi tenir compte du prix de revient industriel ou des conditions financières d'exploitation des médicaments s'agissant des médicaments orphelins

³⁴⁹ Cette extension à des médicaments d'ASMR IV est valable lorsqu'il « ressort de l'avis de la commission de la transparence que cette évaluation est plus favorable que celle qui leur aurait valu un partage d'ASMR par rapport à ces comparateurs ».

destinés à traiter des maladies rares³⁵⁰ ou dont l'accès est indispensable pour des raisons sanitaires³⁵¹. Le Conseil d'État a confirmé la possibilité de prendre en compte ces coûts spécifiques dans la fixation du prix des médicaments orphelins³⁵².

Parmi les ajouts notables des accords-cadres successifs, l'accord de 2015 en vigueur a introduit de nouveaux dispositifs favorables aux entreprises. Ils permettent à certains médicaments d'obtenir des avantages tarifaires conditionnels supérieurs à ceux qui auraient été obtenus par une stricte interprétation de leur ASMR au moment de la fixation de leurs prix (contrats de performance prévus à l'article 12) et de prendre en compte d'autres critères que l'intérêt thérapeutique des médicaments (garantie de stabilité des prix accordée au motif de la réalisation d'investissements dans l'Union européenne, prévue par l'article 18). Ils sont plus précisément analysés dans le II du présent chapitre.

3 - Des orientations ministérielles de plus en plus affirmées

Des lettres ministérielles fixent au président du CEPS des objectifs pour la négociation du prix des médicaments avec les entreprises pharmaceutiques. Elles sont inspirées de manière croissante par des objectifs de maîtrise du coût des médicaments.

Aux objectifs de rapidité d'accès aux traitements et de valorisation du progrès thérapeutique, les orientations du 2 avril 2013 ont ajouté des objectifs de transparence, de bon usage du médicament et d'efficacité de la dépense en vue d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), à caractère annuel.

Les orientations ministérielles du 17 août 2016 marquent un tournant en assignant au CEPS des objectifs plus volontaristes et des principes plus rigoureux dans la fixation du prix des médicaments. Il est

³⁵⁰ Pour ces médicaments, l'accord-cadre prévoit, depuis celui de 2012, que le CEPS peut accepter un prix « cohérent avec ceux pratiqués internationalement » conduisant à un coût supérieur à 50 000 € annuels, en contrepartie d'une limitation forfaitaire du chiffre d'affaires et d'un approvisionnement sans restriction.

³⁵¹ Pour ces médicaments pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique moins coûteuse disponible, l'article 16 de l'accord cadre prévoit la possibilité pour le CEPS d'accorder, à la demande de l'entreprise, une hausse de prix justifiée par les conditions financières d'exploitation du produit, en contrepartie d'une garantie d'approvisionnement du marché français.

³⁵² Décision du Conseil d'État n° 363195 « Siklos » 14 mai 2014.

ainsi demandé au CEPS de faire émerger des mécanismes de régulation conventionnelle ambitieux, fondés sur la régulation d'une pathologie et non d'une seule spécialité. L'utilisation de produits en association de traitement doit dans tous les cas conduire à revoir le prix de ces traitements afin que le coût net de l'association n'excède celui de chaque molécule qu'à raison d'un bénéfice thérapeutique démontré. Sauf exception, la baisse du prix d'un produit doit entraîner celle du prix des produits comparables. Les médicaments non inscrits au répertoire des génériques, dont la Cour a recommandé la suppression à terme au regard de son caractère trop étroit³⁵³, doivent engendrer le même niveau d'économies que les génériques. Une indication sans ASMR (V) doit conduire à réaliser des économies et se traduire par un prix inférieur au comparateur le moins cher³⁵⁴. Une indication d'ASMR mineure (IV) ne doit plus entraîner d'augmentation du coût du traitement, défini par rapport au coût net du « comparateur » le moins cher.

La fixation des prix des médicaments d'ASMR mineure (IV)

Les médicaments d'ASMR IV représentent moins de 10 % des médicaments nouvellement commercialisés, mais 90 % des ASMR attribuées (hors ASMR V).

Les modalités de fixation du prix de ces médicaments sont hétérogènes et soulèvent des incertitudes. Le CEPS a parfois accepté des prix fabricant élevés (proches des prix pratiqués au niveau européen) - en particulier pour les nouvelles thérapies anti-cancéreuses - accompagnés de remises, notamment à la première boîte.

Cet octroi de remises confidentielles a eu des effets d'entraînement sur des médicaments d'ASMR V, comme certains traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Ces médicaments d'ASMR V ont fait l'objet de remises de niveau équivalent à celles de leurs médicaments comparateurs d'ASMR IV, afin de ne pas dévoiler à travers le prix fabricant le niveau des remises accordées à ces derniers.

³⁵³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-289, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁵⁴ D'après les orientations ministérielles, les comparateurs retenus par le CEPS pour la fixation des prix doivent être les médicaments choisis comme comparateurs par la HAS dans ses évaluations thérapeutiques. À défaut, ils doivent être choisis parmi les médicaments les plus pertinents sur le plan clinique.

S'agissant du prix des médicaments comportant une ASMR IV, le CEPS a développé une « doctrine », formalisée dans son rapport d'activité annuel, selon laquelle l'octroi d'un avantage tarifaire pour ces médicaments, si faible fût-il (en proportion de sa population cible), ne doit pas engendrer de surcoût pour l'assurance maladie.

Les orientations ministérielles d'août 2016 ont durci cette appréciation, qui s'entend « par rapport au coût net du comparateur le moins cher pour cette indication », alors que de nombreuses classes thérapeutiques comprennent des comparateurs de première, deuxième ou troisième génération aux coûts hétérogènes. À ce jour, il n'a cependant pas été rapporté d'exemple de médicaments d'ASMR IV dont l'accès au marché n'aurait pas abouti de ce fait.

Le LEEM conteste pour sa part le tour de plus en plus impératif pris par les orientations ministérielles et estime que celles d'août 2016 contredisent plusieurs dispositions de l'accord-cadre de décembre 2015.

C - Des résultats significatifs dans la maîtrise de la dépense de médicaments

1 - La fixation d'objectifs croissants d'économies à réaliser par le CEPS

Dans le cadre des projets de lois de financement de la sécurité sociale et pour le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), les pouvoirs publics déterminent des montants d'économies au titre du médicament qui peuvent prendre de multiples formes : maîtrise médicalisée des prescriptions, développement de la diffusion des génériques, remboursements, baisses de tarifs. À cet égard, ils assignent au CEPS des objectifs annuels d'économies sous forme de baisses de prix, portant de manière distincte d'une part sur les spécialités génériques et d'autre part sur les *princeps* et médicaments en dehors du répertoire des génériques.

Selon les données des projets de loi de financement, retraitées par la Cour, les objectifs d'économies au titre de baisses du prix des médicaments ont crû significativement depuis 2012. Pour 2016, le montant d'économies à réaliser s'élevait à 975 M€. Pour 2017, il atteint 1,12 Md€.

Tableau n° 64 : économies attendues et réalisées au titre des baisses de prix des médicaments en ville (2010-2017)

En M€

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Objectifs d'économies (PLFSS)	N/A	450	930	775	870	835	975	1 120
Économies réalisées	448	470	875	784	833	801	Nd	Nd

Source : Cour des comptes à partir des données des projets de loi de financement (objectifs d'économies) et du CEPS (économies réalisées).

Les économies ainsi affichées au titre de baisses de prix ont apporté une contribution substantielle et croissante au respect d'un ONDAM progressivement resserré sur la même période. Elles ne représentent toutefois qu'une partie de l'effort financier au titre de la dépense de médicament, qui comprend également des économies liées notamment à la maîtrise des volumes de prescription et à la diffusion des génériques. Selon le LEEM, les baisses de prix, celles des génériques y compris, représenteraient ainsi un peu plus de la moitié de la contribution totale du médicament aux économies sur l'ONDAM affichées par les projets de loi de financement 2015 à 2017.

Pour 2017, les économies attendues au titre de baisses du prix des médicaments apparaissent surévaluées. L'effort demandé est en réalité moindre que celui de 2016, tout en demeurant substantiel. En effet, l'augmentation des économies affichées reflète, à hauteur de 250 M€, le rendement prévisionnel de nouvelles remises conventionnelles attendues sur des médicaments innovants, dont le prix n'a toutefois pas encore été fixé.

Par ailleurs, 220 M€ d'économies sont également attendues en 2017 de la création du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), instauré par l'article 95 de la loi de financement pour 2017. Or, ce fonds, présenté comme devant lisser les dépenses de médicaments innovants et coûteux, a pour objet véritable de réduire la progression globale des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM³⁵⁵. Alors même qu'il n'est pas effectivement doté³⁵⁶, sa création même affiche à l'attention des entreprises pharmaceutiques une nouvelle source de financement des médicaments qui desserre la contrainte sur la fixation des prix.

³⁵⁵ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 89.

³⁵⁶ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre I : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer, p. 31.

Les objectifs d'économies sur le médicament mentionnés dans les projets de loi de financement manquent ainsi de lisibilité. Ils sont de fait éclatés entre plusieurs rubriques peu précises et définis à un niveau insuffisamment fin pour apprécier les économies liées respectivement à des effets volume et à des effets prix.

Par ailleurs, le mode de calcul des économies prévues et réalisées par le CEPS au titre des baisses de prix n'apparaît pas suffisamment rigoureux.

**Un mode de calcul des économies au titre de baisses de prix
insuffisamment rigoureux**

Les économies assignées au CEPS et chiffrées par ce dernier dans son rapport d'activité présentent des fragilités :

- elles prennent en compte les effets report en année pleine des baisses de prix de l'exercice précédent ;
- elles intègrent les décotes de 20 % intervenues sur le prix de spécialités *princeps* au moment de la commercialisation de leurs génériques, qui s'apparentent à des économies de constatation ;
- elles ne tiennent pas compte de la suppression ou de la renégociation, en contrepartie des baisses de prix fabricant, des remises conventionnelles propres à chaque produit, qui viennent pourtant réduire leur incidence sur les comptes de l'assurance maladie. Selon le CEPS, le montant des économies, nettes des effets sur les remises, serait entre 2010 et 2015 inférieur de 12,5 % à celui des économies affichées.

À l'avenir, les économies liées à des baisses de prix assignées au CEPS et celles retracées dans son rapport d'activité annuel devraient porter sur l'impact, en année pleine, des baisses de prix, nets de remises, c'est-à-dire l'impact conjugué des baisses du prix fabricant et de l'évolution, à la hausse ou à la baisse du montant des remises associées, sur le seul périmètre des médicaments dont le prix a déjà été fixé antérieurement.

2 - Un encadrement renforcé de la dépense totale de médicaments

Au-delà des orientations visant à faire baisser leur prix, les pouvoirs publics ont mis en place des mécanismes d'encadrement du montant même des dépenses de médicaments. En 2015, les conditions de déclenchement de la « clause de sauvegarde »³⁵⁷, instaurée en 1999, ont été resserrées et ce dispositif a été complété par un mécanisme spécifique aux traitements de l'hépatite C à la suite de la commercialisation du Sovaldi®.

La clause de sauvegarde « L » et la contribution W

La clause de sauvegarde dite « L » (« K » à l'origine) a pour objet de contenir l'évolution du chiffre d'affaires brut³⁵⁸ (hors taxes) réalisé en France au titre de médicaments remboursés par l'assurance maladie.

Au-delà d'un taux d'évolution (« L ») défini par la loi, se déclenche une contribution obligatoire progressive, partagée entre les entreprises³⁵⁹. Dès l'origine, a néanmoins été prévue la possibilité, pour les entreprises conventionnées avec le CEPS, de verser à l'assurance maladie des remises ayant pour effet de les exonérer de cette contribution.

Il s'agit donc d'un mécanisme incitatif à la négociation de prix maîtrisés dans le cadre de la politique conventionnelle. Par le signal qu'il adresse à l'industrie pharmaceutique et par son caractère fortement incitatif, il renforce la position de négociation du CEPS.

Les conditions de déclenchement de la clause de sauvegarde ont été progressivement resserrées. Pour 2015 et 2016, le taux « L » a ainsi été fixé à un niveau négatif (-1 %, contre +0,4 % pour 2014). Pour 2017, il est à nouveau fixé à un niveau positif, mais différencié par circuit de distribution (+0 % en ville et +2 % à l'hôpital, pour ce dernier en prévision de l'arrivée sur le marché de médicaments très onéreux sur la liste en sus).

³⁵⁷ Article L. 138-10 du code de sécurité sociale.

³⁵⁸ À partir de la loi de financement pour 2015, la contribution était assise sur le chiffre d'affaires hors taxes net des remises, ce qui a eu des effets négatifs sur la prévisibilité du montant des remises et des économies. Afin de conserver le caractère incitatif du dispositif, à partir de la loi de financement pour 2017, elle est à nouveau assise sur le chiffre d'affaires brut hors taxes.

³⁵⁹ Depuis la loi de financement pour 2015, cette répartition est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata du chiffre d'affaires des entreprises redevables et, pour les 50 % restant, en fonction de la progression du chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises (article L. 138-12 du code de la sécurité sociale).

Par ailleurs, à partir de 2015, le législateur a souhaité assurer un rendement minimal à la clause de sauvegarde. La loi de financement pour 2015 a ainsi disposé que le montant des remises « exonératoires » devait représenter 80 % au moins du montant théorique de la contribution. La loi de financement pour 2017 a porté ce seuil à 90 %.

Un mécanisme similaire de régulation pour les traitements contre le virus de l'hépatite C (VHC), dit de l'enveloppe « W », a été introduit en 2015. Il comporte le versement d'une contribution calculée sur la base du chiffre d'affaires des traitements anti-VHC dépassant 450 M€ en 2015, puis 700 M€ en 2016, dont les entreprises peuvent s'exonérer en versant des remises au moins égales à 90 % du montant de la contribution.

Pour la première fois depuis 2008, le CEPS a activé la clause de sauvegarde « L » au titre de 2015, puis de 2016, ce qui a conduit les entreprises pharmaceutiques à verser respectivement 63 M€ et 132 M€ de remises exonératoires. Quant au mécanisme de l'enveloppe « W », il s'est traduit par le versement par les entreprises de 205 M€ de contributions au titre de 2014, puis de 21 M€ au titre de 2015.

Comme la Cour l'a souligné³⁶⁰, le déclenchement de ces mécanismes illustre le caractère davantage contraignant que par le passé de la maîtrise par « enveloppe » des dépenses de médicaments.

3 - Des effets significatifs sur l'évolution de la dépense de médicaments

Les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics afin de peser sur l'évolution du prix des médicaments ou en limiter les effets produisent des effets significatifs sur l'évolution des dépenses de médicaments remboursables par l'assurance maladie.

Entre 2008 et 2015, la consommation moyenne de soins et de biens médicaux (CSBM) par habitant est passée en moyenne de 2 518 € à 2 926 € (+16,2 %). La dépense de médicaments, qui a atteint 511 € en 2015 contre 507 € en 2008, tous modes de distribution confondus, représente une part

³⁶⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017, p. 71-120, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

minime (4 €) de l'augmentation correspondante (soit 418 €), loin derrière les autres postes de dépenses³⁶¹.

Après des années de vive augmentation, les dépenses de médicaments remboursables en ville connaissent une baisse tendancielle depuis 2012, mis à part le « pic » de dépenses lié à l'introduction de médicaments innovants de lutte contre l'hépatite C³⁶². Le niveau de dépenses de 2015 (29,8 Md€) est ainsi comparable à celui de 2008. Parmi les dépenses de soins de ville, les médicaments sont le seul poste maîtrisé³⁶³.

**Tableau n° 65 : dépenses de médicaments remboursables en ville
(2008-2015)**

En M€

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Médicaments remboursables	29 669	30 019	30 146	30 570	29 893	29 290	30 190	29 771
dont pharmacies d'officine	28 451	28 710	28 747	29 054	28 230	27 690	27 307	26 979
dont rétrocession hospitalière	1 218	1 309	1 399	1 516	1 663	1 600	2 883	2 792 (est.)

Source : DREES, les dépenses de santé en 2015.

Cette situation distingue notre pays de l'Allemagne, où, dans un contexte d'excédents tendanciellement croissants de l'assurance maladie légale, les dépenses de médicaments remboursés par cette dernière ont retrouvé, après une période de stabilisation, une progression soutenue (+4,7 % par an en moyenne sur la période 2012-2016³⁶⁴), sous l'effet de l'arrivée de nouveaux médicaments onéreux et de la remise en cause progressive de certaines mesures de régulation introduites par la loi de restructuration du marché pharmaceutique de novembre 2010 (gels de prix

³⁶¹ 212 € pour les soins hospitaliers, 118 € pour les soins de ville (médicaux et paramédicaux), 56 € pour les dispositifs médicaux et 18 € pour les transports sanitaires. Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, programme de qualité et d'efficacité (PQE) « Maladie ».

³⁶² Qui rend également compte de la divergence d'évolution entre pharmacies d'officine et pharmacies hospitalières qui peut être observée depuis 2014.

³⁶³ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 89.

³⁶⁴ « Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 1999 bis 2016 », données disponibles sur <https://de.statista.com>.

et rabais obligatoires que les fabricants reversent aux caisses par l'intermédiaire des pharmaciens)³⁶⁵.

Comme le montre le tableau ci-après, les actions visant à faire baisser le prix des médicaments vendus en pharmacie d'officine sont à créditer d'une importante contribution à la maîtrise des dépenses de médicaments remboursés par l'assurance maladie (à hauteur de -3,6 % par an en moyenne annuelle entre 2010 et 2015), qui ne connaissent plus la dynamique forte que la Cour avait constatée lors de sa précédente enquête.

Avec la pénétration croissante des médicaments génériques (incidence de -1,3 % en moyenne annuelle) et, dans une moindre mesure, la diminution du nombre de boîtes délivrées (-0,5 %), elles ont en effet compensé et au-delà les effets haussiers propres à la déformation de la structure des ventes vers des médicaments plus coûteux (+4,2 %) ou intégralement pris en charge par l'assurance maladie, sans ticket modérateur (soit +0,8 %).

Tableau n° 66 : facteurs d'évolution de la dépense de médicaments remboursés vendus en officine (2009-2015)

En %

Effets	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne 2010-2015
Prix	-2,2	-2,2	-3,5	-3,4	-3,6	-3,0	-3,6
Génériques	-1,4	-0,7	-1,8	-2,2	-0,7	-0,6	-1,3
Nombre de boîtes	-0,1	-0,6	-1,3	+0,6	+0,2	-0,2	-0,4
Ticket modérateur	+0,4	+0,4	+1,0	+0,9	+0,5	+0,7	+0,8
Structure	+5,4	+3,4	+4,5	+4,1	+2,6	+2,9	+4,2
Croissance globale	+2,4	+0,2	-1,3	-0,2	-1,1	-0,3	-0,5

Source : programme de qualité et d'efficience « Maladie », annexé aux PLFSS 2015 à 2017.

La France, qui connaissait des prix en moyenne plus élevés que ses voisins européens, bénéficie aujourd'hui de prix faciaux proches de la moyenne des pays comparables, comme le font apparaître les enquêtes du CEPS de 2015 sur trois classes de produits génériques et sur les médicaments sous brevet à fort volume³⁶⁶, qui indiquent un prix facial

³⁶⁵ Union fédérale des associations de pharmaciens allemands ABDA (*Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände*).

³⁶⁶ Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, inhibiteurs de l'enzyme de conversion/sartans.

français proche de la moyenne de quatre pays européens et une enquête de 2016 sur 31 anticancéreux dans les pays de l'OCDE³⁶⁷.

Il n'en reste pas moins que la dépense moyenne de médicaments par habitant continue à s'inscrire, en France, à un niveau élevé. Exprimée en parité de pouvoir d'achat, elle était supérieure en 2014 de 12 % à la dépense moyenne par habitant dans les 15 pays de l'Union européenne d'avant l'élargissement de 2004³⁶⁸.

Si le prix des médicaments n'est pas seul en cause dans ce constat, la déformation de la dépense de médicaments vers des médicaments plus coûteux (« effet structure ») invite à peser plus fortement sur le prix des médicaments, notamment de ceux dont l'apport thérapeutique est faible ou inexistant par rapport à ceux qui les ont précédés ou qui ont été introduits à une date déjà ancienne. De fait, les actions mises en œuvre à cette fin ne mobilisent encore que très partiellement des marges d'efficacité médico-économiques toujours très élevées.

II - Des marges d'efficacité médico-économique importantes mais encore largement inexploitées

Compte tenu du critère légal déterminant de l'amélioration du service médical rendu, les prix des médicaments sont en principe corrélés à leur apport thérapeutique par rapport aux traitements existants. Toutefois, plusieurs facteurs concourent à déconnecter les prix d'un grand nombre de médicaments de leur apport thérapeutique véritable, avec des coûts induits importants pour l'assurance maladie. Bien que stabilisée, voire orientée à la baisse, la dépense totale de médicaments recouvre ainsi d'importantes marges d'économie supplémentaires, aujourd'hui non mobilisées.

³⁶⁷ Vogler, Vitry et Babar (2016).

³⁶⁸ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, PQE « Maladie ».

A - Une politique privilégiant l'obtention de remises à des baisses des prix faciaux

La négociation du prix des médicaments est susceptible de porter sur leur prix fabricant hors taxes - dit prix facial - ou sur leur prix net de remises, couvertes par le secret des affaires. Pour les médicaments déjà présents sur le marché, les orientations ministérielles d'août 2016 font désormais du prix net de remises l'objectif principal des négociations menées par le CEPS³⁶⁹. La France n'est pas seule dans ce cas : 25³⁷⁰ des 28 pays membres de l'Union européenne en négocient. Par ailleurs, les remises constituent des produits pour l'assurance maladie, dont le niveau est indépendant de celui des taux de prise en charge des médicaments par cette dernière, qui viennent en déduction des dépenses de médicaments suivies dans le cadre de l'ONDAM.

Cependant, l'obtention d'un prix facial ou bien d'un prix net de remises identiques emporte des conséquences financières différentes sur les dépenses d'assurance maladie comme sur la situation des assurés.

1 - Des baisses de prix faciaux freinées par la garantie de prix européen

Les entreprises pharmaceutiques ont un intérêt marqué à l'obtention de prix fabricant élevés, quitte à accepter des remises. Multipliés par leurs volumes de vente, les prix fabricant constituent la base de leur chiffre d'affaires prévisionnel, qui est le premier signal de rentabilité pour leurs investisseurs. En outre, ils servent de référence pour les pays qui pratiquent le parangonnage des prix. À cet égard, la France présente un intérêt tout particulier dans la mesure où elle constitue la première référence pour les 19 pays concernés de l'OCDE³⁷¹.

Systématiquement reconduite, la garantie de prix européen contrarie la baisse des prix fabricant et en amoindrit la portée pour les financeurs des dépenses de médicaments. En ancrant dans le temps des prix faciaux des

³⁶⁹ Pour les « médicaments déjà disponibles dans le panier de soins », « Si la fixation du prix facial constitue un enjeu réel afin d'éviter toute escalade, c'est le prix net de remises qui constitue l'enjeu central et la cible principale de vos négociations ».

³⁷⁰ À l'exception de la Pologne, de la Lettonie et de l'Estonie.

³⁷¹ À l'exception des États-Unis, du Royaume-Uni et de la Suède, la plupart des pays de l'OCDE utilisent la référence aux prix externes comme critère, exclusif (Pays-Bas, Norvège) ou non, pour fixer le prix des médicaments sur leur propre marché.

médicaments innovants au niveau de ceux pratiqués par un panel restreint de quatre pays, quel que soit le niveau des remises qu'ils ont obtenues, et par les effets d'entraînement qu'elle induit sur la fixation du prix des médicaments d'ASMR IV et V dont les comparateurs sont des médicaments ayant bénéficié de cette garantie, elle suscite un risque « d'escalade des prix faciaux ».

2 - Une généralisation des remises acceptée par les pouvoirs publics pour tous les médicaments, même à ASMR faible ou nulle

Comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le montant des remises accordées par les entreprises pharmaceutiques sur le prix fabricant des médicaments a fortement augmenté en France au cours des années récentes, passant de 460 M€ en 2012 à 1,0 Md€ en 2015³⁷². Les remises constituent des produits pour l'assurance maladie et sont collectées par les URSSAF pour le compte de cette dernière.

Jusqu'en 2015, le CEPS utilisait une panoplie très large de remises spécifiques à chaque produit en fonction de ses caractéristiques. L'accord-cadre de 2015 a formalisé, en la rationalisant, la typologie des clauses de remise pratiquées par le CEPS.

Les différents types de remise en vigueur depuis 2015

Au sens économique, les remises conventionnelles acquittées par les entreprises pharmaceutiques s'apparentent à des contrats de partage du risque (économique et/ou lié à l'usage ou à la performance des médicaments) avec les payeurs. Ils sont de différents types :

- les accords « prix-volumes » classiques, qui donnent lieu, en cas de dépassement d'un seuil de chiffre d'affaires défini conventionnellement, au versement de remises dégressivement proportionnelles au dépassement du chiffre d'affaires ;
- les clauses dites de « plafonnement », initialement destinées aux maladies orphelines (maladies rares) mais progressivement élargies, qui donnent lieu au versement de remises égales à 80 % ou plus du chiffre d'affaires au-delà d'un seuil défini conventionnellement ;
- les remises dites « à la première boîte », proportionnelles aux volumes de vente ;

³⁷² CEPS.

- les clauses de coût de traitement journalier (CTJ) ou de posologie (qui à la différence des trois premiers types de remises ne sont pas liées aux volumes), calculées sur la base des données de consommation observées, de manière à faire converger le coût réel du traitement vers une cible définie conventionnellement (par exemple sur la base des posologies de l'autorisation de la mise sur le marché ou de durées cibles de traitement).

L'augmentation du montant des remises a concerné ces quatre catégories. La part des remises calculées à partir de seuils de volumes (partage du risque financier) dans le montant global des remises conventionnelles reste prépondérante (70 % en 2015 contre 92 % en 2012, en majorité des accords prix-volumes), les clauses de remise à la première boîte, de coût de traitement et de performance et autres représentant respectivement 9 %, 8 % et 13 % du montant global.

Les remises conventionnelles jouent un rôle important dans la réduction du coût des médicaments par rapport aux demandes des entreprises pharmaceutiques. Sur l'échantillon retenu par la Cour, les prix nets après remises s'établissaient entre 60 % et 98 % des prix fabricant obtenus, soit des remises comprises entre 2 % et 40 % du prix facial.

Cependant, alors que la logique économique, telle qu'exposée par la « doctrine » du CEPS formalisée dans son rapport d'activité annuel, devrait conduire à circonscrire cette pratique à des médicaments dont le prix fabricant est particulièrement élevé, ou pour lesquels il existe un risque significatif de dérive des prescriptions, les remises tendent à se généraliser à l'ensemble des médicaments, sans distinction liée à leur ASMR.

Sur l'échantillon de 25 spécialités examiné par la Cour, 8 des 11 spécialités sans ASMR (ASMR V) donnent ainsi lieu à des remises liées au volume des ventes, plutôt qu'à des prix fabricant plus faibles.

L'exemple des traitements de la sclérose en plaques est illustratif des avantages tarifaires accordés à plusieurs médicaments d'ASMR mineure (IV) ou nulle (V). Selon l'estimation de la Cour, l'application stricte de la règle de l'utilisation du « comparateur » le moins cher pour la fixation du prix pourrait conduire, sur les traitements de la sclérose en plaques, à une économie qui pourrait atteindre jusqu'à 80 M€, au regard d'un montant actuel de remises de l'ordre de 30 M€.

3 - Des surcoûts inhérents à l'obtention de remises plutôt que de diminutions des prix faciaux

Dans le cadre de l'ONDAM, les produits liés aux remises conventionnelles viennent en réduction des dépenses de médicaments. Si les remises peuvent sembler en première analyse avoir la même portée que des baisses des prix fabricant, elles emportent en réalité des surcoûts pour l'assurance maladie et pour les assurés sociaux.

En premier lieu, le brouillage du « signal prix » adressé aux médecins par une échelle des prix publics déconnectée de la réalité des prix nets de remises est de nature à favoriser des comportements de sur-prescription de médicaments dont le coût ne reflète pas l'apport thérapeutique réel ou le degré d'innovation. Ainsi, la rosuvastatine (Crestor®) représente 30 % des statines prescrites en France contre 0,5 % en Allemagne. Or, elle bénéficie d'un prix plus élevé que les autres statines en dépit d'une ASMR V et de la génériqueation des autres comparateurs.

En outre, les établissements de santé négocient avec les entreprises pharmaceutiques leurs achats de médicaments au titre de la « liste en sus » sans connaître les remises confidentielles négociées par le CEPS. Ils subissent ainsi une complète asymétrie d'information, dont les conséquences financières sont supportées *in fine* par l'assurance maladie.

De plus, le prix des médicaments génériques, conformément à l'accord-cadre en vigueur, est calculé en appliquant une décote de 60 % au prix fabricant du *princeps*, qui fait lui-même l'objet d'une décote de 20 % lorsqu'il est générique. Il résulte de ces modalités de calcul un surcoût pour l'assurance maladie par rapport à une baisse des prix fabricant du *princeps*. Pour les médicaments de l'échantillon retenu par la Cour, une application de la décote au prix net de la spécialité *princeps* aurait entraîné des prix inférieurs de 61 % à 76 % à ceux du *princeps*, contre 60 % en application de l'accord-cadre.

**Des prix élevés de médicaments *princeps* et génériques :
l'exemple de la rosuvastatine**

Malgré les baisses intervenues entre 2014 et 2017 (14,9 % sur le dosage 5mg, 20,7 % pour le dosage 10 mg et 27,2 % pour le dosage 20 mg, soit 16,3 % en cumul), le prix toujours très élevé du Crestor® (rosuvastatine) par rapport aux autres statines (environ 0,30 euro par jour de traitement pour la plupart des autres statines contre 0,45 euro en moyenne pour le Crestor®) contribue également à expliquer le prix également plus élevé de son générique, commercialisé à partir de 2017, par rapport à ceux des autres statines. Selon l'estimation de la Cour, le surcoût du Crestor® pour l'assurance maladie serait de l'ordre de 460 M€ en cumul entre 2014 et 2017.

Par ailleurs, les remises conventionnelles, contrairement aux baisses de prix fabricant, ne permettent pas d'alléger les coûts de distribution, par ailleurs très élevés, des médicaments supportés par l'assurance maladie obligatoire, les assurances maladie complémentaires et les assurés sociaux. En effet, les marges réglementées sont en tout (grossistes-répartiteurs) ou partie (pharmacies d'officine) assises sur le prix fabricant hors taxes ; le prix net de remises n'intervient pas dans leur détermination³⁷³.

Enfin, l'assurance maladie rembourse les médicaments aux assurés sociaux sur la base de leur prix de vente public, et non de leur prix net des remises qui lui sont versés. Mis à part les médicaments pris en charge à 100 % au titre notamment des affections de longue durée (ALD) ou de la CMU-C, l'octroi de remises en contrepartie de prix fabricant plus élevés laisse un surcoût à la charge des assurés sociaux, soit directement sous forme de ticket modérateur, soit par l'intermédiaire de leurs assurances complémentaires.

En prenant en compte, dans l'échantillon de la Cour, les seules spécialités vendues en officine, soit 19 spécialités représentant une dépense de 3 Md€³⁷⁴ remboursée par l'assurance maladie à hauteur de 93 % en moyenne en 2016, le montant agrégé des tickets modérateurs restant à la charge des assurés après remboursement base baisserait de 6 %, en l'espèce de 272 M€ à 256 M€, si les remises étaient transformées en des baisses de prix fabricant. Or, cette transformation ne revêt pas un caractère systématique, même quand elle est contractuellement prévue.

³⁷³ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre IX : le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires, p. 397.

³⁷⁴ Soit 13 % de la dépense remboursée en 2016 et 42 % des remises acquittées.

4 - L'absence de transformation systématique des remises en des baisses de prix fabricant

Originellement conçues comme des contrats de révision conditionnelle des prix, les remises conventionnelles spécifiques à chaque produit³⁷⁵ négociées par le CEPS avec les entreprises pharmaceutiques ont en principe un caractère exceptionnel et temporaire.

C'est pourquoi les accords-cadres successifs ont prévu que le CEPS demande la transformation³⁷⁶, totale ou partielle, de ces dernières en des baisses de prix fabricant, à l'issue de la période de garantie de prix européen de cinq années ou, à défaut, d'une période de trois ans, « sauf exception justifiée par des caractéristiques propres au contrat ».

En pratique, cette transformation ne revêt pas un caractère systématique ou est différée.

En effet, l'arrivée à échéance d'une remise conventionnelle peut être l'occasion pour les entreprises de demander un report, ou une atténuation, des baisses de prix fabricant initialement prévues dans une précédente négociation. À titre d'illustration, le CEPS a accepté en 2014 la demande des entreprises commercialisant des gliptines, famille de médicaments sans ASMR³⁷⁷, de retarder les baisses de prix initialement prévues (de l'ordre de 20 %). Selon l'estimation de la Cour, ce report a engendré, entre 2015 et 2017, un surcoût cumulé de 215 M€ pour l'assurance maladie.

En outre, le CEPS a parfois concédé des clauses de nature confidentielle qui limitent de fait sa capacité à demander des révisions des prix et retardent l'arrivée à échéance du prix fabricant en vigueur.

Par ailleurs, les systèmes d'information du CEPS ne lui permettent pas, en leur état actuel, d'être alerté de l'arrivée à échéance des clauses de remises et d'engager des révisions de prix fabricant.

³⁷⁵ Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Ces clauses se différencient d'autres remises légales, non spécifiques à chaque produit, telles que les remises exonératoires des contributions issues des clauses de sauvegarde (sur le fondement de l'article L. 138-13 et L. 138-19-4 du code de la sécurité sociale) et des remises au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU (article L. 162-16-5-1).

³⁷⁶ Article 21 de l'accord-cadre.

³⁷⁷ Les gliptines sont une famille de médicaments prescrites dans le traitement du diabète de type 2. Elles ont des niveaux de SMR très variables, d'insuffisant à élevé en fonction des associations en mono-, bi- ou trithérapie, mais n'apportent en général pas d'ASMR dans la prise en charge du diabète de type 2.

L'absence de transformation systématique des remises en des baisses de prix fabricant s'avère ainsi coûteuse pour l'assurance maladie, en favorisant l'« escalade » des prix fabricant d'une même classe thérapeutique ou en maintenant ces derniers à des prix élevés.

5 - Des remises partiellement compensées par des « avoirs »

Depuis l'origine, les accords-cadres prévoient la possibilité pour le CEPS d'accorder des « crédits de remises », désormais dénommés « avoirs sur remises », pouvant venir en déduction des remises dues à l'assurance maladie en application de clauses conventionnelles relatives à certains produits, des remises dues en cas de dépassement du taux « L » et des remises exonératoires « W », et reportables sur une durée que l'accord-cadre de 2015 a limitée à cinq années.

Calculés sur la base du prix et du nombre d'unités vendues, les « avoirs sur remises » peuvent être accordés dans le cadre de baisses conventionnelles de prix, à l'exception des baisses intéressant les génériques et de celles faisant application de clauses conventionnelles. En 2015, 189 M€ d'avoirs sur remises ont ainsi été accordés par le CEPS.

Les avoirs sur remises constituent une charge pour l'assurance maladie qui limite la portée des remises obtenues. Fin 2016, le stock d'avoirs non utilisés et reportables sur les cinq années suivantes atteignait 455 M€.

B - Des révisions de prix insuffisamment fréquentes

La lettre ministérielle d'orientations d'août 2016 demande au CEPS d'intensifier l'effort de révision des prix des médicaments présents dans le panier de soins remboursé par l'assurance maladie. De fait, les révisions, de prix ne revêtent pas un caractère systématique.

1 - Un dispositif de révision des prix peu contraignant

L'admission au remboursement, le taux de prise en charge retenu et le prix décidé par les pouvoirs publics doivent, en principe, refléter de manière objective la place de la spécialité dans la stratégie thérapeutique. Cette place s'apprécie toutefois à un moment donné - celui de l'inscription - sur la base des données médicales et cliniques disponibles et de la pharmacopée existante. L'évolution des connaissances scientifiques sur les pathologies, l'affinement des études sur les effets en vie réelle des spécialités inscrites et l'amélioration des traitements permis par l'apparition de nouvelles spécialités plus efficaces doivent en principe conduire le CEPS à susciter auprès de la HAS une réévaluation de l'intérêt thérapeutique de la prise en charge, puis à réviser le prix initial.

Or, si des critères légaux de fixation des prix révisés ont été posés par la loi de financement pour 2017 (voir I - B - 1 - *supra*), il n'en est pas de même pour le déclenchement de ces révisions. À défaut de dispositions législatives qui en fixeraient les critères, les demandes de révision des prix sont prévues, depuis 2008, par les accords-cadres.

Selon l'accord-cadre de décembre 2015 en vigueur³⁷⁸, peuvent conduire à réviser les prix, de manière non limitative, l'évolution de l'évaluation thérapeutique et/ou médico-économique par la HAS, l'évolution des prix des médicaments comparateurs ou des prix du médicament concerné dans les autres pays européens, l'évolution des volumes vendus, des conditions d'utilisation en vie réelle, des populations-cibles (dans le cas des accords prix-volumes), l'arrivée d'un concurrent ou l'anticipation d'une perte de brevet.

L'accord-cadre reconnaît par ailleurs au CEPS la faculté de procéder à des convergences de prix au sein de classes thérapeutiques homogènes constituées de spécialités fortement substituables, essentiellement des médicaments d'ASMR IV ou V. Depuis 2012, ces mesures ont porté sur une part prépondérante du répertoire des génériques et permis de réaliser la majorité des économies sur le prix de ces médicaments.

En revanche, comme l'avait déjà relevé la Cour en 2011³⁷⁹, l'accord-cadre ne prévoit pas d'obligation de révision à l'issue des cinq années d'application de la durée de garantie de prix européen, ou à une autre

³⁷⁸ Articles 6, 9 et 11.

³⁷⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011*, chapitre IV : la maîtrise des dépenses de médicaments » p. 109-145, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

échéance pour les médicaments non couverts par cette garantie (principalement les médicaments d'ASMR IV – hormis les médicaments d'ASMR I à III ayant obtenu une extension d'indication d'ASMR IV, éligibles dans certaines conditions à la garantie de prix européen –, et les médicaments d'ASMR V). Pour déboucher sur une révision effective des prix, les demandes formulées par le CEPS doivent dans tous les cas obtenir l'accord des entreprises concernés.

Une meilleure articulation à rechercher des calendriers de la HAS et du CEPS

La HAS effectue des réévaluations quinquennales des médicaments inscrits au remboursement par la sécurité sociale³⁸⁰, des réévaluations de médicaments ou de classe décidées par la commission de la transparence ou sur saisine du ministre de la santé, ainsi que des réévaluations faisant suite à l'analyse de données préalablement demandées par la commission de la transparence, lesquelles sont très majoritairement en conditions réelles d'utilisation.

Ce rythme - quinquennal ou au gré des saisines - apparaît de plus en plus inadapté à la rapidité du progrès médical et à la nécessité pour le CEPS de disposer d'appréciations actualisées sur l'efficacité thérapeutique des médicaments afin d'engager des révisions de prix et fonder le niveau des prix révisés sur des données scientifiques.

En 2014, la HAS a renoncé, malgré les demandes du CEPS en ce sens, à réévaluer la classe thérapeutique des gliptines (traitements du diabète de type 2), ce qui a contribué à un décalage de deux ans de la baisse effective de leurs prix par le CEPS. Pour l'avenir, l'ANSM, la HAS et le CEPS devraient convenir d'un calendrier pluriannuel des réévaluations, prenant en compte les impératifs propres à leurs missions respectives.

2 - Des extensions d'indications non suivies de révisions

Les autorisations de mise sur le marché et l'évaluation thérapeutique des médicaments sont réalisées indication par indication. Mais leur prix de vente au public est quant à lui déterminé par présentation³⁸¹.

³⁸⁰ En application de l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale, le renouvellement de l'inscription au remboursement des médicaments est obligatoire tous les cinq ans.

³⁸¹ Le prix de vente des médicaments est en effet déterminé, pour chaque spécialité (qui comprend des dosages et des formes galéniques différentes d'un même médicament

Certaines entreprises pharmaceutiques demandent à commercialiser un médicament au titre d'une indication visant une population restreinte, ce qui est propice à l'obtention d'un prix élevé, puis, au fil du temps, obtiennent des extensions d'indications à des populations plus larges de patients tout en conservant ce même niveau de prix.

Le CEPS n'est pas correctement armé pour faire face à de telles stratégies. Certes, les orientations ministérielles d'août 2016 demandent une nouvelle négociation pour chaque extension d'indication. Pour sa part, l'accord-cadre prévoit la possibilité de réexamen des prix, mais n'explicite pas les conséquences à tirer de l'augmentation de la population-cible liée aux extensions d'indications. Dans la pratique, de nombreux médicaments faisant l'objet d'extensions d'indication - et donc d'un élargissement de leurs possibilités de prescription par les médecins -, voient leur inscription reconduite sans révision de prix.

À l'inverse, l'absence de demande d'extension d'indications pour certains produits peut conduire à limiter le nombre d'alternatives thérapeutiques disponibles dans les indications concernées, ce qui conduit au maintien de prix élevés.

**Le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge :
l'incidence des écarts de prix entre le Lucentis® et l'Avastin®**

Lucentis® (ranibizumab), commercialisé par Novartis et Avastin® (bevacizumab) de Roche sont deux anticorps monoclonaux, tous deux anti-facteurs de croissance vasculaire endothéliale, issus de la même recherche conduite par le laboratoire américain (Genentech).

Le premier, qui a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2007, est indiqué notamment dans le traitement de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et le second, qui a obtenu une AMM en 2005, l'est en matière d'oncologie. Ces deux spécialités représentent des dépenses significatives, soit, en 2015, 323 M€ pour le Lucentis® et 352 M€ pour l'Avastin® (chiffres d'affaires bruts en 2015)³⁸². Le traitement de la DMLA, pour lequel d'autres traitements comme Eylea® de Bayer (259 M€ de dépenses remboursées en 2015) sont également prescrits, constitue l'un des premiers postes de dépenses de médicaments pour l'assurance maladie.

autorisé dans une indication), par présentation (par exemple, pour des nombres de comprimés par boîte ou des volumes de flacons différents).

³⁸² Données CNAMTS 2015 et GERS 2015 (pour l'Avastin® inscrit sur la liste en sus).

Selon les laboratoires Novartis et Roche, les spécificités du Lucentis® et de l'Avastin® expliquent que leurs demandes d'AMM aient porté sur des indications distinctes. Toutefois, plusieurs études cliniques internationales comparant ces deux médicaments ont conclu à une efficacité de l'Avastin® dans le traitement de la DMLA exsudative³⁸³. C'est pourquoi l'ANSM a émis sur ce fondement, de manière dérogatoire³⁸⁴, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour l'Avastin® depuis le 1^{er} septembre 2015. Cette décision, contestée par les deux entreprises, a été confirmée par le Conseil d'État³⁸⁵.

En dépit de l'obtention par le CEPS de baisses des prix du Lucentis® et de l'Avastin® depuis leur AMM, ces deux spécialités présentent des différences de prix marquées³⁸⁶. Malgré la décision de RTU, l'importance de cet écart de prix a une incidence financière significative sur les dépenses d'assurance maladie.

L'Autorité de la concurrence italienne a pour sa part pris des sanctions pécuniaires contre Roche et Novartis pour entente illicite. Cette décision donne lieu à un contentieux toujours en cours.

³⁸³ « En ce qui concerne les données d'efficacité, les essais cliniques randomisés comparant Avastin® à Lucentis®, et la méta-analyse par Solomon et Al la plus récente et la plus complète en termes d'essais cliniques inclus, sont concordants en termes de résultats sur l'efficacité d'Avastin dans le traitement de la DMLA exsudative. Ils démontrent son efficacité dans cette indication et sa non-infériorité à Lucentis® en termes d'efficacité fonctionnelle (acuité visuelle). Les publications suggèrent à travers des discussions que l'évolution des critères anatomiques réiniens pourraient être un peu moins favorable chez les patients traités par Avastin® que chez les patients traités par Lucentis®. Cependant les conséquences cliniques d'une évolution des critères morphologiques sont à ce jour difficiles à appréhender et restent encore du domaine de la recherche clinique », Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé, Protocole de suivi RTU AVASTIN – DMLA néovasculaire, septembre 2015.

³⁸⁴ ANSM, Protocole de suivi de la RTU concernant l'utilisation de l'Avastin® dans le traitement de la DMLA.

³⁸⁵ Conseil d'État, 1^{ère} et 6^{ème} chambres réunies, 24 février 2017 (392459).

³⁸⁶ Depuis 2015, le Lucentis® dispose d'un prix de vente en ville fixé entre 647 € et 726 € (UCD) tandis que l'Avastin® dispose d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) à l'hôpital compris entre 248 € et 914 € (UCD).

3 - Les contrats de performance : une modalité dérogatoire de fixation des prix peu convaincante

Les deux dernières générations d'accords-cadres (2012 et 2015) traduisent l'importance accordée, à la demande des entreprises pharmaceutiques, à la valorisation de l'innovation dans la fixation des prix. Cette orientation se manifeste dans une série de dispositions qui peuvent permettre à des spécialités réputées innovantes d'obtenir des prix élevés et de les conserver pendant une période définie conventionnellement.

L'accord-cadre de 2015 (article 12) donne ainsi la possibilité au CEPS de conclure, sans condition d'ASMR ou de typologie de médicament, des « contrats de performance », qui peuvent permettre de fixer le prix des médicaments à un niveau plus élevé que celui auquel devrait conduire leur ASMR, sous réserve qu'une efficacité thérapeutique ou une efficacité plus élevée soit prouvée en vie réelle. Du point de vue des entreprises pharmaceutiques, ces contrats permettraient de prendre en compte un degré d'innovation ou un intérêt de santé publique qui n'aurait pas été mesuré au moment de l'AMM.

Les « contrats de performance » prévoient une évolution du prix des spécialités sur la base d'indicateurs issus d'études de cohortes ou de données médico-administratives. En principe, une moindre performance en conditions réelles d'utilisation doit conduire à une baisse de prix. En cela, ces contrats se distinguent des traditionnelles « clauses de performance » conclues entre le CEPS et les entreprises qui prévoient la simple réalisation d'études en vie réelle³⁸⁷, sans conséquence tarifaire ultérieure. Le CEPS a la faculté légale³⁸⁸ d'appliquer des pénalités financières aux entreprises en cas de non-réalisation de ces études en vie réelle.

Treize « contrats de performance » ont été conclus entre le CEPS et des entreprises pharmaceutiques entre 2008 et 2015. Leurs résultats sont peu probants. Dans la quasi-totalité des cas, l'hypothèse favorable associée au « contrat de performance », c'est-à-dire la démonstration en vie réelle d'une efficacité supérieure du produit, ne s'est pas vérifiée³⁸⁹. En outre, les

³⁸⁷ Ces études peuvent porter sur les conditions de prescription des médicaments (volumes, posologies, durées de traitement) aussi bien que sur les effets thérapeutiques observés en vie réelle, et sont mandatées à un comité scientifique dont la composition est portée à la connaissance de la HAS ou de la direction générale de la santé.

³⁸⁸ Article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale.

³⁸⁹ Le CEPS ne recense qu'un seul cas (un traitement du myélome multiple) où le recueil de données a donné lieu à un examen par le CEPS et conduit, en l'occurrence, à un maintien du prix en raison du succès du traitement.

contrats n'ont pas été dénoués dans les conditions prévues initialement. Dans un cas où une baisse importante des prix devait intervenir, elle n'a pas été mise en œuvre (Xolair®). Dans les faits, les « contrats de performance » ont conduit à accepter, pour des produits d'ASMR IV à V, des prix équivalents à ceux qui se seraient appliqués si la garantie de prix européen avait joué, ce qui a rendu par la suite la négociation de baisse de prix très conflictuelle.

Selon les orientations ministérielles de 2016, le CEPS doit limiter l'utilisation des « contrats de performance » aux médicaments répondant à des « besoins thérapeutiques non couverts » et y recourir « à bon escient », « lorsque des garanties de bonne exécution (...) apparaîtront réunies », « sans faire porter le risque financier sur l'assurance maladie ». Si de nouveaux contrats de performance devaient être conclus, il conviendrait impérativement d'en améliorer la conception. Leur mécanisme devrait être inversé de façon à conditionner, non les baisses de prix, mais l'obtention d'un prix élevé à la démonstration du succès du traitement en vie réelle.

C - La prise en compte de « considérations industrielles »

L'accord-cadre de décembre 2015 (article 18) a ouvert la possibilité de prendre en compte, pour l'ensemble des médicaments, les investissements réalisés par les entreprises pharmaceutiques dans l'Union européenne pour la fixation initiale comme pour la révision du prix. Ce dispositif correspond, en pratique, à l'octroi par le CEPS d'une période de stabilité des prix. Utilisé à trois reprises en 2016, il a permis à des médicaments d'ASMR IV et V, non couverts par la garantie de prix européen, de bénéficier d'une garantie de stabilité de prix de 18 à 24 mois.

La prise en compte des investissements réalisés dans l'Union européenne représente une concession significative à l'industrie pharmaceutique, au motif des intérêts industriels du pays, alors que ces derniers ne figurent pas au nombre des critères législatifs de fixation du prix des médicaments, en dehors des cas spécifiques des médicaments orphelins ou de ceux dont l'accès est indispensable pour des raisons sanitaires (voir I - B - 2 - *supra*).

En réalité, il s'agit de la régularisation d'une pratique de longue date des pouvoirs publics consistant à prendre en compte, dans la fixation du prix des médicaments, les engagements des entreprises en termes de nouveaux investissements et de création ou de maintien des emplois

existants. À cet égard, les lettres d'orientations ministérielles au président du CEPS ont insisté sur la nécessité de renforcer l'attractivité du territoire français « pour des industries fondamentales en termes de rayonnement de la recherche et d'activité économique » (2006) ou de « soutenir le dynamisme des industries de santé » (2013 et 2016). Pour leur part, les orientations d'août 2016 se situent en retrait : pour les médicaments déjà disponibles dans le panier de soins, la prise en compte des investissements dans l'Union européenne ne « saur[ait] avoir pour conséquence une perte d'efficience ou un impact budgétaire excessif ».

Au sein de l'échantillon qu'elle a sélectionné, la Cour a constaté des cas, comme celui du Xolair®, où la prise en compte des « intérêts industriels » avait conduit le CEPS à accorder ou à maintenir des prix élevés, en décalage avec l'appréciation scientifique par la HAS de la valeur thérapeutique des médicaments.

Xolair® : le maintien d'une rente

Xolair® (omalizumab) est un anticorps monoclonal utilisé dans le traitement de l'asthme allergique persistant sévère (ASMR IV), et par extension d'indication, dans celui de l'urticaire chronique (ASMR IV). Il est le seul représentant de sa classe thérapeutique. À l'origine, le prix avait été fixé à 187,50 € ou à 375,00 € en fonction du dosage, sous réserve de la production ultérieure d'une étude en vie réelle démontrant l'apport thérapeutique de ce médicament. À défaut de cette démonstration, l'entreprise avait accepté, contractuellement, que les prix soient divisés par près de 20.

Sur la base de l'étude produite par le fabricant, la HAS³⁹⁰ a conclu en 2012 que « les résultats ne montrent pas d'impact sur la qualité de vie et les résultats sur le contrôle de l'asthme ne peuvent pas être pris en compte, du fait d'un nombre trop important de données manquantes ». À la suite d'arbitrages interministériels, le CEPS n'a cependant pas procédé à la baisse de prix contractuellement prévue.

Par la suite, des réductions de prix sont intervenues depuis 2015, mais d'une ampleur limitée au regard de l'appréciation portée par la HAS et de manière étalée dans le temps (-7 % en 2015, puis -8 % en 2016 et -4 % en 2017). Elles maintiennent les prix à un niveau élevé (PFHT actuellement fixés par avis du 4 avril 2017 à 154,01 € et à 308,02 €). En outre, leur portée a été atténuée par l'attribution à l'entreprise d'avoirs sur remises très substantiels.

³⁹⁰ Avis du 6 juin 2012 de la commission de la transparence de la HAS sur le Xolair®.

L'entreprise avait fait valoir, au cours des discussions avec le CEPS, les investissements réalisés en France depuis 2005. En mai 2016, le 7^{ème} Conseil stratégique des industries de santé a examiné le projet d'extension d'un centre de biotechnologie situé en Alsace.

Pour le seul cas du Xolair®, la non-application de la convention initiale, le retard dans la décision de baisser les prix, puis la faiblesse des réductions effectuées ont, selon l'estimation de la Cour, coûté près de 530 M€ en cumul à l'assurance maladie entre 2012 et 2016 et induisent encore aujourd'hui un surcoût annuel de près de 130 M€ pour cette dernière.

S'agissant du Brintellix®, la Cour a constaté un prix fabricant et un prix net de remises excessifs au regard de son évaluation thérapeutique.

Le Brintellix® : un prix en décalage par rapport à son ASMR

Le Brintellix® (vortioxétine) est un antidépresseur commercialisé par Lundbeck, qui a obtenu en 2015 un SMR modéré et une ASMR V. Après une longue période de négociation au sein du CEPS, le prix de ce médicament, tel que figurant dans l'avis relatif au prix publié le 22 novembre 2016, s'étage de 10,92 € à 35 € en fonction des présentations (de 5 à 20 mg). En conséquence, le coût de traitement journalier (CTJ) associé à ce médicament est réputé être de 0,78 €.

Le prix fabricant de ce médicament dépasse très nettement celui de ses comparateurs, constitués entre autres d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine déjà existants, dont le CTJ moyen est de 0,29 €. Des clauses conventionnelles de nature diverses (posologie, CTJ) et prévoyant le versement de remises au bénéfice de l'assurance maladie permettent de réduire le CTJ du Brintellix® après remises, mais son prix net demeure néanmoins supérieur à celui de ses comparateurs.

En dépit d'une ASMR V, avec un comparateur ancien, le Brintellix® a obtenu des prix anormalement favorables après échanges avec certains cabinets concernés. Ont pesé dans la décision publique des considérations industrielles, notamment le maintien en activité d'un site français employant 200 salariés. À la majorité de ses membres, le CEPS a finalement approuvé les prix et remises en 2016. L'impact financier de cette décision ne pourra être apprécié qu'à compter de la fin 2017 en fonction de la part de marché obtenue par le Brintellix®.

Si des interventions directes des pouvoirs publics dans la fixation du prix des médicaments pour des motifs industriels et d'emploi ne sont ni nouvelles, ni propres à la France, il apparaît dommageable que l'assurance maladie, dont le déficit reste considérable, soit ainsi mise à contribution pour financer une « politique industrielle » pour laquelle existent d'autres outils plus pertinents, comme le crédit d'impôt recherche. De fait, le cadre juridique de la fixation du prix des médicaments expose les pouvoirs publics à des pressions difficiles à écarter.

**

À l'intérieur d'une enveloppe de dépenses de médicaments remboursables par l'assurance maladie maîtrisée au cours des années récentes, de nombreuses marges d'efficacité médico-économique perdurent dans les mécanismes de fixation du prix des médicaments. Le compromis actuel entre les pouvoirs publics et les entreprises pharmaceutiques, fondé sur l'octroi de prix élevés accompagnés de remises qui en abaissent le coût net - y compris pour des médicaments peu ou non innovants - apparaît pour partie inadapté aux enjeux d'efficacité des dépenses d'assurance maladie. Conjugué à une gestion encore insuffisamment dynamique des prix du stock des médicaments anciens et à la permanence d'interventions auprès des pouvoirs publics en faveur de certains médicaments, pour des motifs étrangers à des préoccupations thérapeutiques, ce compromis contribue à engendrer des surcoûts durables. Un rééquilibrage de la position des pouvoirs publics dans la négociation du prix des médicaments apparaît indispensable.

III - Établir un équilibre de négociation à la mesure des enjeux

L'arrivée sur le marché, dans les prochaines années, de nouvelles générations de médicaments, qui constituent des innovations thérapeutiques aussi majeures qu'onéreuses, va placer l'assurance maladie sous une très forte tension financière et risque de compromettre sa trajectoire de retour à l'équilibre, même si dans le même temps de nouvelles opportunités d'économies apparaissent par ailleurs. Cette perspective impose un réexamen des moyens, du périmètre des missions et du statut du CEPS, pour lui permettre de faire face à ces enjeux. Au-delà, c'est le cadre d'action de cette instance de régulation qui doit lui-même être redéfini pour permettre des discussions tarifaires plus équilibrées.

L'ouverture des négociations du prochain accord-cadre qui entrera en vigueur en 2018 en fournit l'occasion. Elle ne doit pas être manquée.

A - Des enjeux importants à relever

Si l'arrivée sur le marché des médicaments biosimilaires est de nature à permettre la réalisation d'économies, à condition de mettre en œuvre les évolutions conventionnelles à même d'en assurer la réalisation, l'introduction de médicaments de nouvelle génération, pourrait au contraire susciter une forte augmentation du montant total des dépenses de médicaments dans l'éventualité où des économies plus substantielles sur le prix des médicaments *princeps* déjà anciens ne seraient pas réalisées.

1 - Le développement des médicaments biosimilaires : une opportunité d'économies

Les nombreuses tombées de brevets de biomédicaments prévues d'ici 2020 offrent la possibilité de réaliser d'importantes économies, grâce à la substitution à ces médicaments de médicaments « biosimilaires » traitant les mêmes pathologies à moindre coût.

Les biosimilaires : un gisement d'économies à exploiter

Un médicament biosimilaire est une copie d'un médicament biologique (à la différence d'un médicament générique qui est la copie d'un médicament chimique). À la différence des génériques qui doivent démontrer leur bioéquivalence³⁹¹ vis-à-vis du *princeps*, les biosimilaires étant des produits issus du vivant, ne peuvent démontrer de bioéquivalence. Ils doivent démontrer leur similarité au médicament biologique de

³⁹¹ Lorsqu'un médicament chimique possède la même composition qualitative et quantitative en substance active qu'un médicament de référence, la démonstration de sa bioéquivalence conduit à le déclarer générique. Cette bioéquivalence est assurée si la disponibilité du principe actif dans l'organisme et donc l'efficacité du médicament en question sont identiques à celles du médicament de référence. S'agissant de médicaments biologiques, la comparaison entre un biomédicament de référence et son « biosimilaire » suppose une analyse extensive et comparée des priorités de qualité, de sécurité, d'efficacité et de tolérance (ANSM).

référence par une démonstration d'équivalence clinique. D'ici 2020, de nombreuses expirations de brevets sont attendues pour des médicaments biologiques qui présentent généralement un apport thérapeutique majeur³⁹² et ont une incidence importante sur les dépenses d'assurance maladie : en 2016, huit des principaux biomédicaments concernés³⁹³ ont été à l'origine de 1,5 Md€ de dépenses.

Comme dans la plupart des pays européens, le CEPS applique des décotes aux prix des biomédicaments qui connaissent des pertes de brevet³⁹⁴. Conformément aux orientations ministérielles d'août 2016, il a commencé à élaborer une « doctrine » relative à ces médicaments. Les réflexions en cours se portent vers des décotes supplémentaires pour les biomédicaments lorsqu'un taux cible de pénétration par les biosimilaires concernés n'est pas atteint et des décotes systématiques pour les médicaments biosimilaires par rapport à ces biomédicaments eux-mêmes décotés, sur le modèle de la fixation des prix des médicaments génériques.

À titre illustratif, en prenant pour hypothèse une substitution à 80 % des huit biomédicaments précités par des biosimilaires décotés de 40 % - soit un niveau très inférieur à la décote (60 %) pratiquée pour les médicaments génériques - par rapport à leurs biomédicaments, eux-mêmes décotés de 20 %, l'assurance maladie pourrait économiser plus de 680 M€ (au regard d'une dépense de 1,5 Md€ en 2016).

Pour rendre cette substitution pleinement efficace, il convient de fixer les prix des biosimilaires à des niveaux sensiblement inférieurs à ceux des biomédicaments d'origine, tout en ne fixant pas cet écart de prix à un niveau tel qu'il n'offrirait pas une rémunération considérée comme suffisamment incitative pour leur introduction³⁹⁵.

Il importe ainsi que le prochain accord-cadre entre le CEPS et le LEEM, qui prévoit les règles de fixation des prix des médicaments biologiques, comporte une annexe consacrée aux modalités de tarification

³⁹² Dans le traitement du cancer, de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou encore de la polyarthrite rhumatoïde.

³⁹³ Avastin®, Mabthera®, Humira®, Xolair®, Lucentis®, Somavert®, Neulasta® et Roactemra®.

³⁹⁴ Selon la « doctrine » du CEPS formalisée dans son rapport annuel pour 2015, « pour un biomédicament, [cette décote] ne saurait être inférieure à 15 % et devra rejoindre progressivement la décote habituelle de 20 % ».

³⁹⁵ De manière analogue, le CEPS accepte à titre exceptionnel d'appliquer des décotes inférieures à celles de droit commun (60 % du prix *princeps*, lui-même abaissé de 20 %) lorsque leur application ne permettrait pas de couvrir les coûts de production, tout en laissant un écart de prix suffisant pour inciter à la substitution et à la promotion des médicaments génériques (rapport annuel du CEPS, 2015).

des biosimilaires, qui précise les conséquences à tirer des niveaux de substitution observés, sur le modèle des règles de fixation des prix des médicaments génériques et de leurs *princeps*.

2 - L'arrivée d'innovations coûteuses

À la suite des tombées massives, au milieu des années 2000, de brevets sur des médicaments d'origine chimique traitant de pathologies répandues, les entreprises pharmaceutiques ont dû repenser leur modèle de croissance. Elles ont été renforcées dans cette orientation par l'encadrement accru des dépenses de santé dans la plupart des pays développés. Elles ont ainsi recentré leurs activités de recherche-développement autour de produits d'origine biologique et d'aires thérapeutiques plus ciblées et à plus fort potentiel économique. Le modèle de recherche s'est ainsi déplacé des investissements internes vers l'acquisition d'entreprises de biotechnologies.

Les entreprises pharmaceutiques ont aussi fait évoluer leurs stratégies en matière de prix. Dans la négociation, leurs objectifs se sont déplacés de la mise en avant d'un retour sur leurs dépenses investies en recherche et développement vers des demandes de prix établies en fonction de la capacité à payer des acheteurs publics. Ces nouvelles stratégies, plus agressives, exercent une pression inédite sur les financeurs, parfois relayée par la communauté médicale et par les associations de patients qui réclament la mise à disposition rapide de ces innovations.

Un rapport du Sénat des États-Unis³⁹⁶ a ainsi montré comment le prix du Sovaldi® y a été déterminé au seul regard de la capacité des assureurs privés à prendre en charge le traitement, indépendamment des coûts de recherche engagés pour le développement de ce médicament³⁹⁷.

³⁹⁶ *United States Senate, Committee on Finance*, Ron Wyden and Charles Grassley, *The Price of Sovaldi and Its Impact on The U.S. Health Care System*, December 2015.

³⁹⁷ En 2011, Gilead a racheté la société Pharmasset, petite société de biotechnologie de 80 salariés détenant le brevet du futur Sovaldi®, pour un montant de 11 Md\$. Le coût total de la recherche et du développement du Sovaldi® s'établirait à 940 M\$ sur trois ans. Grâce au lancement du Sovaldi®, le chiffre d'affaires de Gilead a augmenté en 2015 de +20 Md\$ et son résultat opérationnel de +17 Md\$, ce qui lui a permis d'amortir le coût complet du rachat en moins d'une année.

Le Sovaldi® et les autres traitements de l'hépatite C : une mise à disposition des patients en France progressivement élargie

Les interventions successives des pouvoirs publics ont permis d'élargir de manière graduelle l'accès aux traitements innovants contre le VHC, en raison de leur impact prévisionnel très élevé sur la dépense de médicaments. Cet accès est plus large que chez nos voisins : 13 % de la population prévalente bénéficie de ces traitements, contre 10 % en Allemagne, 9 % en Espagne, 4 % en Italie et 2 % au Royaume-Uni (pour l'Italie et l'Espagne avec des effectifs plus importants qu'en France)³⁹⁸.

Le Sovaldi® (sofosbuvir) est un antiviral d'action directe commercialisé par Gilead Sciences et destiné à traiter l'hépatite C chronique chez l'adulte. Il s'agit du premier médicament permettant d'agir sur l'ensemble des génotypes du VHC (1 à 6) et de guérir cette affection. Son ASMR est importante (II) dans le traitement du VHC³⁹⁹. Le sofosbuvir, prescrit seul ou en association, visait à traiter une population séropositive du VHC estimée en 2014 à 230 000 patients, dont 43 % en stade de fibrose précoce, 49 % en stade avancé et 8 % au stade de complications⁴⁰⁰.

En anticipation du coût très élevé du sofosbuvir, au regard des conditions de son introduction aux États-Unis, le ministère de la santé a dans un premier temps (arrêté du 18 novembre 2014) limité la prise en charge du Sovaldi® aux stades de fibrose les plus avancés, sur le fondement des recommandations de la HAS. Le CEPS s'est accordé sur un prix élevé (avis du 20 novembre 2014), conduisant à un coût de 41 000 € pour 12 semaines de traitement. Cette inscription a été considérée comme excessivement restreinte par de nombreuses associations de patients.

Par la suite, l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements du VHC comme Harvoni® (Gilead Sciences), Daklinza® (Bristol Myers-Squibb) et Olysio® (Janssen-Cilag) a facilité l'élargissement de l'accès au sofosbuvir (arrêtés du 29 mai 2015, du 10 juin 2016 et du 31 mars 2017). Ce dernier texte a rendu effectif l'extension de la prise en charge à l'ensemble des malades du VHC. En avril 2017, le CEPS a obtenu d'importantes baisses de prix sur l'ensemble de la classe thérapeutique (de 25 % à 33 %). Elles ont notamment permis d'abaisser les coûts de traitement annuel par patient contre l'hépatite C, nets de remises, à 28 700€, contre 41 000€ au moment de la première inscription du Sovaldi®.

³⁹⁸ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, résultats pour 2015 et prévisions pour 2016 et 2017, septembre 2016.

³⁹⁹ Le Sovaldi® a obtenu une ASMR modérée (III) dans le traitement des patients infectés par un VHC de génotype 3 (20 % des génotypes) naïfs de traitement antiviral.

⁴⁰⁰ HAS.

La conjonction des politiques de fixation du prix par le CEPS et d'ouverture progressive de la prise en charge par les pouvoirs publics a conduit à un pic de dépenses liées aux antirétroviraux d'action directe contre le VHC (1,5 Md€ de janvier 2014 à juin 2015), dont l'impact s'est atténué depuis lors sous l'effet de l'arrivée de produits moins chers et de baisses de prix. Les dépenses liées aux nouveaux traitements remboursés par l'assurance maladie ont ainsi atteint, selon l'estimation de la Cour, 835 M€ en 2015 (630 M€ nets de remises) et 698 M€ en 2016 (536 M€ nets de remises). Comme indiqué, une partie des conséquences financières de ces nouveaux traitements a été compensée par la mise à la charge des entreprises concernées d'une contribution « W » (voir I - C - 2 - *supra*).

En oncologie, le développement des immunothérapies, qui devrait s'accélérer dans les années à venir, marque un tournant thérapeutique majeur susceptible de peser sur la situation financière de l'assurance maladie. Après la mise sur le marché de nombreux anticorps monoclonaux, une nouvelle innovation de rupture est en voie d'apparition : l'utilisation à grande échelle de lymphocytes T d'un patient, modifiés génétiquement *in vitro* (dites « cellules T ») et porteurs d'un récepteur chimérique leur permettant de lutter contre les cellules cancéreuses. Le coût de ces traitements s'échelonnerait, selon les estimations, de 250 000 € à 1 M€, pour un coût de traitement médian de 500 000 € par an et par patient.

Selon les prévisions d'*IMS Health*⁴⁰¹, le chiffre d'affaires mondial du secteur pharmaceutique, soit 1 049 Md\$, augmenterait de 300 Md\$ entre 2016 et 2020, soit deux fois plus vite qu'entre 2010 et 2015. Sur cette même période, 225 nouvelles molécules seraient introduites (contre 184 sur la période précédente), notamment dans des thérapies ciblées.

L'arrivée prochaine de ces nouveaux traitements place ainsi le système français d'assurance maladie sous une contrainte financière dont l'ampleur n'est pas encore connue. Afin de permettre aux patients d'y accéder, il convient par priorité de se mettre en situation de financer cette dépense non seulement par des efforts de négociation de leurs prix, mais aussi de révisions des prix des spécialités *princeps* existantes plus systématiques, plus rapides et plus ambitieuses. En outre, la transformation des conditions de prise en charge des patients induite par ces innovations médicamenteuses de rupture doit conduire à en tirer des conséquences effectives en termes d'économies dans les autres secteurs de dépenses que le médicament, notamment à l'hôpital, et à ajuster en conséquence les financements qui leur sont consacrés.

⁴⁰¹ *IMS Health, Market prognosis*, septembre 2015 et mars 2016.

B - Renforcer le CEPS

Toutefois, le CEPS peine dès aujourd'hui à exercer ses missions et à répondre aux objectifs, de plus en plus ambitieux, que lui assignent les pouvoirs publics. Les enjeux sanitaires et financiers considérables du médicament et le caractère stratégique des négociations avec des entreprises mondiales dans un cadre législatif et conventionnel complexe exigent un acheteur public mieux armé et plus réactif. Un changement d'échelle des moyens administratifs du CEPS ne peut être éludé. Au-delà, un élargissement du périmètre des missions et une transformation de son statut sont à envisager.

1 - Donner au CEPS les moyens nécessaires

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014, la Cour avait souligné, à propos des dispositifs médicaux⁴⁰², la très grande faiblesse des moyens administratifs du CEPS. Un constat identique s'applique aux médicaments.

Alors que l'activité de fixation des prix des médicaments est croissante (1 210 dossiers clôturés en 2015, contre 918 en 2014⁴⁰³) et que les dossiers sont souvent très techniques et complexes, les effectifs du CEPS consacrés aux médicaments se limitent à 13 emplois exprimés en équivalent temps plein (ETP)⁴⁰⁴. Ceux relatifs aux dispositifs médicaux sont encore plus limités (7 emplois).

Afin de disposer de sources d'information plus larges et d'être en mesure de mieux contre-expertiser une partie des informations communiquées par les entreprises pharmaceutiques, le CEPS aurait besoin de s'abonner à un nombre accru de bases de données, de renforcer ses relations avec ses homologues étrangers et de faire réaliser des études et des recherches. Son budget (200 000 € en moyenne entre 2014 et 2016, dont 25 000 € pour les frais courants hors personnel et 175 000 € pour l'informatique) ne le lui permet pas.

⁴⁰² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre X : les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée » p. 291-318, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁰³ Ces dossiers correspondent à des demandes de baisses de prix (53 %), à des fixations de prix à l'occasion d'une première inscription (26 %) ou d'une réinscription quinquennale (16 %), à des extensions d'indication (4 %) et à des demandes de hausse des prix par les entreprises (1 %). (Rapport d'activité du CEPS pour 2015).

⁴⁰⁴ Dont le président et le vice-président, le rapporteur général et son adjointe, quatre chargés de mission chargés des plans de baisses de prix et des personnels de soutien.

La dépendance du CEPS à l'égard des informations communiquées par les entreprises pharmaceutiques

Pour exercer ses missions, le CEPS s'appuie sur des éléments d'information qui proviennent non seulement de la HAS, mais aussi d'acteurs privés, voire des entreprises pharmaceutiques elles-mêmes. Le tableau ci-après en fait la synthèse.

Tableau n° 67 : données et sources utilisées par le CEPS dans son activité de fixation et de révision du prix des médicaments

Finalité	Type de données	Sources utilisées (données prévisionnelles)	Sources utilisées (données constatées)
Fixation du prix	ASMR	Avis de la commission de la transparence (HAS)	
	Évaluation médico-économique	Avis de la CEESP (HAS)	
	Prix des comparateurs	Journal officiel	
	Prix pratiqués dans quatre pays européens ⁴⁰⁵	Base de données privée ⁴⁰⁶ ou, à défaut, déclarations des entreprises pharmaceutiques	
Fixation du prix - élaboration des clauses	Volumes de vente prévus ou constatés	Avis de la commission de la transparence ou dossiers des entreprises (population-cible)	GIE GERS ⁴⁰⁷
	Montants remboursés prévus ou constatés ⁴⁰⁸		CNAMTS (SNIIR-AM)
	Conditions prévisibles et réelles d'utilisation : Posologie	Autorisation de mise sur le marché (AMM) et/ou dossiers des entreprises (essais cliniques)	Données en vie réelle ⁴⁰⁹
	Conditions prévisibles et réelles d'utilisation : Durée de traitement	Dossiers des entreprises (essais cliniques)	
	Conditions prévisibles et réelles d'utilisation : Coût de traitement/de cure	Dossiers des entreprises	
Prix des génériques	Montant des remises pratiquées par les entreprises pharmaceutiques et les grossistes répartiteurs	Déclarations des fournisseurs des officines au titre de l'article L. 138-9-1	
Déclenchement, suivi et révision des clauses	Surveillance des baisses de prix prévues, du déclenchement des critères de révision	Medimed, Medhop	

Source : Cour des comptes

⁴⁰⁵ Pour les médicaments couverts par la garantie de prix européen.

⁴⁰⁶ IMS Health.

⁴⁰⁷ Chiffre d'affaires hors taxes pour les officines ou volumes pour les pharmacies d'usage intérieur.

⁴⁰⁸ Pour les médicaments de la liste en sus.

⁴⁰⁹ Ces données sont le plus souvent issues de registres ou de données de cohorte renseignés par les praticiens, ou d'échantillons tels que l'EPPM (étude permanente de prescription médicale, réalisée par l'IRDES à partir de données IMS Health) ou, plus rarement, du SNIIRAM.

Les données relatives aux volumes de vente sont communiquées par un groupement d'intérêt économique (groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques, GERS), dont les membres sont les adhérents du LEEM, sur une base déclarative dont l'exhaustivité et la fiabilité ne peuvent être appréciées. En revanche, le CEPS ne recourt que rarement aux données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Selon lui, les données de remboursement (et non de volumes) de l'assurance maladie nécessitent des délais de traitement et de fiabilisation excessifs au regard de ses besoins. La mise en œuvre par le CEPS d'un contrôle régulier de cohérence des données communiquées par le GERS avec celles du SNIIRAM apparaît indispensable.

Par ailleurs, de nombreuses données utilisées pour fixer les prix sont fournies par les entreprises pharmaceutiques elles-mêmes, s'agissant des conditions prévisionnelles ou constatées d'utilisation des médicaments : posologie, durée et coûts de traitement. Elles ne sont que rarement contre-expertisées

La faiblesse des moyens humains du CEPS est manifeste au regard de la complexité des dossiers traités. Dans la très grande majorité des cas, ce sont les agents du secrétariat général qui procèdent, par eux-mêmes, à l'examen des dossiers fournis par les entreprises pharmaceutiques⁴¹⁰. Pour un nombre limité de dossiers à forts enjeux financiers ou de santé publique (par exemple la révision des prix des traitements anti-VHC en 2017), le CEPS a fait intervenir jusqu'à cinq rapporteurs extérieurs rémunérés à la vacation, pour la plupart des pharmaciens conseils de l'assurance maladie. Pour assurer cette fonction d'instruction qui devrait exiger une présence à temps complet, il éprouve des difficultés de recrutement.

En 2015, les délais moyens de traitement des demandes d'inscription de médicaments ont dépassé 271 jours⁴¹¹, dont 114 jours au titre des procédures propres au CEPS. Cette difficulté à assurer le respect du délai réglementaire de 180 jours constitue un élément de tension dans la conduite des négociations conventionnelles. Au début de l'année 2017, les procédures toujours en cours portant sur les quatre demandes d'inscription les plus anciennes excédaient 1 000 jours.

Les orientations ministérielles d'août 2016 assignent au CEPS, entre autres objectifs, que chaque extension d'indication ouvre une négociation de prix et que chaque baisse du prix d'un produit entraîne celle du prix de

⁴¹⁰ Les dossiers présentés au CEPS par les entreprises à l'appui de leurs demandes de prix comprennent notamment la présentation des principaux résultats des essais cliniques, des estimations des populations-cibles et des chiffres d'affaires futurs ainsi que les coûts de traitement qui en découlent.

⁴¹¹ Pour les spécialités non génériques.

tous les produits comparables. Or, les applications informatiques du CEPS, acquises en 2006, ne sont pas même conçues pour déclencher des alertes en cas de survenance des événements prévus par les conventions avec les entreprises pharmaceutiques, notamment ceux qui doivent entraîner des révisions de prix. *A fortiori*, elles ne permettent pas de les anticiper.

La capacité du CEPS à engager des révisions de prix portant sur un périmètre élargi de médicaments est directement proportionnée à la mise à niveau de ses effectifs et de ses systèmes d'information. Au regard de l'importance des enjeux, une mise à hauteur de ses moyens, par redéploiement, apparaît aussi indispensable qu'urgente. Elle devrait être l'occasion d'examiner l'extension de son rôle dans la détermination des prix des médicaments hospitaliers.

2 - Examiner les conditions d'un élargissement des attributions du CEPS dans la fixation des prix des médicaments hospitaliers

Le système actuellement en vigueur à l'hôpital qui combine liberté des prix et encadrement conventionnel par le CEPS contraste avec la fixation, par ce dernier, des prix des médicaments d'officine en ville.

L'achat des médicaments par les hôpitaux repose en effet aujourd'hui sur la combinaison d'une liberté des prix (médicaments compris dans le tarif des séjours), d'un prix fixé par convention avec le CEPS mais laissant la possibilité aux établissements de négocier un prix inférieur pour les molécules onéreuses de la « liste en sus »⁴¹² et d'un prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au CEPS pour les spécialités rétrocédées⁴¹³.

⁴¹² Ce prix fixé devient le tarif de responsabilité. Il n'est pas opposable mais influence fortement la négociation du prix d'achat entre l'établissement de santé ou le groupement et le fabricant.

⁴¹³ À ce prix de cession s'ajoute une marge forfaitaire de rétrocession fixée par arrêté, prenant en compte des frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités. À défaut de déclaration ou en cas d'opposition du CEPS sur le prix déclaré, le prix de vente est fixé par le CEPS.

La négociation du prix est donc possible non seulement sur les médicaments, majoritairement concurrentiels, inclus dans les séjours, mais aussi pour ceux de la liste en sus ou destinés à la rétrocession. Il s'agit cependant d'une négociation en grande partie théorique qui s'est progressivement déplacée sur le terrain des avantages non tarifaires, au détriment de l'assurance maladie.

Les acheteurs hospitaliers, nombreux et encore trop dispersés, ne disposent pas, le plus souvent, des outils pour mesurer l'état du marché pharmaceutique, les stratégies des entreprises pharmaceutiques, les conditions obtenues par les autres établissements ou groupements ou les variations de prix dans le temps. L'organisation actuelle de l'achat du médicament à l'hôpital avantage les entreprises qui seules disposent d'une vision globale du marché.

Dans ces conditions, la mise en place d'un régime commun de fixation du prix des médicaments à la ville et à l'hôpital par le CEPS, qui mettrait fin à ce régime de liberté des prix propre aux établissements de santé, présenterait des avantages significatifs.

D'une part, elle améliorerait la position relative de l'acheteur public dans la négociation des prix, grâce à l'extension de son champ et à la fin d'une asymétrie d'information. À l'heure actuelle, les établissements ne connaissent pas les prix réels, nets de remises, des médicaments distribués en ville, mais uniquement les prix fabricant.

D'autre part, elle allègerait substantiellement les procédures d'achat pour les établissements et les moyens humains qu'ils leur consacrent. En effet, ils n'auraient plus à négocier des prix, mais uniquement des quantités et des délais de livraison. Le retour à un prix « agréé pour les collectivités », comme cela a longtemps existé, permettrait non seulement de faire bénéficier l'ensemble des établissements de meilleurs prix, mais aussi de recentrer leur politique d'achats sur les autres segments, qui comportent eux aussi des enjeux significatifs d'économies.

La Cour recommande ainsi d'examiner les conditions dans lesquelles pourrait être confiée au CEPS la responsabilité de fixer les tarifs des médicaments utilisés à l'hôpital (hors ceux sous autorisation temporaire d'utilisation), comme il en a déjà la mission pour les médicaments dispensés en ville, afin de favoriser, dans le cadre d'une démarche globale, une efficacité accrue d'une dépense pharmaceutique qui représentait en 2015 un enjeu global de 34,1 Md€ de dépenses remboursables par l'assurance maladie, ville (29,8 Md€, rétrocession hospitalière comprise) et hôpital (4,3 Md€, liste en sus comprise).

3 - Redéfinir le positionnement institutionnel du CEPS

En sus du nécessaire renforcement de ses moyens humains et informatiques, qui constitue une priorité immédiate pour les pouvoirs publics, le CEPS doit bénéficier d'un positionnement institutionnel plus conforme à l'importance et à la complexité de ses missions, comme la Cour l'a déjà indiqué à propos des dispositifs médicaux⁴¹⁴.

Il appartient aux pouvoirs publics de définir ce nouveau statut, selon l'objectif qu'ils se fixeront : soit la constitution d'un acheteur public, soit l'institution d'une autorité de régulation. Dans le premier cas, le CEPS pourrait évoluer pour prendre la forme d'un établissement public dont le directeur général disposerait alors de pouvoirs propres en matière de tarification, comme c'est le cas pour le directeur de l'ANSM en matière d'autorisation de mise sur le marché. Dans le deuxième cas, il pourrait être transformé en une autorité administrative indépendante, comme c'est le cas pour les institutions chargées de réguler des marchés d'importance analogue, aux moyens au demeurant très supérieurs⁴¹⁵.

Quelle qu'en soit la forme, une évolution institutionnelle de cette nature s'inscrirait dans le prolongement des évolutions intervenues au cours des vingt dernières années dans le domaine même du médicament remboursable. La chaîne de décision, autrefois internalisée au sein des administrations centrales, a été progressivement autonomisée dans le cadre d'institutions distinctes, jouissant d'une large autonomie dans l'exercice de leurs missions : l'ANSM pour l'autorisation de mise sur le marché ; la HAS pour l'évaluation thérapeutique et médico-économique et l'admission au remboursement ; l'UNCAM pour le taux de remboursement. Seule la fixation du prix relève encore *in fine* de décisions ministérielles.

⁴¹⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre X : les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée » p. 291-318, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴¹⁵ La Commission de régulation de l'énergie et l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes, qui régulent respectivement des marchés d'une taille de 59,9 Md€ et de 42,7 Md€ (contre 34,3 Md€ pour le CEPS au titre des médicaments remboursables et 8,7 Md€ au titre des dispositifs médicaux), disposent, respectivement, de 121 et 170 ETP.

Les conditions de nomination des membres d'un établissement public, *a fortiori* d'une autorité indépendante, permettraient de renforcer les garanties d'indépendance⁴¹⁶ et d'efficacité des décisions en matière de tarification des médicaments et dispositifs médicaux.

Les pouvoirs publics devraient ainsi faire du renforcement immédiat des moyens, puis des missions et du positionnement statutaire du CEPS l'un des tous premiers objectifs de la politique du médicament, avec pour finalité la création d'une institution plus avisée, mieux informée et plus active, dans le cadre de relations plus équilibrées avec des entreprises le plus souvent mondiales.

C - Un cadre d'action à fortement rééquilibrer

1 - Fixer un cadre législatif plus complet et rigoureux

Les critères légaux de fixation des prix des médicaments n'ont pas un caractère limitatif, ce qui autorise la prise en compte de critères étrangers à l'apport thérapeutique des produits ou à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Leur définition devrait donc être adaptée afin de leur donner un caractère limitatif, sans préjudice du maintien de dispositions spécifiques pour les médicaments orphelins et ceux auxquels l'accès est indispensable pour des raisons de santé publique.

En outre, la fixation par voie législative de critères, eux aussi limitatifs, en fonction desquels des révisions de prix devraient être obligatoirement engagées permettrait non seulement de prévenir la constitution de rentes durables, mais aussi de faire bénéficier les entreprises d'une plus grande stabilité et d'une prévisibilité accrue des prix.

Les révisions de prix devraient revêtir un caractère obligatoire dans trois cas de figure : au bout de cinq ans pour les médicaments couverts par la garantie de prix européen, au bout de trois ans pour les autres médicaments et en cas d'extension d'indication ayant un effet significatif sur le nombre de patients ou le volume des ventes. Dans ce dernier cas de figure, la baisse à obtenir devrait être d'autant plus importante que l'ASMR obtenue au titre de cette nouvelle indication est faible.

⁴¹⁶ S'agissant des autorités indépendantes, ces garanties ont récemment été encore renforcées par la loi du 20 janvier 2017 portant statut général des AAI et des autorités publiques indépendantes, qui en a harmonisé le cadre juridique.

2 - Rééquilibrer le contenu de l'accord-cadre

La négociation du prochain accord-cadre, qui entrera en vigueur en 2018, devrait être l'occasion d'une redéfinition en profondeur des relations entre les pouvoirs publics et les entreprises pharmaceutiques. La situation actuelle d'un accord-cadre déséquilibré, compensé par des lettres ministérielles qui prescrivent au CEPS des orientations plus contraignantes, n'est satisfaisante ni pour le tarificateur, ni pour les entreprises. Dans ce contexte et au regard des enjeux des années à venir, plusieurs mécanismes anciens gagneraient à être réexaminés.

Une première évolution devrait consister en la révision, s'il devait être conservé, du dispositif de garantie de prix européen, qui favorise la dynamique du prix des autres médicaments, en particulier par la suite des génériques.

À cet égard, le panel des quatre pays retenus pour le parangonnage des prix devrait être élargi afin d'inclure d'autres pays pertinents pour la comparaison en raison soit de leur poids démographique (Pologne, comparable à l'Espagne), soit de leur niveau de vie (Belgique, Luxembourg, Pays-Bas), voire, à terme, l'ensemble des pays de l'Union européenne. Cet élargissement devrait nécessairement s'accompagner d'une réaffirmation conventionnelle de la faculté du CEPS à demander, au cours de la durée de garantie de prix, des révisions de prix permettant d'adapter le prix français aux baisses de prix observées au sein du panel élargi, dans le respect de la règle de prix non inférieur au prix le plus bas. Le cas échéant, il conviendrait d'assortir de sanctions les manquements éventuels des entreprises à leurs obligations de communication sur les prix et volumes de vente observés dans les pays du panel élargi.

En outre, il conviendrait d'envisager un raccourcissement de la durée du mécanisme de garantie de prix européen et une réduction de son périmètre aux seuls médicaments d'ASMR majeure, importante ou modérée (I à III).

Il importerait également d'inscrire dans les règles conventionnelles l'alignement du prix fabricant sur le prix net de remises pour les médicaments non ou peu innovants. Il convient en effet de revenir à une définition plus stricte du périmètre des produits éligibles aux remises conventionnelles, qui avaient à l'origine un caractère exceptionnel et temporaire, mais se sont généralisées. Elles devraient concerner les seuls médicaments auxquels une ASMR de niveau I à III a été reconnue. Dans certains cas, lorsqu'un risque de dérive des prescriptions est avéré, des clauses de posologie ou de coût de traitement peuvent être justifiées. Dans

d'autres cas, lorsqu'une baisse du prix fabricant ne peut être obtenue, une remise à la première boîte peut constituer une solution de second rang, en procurant un rendement immédiat et certain pour l'assurance maladie. En tout état de cause, le recours aux remises assises sur les volumes devrait constituer l'exception pour les médicaments d'ASMR mineure ou nulle, justifiée uniquement par un risque de dérive des prescriptions.

Enfin, le nouvel accord-cadre devrait mettre un terme pour l'avenir à la pratique des « avoirs sur remises », qui n'ont pas de justification économique et contribuent à l'opacité des prix.

3 - Fixer les prix des médicaments au plus près de leur usage et de leur valeur thérapeutiques

a) Mieux prendre en compte l'efficience médico-économique

Dans le cadre de ses avis d'efficience, la HAS exprime de manière récurrente des réserves majeures sur les données qui lui ont été communiquées par les entreprises pharmaceutiques aux fins de les établir.

Pour ce motif, les résultats d'efficience présentés dans le cadre de ces avis ne fournissent pas au CEPS des éléments d'appréciation suffisants de l'efficience des médicaments concernés. Il s'agit là d'une limite majeure à la prise en compte, prévue par la loi, des résultats de l'évaluation médico-économique dans la fixation du prix des médicaments. Cette prise en compte reste dès lors limitée en pratique, comme l'ont illustré, depuis 2014, les séquences de fixation du prix des traitements contre le VHC⁴¹⁷.

Afin d'améliorer la prise en compte des avis d'efficience dans la fixation des prix par le CEPS, la HAS devrait convenir avec les entreprises pharmaceutiques d'une nouvelle méthode. La présentation de plusieurs résultats de ratio coût-résultat calculés à partir de différentes hypothèses de prix devrait devenir la règle. Ces hypothèses de prix devraient s'écarter des prix revendus par les entreprises et se fonder sur différents niveaux de tarifs nets des remises (calculés par décote par rapport au prix facial : prix -10 %, -20 %, etc.).

⁴¹⁷ S'agissant des trois principaux traitements contre le VHC (Daklinza®, Sovaldi® et Harvoni®), la commission compétente de la HAS a émis des réserves méthodologiques importantes ou majeures, tenant par exemple à la robustesse des études cliniques, à la diversité des comparateurs choisis, aux analyses de sensibilité fournies et à l'inexistence ou au caractère lacunaire des évaluations d'impact financier.

Par ailleurs, en raison d'un accord tacite entre la HAS, le CEPS et le LEEM, la publication des avis d'efficience est reportée après la publication des avis de prix au Journal officiel. Une publication en amont de la fixation du prix, dès leur adoption par la commission d'évaluation économique et de santé publique de la HAS, serait une mesure de transparence de nature à renforcer la position de négociation du CEPS.

Enfin, l'évaluation médico-économique a un caractère obligatoire, sous certaines conditions, pour les seuls médicaments ayant une ASMR I à III. L'extension de cette obligation aux médicaments ayant une ASMR IV pourrait permettre de mobiliser un important potentiel d'économies.

b) Expérimenter une tarification à l'indication pour les médicaments de la liste en sus

Afin de rapprocher les prix des médicaments de leurs conditions réelles d'utilisation et de leur valeur thérapeutique, la mise en place d'une tarification à l'indication, c'est-à-dire la fixation, pour une même spécialité, d'un prix différent pour chaque usage en fonction de l'amélioration du service médical rendu selon la nature de l'affection concernée, pourrait être envisagée.

S'agissant des médicaments de la « liste en sus », l'inscription et la radiation de cette liste des médicaments, indication par indication et le codage des prestations médicales rendent possible, sur un plan technique, à titre expérimental, une fixation différenciée du prix en fonction des indications d'une même spécialité. La négociation du prochain accord cadre fournit l'occasion d'expérimenter ce nouveau mode de tarification, plus proche de la valeur thérapeutique réelle des médicaments, pour les médicaments onéreux de la liste en sus.

La gestion par indication de la « liste en sus »

Avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, un médicament était inscrit sur la « liste en sus » pour toutes ses indications. Dès lors, une extension d'indication thérapeutique au titre de l'autorisation de mise sur le marché, postérieure à l'inscription du médicament sur la liste s'y trouvait également inscrite. Cependant, un médicament peut avoir une efficacité thérapeutique variable en fonction de la nature de ses indications.

Afin de gérer la liste en sus de manière plus conforme à son objet (le financement de médicaments innovants et coûteux), un décret n°2016-349 du 24 mars 2016 a prévu que l'inscription comme la radiation d'un médicament de la « liste en sus »⁴¹⁸ est opérée indication par indication.

Par arrêté du 26 juillet 2016, l'Avastin®, anticorps monoclonal indiqué notamment pour le cancer colorectal métastatique, le cancer du sein métastatique et le cancer du rein avancé ou métastatique, a ainsi été retiré de la liste « en sus » pour les indications où son SMR et son ASMR étaient trop faibles.

4 - Favoriser des convergences entre États

Selon *IMS Health*, le marché mondial du médicament s'élevait en 2015 à 913 milliards de dollars de chiffre d'affaires (contre moins de 200 milliards de dollars en 1990). L'Amérique du Nord (États-Unis et Canada) en représentait près de la moitié (49 %), suivie par l'Europe (21,8 %) et la zone Asie-Pacifique (21,7 %). La France constitue le deuxième marché européen, après l'Allemagne et devant l'Italie, le Royaume-Uni et l'Espagne. Compte tenu de la croissance des marchés américain et des pays émergents et de la maîtrise accrue de l'enveloppe de dépenses de médicaments mise en œuvre en France, sa part du marché mondial est passée de 5,4 % en 2005 à 3,5 % en 2015 (à la 5^{ème} place, derrière les États-Unis, la Chine, le Japon et l'Allemagne). En 2020, elle reculerait à la 8^{ème} place, étant également dépassée par le Royaume-Uni, l'Italie et le Brésil.

Face à des entreprises menant des stratégies mondiales, les principaux États mènent aujourd'hui des stratégies non coopératives, visant à obtenir individuellement, chacun à son niveau, le meilleur prix net après remises, les prix faciaux pratiqués dans les principaux pays, dont la France, au demeurant hétérogènes, constituant le point de départ de chaque négociation.

Dans ce contexte, une coopération entre acheteurs européens apparaît indispensable. Un projet de cette nature pourrait être porté par la France, premier pays de référencement en matière de prix des médicaments au sein de l'OCDE. Trois sujets d'intérêt commun apparaissent à cet égard prioritaires.

⁴¹⁸ Par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à son tarif de responsabilité fixé, depuis 2017, par convention avec le CEPS.

En premier lieu, la coopération internationale est nécessaire pour accroître la visibilité des États sur l'évolution prévisionnelle des dépenses. C'est dans cette perspective que l'OCDE s'est vue confier par le G7, en septembre 2016, à l'initiative de la France, la conduite d'une étude relative à la soutenabilité à moyen terme des dépenses pharmaceutiques. Ces initiatives diplomatiques récentes sont pour l'heure restées en suspens. Elles gagneraient à être reprises au niveau européen.

En second lieu, une réflexion devrait être engagée en vue de desserrer la contrainte liée à la confidentialité des remises sur les prix. Alors que certains pays, comme l'Italie ou le Royaume-Uni, publient occasionnellement le montant des remises obtenues pour certains médicaments, la communication entre acheteurs publics des informations relatives aux prix nets des médicaments leur permettrait de négocier plus efficacement des prix soutenables pour leurs systèmes sociaux.

Enfin, la France pourrait envisager de se joindre à des initiatives de négociations conjointes de médicaments onéreux. Le regroupement d'acheteurs publics pourrait en effet constituer un levier de pression fort vis-à-vis d'entreprises décidées à tester les limites financières des systèmes d'assurance maladie en fonction de la demande sociale qui s'exerce par ailleurs sur ces derniers.

En 2016, quatre gouvernements européens (Belgique, Pays-Bas, Luxembourg et Autriche) ont annoncé leur volonté de coopérer dans le domaine du médicament. Cette collaboration doit prendre la forme, dans un premier temps, d'une identification conjointe des nouveaux produits pharmaceutiques innovants pour lesquels une demande de mise sur le marché a été effectuée auprès de l'Agence européenne du médicament, en vue de réaliser des évaluations communes et mieux préparer les conditions d'accès à ces nouveaux traitements, qui soulèvent des enjeux de soutenabilité financière importants. La France devrait explorer les voies d'une coopération avec ces pays.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique menée par les pouvoirs publics en matière de fixation du prix des médicaments assure aujourd'hui la maîtrise de l'enveloppe des dépenses de médicaments, ce qui contraste avec la situation de l'ensemble des autres postes de soins de ville de l'ONDAM.

Cependant, cette enveloppe recouvre encore des marges d'efficience médico-économique importantes et très largement inexploitées. En outre, l'arrivée prochaine sur le marché de nouvelles molécules qui constituent des ruptures d'innovation, pour lesquelles les entreprises pharmaceutiques devraient demander des prix très élevés, fait courir un risque majeur de soutenabilité à l'assurance maladie.

Les pouvoirs publics n'apparaissent pas suffisamment armés pour mettre en œuvre une politique active de redéploiement des dépenses de médicaments vers les spécialités innovantes comportant un réel apport thérapeutique dans le cadre de l'enveloppe actuelle de dépenses.

Malgré l'intervention croissante de la loi, le cadre juridique de la fixation du prix des médicaments continue à être déséquilibré au détriment de l'acheteur public, comme en témoignent les dispositions des deux derniers accords cadre conclus par le CEPS et le LEEM en 2013 et 2015.

Les moyens humains et matériels dont est doté le CEPS pour exercer ses missions de fixation du prix des médicaments sont notoirement sous-dimensionnés, affectent son autonomie par rapport aux informations provenant des entreprises pharmaceutiques et entravent sa capacité à conduire un réexamen systématique du prix des médicaments déjà tarifés.

Des adaptations importantes du dispositif de fixation du prix des médicaments s'imposent ainsi.

En priorité, il convient de donner au CEPS les moyens juridiques, financiers et humains propices à une régulation plus active du marché des produits de santé.

Le cadre législatif doit privilégier le seul intérêt thérapeutique dans la fixation des prix et permettre une révision périodique et systématique de ces derniers en fonction des évolutions constatées. S'il doit être conservé, le cadre conventionnel doit être revu afin de limiter les risques d'« escalade », aux niveaux européen et français, des prix faciaux et l'opacité des prix réels, nets de remises, le cas échéant minorées par des avoirs sur remises, qui en est le corollaire.

À cet égard, la prochaine renégociation de l'accord-cadre entre les pouvoirs publics et l'industrie pharmaceutique, qui doit intervenir en 2018, doit donner lieu à un mandat de négociation clair des ministres au président du CEPS. De manière non limitative, il devrait viser à réformer la garantie de prix européen - qui agit actuellement comme un plancher de prix et devrait être remplacée par une référence moins contraignante aux prix pratiqués dans un panel plus large de pays, sur une durée moins longue et sur un périmètre moins étendu d'ASMR -, à limiter l'utilisation de certains dispositifs de prix conditionnels, déséquilibrés au préjudice du payeur public, et du recours aux remises pour les médicaments faiblement ou non innovants, et à mettre en extinction la pratique des avoirs sur remises.

Au-delà, une démarche visant à constituer un groupe d'acheteurs publics à l'échelle de plusieurs pays pourrait permettre d'établir un meilleur rapport de force avec des entreprises de plus en plus mondiales afin de contenir la hausse prévisible des dépenses et de continuer à assurer l'accès du plus grand nombre aux traitements les plus innovants.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 36. augmenter significativement, par redéploiement au sein de l'État, les effectifs et le budget du CEPS, examiner les conditions d'un élargissement de son rôle en matière de fixation du prix des médicaments hospitaliers et ouvrir une réflexion sur une transformation de son statut visant à renforcer son indépendance ;*
- 37. donner un caractère limitatif aux critères de fixation du prix des médicaments de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale ;*
- 38. fixer par la loi des obligations de révision du prix des médicaments, au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants, au bout de trois ans pour les autres médicaments et en cas d'extension d'indication ayant un effet significatif sur le nombre de patients ou le volume des ventes ;*
- 39. à l'occasion de la prochaine renégociation de l'accord-cadre entre le CEPS et le LEEM, réformer la garantie de prix européen, notamment en élargissant le panel des pays pris en compte, en raccourcissant sa durée et en réduisant son périmètre, encadrer le recours aux remises conventionnelles liées aux volumes de ventes pour les médicaments d'ASMR IV et V et mettre fin à l'attribution d'« avoirs sur remises » ;*

40. *pour la fixation du prix des médicaments génériques et biosimilaires, prévoir dans le prochain accord-cadre l'application de décotes au prix net de remises du médicament princeps ou du biomédicament d'origine ;*
 41. *renforcer la prise en compte de l'efficience des spécialités pharmaceutiques en élargissant le périmètre des avis d'efficience de la HAS aux médicaments d'ASMR IV, en y intégrant, pour les primo-inscriptions, différents scénarios de ratios coût-efficacité et, à l'occasion des révisions de prix, une réévaluation sur la base du prix net de remises ;*
 42. *expérimenter la tarification à l'indication des médicaments de la « liste en sus » ;*
 43. *favoriser la constitution de groupements d'acheteurs publics dans le cadre européen, en vue notamment de maîtriser le prix des médicaments innovants à fort enjeu sanitaire et financier.*
-

Chapitre IX

Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires

PRÉSENTATION

En 2015, la consommation finale de médicaments délivrés en ville par les pharmacies d'officine s'est élevée à 31 Md€, dont 27 Md€ de médicaments remboursables par l'assurance maladie. Dans ces dépenses, la part qui revient réellement aux acteurs de leur distribution n'est pas connue par les pouvoirs publics, qui mésestiment l'enjeu financier qui s'y attache. Selon la Cour qui l'a pour la première fois estimée en coût complet, elle dépasse de fait 8 Md€.

La distribution des médicaments reposait début 2017 sur un réseau de 22 008 pharmacies d'officine (départements d'outremer compris), l'un des plus denses de l'Union européenne. Les pharmaciens d'officine détiennent un double monopole, celui de la distribution des médicaments dans leurs officines et celui de la détention de ces dernières. Leur installation est conditionnée par des critères relatifs à la taille de la population à desservir.

En amont, les grossistes répartiteurs, acteurs logistiques spécialisés, approvisionnent les officines à partir des entreprises pharmaceutiques. Ils ont des obligations spécifiques en matière de fréquence de livraison des officines, de capacité à délivrer la très grande majorité des spécialités pharmaceutiques et de sécurité sanitaire des produits.

Les entreprises pharmaceutiques jouent également un rôle de distributeur : elles effectuent des ventes directes aux officines et leur accordent des rétributions complémentaires au-delà de leur rémunération réglementée, notamment au titre des médicaments génériques.

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2008⁴¹⁹, la Cour avait souligné les surcapacités d'un réseau officinal qui s'était développé à la faveur de dérogations multiples aux critères qui régissent l'installation des pharmacies et de règles avantageuses de rémunération. Elle avait recommandé de favoriser davantage le regroupement des officines et de mieux réguler les marges réglementées qui les rémunèrent.

Dans le cadre de ce chapitre, la Cour dresse plus largement le bilan des évolutions que connaît l'ensemble du secteur de la distribution des médicaments sous l'effet des politiques de maîtrise des dépenses mises en œuvre par les pouvoirs publics, de leurs actions visant à modifier l'organisation et la rémunération de ses acteurs et des stratégies déployées

⁴¹⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2008*, chapitre VI : les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux, p. 193-221, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

dans ce contexte par ces derniers afin de préserver, voire d'augmenter, leurs revenus.

Le circuit de la distribution du médicament, dont l'organisation et le financement sont étroitement réglementés, reste caractérisé par la persistance d'un réseau surdimensionné de pharmacies d'officine au regard de la population à desservir (I). En préservant leur rentabilité moyenne, les revenus procurés aux pharmacies par leur rémunération réglementée, mais aussi par les rétributions liées à des pratiques de marché qui s'y surajoutent, placent le coût de la distribution des médicaments à un niveau très élevé, notamment pour les génériques (II). Il convient de réduire ce coût, qui pèse sur l'assurance maladie, en révisant la rémunération réglementée des différents acteurs et en favorisant la rationalisation du secteur officinal, tout en veillant à préserver l'accès au médicament (III).

I - Un secteur fortement réglementé caractérisé par un réseau officinal surdimensionné

La chaîne de distribution des médicaments fait intervenir trois acteurs : les entreprises pharmaceutiques qui les produisent et les livrent, les grossistes répartiteurs qui approvisionnent les pharmacies d'officine et ces dernières qui les vendent au public. Ces deux derniers acteurs opèrent dans un environnement fortement réglementé destiné à assurer la disponibilité et la sécurité des médicaments et bénéficient de rémunérations réglementées. Les rémunérations des officines ont connu des évolutions importantes au cours des années récentes pour les déconnecter en partie de l'évolution des prix des médicaments, sans que pour autant il n'en résulte à ce stade une accélération de la rationalisation d'un réseau officinal toujours surdimensionné au regard des populations à desservir.

A - Un circuit de distribution réglementé pour garantir un accès rapide aux médicaments sur tout le territoire

Le code de la santé publique réserve aux seuls pharmaciens la réalisation de toutes les opérations touchant aux médicaments (monopole pharmaceutique).

Ainsi, la fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution en gros de médicaments ne peuvent être effectuées que par des établissements pharmaceutiques.

En ville, la dispensation au détail des médicaments est exclusivement assurée par les pharmacies d'officine. À titre principal, celles-ci s'approvisionnent auprès d'entreprises spécialisées, les grossistes répartiteurs, auxquelles incombent des obligations de service public. Ces derniers distribuent 70 % des boîtes dispensées en ville ; les 30 % restants sont livrées directement par les entreprises pharmaceutiques aux officines dans le cadre de ventes dites directes (voir II - B - *infra*).

1 - Des grossistes répartiteurs soumis à des obligations contraignantes de service public

En 2016, 42 grossistes répartiteurs⁴²⁰ comprenant 226 établissements sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultra-marin pouvaient être recensés. Sept entreprises, dotées de 184 établissements, représentaient à elles seules 98 % du marché de la répartition en métropole⁴²¹.

⁴²⁰ Définis par le code de la santé publique comme des « entreprises se livrant à l'achat et au stockage de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, en vue de leur distribution en gros et en l'état » (article R. 5124-2).

⁴²¹ Il s'agit d'Alliance Healthcare répartition (AHR, 52 établissements), d'OCP répartition (44 établissements), de Phoenix pharma (22 établissements), de la Compagnie d'exploitation et de répartition pharmaceutiques de Rouen (CERP Rouen, 32 établissements), de la Confraternelle d'exploitation et de répartition pharmaceutique Rhin Rhône Méditerranée (CERP Rhin Rhône Méditerranée, 21 établissements), de la Coopérative d'exploitation et de répartition pharmaceutique de Bretagne Atlantique (CERP Bretagne Atlantique, 11 établissements) et de la Société anonyme coopérative Giphar (Sogiphar, 2 établissements). Les trois premières sont des filiales de groupes internationaux. Les quatre autres sont des sociétés coopératives de commerçants de détail dont le capital est constitué d'apports des pharmaciens adhérents.

a) Une activité étroitement règlementée

Les activités des grossistes répartiteurs sont étroitement encadrées par le code de la santé publique afin d'assurer un accès rapide, sécurisé et complet des patients aux médicaments sur l'ensemble du territoire.

Les grossistes répartiteurs sont soumis à une autorisation d'exercer délivrée par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et doivent déclarer auprès de celle-ci les territoires sur lesquels chacun de leurs établissements exerce son activité de répartition.

Sur ces territoires, ils sont tenus de respecter des obligations de service public. Ainsi, il leur est imposé de disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins les neuf dixièmes des présentations de spécialités pharmaceutiques commercialisées. En dehors du samedi après 14 heures, du dimanche et des jours fériés, ils doivent être en mesure de satisfaire à tout moment la consommation de leur clientèle habituelle durant au moins deux semaines⁴²² et de livrer dans les vingt-quatre heures toute commande passée avant le samedi 14 heures de toute présentation des spécialités commercialisées.

Les grossistes répartiteurs doivent s'approvisionner exclusivement auprès d'établissements pharmaceutiques autorisés, soit directement auprès des entreprises pharmaceutiques (35 % des flux physiques d'achats), soit auprès des dépositaires qui stockent les médicaments pour le compte de ces dernières (65 % des flux d'achats).

Ils sont par ailleurs soumis à des obligations de traçabilité et doivent appliquer un référentiel, codifié au niveau européen, qui concerne tous les aspects de leur activité, qu'il s'agisse de la réception, du stockage, de la gestion des commandes, des rappels ou retraits de produits ou encore de la détection de produits contrefaits.

⁴²² Ils doivent ainsi détenir un stock correspondant à deux semaines de consommation.

Bien que le secteur de la répartition ait connu des restructurations importantes (il a perdu 1 000 emplois entre 2009 et 2015, sur un effectif de 12 800 salariés en 2009), il reste moins concentré que dans la plupart des autres pays européens. Dans la première moitié de la décennie 2010, on comptait ainsi en France un établissement de répartition pour 123 officines, contre 143 en Espagne, 189 en Allemagne, 248 au Royaume-Uni et 249 en Suède⁴²³.

Des ruptures de stocks imputables aux entreprises pharmaceutiques

Si la capacité du réseau de distribution à approvisionner la population dans de bonnes conditions reste satisfaisante, des ruptures d'approvisionnement⁴²⁴ se sont néanmoins accrues récemment. Sur les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, elles sont ainsi passées de 82 en 2010 à plus de 400 par an. Alors qu'au tournant des années 2010, l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) avait constaté que des grossistes répartiteurs exportaient parfois de grandes quantités de médicaments pour lesquels des ruptures pouvaient être constatées, cette pratique a depuis lors été interdite.

Selon l'ANSM, les ruptures auraient désormais pour origine non tant les grossistes répartiteurs, que les entreprises pharmaceutiques (incidents de production ou défaut de qualité, défauts d'approvisionnement en matière première, capacité de production insuffisante au regard des volumes de vente, etc.). Dès lors, et bien que conçues à cette fin, les obligations de moyens imposées aux grossistes répartiteurs situés au milieu de la chaîne de la distribution du médicament ne suffisent pas à elles seules à assurer la continuité des approvisionnements des pharmacies d'officine.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a prévu que les entreprises pharmaceutiques doivent dorénavant communiquer à l'ANSM des plans de gestion des pénuries pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. À la différence de l'interdiction de certaines pratiques faite aux grossistes répartiteurs, il s'agit d'un dispositif à caractère uniquement préventif.

⁴²³ Selon Farasat A.S. Bokhari et Franco Mariuzzo, « *Evaluating wholesale and retail mergers in pharmaceuticals* » (contribution à la table ronde « *Concurrence dans la distribution de produits pharmaceutiques* » du forum mondial de la concurrence organisée par l'OCDE, 28 février 2014).

⁴²⁴ Selon l'article R. 5124-49-1 du code de la santé publique, « la rupture d'approvisionnement se définit comme l'incapacité pour une pharmacie d'officine (...) de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures ».

b) Des obligations parfois contournées

Le respect des obligations des grossistes répartiteurs est vérifié par les agences régionales de santé (ARS), qui ont pour mission de les inspecter pour le compte de l'ANSM. Selon cette dernière, les inspections de distributeurs en gros ont diminué (30 en 2015 contre 73 en 2010) et débouchent rarement sur des sanctions. Depuis 2014, l'ANSM a seulement prononcé trois injonctions de mise en conformité et pris deux décisions de suspension.

De 2010 à 2016, l'ANSM a refusé l'ouverture de cinq établissements qui ne remplissaient manifestement pas les exigences réglementaires. Pour autant, des établissements ne satisfaisant pas aux conditions légales de la répartition pharmaceutique restent en activité. D'après l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁴²⁵, il existerait en France une vingtaine d'établissements de grossistes répartiteurs, autorisés comme tels par l'ANSM, qui ne respectent pas, dans les faits, l'ensemble des conditions légales. En pratique, les établissements concernés ne proposent qu'une courte gamme de médicaments, la plus rentable, à un nombre réduit d'officines auxquelles ils vendent de grandes quantités, quand ils ne travaillent pas uniquement à l'export. Ces établissements, dits *short liners*, s'exonèrent ainsi d'une partie de leurs obligations de service public.

Quoique minoritaire, leur activité se développe. En 2015, selon des données de la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP), elle représentait 6,2 % en volume et 4 % en valeur du marché de la répartition, contre respectivement 3,6 % et 1,9 % en 2009.

2 - Un encadrement fort et protecteur des conditions d'installation et d'exercice des pharmaciens

Les conditions d'exercice et d'installation des pharmaciens sont également fortement réglementées.

Selon le code de la santé publique, le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire⁴²⁶. L'exploitation des officines en société d'exercice libéral a conduit à assouplir cette règle. Désormais, si

⁴²⁵ Inspection générale des affaires sociales, « La distribution en gros du médicament en ville », juin 2014.

⁴²⁶ Article L. 5125-17 du code de la santé publique.

un pharmacien d'officine ne peut toujours être titulaire que d'une seule officine, il a cependant la faculté de détenir des participations minoritaires, directes ou indirectes, dans quatre autres.

À cela s'ajoute un monopole, dit officinal, sur la dispensation du médicament, qui prohibe la vente de médicaments (remboursables et non remboursables par l'assurance maladie) dans un lieu qui ne serait pas directement détenu par un pharmacien.

Enfin, l'installation des officines est soumise à autorisation par l'ARS, qui n'est délivrée, sauf exception, qu'au regard du respect de critères populationnels.

Ainsi, le nombre de pharmacies autorisées à exercer dans une commune dépend de la population de cette dernière⁴²⁷. De plus, et sous réserve que les critères populationnels autorisent l'ouverture d'une nouvelle officine, cette ouverture doit résulter en priorité d'un transfert (la fermeture d'une officine permettant l'ouverture d'une nouvelle). En cas d'impossibilité de transfert, un délai de deux ans est requis pour procéder à la création d'une nouvelle officine. Ces règles d'installation, devenues progressivement plus strictes, visent à favoriser le redéploiement des pharmacies des zones denses vers des zones moins dotées.

B - Une rémunération réglementée assise sur les prix et, de plus en plus, sur le nombre de boîtes de médicaments

Grossistes répartiteurs et pharmaciens d'officine, tirent, l'un comme l'autre, une grande partie de leurs ressources de mécanismes réglementés de rémunération de leur activité de distribution des médicaments remboursables par l'assurance maladie.

Le coût de la distribution est intégré au prix de vente du médicament⁴²⁸. Selon le code de la sécurité sociale, le prix public des médicaments remboursables (PPTTC) est constitué d'un prix fabriquant

⁴²⁷ Pas d'ouverture dans les communes de moins de 2 500 habitants, autorisation d'une nouvelle ouverture par tranche supplémentaire de 4 500 habitants (3 500 habitants avant 2012), sauf exception (Alsace-Moselle, DOM, zones urbaines sensibles). Dans les communes de moins de 2 500 habitants, il est toutefois possible d'ouvrir une nouvelle pharmacie en cas de fermeture d'une pharmacie qui desservait plus de 2 500 habitants.

⁴²⁸ Contrairement aux médicaments non remboursés par l'assurance maladie (environ 10 % de la dépense de médicaments), dont les prix sont libres.

hors taxes (PFHT)⁴²⁹ auquel s'ajoutent des marges réglementées de distribution fixées par arrêté rémunérant, d'une part l'activité de vente en gros aux officines, et d'autre part, la dispensation des médicaments par les pharmacies d'officine, ainsi que la TVA⁴³⁰.

Tandis que la rémunération des grossistes répartiteurs demeure assise sur le prix des médicaments vendus, celle des pharmacies d'officine en est récemment devenue moins dépendante.

1 - Des grossistes répartiteurs rémunérés en fonction du prix des médicaments vendus

L'activité de vente en gros des médicaments aux pharmacies d'officine est rémunérée par une marge par boîte de médicament.

Cette marge réglementée est égale à 6,68 % du prix fabricant hors taxes (PFHT), dans la limite d'un plancher (0,30 €) et d'un plafond (30,06 €). Elle a été réformée à deux reprises, en 2008 puis en 2012⁴³¹, afin de s'adapter aux évolutions du marché du médicament, sans que le principe - la corrélation de la rémunération avec le prix - en soit modifié.

2 - Une déconnexion progressive de la rémunération des pharmacies d'officine de l'évolution des prix des médicaments

Historiquement fondée sur un mécanisme identique (une marge assise sur le prix fabricant hors taxes), la rémunération des pharmacies d'officine a sensiblement évolué depuis la convention nationale pharmaceutique d'avril 2012 et ses avenants. Elle combine désormais plusieurs modes de rémunération.

⁴²⁹ Prix fixé par le CEPS après négociation avec les entreprises pharmaceutiques. Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VIII : la fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335.

⁴³⁰ Au taux réduit de 2,1 % sur les médicaments remboursables.

⁴³¹ Avant 2008, des taux de marge différents et dégressifs étaient appliqués aux médicaments par tranche de prix. En 2008, ces taux de marge par tranche ont été revus. En 2012, une rémunération proportionnelle, encadré par une marge plancher et une marge plafond, a été substituée au mécanisme d'une rémunération par tranche de prix.

Le pharmacien d'officine est rémunéré selon un barème dit « dégressif lissé » par l'application de taux de marge distincts selon des tranches de prix⁴³². Jusqu'à récemment, ce mode de rémunération, indexé sur le prix des médicaments, était le seul.

Les pharmacies d'officine bénéficient également, depuis la convention pharmaceutique de 2012, d'un complément de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui a pour finalité principale⁴³³ de les intéresser au développement de la diffusion des médicaments génériques.

Au 1^{er} janvier 2015, une réforme importante est intervenue avec la création d'honoraires de dispensation par l'avenant n° 5 à la convention. Ces honoraires sont de deux natures : un honoraire au conditionnement prenant la forme d'un forfait hors taxes par boîte (1,02 € en 2016) et un honoraire par ordonnance dite complexe (0,51 €)⁴³⁴ qui vise à reconnaître le rôle de conseil du pharmacien. Ils marquent l'introduction, dans la rémunération des officines, d'une rémunération au volume, déconnectée du prix des médicaments, en contrepartie d'une baisse des taux de marge réglementée.

Ces nouvelles modalités ont profondément modifié la structure de la rémunération des pharmacies. Ainsi, la marge réglementée ne représentait plus, en 2016, qu'une part devenue minoritaire - 47 % du total - de leur rémunération réglementée, tous modes confondus.

Une incitation à la dispensation des génériques particulièrement coûteuse

Depuis la mise en place du droit de substitution au 1^{er} janvier 2000, l'incidence de la délivrance de médicaments génériques au lieu de *princeps* est neutralisée sur la rémunération des officines. Ainsi le pharmacien perçoit au titre du générique la même rémunération en valeur absolue (marge réglementée et honoraire de dispensation) que celle dont il aurait bénéficié s'il ne l'avait pas substitué au *princeps* de référence.

⁴³² Depuis le 1^{er} janvier 2016, 25,5 % du PFHT compris entre 1,92 € et 22,9 €, 8,5 % entre 22,91 € et 150 €, 6 % entre 150,01 € et 1 500 €.

⁴³³ Depuis lors, des objectifs complémentaires à faible impact financier ont été introduits dans la ROSP : le suivi des patients sous anti vitamine K, des patients asthmatiques et, depuis 2016, de ceux traités par anticoagulants oraux d'action directe.

⁴³⁴ Ordonnances comportant au moins cinq lignes de prescription de médicaments remboursables en une seule délivrance.

Ce mécanisme, introduit pour encourager la diffusion des génériques, est particulièrement coûteux pour l'assurance maladie puisqu'il conduit à verser aux pharmaciens un montant de marge très élevé par rapport au prix du produit. À cela s'ajoute une ROSP spécifique à la délivrance de génériques, qui s'est élevée à près de 136 M€ en 2016.

Ces évolutions des modes de rémunération règlementée des officines sont intervenues dans un contexte de persistance d'un fort surdimensionnement du réseau officinal.

C - Un réseau officinal exceptionnellement dense

Malgré une légère contraction au cours des dix dernières années, le réseau officinal demeure particulièrement dense, ce qui pèse sur le niveau des coûts de distribution.

1 - Une réduction lente et limitée du nombre d'officines

Entre 2005 et 2016, le réseau officinal s'est légèrement resserré, passant de 22 610 à 21 386 pharmacies en France métropolitaine, soit une réduction de -5,4 % en onze ans.

Tableau n° 68 : évolution du nombre d'officines en France métropolitaine (2005-2016)

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 /2005
22 610	22 561	22 514	22 462	22 386	22 302	22 167	22 039	21 915	21 772	21 591	21 386	-1 224

Source : Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Malgré la suppression, en 1999, des possibilités de dérogation aux règles générales d'installation des officines qui avaient conduit jusque-là à une forte dynamique de création de nouvelles pharmacies, le rythme de cette réduction apparaît très lent.

De fait, les dispositifs en vigueur ont, dans leur ensemble, pour effet de geler un réseau au maillage particulièrement dense plutôt que d'en favoriser le resserrement. Les transferts d'officines déplacent l'offre sans la réduire. Intervenant principalement dans le cadre d'une même commune, ils ont une portée très limitée. Les regroupements, dont la loi de

financement pour 2008 a assoupli les conditions, sont désormais privilégiés par les pouvoirs publics et priment sur les transferts pour l'installation de nouvelles officines. Ces deux instruments sont cependant peu utilisés. Les transferts concernent chaque année à peine 1 % des officines. Quant aux regroupements, ils constituent des cas isolés.

Tableau n° 69 : transferts et regroupements d'officines (2010-2015)

En nombre	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Transferts d'officines	235	291	241	266	286	230
Regroupements	31	18	24	30	35	38

Source : : Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

2 - Un réseau très excédentaire au regard de la réglementation

Une application stricte des critères encadrant en principe la répartition démo-géographique des pharmacies d'officine aboutit à constater un surnombre de 10 435 officines en France métropolitaine⁴³⁵, soit de l'ordre de la moitié du réseau officinal. Au rythme des dernières années, il faudrait environ 100 ans pour que cet excédent se résorbe, toutes choses égales par ailleurs.

Parmi les communes ayant au moins une pharmacie d'officine sur leur territoire, 6 800 seraient en situation de surdensité officinale (4 200 communes de moins de 2 500 habitants et 2 600 communes de 2 500 habitants et plus), soit huit communes sur dix.

Au regard des pays européens comparables, la France est ainsi, après l'Espagne, le pays où une pharmacie d'officine dessert en moyenne le nombre d'habitants le plus faible : 2 200 en Espagne, 3 000 en France, 3 400 en Italie, 4 000 en Allemagne et 4 500 au Royaume-Uni. Dans deux pays d'Europe du Nord, pourtant caractérisés par une population réduite sur un territoire très étendu, chaque pharmacie dessert en moyenne un nombre d'habitants encore plus élevé : 6 600 en Finlande et 7 100 en Suède⁴³⁶.

⁴³⁵ IGAS-IGF, « La régulation du réseau des pharmacies d'officine », octobre 2016.

⁴³⁶ Annexe V du rapport IGAS-IGF, « La régulation du réseau des pharmacies d'officine », octobre 2016, établie à partir de données relatives au nombre de pharmacies communiquées par le conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

3 - Des disparités territoriales importantes

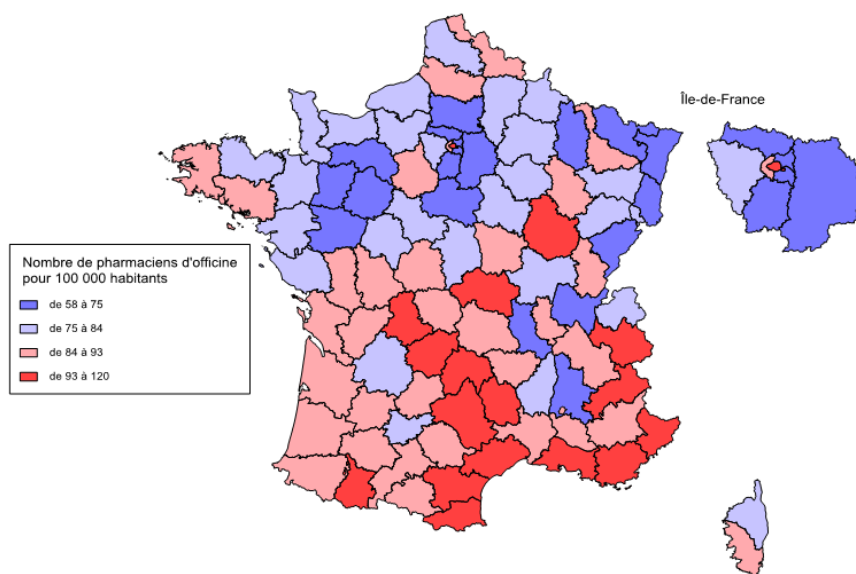
Selon les travaux menés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2009, puis en 2016⁴³⁷, les pharmacies sont le service de santé le plus densément réparti sur le territoire, devant les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers, et ce, que l'on prenne comme référence les lieux de vie de la population en général ou uniquement ceux des personnes de plus de 75 ans. Les pharmacies seraient ainsi le service de proximité le plus accessible, devant les salons de coiffure.

Ce maillage territorial serré s'accompagne d'écarts importants, comme l'illustrent les données relatives au nombre de pharmaciens d'officine présents pour 100 000 habitants.

Entre 2006 et 2016, ce nombre est resté stable, passant de 84 à 83. Mais d'importants écarts territoriaux peuvent être constatés. Ainsi, la Seine-Saint-Denis, département le moins bien doté, compte 58 pharmaciens d'officine pour 100 000 habitants quand Paris en avait 120, soit plus du double. À l'exception de Paris, la plupart des départements connaissant la plus forte densité de pharmaciens d'officine sont situés dans la moitié sud de la France. Ces disparités géographiques tendent à se creuser : ainsi, la densité en Seine-Saint-Denis, déjà faible en 2006, a chuté depuis lors de 15 points ; à l'inverse, la ville de Paris, qui présentait l'une des densités les plus élevées, a vu celle-ci s'accroître de 12 points.

⁴³⁷ « Portait des professionnels de santé », DREES, février 2016.

**Carte n° 10 : nombre de pharmaciens d'officine pour
100 000 habitants en France métropolitaine (2016)**



Source : Cour des comptes à partir des données de la DREES.

Ces disparités territoriales ont cependant une incidence limitée sur l'accès au médicament. À la différence d'autres professionnels de santé⁴³⁸, le réseau officinal dessert en proximité la totalité ou presque de la population française : 97 % de la population vit à moins de 10 minutes en voiture d'une officine et 99,5 % à moins de 15 minutes⁴³⁹. Dans l'éventualité d'une baisse de 10 % du nombre des officines, 98 % de la population serait toujours à moins de 15 minutes d'une pharmacie en voiture.

*
**

La distribution du médicament procède d'un cadre réglementaire contraignant, encadrant l'activité des grossistes répartiteurs en leur confiant des missions de service public et dictant des règles précises pour l'installation des pharmaciens d'officine. Il s'appuie sur un système de

⁴³⁸ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre V : la médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213.

⁴³⁹ La population vivant à plus de 15 minutes d'une officine correspond majoritairement à des personnes installées dans des communes situées en zone montagneuse.

rémunération des acteurs qui assure au grossiste répartiteur une rémunération dépendant directement et exclusivement du prix des médicaments livrés et au pharmacien d'officine une rémunération combinant marge assise sur le prix des médicaments et, de manière croissante, honoraires de dispensation et incitations à la distribution de génériques. Il n'a pas fait obstacle à la persistance d'un réseau officinal exceptionnellement dense au regard des populations à desservir, qui, en contrepartie du service apprécié de proximité que rend le pharmacien tant dans son activité de dispensation que dans son rôle de conseil, pèse sur les coûts de la distribution des médicaments.

II - Des rémunérations élevées et peu transparentes

Loin d'être constitués uniquement des rémunérations réglementées fixées par les pouvoirs publics, les revenus retirés par les pharmacies d'officine de la vente des médicaments remboursables par l'assurance maladie sont également issus de pratiques de marché multiples, dont certaines contournent la réglementation. Ces sources de revenus concourent à expliquer pourquoi, malgré l'érosion du marché pharmaceutique, les performances économiques des pharmacies d'officine se sont généralement améliorées au cours de la période récente.

A - Une rentabilité croissante des pharmacies

En 2015, le chiffre d'affaires moyen des pharmacies d'officine, qui comprend également des ventes de médicaments non remboursables, de dispositifs médicaux et des produits de parapharmacie, a atteint 1,68 M€. Sa progression s'est ralentie au cours des années récentes : +0,5 % en moyenne entre 2012 et 2015, après +1,6 % entre 2006 et 2012 et +5,6 % entre 2000 et 2006.

En revanche, la marge brute et l'excédent brut d'exploitation des pharmacies d'officine se sont en moyenne sensiblement améliorés depuis 2009, comme le montre le tableau suivant dont les données sont issues de l'exploitation par la Cour des déclarations fiscales des pharmacies

d'officine⁴⁴⁰. Cependant, 3,4 % des pharmacies d'officine connaissent une insuffisance brute d'exploitation et 6 % un résultat net négatif. Environ 10 % des officines peuvent être considérées comme fragiles sur un plan économique⁴⁴¹ (voir encadré *infra*).

Tableau n° 70 : taux moyens de marge brute et d'excédent brut d'exploitation des pharmacies d'officine (2009-2015, en % du chiffre d'affaires)

En %

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Marge brute	28,1	28,5	28,9	29,3	30,4	30,7	30,9
EBE	8,0	8,5	8,6	8,5	8,8	8,8	8,8

La marge brute est la différence entre le chiffre d'affaires total (ensemble des ventes de marchandises, de produits et de services) et le coût de l'ensemble des achats.

Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la DGFIP.

De manière paradoxale, cette amélioration en moyenne de la marge brute et de l'excédent brut d'exploitation des officines s'inscrit dans un contexte d'augmentation de leurs charges d'exploitation (passées de 20,1 % à 22,3 % de leur chiffre d'affaires entre 2009 et 2015). Celle-ci a été cependant moindre que celle de leurs produits, entraînant une hausse de leur excédent brut d'exploitation, passé de 8 % à 8,8 % de leur chiffre d'affaires entre 2009 et 2015.

Au-delà de la minorité de pharmacies d'officine qui connaît une situation difficile, ces données illustrent le fait que le réseau officinal a dans son ensemble traversé sans difficulté significative la période récente en dépit de la baisse du marché du médicament remboursable.

⁴⁴⁰ L'analyse de la situation économique des officines a été effectuée à partir de 95 % des liasses fiscales dont les données ont été communiquées à la Cour par la DGFIP.

⁴⁴¹ IGAS-IGF, « La régulation du réseau des pharmacies d'officine », octobre 2016.

Une minorité de pharmacies d'officine en situation fragile

L'amélioration en moyenne de la situation économique des pharmacies d'officine n'exclut pas l'accroissement de disparités en leur sein.

Le modèle officinal tend en effet à se différencier davantage entre des pharmacies, plutôt de taille moyenne ou grande, qui optent pour une stratégie fondée sur le développement de la vente de médicaments et de produits de santé non remboursables, dont le prix et la marge sont libres, en proposant des prix bas, et des pharmacies de petite taille qui ne sont pas en mesure de développer ce segment d'activité. Il tend aussi à distinguer les officines de centre-ville en surdensité, soumises à une forte concurrence et à des coûts élevés liés notamment au prix de l'immobilier et celles qui jouissent d'un quasi-monopole de fait sur certains territoires.

Les pharmacies d'officine de petite taille affichent plus souvent de faibles performances. En 2015, 7,1 % des officines dont le chiffre d'affaires (CA) est inférieur ou égal à 1 M€ présentaient une insuffisance brute d'exploitation, contre 2,5 % pour celles dont le CA est compris entre 1 M€ et 2 M€ et 1,6 % seulement pour celles dont le CA dépasse 2 M€. De même, 10,9 % des officines dont le CA est inférieur ou égal à 1 M€ dégageaient un résultat net négatif, contre 4,5 % pour celles dont le CA est compris entre 1 M€ et 2 M€ et 3,7 % pour celles dont le CA dépasse 2 M€. Les officines de petite taille ont en effet plus de difficultés à diversifier leur activité et à obtenir des avantages commerciaux des entreprises pharmaceutiques, y compris sur les médicaments génériques.

Les pharmacies d'officine les plus fragiles se concentrent non dans les territoires ruraux, mais dans les grands pôles urbains caractérisés par un excès d'offre, notamment Paris, Lyon et Marseille. Elles sont en butte à une concurrence plus forte et à des coûts d'exploitation plus élevés. Leur taux de marge brute (29 %) est inférieur de deux points à celui de la moyenne du secteur (31 %) et leur excédent brut d'exploitation n'excède pas 6 % de leur chiffre d'affaires, contre 9 % en moyenne pour le secteur.

L'amélioration globale des résultats des pharmacies d'officine s'explique, mais en partie seulement, par la diversification de leur activité vers davantage de produits non remboursés par l'assurance maladie.

**Une part toujours prépondérante des médicaments remboursables
dans l'activité des pharmacies d'officine**

Les ventes de médicaments remboursables par l'assurance maladie taxés au taux « super-réduit » de TVA de 2,1 % représentent toujours une part prépondérante de l'activité des pharmacies (73,2 % du chiffre d'affaires en 2015), quoiqu'en réduction (elle atteignait 77 % en 2009).

La part des ventes de produits de parapharmacie (hygiène, beauté) et de certains dispositifs médicaux taxés au taux normal de TVA de 20 % a progressé (+2,7 points entre 2009 et 2015, où elle a atteint 11,4 %). Celle des ventes de médicaments non remboursables et de compléments alimentaires, taxés à 10 %, et d'autres dispositifs médicaux, taxés à 5,5 % ou à 10 %, a augmenté dans une moindre mesure (+1,7 point, à 14,4 %).

Les pharmacies d'officine ont diversifié leur activité vers des produits à prix libres : médicaments non remboursables, dispositifs médicaux sans prescription, compléments alimentaires et parapharmacie, plus rémunérateurs que les ventes de médicaments *princeps*. Les marges sur ces produits sont en moyenne comprises entre 31 % et 34 % du chiffre d'affaires, soit 6 à 10 points de plus que celles des *princeps*.

**B - Un cumul de rémunérations règlementées et de
rétributions liées à des pratiques de marché**

Les médicaments remboursables par l'assurance maladie procurent trois types de revenus aux pharmacies d'officine : une rémunération règlementée, qui se diversifie et se contracte moins fortement que les dépenses de médicaments, des compléments variés de rémunération accordés par les entreprises pharmaceutiques et le bénéfice d'une partie des marges règlementées des grossistes répartiteurs.

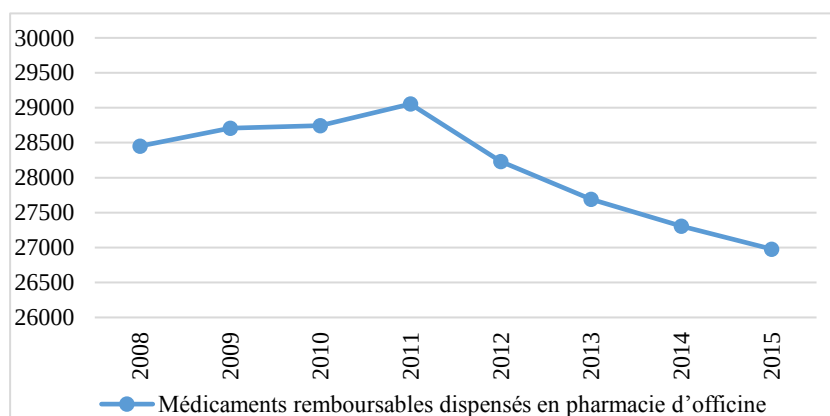
**1 - Une rémunération règlementée qui se réduit, mais moins
fortement que les dépenses de médicaments remboursables**

Comme indiqué, les ventes de médicaments remboursables par l'assurance maladie représentent une part prépondérante du chiffre d'affaires des pharmacies d'officine (73,2 % en 2015), qui s'est cependant réduite au cours de la période récente (elle s'élevait à 77 % en 2009).

Les dépenses de médicaments remboursables dispensés par les pharmacies d'officine ont atteint un point haut en 2011. Depuis lors, elles ont diminué (-2,1 Md€, soit -7,1 % entre 2011 et 2015), sous l'effet des efforts de réduction des prix des médicaments menés par le Comité économique des produits de santé (CEPS), du développement de la diffusion des médicaments génériques, de la diminution du nombre de boîtes délivrées et du déplacement vers les pharmacies hospitalières d'une partie de la dispensation des médicaments délivrés en ville⁴⁴².

Graphique n° 26 : dépenses de médicaments remboursables dispensés en pharmacie d'officine (2008-2015)

En M€



Source : DREES, les dépenses de santé en 2015.

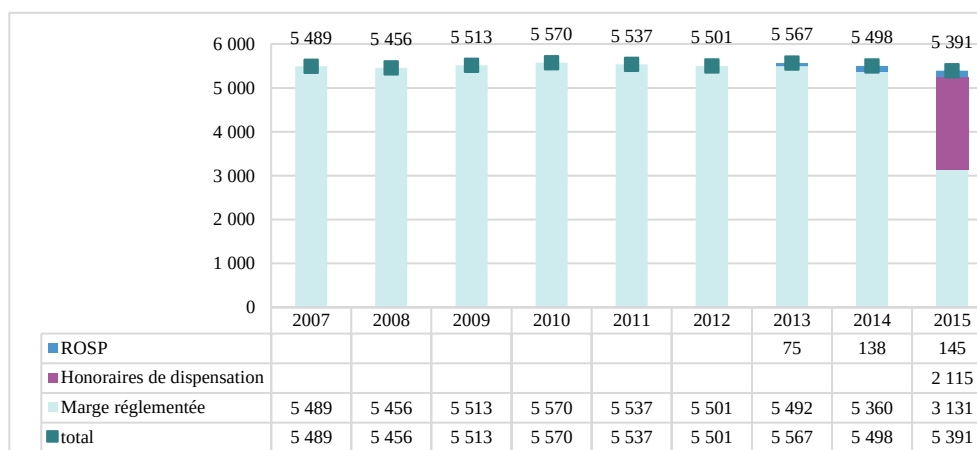
Pour sa part, la rémunération réglementée des pharmacies d'officine a atteint son niveau le plus élevé en 2010 (5 570 Md€). Depuis lors, elle s'est réduite, principalement en 2014 et en 2015, mais plus faiblement que les dépenses de médicaments remboursables dispensés par elles (-3,2 % entre 2010 et 2015 ou -2,6 % entre 2011 et 2015, tous éléments de rémunération confondus).

La rémunération réglementée des officines tend ainsi à représenter une part croissante des dépenses de médicaments remboursables par l'assurance maladie (20 % en 2015 contre 19,2 % en 2008).

⁴⁴² Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VIII : la fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335.

**Graphique n° 27 : rémunération réglementée des pharmacies
d'officine sur la vente de médicaments remboursables (2007-2015)**

En M€



Source : Cour des comptes à partir de données CNAMTS. Y compris génériques.

En dehors de l'attribution aux pharmaciens du même montant de rémunération pour la vente d'un générique que pour celle du *princeps* auquel il se substitue, deux évolutions récentes ont cherché à déconnecter partiellement l'évolution de la rémunération réglementée des pharmacies d'officine de celle des dépenses de médicaments remboursables.

En 2013-2014, l'introduction de la ROSP sur les médicaments génériques a atténué l'incidence de la diminution de la marge réglementée assise sur les prix de vente (-3,8 % entre 2010 et 2014). Puis, l'introduction des honoraires de dispensation en 2015 a modifié structurellement les modalités de rémunération des pharmacies au titre de la vente de médicaments remboursables, désormais pour moitié désensibilisée par rapport au prix de ces derniers.

La diminution de la rémunération réglementée des pharmacies d'officine n'a cependant pas empêché leur rentabilité, en moyenne, de s'améliorer, comme indiqué (voir A – *supra*). Elles bénéficient en effet d'autres sources de revenus au titre de la distribution des médicaments remboursables, liées à des pratiques de marché.

2 - Des rémunérations complémentaires importantes accordées par les entreprises pharmaceutiques

a) Des pratiques récemment régularisées qui procurent aux officines 1,1 Md€ de rémunérations complémentaires pour les seuls génériques

Au-delà des marges réglementées, les entreprises pharmaceutiques versent aux pharmacies d'officine des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature⁴⁴³.

Ces rétributions sont en principe encadrées par le code de la sécurité sociale. Depuis 2008⁴⁴⁴, les montants perçus à ce titre par une pharmacie d'officine ne peuvent excéder, par année civile et par ligne de produits, 2,5 % du prix fabricant hors taxes de ces spécialités. S'agissant spécifiquement des génériques, ce même plafond, fixé à 10,74 % en 1999, puis à 17 % en 2008, a été porté à 40 % au 1^{er} septembre 2014⁴⁴⁵, afin de se rapprocher de la réalité des taux pratiqués, qui se situaient très au-delà de ceux autorisés réglementairement.

À la suite d'enquêtes de la direction générale de la concurrence et de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) ayant mis en évidence des irrégularités, les pouvoirs publics ont régularisé une partie de ces pratiques en portant à 40 % le taux précité.

Contrairement aux *princeps*, le marché des génériques est un marché concurrentiel dans lequel le référencement de leurs marques est essentiel pour les entreprises pharmaceutiques : le droit de substitution des pharmaciens pour les médicaments inscrits au répertoire des génériques a pour corolaire leur liberté de choisir les marques de génériques qu'ils commercialisent. Les entreprises pharmaceutiques concèdent ainsi non seulement des remises sur les prix des génériques, mais aussi souvent des avantages sur les médicaments non remboursables et la parapharmacie à la condition que les pharmaciens s'engagent à référencer leurs gammes de génériques.

⁴⁴³ Par commodité, le terme de « remises » est utilisé de manière générique dans la suite du chapitre pour décrire l'ensemble des avantages commerciaux et financiers procurés par les entreprises pharmaceutiques aux pharmacies d'officine.

⁴⁴⁴ Article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.

⁴⁴⁵ Ces remises sont libres sur le médicament non remboursable et la parapharmacie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 49) a, par ailleurs, instauré une obligation de déclaration par les fournisseurs des pharmaciens des remises qu'ils accordent sur les génériques. Quoiqu'elles ne fassent à ce jour l'objet d'aucun contrôle, ces données déclaratives mettent en évidence un complément de rémunération des pharmacies d'officine de 1 140 M€ au titre des seuls génériques en 2015, versé par les entreprises pharmaceutiques de manière directe (365 M€) ou indirecte par l'intermédiaire des grossistes répartiteurs (776 M€).

Ces montants ne comprennent pas les remises versées au titre des médicaments *princeps*. En effet, aucune obligation de déclaration des remises correspondantes n'a été instaurée pour ce qui concerne ces derniers, ce qui affecte l'appréciation du coût complet de la distribution des médicaments remboursables par l'assurance maladie. Selon les estimations communiquées par la CSRP, les montants correspondants avoisineraient 350 M€.

Des déclarations non contrôlées, des données inexploitées

Les données issues de la procédure de déclaration des remises sur les génériques sont collectées par le groupement d'intérêt économique pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), créé par les entreprises pharmaceutiques, puis transmises au CEPS. Ce dernier a pour mission de les analyser et de les contrôler et bénéficie en principe à ce titre de l'appui des URSSAF qui sont habilitées à vérifier les déclarations des entreprises.

Cette mission n'est pas remplie par le CEPS. Bien que disposant des données collectées depuis 2014 (mais incomplètes pour cette même année), cet organisme convient en effet qu'elles n'ont jamais fait l'objet de contrôles, même de cohérence, auprès des déclarants. *A fortiori*, elles n'ont pas donné lieu à des décisions sanctionnant d'éventuels manquements des entreprises à leurs obligations déclaratives⁴⁴⁶.

⁴⁴⁶ L'absence ou le retard de déclaration, ou des déclarations manifestement inexactes, peuvent donner lieu à des pénalités allant jusqu'à 5 % du chiffre d'affaires.

À la suite de la prise en compte par la loi de financement pour 2017 des remises parmi les critères servant à déterminer le prix révisé des médicaments⁴⁴⁷, le CEPS envisagerait cependant de premières exploitations des données.

b) Des remises supplémentaires opaques

Les remises accordées par les entreprises pharmaceutiques aux pharmacies d'officine sur les médicaments génériques sont en réalité parfois plus élevées que les plafonds réglementés, pourtant relevés à 40 %, comme l'a constaté la DGCCRF lors de contrôles effectués depuis 2014.

Les remises étant libres sur les produits non remboursables et la parapharmacie, certaines entreprises pratiquent des remises croisées entre ces produits et les médicaments génériques, ce qui peut les conduire à dépasser le plafond de 40 % applicable à ces derniers.

Les entreprises pharmaceutiques utilisent également des contrats de coopération commerciale (liés à un médicament) ou de prestation (non liés à un médicament) pour rémunérer les pharmacies d'officine au titre de services (affichage publicitaire, positionnement des produits, participation à des enquêtes, formation...). Une partie de ces rémunérations est versée par des filiales (de formation par exemple), des régies publicitaires et des prestataires informatiques, ce qui les rend difficiles à déceler, bien qu'elles doivent en principe être elles aussi déclarées.

Dans plusieurs cas, le montant total des avantages reconstitué par la DGCCRF au titre de ces diverses pratiques dépasse 70 % du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au titre des produits concernés. Cela illustre l'existence de marges de négociation d'importantes baisses de prix de ces derniers.

⁴⁴⁷ L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale dispose désormais notamment que le prix d'un médicament peut être révisé en fonction du « prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ».

3 - La rétrocession aux officines dans certains cas de la rémunération réglementée propre à la distribution en gros

a) Près de 300 M€ dans le cadre des ventes directes

Les pharmacies d'officine ont la faculté légale de se fournir directement auprès des entreprises pharmaceutiques et de leurs prestataires logistiques (dépositaires). Ces ventes directes permettent aux entreprises de suivre précisément la commercialisation et l'usage de certains médicaments *princeps*⁴⁴⁸ et de contrôler étroitement le référencement de leurs gammes de génériques, dans le contexte d'une vive concurrence sur ce type de produits (voir 2 - *supra*).

Pour leur part, les pharmacies d'officine augmentent leurs revenus en percevant en cas d'achat direct la marge réglementée de distribution en gros (soit 6,68 % du prix fabricant hors taxes) qui est normalement affectée à la rémunération du grossiste répartiteur. En 2015, elles ont ainsi perçu 293 M€ (contre 243 M€ en 2005, le point haut ayant été atteint en 2013, à 324 M€).

Pour autant, les différents acteurs intervenant dans les ventes directes ne sont pas soumis aux obligations de service public qui s'appliquent aux grossistes répartiteurs en matière d'étendue de la gamme de médicaments disponibles, de fréquence de livraison ou encore de sécurité des opérations.

La vente directe, une pratique moins réglementée et sécurisée

Alors que dans le système de la répartition, le transport des médicaments est assuré par les grossistes répartiteurs qui utilisent leur propre flotte de véhicules adaptés, les entreprises pharmaceutiques ou les dépositaires sous-traitent cette opération à des sociétés de transport.

⁴⁴⁸ En particulier dans le cas de nouveaux médicaments complexes, à forte valeur ajoutée et faible population cible, service que les grossistes ne rendent pas aisément.

Dans cette organisation, le médicament reste sous la responsabilité du donneur d'ordre, qui s'assure par un contrat de prestation qu'il est traité par le transporteur conformément aux conditions de transport applicables au lot à expédier. Aucune obligation réglementaire ne vise cependant à garantir que les médicaments sont manipulés durant la phase de transport dans des conditions appropriées de qualité et de sécurité (surveillance de la température, propreté et sécurité des infrastructures intermédiaires de stockage, suivi des véhicules par géolocalisation...).

En Europe, la France fait partie des trois pays où ce mode de distribution direct est le plus développé. Avec la République tchèque et l'Italie, il dépassait en effet 20 % de la valeur du marché des médicaments remboursables et non remboursables à la fin des années 2000⁴⁴⁹.

Entre 2002 et 2009, les ventes directes sont passées de 9,1 % à 16,6 % de la valeur du marché français du médicament remboursable. À partir de 2010, elle se sont légèrement repliées pour s'élever à 13,8 % en 2015⁴⁵⁰, en raison, pour les *princeps*, de la combinaison des évolutions du marché (baisses de prix et chute de nombreux brevets de médicaments) et de celle des modalités de rémunération réglementée et, pour les génériques, de la remontée de la part des grossistes répartiteurs dans leur distribution.

b) Plus de 220 M€ au titre de la réintroduction d'une partie des ventes directes de génériques dans le circuit des grossistes répartiteurs

Afin de récupérer une part significative des volumes de génériques qui leur échappaient au cours des années 2000, les grossistes répartiteurs sont convenus, avec les entreprises pharmaceutiques, d'une évolution de leurs modalités de rémunération au titre de leur activité de répartition.

⁴⁴⁹ S'agissant des autres pays, les ventes directes représentaient entre 10 % et 20 % du marché au Danemark, en Grèce, en Irlande, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni et moins de 10 % dans les autres États (étude de 2011 de l'*European medicines information network, EMINeT*).

⁴⁵⁰ Soit 8,5 % au titre des *princeps* (9,1 % en 2006), 28,6 % pour les génériques hors paracétamol (62,2 % en 2006) et 74,7 % pour le paracétamol (75,4 % en 2006). Par ailleurs, les ventes directes représentaient en 2015 74,3 % du marché des médicaments relevant de spécialités non remboursables (51,6 % en 2006).

En contrepartie du recours à leurs services pour la distribution des génériques, ils ont cédé l'intégralité de leur marge réglementée de distribution en gros aux pharmacies d'officine, soit 223 M€ en 2015. À la place, ils facturent aux entreprises pharmaceutiques des prestations de service, moins rémunératrices.

La situation économique des grossistes répartiteurs

Depuis le début des années 2000, les marges réglementées perçues par les grossistes répartiteurs n'ont cessé de diminuer. Entre 2005 et 2015, elles sont ainsi passées de 1 404 M€ à 900 M€⁴⁵¹, soit -35,9 % en euros courants.

À partir des liasses fiscales transmises par la DGFIP, la Cour a pu analyser la situation économique d'un échantillon représentatif de grossistes répartiteurs. Alors que ceux des pharmacies d'officine se sont améliorés, leurs principaux indicateurs économiques se sont fortement dégradés au cours de la période récente.

Tableau n° 71 : indicateurs de performance économique d'un échantillon représentatif de grossistes répartiteurs (2009-2014)

En %						
En % du chiffre d'affaires total	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Marge commerciale	6,38	6,23	6,14	6,04	5,94	5,81
Marge brute globale	6,95	6,82	6,89	6,83	6,81	6,67
Excédent brut d'exploitation	1,11	0,88	0,91	0,88	0,82	0,51
Résultat d'exploitation	1,08	0,87	0,80	0,72	0,63	0,34
Résultat net	0,74	0,78	0,56	0,54	0,49	0,22

Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la DGFIP

Le chiffre d'affaires, en faible croissance jusqu'en 2011, a baissé de près de -2 % en 2012, de -3 % en 2013 et de -1 % en 2014, en cohérence avec l'évolution du marché du médicament remboursable. Le poids des charges d'exploitation étant resté stable au sein du chiffre d'affaires (autour de 6 %), la baisse des produits explique à elle seule la dégradation de la rentabilité, qui n'est plus que légèrement positive. Entre 2009 et 2014, le bénéfice net a été divisé par 3,5.

⁴⁵¹ Après déduction des 223 M€ de marge réglementée au titre de la distribution des médicaments génériques cédée aux pharmacies d'officine.

C - Un coût total de distribution des médicaments très élevé

Les dépenses relatives à la distribution des médicaments remboursables en ville ne font l'objet d'aucune estimation, ni suivi particulier par les administrations concernées. À la demande de la Cour, elles n'ont pu lui communiquer que des estimations très partielles. Ces dépenses représentent pourtant une part importante des dépenses de médicaments et devraient appeler à ce titre leur attention soutenue.

1 - Des rémunérations réglementées à hauteur de 6,8 Md€

Selon l'estimation de la Cour, les rémunérations réglementées des grossistes répartiteurs et des pharmacies d'officine se seraient établies au total à 6,8 Md€ en 2015, soit un peu moins d'un quart des 27 Md€ de dépenses totales de médicaments remboursables en ville (hors rétrocession hospitalière) telles qu'évaluées par la DREES⁴⁵².

Tableau n° 72 : estimation des rémunérations réglementées au titre de la distribution des médicaments remboursables en ville (2007-2015)

En M€

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Marge réglementée distribution en gros*	1 643	1 576	1 568	1 551	1 536	1 485	1 459	1 436	1 416
Rémunération réglementée des officines (marge, dispensation, ROSP)	5 489	5 456	5 513	5 570	5 537	5 501	5 567	5 498	5 391
Total	7 132	7 032	7 081	7 121	7 073	6 986	7 026	6 934	6 807

* Rémunération réglementée conservée par les grossistes-répartiteurs ou perçue par les pharmacies d'officine.

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS et de la CSRP.

⁴⁵² DREES, Les dépenses de santé en 2015.

Entre 2007 et 2015, la dépense totale de rémunérations réglementées a ainsi diminué de 325 M€, dont 227 M€ sur la marge de distribution en gros et 98 M€ sur la rémunération des pharmacies d'officine. Ainsi, deux-tiers de la baisse de la dépense s'est portée sur la marge revenant en principe aux grossistes-répartiteurs.

2 - Un coût global de distribution qui atteint en réalité 8,3 Md€

Le montant précité de 6,8 Md€ au titre des rémunérations réglementées fournit une représentation incomplète et déformée des rémunérations des différents acteurs de la distribution. En effet, il ne prend en compte ni les rémunérations complémentaires des entreprises pharmaceutiques aux pharmacies d'officine, ni la marge réglementée de la distribution en gros perçue par ces dernières.

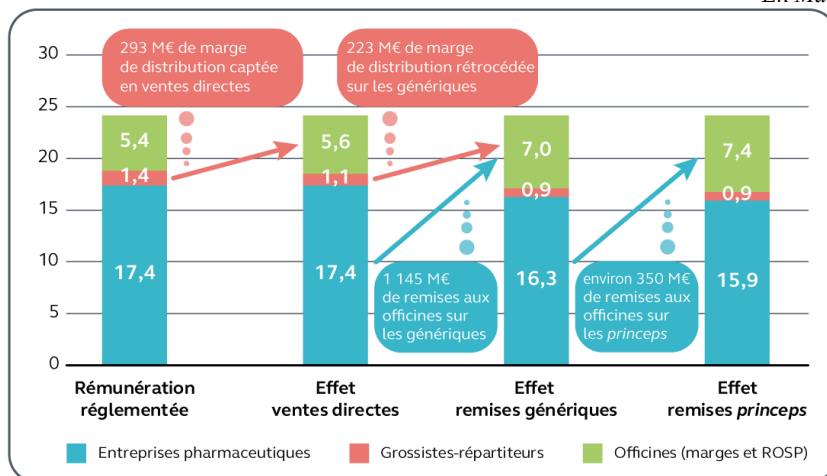
Or, ces rétributions complémentaires représentent des montants très importants au bénéfice des officines, qui peuvent être récapitulés comme suit pour l'année 2015 :

- au-delà de leur propre rémunération réglementée, les pharmacies d'officine ont perçu 516 M€ de marge réglementée de la distribution en gros (soit 38 % de cette dernière), dont 293 M€ par le canal des ventes directes et 223 M€ par la rétrocession de la totalité de la marge réglementée des grossistes-répartiteurs sur les génériques ;
- les entreprises pharmaceutiques attribuent aux pharmacies d'officine une partie de la rémunération qu'elles ont elles-mêmes perçue en prix fabricant hors taxes. Pour les seuls médicaments génériques, le montant qu'elles ont déclaré à ce titre au CEPS s'élevait à 1,1 Md€ pour 2015. S'agissant des médicaments *princeps*, le montant des avantages consentis par les entreprises pharmaceutiques aux officines n'est pas connu. Selon les informations communiquées par la CSRP, il se serait établi autour de 350 M€ en 2015.

Le graphique ci-après synthétise ces différents flux qui convergent pour majorer les revenus des officines au titre de la distribution des médicaments remboursables par l'assurance maladie au-delà de leur rémunération réglementée.

**Graphique n° 28 : estimation de la rémunération complète
- réglementée et non réglementée - des pharmacies d'officine (2015)**

En Md€



Source : Cour des comptes d'après les données de la CSRP et du CEPS.

Le total correspond au chiffre d'affaires lié aux ventes (hors taxes) en pharmacie d'officine des médicaments remboursables par l'assurance maladie.

En définitive, la rémunération des pharmacies d'officine au titre de la distribution des médicaments remboursables par l'assurance maladie s'est élevée en 2015 à 7,4 Md€ environ, soit 2 Md€ ou 38 % au-delà de leur rémunération réglementée (5 391 M€, ROSP comprise). Sur ces 2 Md€, 0,5 Md€ proviennent de la marge réglementée de la distribution en gros et 1,5 Md€ des avantages procurés par les entreprises pharmaceutiques. Ce dernier montant représente 8,3 % de leur chiffre d'affaires sur les médicaments remboursables.

En prenant en compte les marges réglementées effectivement perçues par les grossistes-répartiteurs (soit près de 900 M€), le coût total de la distribution des médicaments remboursables atteindrait ainsi 8,3 Md€ en 2015, soit près de 31 % de la dépense totale des médicaments en ville pour cette même année (27 Md€). Encore ce montant ne prend-il pas en compte les remises non déclarées ou celles illégales, constatées par la DGCCRF, au titre notamment de la distribution des médicaments génériques.

3 - Le coût considérable de la distribution des génériques

Contrairement à la plupart de leurs homologues européens, les pouvoirs publics n'ont su ou pu mobiliser que très faiblement les médecins pour favoriser la diffusion des médicaments génériques. Sous réserve d'incitations financières au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique versée depuis 2012 aux médecins⁴⁵³, le développement des génériques a été fondé sur un acteur, le pharmacien et sur un outil, le droit de substitution au médicament prescrit par le médecin.

Cette politique n'est pas sans résultats. Fin 2015, les médicaments génériques représentaient 83,2 % du nombre de boîtes vendues dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur à mi-2014, contre 81,7 % fin 2007. En 2015, 26,5 % des boîtes remboursées par l'assurance maladie concernaient des génériques, contre 17,1 % en 2007⁴⁵⁴. La diffusion croissante des génériques concourt à réduire les dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie⁴⁵⁵.

Cependant, la diffusion des génériques conserve d'importantes marges de progression au regard d'autres pays européens⁴⁵⁶. Les économies sont limitées par l'étroitesse du répertoire dans lequel le pharmacien peut substituer un générique à un *princeps*, par la fréquence de la prescription médicale de spécialités non génériques et par l'utilisation de la mention « NS » (non substituable) par le prescripteur sur l'ordonnance.

⁴⁵³ Les objectifs chiffrés relatifs à la prescription des génériques visent cinq classes de médicaments : statines, antibiotiques, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs et antidépresseurs.

⁴⁵⁴ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, programme de qualité et d'efficacité « maladie ».

⁴⁵⁵ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VIII : la fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335.

⁴⁵⁶ Les génériques représentent environ 15 % de la valeur et 30 % du volume du marché pharmaceutique en France, contre 36 % et 81 % pour l'Allemagne et 35 % et 84 % pour le Royaume-Uni (Panorama de santé 2016, les indicateurs de l'OCDE).

En outre, le modèle économique développé autour du droit de substitution du pharmacien apparaît extrêmement coûteux, comme la Cour l'a déjà souligné en 2014⁴⁵⁷, alors même que ces mécanismes n'avaient été conçus que comme transitoires et temporaires.

En effet, les pharmacies bénéficient du cumul de plusieurs dispositifs incitatifs au développement de la vente des génériques : marge réglementée calquée sur celle du *princeps*, honoraires de dispensation favorables aux médicaments à bas prix, rémunération sur objectifs de santé publique, remises des entreprises pharmaceutiques pouvant aller jusqu'à 40 % du prix fabricant hors taxes (pour les pratiques légales) et rétrocession de la marge réglementée des grossistes répartiteurs. Alors qu'une ambiguïté pouvait apparaître sur la prise en compte ou non dans le plafond de 40 % de remises autorisées sur le prix des médicaments génériques, de la marge réglementée de distribution en gros rétrocédée aux officines, une ordonnance du 8 juin 2017⁴⁵⁸ a retenu l'option la plus favorable aux pharmacies d'officine : ces marges ne sont pas soumises au plafond des remises commerciales.

En 2016, selon des données communiquées par la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique, le marché des médicaments génériques a représenté 4,4 Md€ de dépenses au total (en prix public). Sur ce montant, 2,2 Md€ sont revenus aux pharmacies d'officine. En s'en tenant aux seules données déclarées, la rétribution des pharmacies d'officine atteint ainsi 51 % des dépenses de génériques. Une part prépondérante de cette rémunération (65 %) provient de pratiques de marché.

⁴⁵⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-289, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁵⁸ Ordonnance n° 2017-1092 du 8 juin 2017 relative aux composantes de la rémunération du pharmacien d'officine.

**Tableau n° 73 : rémunération totale perçue par les pharmacies
d'officine sur la distribution des médicaments génériques (2015)**

En M€

Marge réglementée et honoraires de dispensation	635
ROSP	143
Remises des entreprises pharmaceutiques	1 140
Marge réglementée de la distribution en gros perçue via les ventes directes	90
Marge réglementée de la distribution en gros rétrocédée par les grossistes répartiteurs	223
Total	2 231
<i>en % du CA (TTC) des génériques</i>	<i>51 %</i>

Source : Cour des comptes d'après les données du CEPS et de la CSRP.

Pour une part, l'écart de prix sur les génériques qui peut être constaté entre la France et les autres pays européens reflète l'importance de ces marges. Ces montants de remises versés par les entreprises pharmaceutiques aux pharmaciens d'officine, pris en charge par l'assurance maladie au sein du prix fabricant hors taxe accordé aux entreprises, laissent entrevoir des économies substantielles sur les dépenses de médicaments génériques permettant de rapprocher les prix français de ceux de ses voisins européens.

*
**

Ces constats appellent un réexamen par les pouvoirs publics des mécanismes financiers mis en place en vue d'élargir la diffusion des médicaments génériques. Alors que les prix de vente des médicaments génériques sont, en France, nettement supérieurs à ceux pratiqués chez nos voisins européens, le fait que 50 % au moins de la dépense de médicaments génériques revienne aux pharmacies d'officine qui les distribuent révèle l'existence d'importantes marges de renégociation des prix ou des modalités de distribution de ces médicaments.

Au-delà, les différents éléments de rémunération dont bénéficient les pharmacies d'officine, tous compris dans les prix de vente des médicaments, concourent à maintenir un niveau élevé de dépenses pour l'assurance maladie. Ces constats invitent à examiner les voies d'une baisse du coût de la distribution des médicaments.

III - Réduire les coûts de distribution des médicaments

En maintenant des modes de rémunération et un environnement réglementaire très protecteurs, les pouvoirs publics font obstacle à une indispensable réorganisation des pharmacies d'officine. Au regard du coût élevé de la distribution des médicaments, il convient de réviser la rémunération réglementée de ses acteurs et de favoriser la rationalisation du réseau officinal, tout en veillant attentivement à préserver un maillage territorial adapté.

A - Réviser les rémunérations

Pour l'essentiel, la réalisation des objectifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des médicaments fixés par les pouvoirs publics repose sur la négociation de baisses de prix⁴⁵⁹, le développement de la diffusion des génériques et la recherche d'une pertinence accrue des prescriptions médicales. Alors qu'il fait obstacle à une baisse plus prononcée du prix des médicaments, le coût de la distribution devrait être abordé sous l'angle de la recherche d'une efficacité accrue de cette dépense.

1 - Une perspective d'augmentation de la rémunération réglementée des pharmacies d'officine mal fondée

L'écart considérable constaté par la Cour entre la rémunération réglementée des pharmacies d'officine sur les médicaments remboursables (5,4 Md€ en 2015) et leur rémunération réelle (7,4 Md€ estimés pour cette même année, soit un surcroît de 37 %) est méconnu des pouvoirs publics comme de l'assurance maladie.

⁴⁵⁹ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VIII : la fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335.

Ces coûts pèsent pourtant très largement sur cette dernière, à hauteur de 5,6 Md€⁴⁶⁰, soit plus d'un quart de la dépense totale de médicaments remboursés en ville (20,4 Md€ en 2015), le solde (soit 1,8 Md€) étant supporté par les assurances maladie complémentaires et directement par les assurés sociaux.

La mésestimation de l'importance de la rémunération complémentaire de 2 Md€ provenant des entreprises pharmaceutiques ou perçue sur les ventes en gros biaise les négociations conventionnelles, qui se fondent sur l'évolution de la seule rémunération réglementée des officines.

Ainsi, l'avenant n° 11 à la convention nationale des pharmaciens signé le 20 juillet 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et un syndicat représentatif des pharmaciens (union des syndicats de pharmaciens d'officine) prévoit la création de nouveaux instruments de rémunération venant s'ajouter aux dispositifs en vigueur et ayant pour effet d'augmenter la rémunération réglementée des pharmacies d'officine.

L'avenant n°11 à la convention nationale pharmaceutique de 2012

Le nouvel avenant à la convention accentue la désensibilisation de la rémunération des pharmacies du prix des médicaments en transférant jusqu'à 1,25 Md€ de marge réglementée vers les honoraires de dispensation. Dès lors, les honoraires de dispensation, indépendants des prix des médicaments, pourraient représenter 75 % environ de la rémunération réglementée des pharmaciens. L'assurance maladie s'engage, dans le même temps, par une clause dite de sauvegarde, à compenser toute perte de rémunération supérieure à 350 € par an qu'une officine pourrait connaître par rapport à sa rémunération perçue en 2017 du fait de cette évolution des modalités de sa rémunération réglementée. Compte tenu de cette clause, la rémunération réglementée de chaque officine, à volume de ventes identiques, sera stable ou augmentera.

En outre, l'avenant multiplie les honoraires de dispensation selon la nature de l'ordonnance (pour jeunes enfants ou personnes âgées, en cas de prescription de médicaments spécifiques), à instaurer une rémunération spécifique pour le suivi des patients âgés polymédiqués, à revaloriser les indemnités d'astreinte et le forfait annuel sur les anticoagulants et à

⁴⁶⁰ L'assurance maladie a financé en 2015 75,5 % des dépenses de médicaments remboursables délivrés en officine (DREES).

rémunérer spécifiquement toute une série d'actes et de services rendus par les officines⁴⁶¹. Pour une part, ces rémunérations supplémentaires viennent financer des services que les pharmaciens, en leur qualité de professionnels de santé, assurent dès à présent de manière gratuite pour leur patientèle.

Si la désensibilisation de la rémunération des acteurs de la distribution au prix des produits est vertueuse dans son principe, les pharmacies d'officine seront en pratique préservées des efforts de maîtrise accrue des dépenses de médicaments. En contrepartie, aucun engagement supplémentaire ne paraît pris par les pharmaciens d'officines pour contribuer à celle-ci. La CNAMTS estime à 280 M€ le coût complet des mesures de l'avenant n° 11, dont la montée en charge s'étalera entre 2018 et 2020, soit 161 M€ à la charge de l'assurance maladie obligatoire et 119 M€ à celle des assurances maladie complémentaires.

Ces évolutions conventionnelles dessinent ainsi un schéma de financement particulièrement protecteur, ignorant les considérables compléments de rémunération qui sont versés par ailleurs aux officines par les autres acteurs de la distribution.

C'est pourquoi, la désensibilisation aux prix de la rémunération réglementée des pharmacies d'officine devrait être accompagnée de mesures visant à en faire baisser le montant. En ce sens, la rémunération de la prestation du service de dispensation devrait avoir pour assiette le nombre de patients auxquels des médicaments sont délivrés, comme c'est le cas au Royaume-Uni, et non plus le nombre de boîtes de médicaments, qui a un effet inflationniste en liant la rémunération réglementée aux quantités et au conditionnement des médicaments vendus.

2 - Faire bénéficier l'assurance maladie d'une réduction du coût de distribution des génériques

Réduire le coût de la distribution des médicaments génériques devrait conduire à réexaminer la règle de l'égalité de rémunération entre médicaments *princeps* et génériques qui apparaît particulièrement onéreuse et de moins en moins justifiée, eu égard à la place croissante reconnue aux

⁴⁶¹ 1 € par ouverture d'un dossier médical partagé, 200 € par an pour recourir à une messagerie sécurisée et à un logiciel d'aide à la dispensation, hausse des rémunérations accompagnant le développement de la télétransmission des données, mise en place d'une rémunération pour la participation des pharmaciens à une équipe de soins primaires...

honoraires de dispensation, identiques quel que soit le prix de la boîte de médicament.

En outre, le niveau des remises accordées par les entreprises pharmaceutiques aux pharmacies justifie de réviser à la baisse le prix initial d'un grand nombre de médicaments génériques. Selon les termes de l'annexe 2 de l'accord-cadre du CEPS avec l'organisme représentatif des entreprises pharmaceutiques (LEEM), le prix d'un médicament générique est fixé, au moment de sa commercialisation, en appliquant une décote de 60 % sur celui de la spécialité de référence. Or, malgré cette décote, les entreprises pharmaceutiques ont fait bénéficier en 2015 les pharmacies d'officine de remises équivalant à 34 % du chiffre d'affaires qu'elles réalisent sur la vente de génériques. Pour une part, l'écart de prix sur les génériques qui peut être constaté entre la France et les autres pays européens reflète ces avantages.

Dans ces conditions, il conviendrait de relever significativement le taux de cette décote afin de restituer à l'assurance maladie une partie du coût anormalement élevé qu'elle supporte au titre de la distribution des médicaments génériques. À titre d'illustration, un relèvement du taux de décote de 60 % à 75 % réduirait de près de 40 % les dépenses de génériques en prix fabricant hors taxes. Cela permettrait de restituer à l'assurance maladie un montant voisin (près de 1 Md€) des avantages commerciaux aux officines déclarés par les entreprises pharmaceutiques au titre de la distribution des génériques.

3 - Permettre à l'assurance maladie de récupérer une partie de la marge de distribution en gros perçue par les officines

Les grossistes répartiteurs continuent d'assurer la détention d'un large stock de spécialités, et de respecter l'obligation de livraison au moins quotidienne des officines, si bien que la continuité des approvisionnements n'est à ce stade pas affectée. Les efforts de rationalisation de leur réseau d'établissements doivent être activement poursuivis au regard du nombre réduit de pharmacies desservies en moyenne par chacun (voir I - A - 1 - *supra*).

La marge réglementée de distribution en gros a en tout état de cause pour objet de financer les contraintes de service public (stockage d'un nombre élevé de spécialités, rapidité d'approvisionnement des officines...). De ce fait, les pratiques de rétrocession de marge aux officinaux jouent au détriment non seulement des grossistes, mais aussi de l'assurance maladie qui, au lieu d'un financement de missions de service

public, contribue en réalité à financer des pratiques qui contournent les règles fixées pour en assurer l'effectivité.

Dès lors, il conviendrait de réduire le niveau de rémunération des ventes directes afin que l'assurance maladie récupère une partie de la marge réglementée que les pharmacies d'officine perçoivent au titre de la distribution en gros. Un dispositif de cette nature permettrait, de surcroît, de rendre les ventes directes moins attractives pour les entreprises pharmaceutiques.

À cette fin, la contribution due par les entreprises pharmaceutiques et les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux pharmacies d'officine⁴⁶² pourrait être revue. Depuis la loi de financement pour 2014, cette imposition affectée à l'assurance maladie, créée en 1991 et modifiée à plusieurs reprises, comprend trois parts : le chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs et des entreprises pharmaceutiques quand ces dernières pratiquent des ventes directes (1^{ère} part), la croissance de ce chiffre d'affaires (2^{ème} part) et, depuis 2014, la marge réglementée rétrocédée aux officines par les entreprises pharmaceutiques et les grossistes répartiteurs, taxée au taux de 20 % (3^{ème} part).

Cette 3^{ème} part aurait pu permettre à l'assurance maladie de bénéficier d'une partie des marges perçues par les pharmacies d'officine. Néanmoins, sa création s'est accompagnée d'une baisse du taux de la première part car, selon l'exposé des motifs de l'amendement l'ayant introduite, « cette mesure ne [visait] aucun rendement supplémentaire pour la sécurité sociale ». Par ailleurs, les assiettes respectives des trois parts ne sont pas connues et analysées par l'ACOSS, ce qui ne permet pas d'apprécier l'impact de la mesure sur les ventes directes de médicaments.

Un relèvement du taux de cette 3^{ème} part permettrait de faire bénéficier l'assurance maladie d'une fraction plus importante des marges réglementées de la distribution en gros aujourd'hui perçues par les officines.

4 - Asseoir la rémunération des grossistes répartiteurs sur les volumes livrés, et non plus sur le prix des médicaments

Le principe d'une rémunération des grossistes répartiteurs assise sur les prix des médicaments est peu justifié au regard de la nature de leur activité. Si pour certains médicaments nécessitant une chaîne logistique

⁴⁶² Articles L. 138-1 et L. 138-2 du code de la sécurité sociale.

particulière (chaîne du froid notamment), les coûts logistiques peuvent apparaître plus élevés, ils ne sont pas nécessairement imputables aux produits les plus coûteux. À l'inverse, les coûts respectifs, pour un grossiste, de la livraison d'une boîte d'un antalgique générique ou d'une boîte d'un médicament *princeps* plus onéreux peuvent être identiques.

L'instauration en 2012 d'une rémunération à la boîte de 0,30 €, en lieu et place de l'application du taux de marge de 6,68 %, dès lors que le prix du médicament est inférieur à 4,50 €, constitue une modeste tentative de rémunération forfaitaire de ces médicaments, encore très limitée au regard des enjeux. De plus, les grossistes répartiteurs ont peu bénéficié de cette mesure. En effet, elle a incité davantage les officines et les entreprises pharmaceutiques à recourir au canal des ventes directes pour des produits dont la rentabilité de la distribution devenait plus élevée⁴⁶³.

De nouvelles règles de rémunération des grossistes fondées sur le volume de médicaments livrés aux officines devraient ainsi être fixées, en prenant le cas échéant en compte les spécificités de certaines catégories de produits en termes d'approvisionnement ou de sécurité.

B - Favoriser la rationalisation du réseau officinal

La densité particulièrement importante du réseau officinal induit des coûts de structure et de logistique élevés principalement couverts par l'assurance maladie. Le rationaliser permettrait de dégager des économies d'échelle susceptibles d'être réparties entre cette dernière et des officines en nombre plus réduit. Celles-ci pourraient étaler leurs charges fixes sur une activité accrue. La recomposition du réseau officinal faciliterait une concentration accrue de celui des grossistes répartiteurs dont le nombre d'établissements est pour partie tributaire de celui des officines.

Au-delà de la révision de ses modalités de rémunération, des réformes pourraient ainsi être conduites afin de favoriser la réorganisation progressive du réseau officinal, tout en confortant les pharmacies qui remplissent une fonction nécessaire au service de populations isolées.

⁴⁶³ La distribution d'un médicament dont le prix fabricant hors taxes (PFHT) est, par exemple, de 3 €, serait rémunérée 0,20 € (soit 6,68 % de 3 €) au lieu de 0,30 €.

L'évolution de la démographie des pharmaciens d'officine

La rationalisation du réseau officinal pourrait être facilitée par des départs massifs de pharmaciens à la retraite dans les toutes prochaines années. L'âge moyen des titulaires et des adjoints était de 50,2 ans au 1^{er} janvier 2016 et s'allonge chaque année en moyenne de 0,3 année depuis 2010. La population des pharmaciens de 56 ans et plus représentait 28 % de celle des pharmaciens inscrits à l'Ordre au 1^{er} janvier 2016. Bien que de nombreux pharmaciens en âge de partir à la retraite poursuivent leur activité, les simulations de l'Ordre indiquent une vague massive de départs à la retraite à 65 ans concentrée sur les cinq à sept prochaines années.

1 - Durcir la réglementation en matière de distribution en gros

Le circuit de la distribution ne pourra être réformé efficacement que si les pratiques illégales sont plus fermement combattues. Pour enrayer la dynamique des activités de *short-liners*, qui se développent en dehors de tout cadre réglementaire, il conviendrait de durcir les conditions d'enregistrement auprès de l'ANSM des grossistes répartiteurs et d'effectuer un nombre accru de contrôles de ces établissements, notamment dans leurs premières années d'exercice, afin de proscrire ce mode de distribution contraire aux textes.

La réglementation relative à l'achat groupé de médicaments par des officines devrait par ailleurs être renforcée afin de lutter plus efficacement contre la rétrocession de médicaments entre officines, c'est-à-dire l'achat par une pharmacie d'une quantité importante de médicaments pour les revendre à d'autres officines de manière totalement informelle ou dans le cadre de sociétés de regroupement à l'achat (SRA) ou de centrales d'achats pharmaceutiques. Bien que répandue, cette pratique est interdite⁴⁶⁴. En effet, elle crée de réels risques en matière de traçabilité et de sécurité sanitaire. L'ouverture éventuelle aux SRA et aux centrales d'achat de la possibilité de jouer le rôle d'intermédiaires dans l'achat de médicaments remboursables viendrait fragiliser un peu plus les grossistes répartiteurs en institutionnalisant entre les officines et ces derniers l'existence d'un intermédiaire non soumis à des obligations de service public. Si la DGCCRF a pu établir l'existence d'infractions et les sanctionner, les contrôles ainsi mis en œuvre et les suites qui leur sont apportées apparaissent insuffisamment dissuasifs.

⁴⁶⁴ Article L. 5124-1 du code de la santé publique.

2 - Réviser les règles d'implantation des officines pour accélérer les regroupements et fermetures

Les données relatives aux regroupements et transferts d'officines (voir I - C - 1 - *supra*) mettent en lumière leur contribution très limitée à la restructuration du secteur, alors que ces mécanismes en sont des outils indispensables. C'est pourquoi certaines règles mériteraient d'être assouplies afin de faciliter les regroupements.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 204) a autorisé le Gouvernement à prendre par ordonnance, d'ici au 26 janvier 2018, les mesures visant à « adapter les conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie, notamment au sein d'une commune ou de communes avoisinantes ».

Si elle ne visait qu'à clarifier les dispositions applicables en vue de réduire les interprétations donnant lieu à des contentieux, cette ordonnance ne porterait qu'une ambition des plus limitées en matière de restructuration territoriale du réseau officinal, malgré le constat partagé d'une surdensité dommageable. Tels qu'envisagés, la facilitation du regroupement d'officines, notamment dans le cas de communes limitrophes dont la démographie est inférieure au seuil réglementaire, et l'assouplissement des critères relatifs à la notion d'« optimalité » de l'emplacement géographique de l'officine qui conditionne la délivrance de l'autorisation par l'ARS n'apparaissent pas à la hauteur des enjeux.

Ainsi, alors qu'il apparaît qu'un frein important aux regroupements d'officines dans les zones en surdensité tient souvent à la difficulté de trouver un nouveau local permettant d'accueillir l'activité des deux officines regroupées, les pharmaciens pourraient se voir reconnaître la possibilité de conserver, dans ces zones, les deux locaux non contigus, l'un d'entre eux pouvant être transformé en lieu de stockage. Une solution de cette nature pourrait permettre de procéder à des regroupements plus rapidement et à moindre frais.

3 - Assouplir les règles de distribution des médicaments

La combinaison du monopole de détention des officines par les pharmaciens et de l'interdiction d'en détenir plusieurs, quoiqu'assouplie dans une mesure limitée⁴⁶⁵, est quasiment unique en Europe, et interdit l'entrée de nouveaux acteurs sur le marché de la distribution des médicaments.

L'ouverture du capital des officines à des non-pharmaciens conduirait à remplacer le monopole officinal par un monopole du pharmacien, dans le cadre duquel des entreprises employant des pharmaciens salariés pourraient être habilitées à délivrer des médicaments. Ainsi, la dispensation des médicaments continuerait à s'inscrire dans un indispensable environnement sanitaire et dans des conditions d'indépendance professionnelle dont l'Ordre national des pharmaciens serait le garant, comme il l'est déjà au demeurant pour l'ensemble des pharmaciens salariés, quelles que soient leurs activités.

Avec l'assouplissement des contraintes limitant la détention de plusieurs pharmacies par une même personne, l'ouverture du capital des pharmacies d'officine pourrait stimuler l'entrée sur le marché de la distribution des médicaments de nouveaux acteurs à même de réaliser les investissements nécessaires (rachats/suppressions de licences) à la rationalisation du réseau officinal. Ces mesures devraient être privilégiées par rapport à des incitations fiscales au regroupement d'officines, qui seraient coûteuses et inopportunes au regard de la situation économique du réseau.

Un autre desserrement du monopole pharmaceutique pourrait viser à faire bénéficier les consommateurs de baisses de prix significatives, en autorisant la vente libre des médicaments à prescription médicale facultative par d'autres distributeurs que les pharmacies d'officine, notamment les grandes surfaces. Cette évolution est soutenue, de longue

⁴⁶⁵ La législation en vigueur autorise des montages capitalistiques qui permettent d'associer plusieurs officines entre elles. Un pharmacien titulaire d'officine peut détenir des participations minoritaires, directes ou indirectes, dans quatre autres sociétés d'exercice libéral de pharmaciens d'officine, ouvrant ainsi la possibilité de constituer de mini-réseaux professionnels. Mais, l'association de plusieurs pharmacies est sujette à de fortes limitations : complexité juridique des enchaînements capitalistiques, déconnexion entre propriété du capital et droits de vote, dont la majorité est réservée aux exploitants, nombre d'associations possibles limité.

date, par une association de consommateurs⁴⁶⁶ et préconisée par l'Autorité de la concurrence⁴⁶⁷. Elle conduirait à limiter le monopole des pharmaciens à la dispensation des médicaments prescrits sur ordonnance et devrait être encadrée afin de garantir les conditions de sécurité et de qualité essentielles⁴⁶⁸.

Afin de favoriser des baisses de prix pour les consommateurs, il conviendrait aussi de créer les conditions d'une expansion de la vente en ligne des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, qui, bien qu'autorisée dans des conditions réglementées, reste peu développée. Dans le cadre même du monopole officinal en vigueur, plusieurs mesures pourraient être envisagées à cette fin, comme l'autorisation de la publicité comparative en ligne pour ces produits, la simplification des autorisations de vente délivrées par les ARS, l'autorisation, dans le cadre de la vente en ligne, du regroupement d'officines à cet effet et la possibilité de détenir des lieux de stockage hors officine sous la responsabilité du pharmacien.

Des ventes en ligne encore peu développées

Depuis 2012, la France autorise la vente en ligne de médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, à condition que celle-ci soit pratiquée par un pharmacien titulaire et qu'elle soit adossée à une officine physique. Cette réglementation, plutôt restrictive au regard de la directive européenne qu'elle a transposée⁴⁶⁹, a freiné le développement des ventes en ligne en France. Ainsi, un pharmacien ne peut vendre que le stock détenu dans son officine sans pouvoir disposer de lieux de stockage externes.

⁴⁶⁶ UFC Que Choisir, « Automédication : contre les maux diagnostiqués, l'UFC-Que Choisir propose son antidote », mars 2012.

⁴⁶⁷ Autorité de la concurrence, avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville.

⁴⁶⁸ Dans l'avis précité, l'Autorité de la concurrence pose trois conditions à même d'assurer une distribution sécurisée des médicaments : la vente dans un espace dédié et délimité comportant un point d'encaissement spécifique, la présence d'un pharmacien diplômé soumis à des règles déontologiques et l'obligation pour les distributeurs de fournir des garanties de nature à éviter une banalisation des produits d'automédication ou leur utilisation en tant que produits d'appel.

⁴⁶⁹ Directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 relative à la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés.

Selon la DGCCRF, rapportée à l'ensemble des officines, la vente en ligne représente une part réduite de leur chiffre d'affaires et concerne à 80 % des produits d'hygiène, de cosmétologie et de diététique, des compléments alimentaires et des produits pour bébés. La vente de médicaments est quasi inexistante.

La dispensation des médicaments à l'unité pourrait également constituer une piste intéressante d'évolution des modes de distribution des médicaments et de meilleure maîtrise des dépenses, notamment celles prises en charge par l'assurance maladie. De premières expérimentations conduites en 2014 ont mis cependant en lumière les difficultés logistiques et administratives à surmonter pour que cette pratique puisse se développer.

4 - Soutenir les officines qui remplissent une fonction indispensable de desserte de certains territoires

La mise en œuvre de mesures fortes visant à réduire le coût de la distribution des médicaments et à réorganiser le secteur officinal conduit à faire disparaître des pharmacies en surnombre. La plupart de ces officines sont situées dans des territoires urbains sur-dotés. Une partie d'entre elles connaît déjà une situation de fragilité économique, sous l'effet d'une forte concurrence et de coûts plus élevés, du fait notamment des prix de l'immobilier. Dans les territoires ruraux, les pharmacies d'officine ont en revanche généralement une clientèle captive, quoiqu'astreinte à des déplacements plus longs.

Les officines qui remplissent une fonction indispensable de desserte de certains territoires fragiles, ruraux mais aussi parfois urbains (notamment à la périphérie des grandes agglomérations), appellent cependant une attention particulière.

Des points de vigilance localisés

Une récente mission confiée aux inspections des affaires sociales et des finances⁴⁷⁰ a identifié 544 officines jouant un rôle stratégique pour l'accès au médicament dans les territoires. Ces officines, majoritairement de petite taille, sont situées à 98 % dans des communes de moins de 2 500 habitants éloignées de pôles urbains. Elles sont le point d'accès le plus proche pour 6 239 communes comptant 2,4 millions d'habitants.

⁴⁷⁰ IGAS-IGF, « La régulation du réseau des pharmacies d'officine », octobre 2016.

Plutôt que de rémunérer les surcoûts de distribution inhérents à un nombre très élevé de pharmacies au regard de la population à desservir, il serait préférable de soutenir par des aides forfaitaires spécifiques la minorité d'officines qui desservent des territoires fragiles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le coût de la distribution est une question majeure pour le pilotage des dépenses de médicaments remboursables, mais méconnue par les pouvoirs publics et par l'assurance maladie. En 2015, selon l'estimation de la Cour, il s'élevait à 8,3 Md€, soit près de 31 % de la dépense totale de médicaments remboursables délivrés par les pharmacies d'officine (27 Md€). Le poids relatif du coût de distribution est encore plus lourd pour les médicaments génériques : il atteignait 2,2 Md€, soit la moitié des dépenses de génériques (4,4 Md€).

Les acteurs de la distribution ont été confrontés, de manière inégale, aux effets de la contraction du marché des médicaments remboursables dispensés par les pharmacies d'officine induite par les politiques de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Les grossistes répartiteurs ont vu leur situation plutôt se fragiliser. Il leur appartient de dégager les marges d'optimisation de leurs réseaux d'établissements, mais il convient d'être vigilant sur leur capacité à assurer leurs missions de service public d'approvisionnement des médicaments à bref délai en tout point du territoire.

Les pharmacies d'officine, dont le réseau est l'un des plus denses d'Europe, sont parvenues en moyenne à améliorer leur rentabilité en bénéficiant notamment des nombreuses incitations de l'assurance maladie visant à diffuser l'usage des médicaments génériques, de la régularisation des pratiques de remises accordées par les entreprises pharmaceutiques et du développement des ventes directes. Ces pratiques de marché leur assurent une rémunération totale, sur les ventes de médicaments remboursables supérieure de 2 Md€ à leur rémunération réglementée (5,4 Md€), dont la réduction a une ampleur plus limitée que celle des dépenses des médicaments remboursables qu'elles dispensent.

Positive en soi, la substitution croissante d'une rémunération réglementée à l'acte de dispensation à celle assise sur le prix des médicaments a pour effet de préserver les pharmacies d'officine des conséquences des baisses de prix des médicaments et est fondée sur le nombre de boîtes délivrées, ce qui présente un caractère inflationniste.

La conjonction d'un dispositif de rémunération réglementée protecteur et de rétributions supplémentaires considérables de la part des autres acteurs de la distribution est à l'origine de coûts globaux très élevés de distribution des médicaments remboursables, et tout particulièrement des médicaments génériques, qui ont pour corollaire la permanence d'un réseau d'officines particulièrement dense au regard des pays européens comparables.

Ces coûts, principalement supportés par l'assurance maladie, doivent être réduits en désensibilisant la rémunération réglementée des pharmacies d'officine au prix des médicaments et au nombre de boîtes vendues, en abaissant le montant de cette rémunération, notamment au titre de la distribution des génériques, et en restituant à l'assurance maladie une part accrue de la rémunération réglementée sur les ventes en gros perçue par les officines. De surcroît, il convient d'assurer une transparence accrue aux modalités de rémunération des pharmacies d'officine par les entreprises pharmaceutiques et d'appliquer strictement les dispositions réglementaires visant à assurer la continuité et la sécurité de la distribution des médicaments.

En outre, le réseau officinal doit être rationalisé tout en garantissant l'accessibilité des médicaments pour l'ensemble de la population. À ce titre, les évolutions aujourd'hui envisagées ne sont pas à la hauteur des enjeux. Les mesures financières incitatives coûteuses doivent être écartées au profit notamment d'un assouplissement des règles de distribution dans des conditions qui garantissent rigoureusement la sécurité sanitaire, la qualité de la dispensation et l'indépendance des professionnels de santé que sont les pharmaciens.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 44. désensibiliser la rémunération des acteurs de la distribution au prix des médicaments en fondant celle des pharmacies d'officine sur l'acte de dispensation au patient, indépendamment du nombre de boîtes vendues, et celle des grossistes répartiteurs sur le nombre de boîtes livrées aux officines ;*
- 45. dans cette perspective, supprimer la règle relative à l'égalité des marges officinales entre médicaments princeps et médicaments génériques ;*

46. *prendre en compte dans la tarification des médicaments génériques les marges supplémentaires de baisse de prix que font apparaître les avantages commerciaux de toute nature accordés par les entreprises aux officines pharmaceutiques, en relevant significativement le taux de décote appliqué au moment de la commercialisation d'un générique ;*
 47. *augmenter le taux de la troisième part de la contribution sur les ventes en gros de médicaments prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale ;*
 48. *rendre obligatoire la déclaration au Comité économique des produits de santé des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature accordés par les entreprises du secteur pharmaceutique aux pharmacies d'officine au titre des médicaments princeps, à l'instar des médicaments génériques ;*
 49. *substituer au monopole officinal un monopole du pharmacien, en renforçant sous le contrôle de l'Ordre des pharmaciens les garanties d'indépendance professionnelle en cas d'emploi salarié ;*
 50. *simplifier la réglementation relative aux ventes en ligne afin de favoriser l'essor des ventes en ligne de médicaments à prescription médicale facultative ;*
 51. *mettre en place une aide financière spécifiquement destinée aux pharmacies d'officine identifiées comme remplissant une fonction de desserte de populations isolées et qui connaîtraient des difficultés économiques à la suite des réformes engagées ;*
 52. *renforcer les contrôles visant à faire respecter les dispositions réglementaires relatives à la sécurité et à la logistique des approvisionnements en matière de ventes en gros.*
-

Quatrième partie

Réformer les aides aux familles

PRÉSENTATION

La France se distingue de longue date par l'importance qu'elle attache à une politique familiale large et structurée. Elle a notamment développé au fil du temps un système d'aides publiques⁴⁷¹ aux familles particulièrement diversifié, qui articule à la fois prestations familiales et allègements d'impôts et représente des enjeux financiers particulièrement lourds (plus de 59 Md€ en 2015, soit 2,7 % du PIB).

La Cour a cherché à prendre la mesure des évolutions récentes qu'ont connues dans notre pays les dispositifs de soutien fiscal et social aux familles, sous un double prisme.

Un premier chapitre s'inscrit dans le prolongement de précédents travaux comparatifs sur les grands enjeux de dépenses sociales⁴⁷², en mettant en perspective les dispositifs français de soutien aux familles avec ceux de pays comparables. Par la prise de distance qu'elle autorise, cette comparaison met en évidence à la fois des convergences accrues dans l'effort financier sur ce champ, dans les objectifs recherchés et dans les instruments utilisés, mais aussi des singularités et des différences persistantes. Les unes et les autres apparaissent particulièrement riches d'enseignements et éclairent les dynamiques d'évolution, les modes d'organisation, les ajustements opérés, les choix effectués, dans des contextes qui, au-delà de situations démographiques parfois contrastées, présentent par ailleurs de nombreuses analogies.

Ce parangonnage offre ainsi des éléments précieux pour apprécier nos choix collectifs au regard des résultats obtenus et mesurer l'efficacité plus ou moins grande de notre dispositif d'aides pour atteindre les objectifs qui lui sont fixés, tels que formalisés dans l'une des annexes aux projets de lois annuels de financement de la sécurité sociale : la compensation des charges de famille, l'aide aux familles vulnérables et la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, en veillant à l'équilibre financier de la branche famille.

⁴⁷¹ La liste en figure en annexe.

⁴⁷² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2015, chapitre XV : les systèmes de retraite en France et en Allemagne, p. 533-588 et chapitre XVI : les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p. 589-634, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans la suite de ses précédentes analyses⁴⁷³ sur les évolutions des soutiens publics aux familles, la Cour dresse ensuite, sur la base d'études inédites, le bilan d'ensemble des réformes récentes qui ont très profondément remodelé tant le dispositif des prestations versées par la branche famille que les mécanismes fiscaux qui concernent les familles. Le prochain achèvement de la montée en charge de ces réformes permet en effet désormais de disposer des données qui permettent d'en apprécier les incidences, de constater les écarts éventuels avec les objectifs fixés et d'identifier les questions qu'elles laissent en suspens, tant en termes de priorités d'objectifs et de cohérence des outils qu'au regard du cadre financier dans lequel s'inscrivent les aides aux familles.

Au regard de la mise en perspective internationale du système français de soutien fiscal et social aux familles comme de l'analyse des incidences des réformes récentes, plusieurs enjeux essentiels apparaissent aujourd'hui non tranchés : l'importance à donner aux prestations monétaires ou aux prestations en nature pour permettre à un nombre accru de mères qui le souhaitent de travailler, le degré d'universalité ou de ciblage des prestations à privilégier et donc la place à reconnaître aux objectifs de prise en charge du coût de l'enfant et de lutte contre la pauvreté et le niveau de soutien à apporter en fonction du rang de l'enfant, qui met implicitement en jeu des considérations natalistes au-delà des objectifs affichés des soutiens publics aux familles.

Sans prescrire une voie d'évolution plutôt qu'une autre, la Cour éclaire ainsi les choix possibles et des leviers de redéploiement des soutiens publics aux familles en fonction des arbitrages qui pourraient être effectués entre leurs différents objectifs et instruments.

En outre, le cadre financier des prestations familiales, celui d'une branche de sécurité sociale, prête de plus en plus à interrogation, compte tenu des transformations, déjà engagées ou à venir, des missions et des sources de financement de la branche famille. La Cour met en lumière les choix qui pourraient être effectués afin d'en tirer les conséquences.

⁴⁷³ Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2007, chapitre XI : les aides publiques aux familles, p. 329-367 et septembre 2012, chapitre XVI : la fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources, p. 459-485, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

Chapitre X

Les soutiens fiscaux et sociaux aux familles en France : une mise en perspective internationale

PRÉSENTATION

La France est souvent créditée d'une politique familiale originale, forte et efficace par comparaison aux autres pays développés.

Cette conviction s'appuie sur la permanence d'un taux de fécondité relativement élevé dans notre pays sur longue période, voisin de deux enfants par femme, quand la démographie de la plupart des autres pays qui peuvent lui être comparés est déclinante. Elle tient aussi à la multiplicité des objectifs poursuivis et des outils employés pour les atteindre, là où d'autres pays affichent historiquement des ambitions plus restreintes. Elle procède enfin de l'importance des montants mobilisés à ce titre sous la forme de dépenses publiques ou d'avantages fiscaux : au regard de la définition retenue par l'OCDE, la France consacrait de fait en 2015 à la politique familiale l'équivalent de 3,7 % de son PIB, contre 2,8 % en moyenne dans l'Union européenne et 2,4 % dans l'OCDE.

Compte tenu des différences de préférences collectives, de modèles culturels ou de contexte économique, toute comparaison des soutiens fiscaux et sociaux aux familles mis en œuvre par notre pays avec ceux déployés dans des pays comparables appelle une certaine prudence.

En revanche, une telle mise en perspective est utile pour mettre en lumière la manière dont d'autres ont cherché à répondre aux enjeux et aux objectifs qui sont aujourd'hui explicitement assignés à notre politique familiale : la prise en charge d'une partie du coût de l'enfant, la lutte contre la pauvreté des familles et la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Elle permet, par les enseignements qui peuvent en être tirés, d'enrichir et d'approfondir la réflexion sur des voies d'évolution possibles pour mieux y répondre.

La Cour a ainsi comparé la situation de la France, en fonction de plusieurs axes d'analyse, à celle d'un échantillon d'une dizaine de pays⁴⁷⁴, qui présentent un niveau de vie du même ordre et un intérêt particulier au regard des outils et des résultats de leur soutien aux familles.

Elle a constaté que la politique familiale française, aux ambitions fortes et aux moyens importants, a perdu une partie de son originalité du fait de ses évolutions propres et du renforcement de l'effort public en direction des familles qui peut être observé chez certains de nos voisins (I). Elle atteint des résultats satisfaisants dans l'ensemble, mais inégaux, que plusieurs pays parviennent à dépasser au prix d'investissements plus importants ou de choix plus marqués qui peuvent conduire à questionner ceux de notre pays (II).

⁴⁷⁴ Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Irlande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

Méthodologie de l'enquête

La Cour s'est appuyée sur les données comparatives collectées par Eurostat et par l'OCDE. Pour la comparaison de l'effort financier public aux familles, la Cour a privilégié l'agrégat établi par l'OCDE, qui rend mieux compte des spécificités de notre pays en intégrant les principaux dispositifs fiscaux et le coût de l'école maternelle⁴⁷⁵. Elle a par ailleurs bénéficié, de la part de l'OCDE, d'un accès étendu aux données permettant de calculer le niveau du soutien public aux familles en fonction de leur revenu et de leur composition. Elle a enfin sollicité le réseau des conseillers sociaux en poste dans les ambassades de France et bénéficié à ce titre de contributions approfondies, notamment pour l'Allemagne.

Cette mise en perspective du soutien public aux familles en France appelle une certaine prudence quant à la lecture de ses résultats.

Tout d'abord, la « politique familiale » sous-jacente à ce soutien n'existe pas nécessairement en tant que telle dans les autres pays ou fait l'objet d'une construction récente. Alors même qu'elle interagit avec d'autres politiques publiques, la délimitation des frontières de la politique familiale répond à des conventions. Ainsi, la France, comme les organisations internationales, considère que les dépenses de santé en faveur des enfants et celles d'éducation des enfants à partir de 6 ans, n'en relèvent pas. Le fait que l'école primaire en France accueille les enfants sur des plages horaires étendues, par comparaison à d'autres pays, constitue néanmoins un point fort en matière de services aux familles.

Par ailleurs, analyser les résultats des autres pays à l'aune des objectifs que la France s'est donnés dans sa propre définition de la politique familiale n'a de portée que dans le contexte français et ne porte pas appréciation sur les politiques mises en œuvre par les autres pays, qui ne pourraient être évaluées qu'au regard des objectifs qui leur ont été assignés.

⁴⁷⁵ Cet agrégat est affecté de certaines limites, telles que la difficulté à rendre compte des soutiens des collectivités locales et des employeurs. Par ailleurs, les comparaisons confrontent les valeurs moyennes observées dans les différents pays de l'échantillon, alors que ces derniers connaissent des disparités territoriales plus ou moins prononcées.

Enfin, une partie des effets des réformes françaises récentes, qui se sont succédé de la mi-2012 à la mi-2015, ne sont pas encore susceptibles d'être observées dans les données comparatives, compte tenu de la montée en charge de certaines d'entre elles jusqu'en 2018, ou des délais de consolidation des données. C'est pourquoi, lorsque cela était possible, la Cour s'est efforcée de réaliser diverses actualisations.

I - Un soutien aux familles en France à l'originalité moins marquée

La plupart des pays développés ont mis en place des dispositifs de soutien aux familles. Il est d'usage de distinguer quatre modèles⁴⁷⁶ :

- un modèle « nordique » de forte prise en charge de l'enfant, et de grande attention à l'égalité homme/femme, au moyen d'un effort très substantiel en faveur de l'offre de garde ;
- un modèle « anglo-saxon » tourné en priorité vers les familles modestes ;
- un modèle « méditerranéen », caractérisé par un faible investissement en faveur des familles et favorisant peu le travail des mères ;
- un modèle « continental », aux préférences peu marquées en termes d'objectifs et de moyens, avec un investissement mesuré dans les différents domaines, et favorisant moins le travail des mères que le modèle nordique.

À cet égard, la France est souvent décrite comme présentant une forme de compromis entre le modèle « nordique », par l'accent mis sur l'accueil du jeune enfant, quoiqu'à un moindre degré qu'en Scandinavie, et le modèle « continental », avec un choix peu marqué entre objectifs.

⁴⁷⁶ Cette classification est due à G. Esping-Andersen, *Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990.

Des expressions différenciées des objectifs du soutien aux familles

Dans le cadre du programme de qualité et d'efficience « Famille » annexé aux projets annuels de loi de financement de la sécurité sociale, la France assigne trois objectifs aux prestations familiales : contribuer à la compensation financière des charges de famille, aider les familles vulnérables et concilier vie familiale et vie professionnelle.

Elle n'est pas seule à afficher des objectifs multiples en matière de soutien aux familles. Ainsi, en Allemagne, la politique familiale a pour objectifs « la stabilité et l'inclusion sociale des familles, la bonne conciliation de la vie familiale et professionnelle, le bien-être et le développement de l'enfant, la réalisation des aspirations des enfants⁴⁷⁷ ».

La notion de bien-être de l'enfant est retenue dans des pays aussi divers que les pays nordiques ou l'Australie, où la politique familiale s'est recomposée autour de cet unique objectif, en s'adjoignant les thématiques de l'éducation et de la santé. Par ailleurs, l'objectif d'égalité entre les hommes et les femmes, plus large que celui de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, est fréquent au-delà de nos frontières.

Au Royaume-Uni, les objectifs de la politique familiale ne sont pas définis en tant que tels, mais, outre les prestations et les avantages fiscaux, le Gouvernement structure son action autour de projets assortis d'objectifs chiffrés visant, par exemple, à éliminer la pauvreté infantile à horizon de 2020 (*Child Poverty Act*, 2010), ou à ramener à une vie sociale normale (« *Turn round* ») 120 000 familles en difficulté (*Troubled Families*, 2011).

A - Des ambitions et des outils multiples, dotés de moyens significatifs

Dans la plupart des pays occidentaux, dont la France, les systèmes de soutien public aux familles interviennent sur fond d'évolutions similaires de leur situation démographique : la taille des familles décroît, du fait notamment du recul de la part des familles nombreuses et de l'augmentation du taux d'infécondité, les mères ont leur premier enfant plus tardivement et les familles monoparentales et recomposées sont de plus en plus nombreuses.

⁴⁷⁷ Rapport annuel du ministère allemand pour la famille, les seniors, les femmes et la jeunesse.

Les tableaux ci-après retracent les évolutions récentes de l'âge des mères au premier enfant et de la part des familles de trois enfants et plus dans un groupe de pays comparables. Le recul de l'âge au premier enfant apparaît relativement limité en France, tandis que la baisse de la part des familles nombreuses y est en revanche plus marquée

Tableau n° 74 : âge des mères au premier enfant (2001-2014)*En années*

	2001	2006	2014
Espagne	29,2	29,4	30,6
Pays-Bas	28,6	29,0	29,5
Suède	28,2	28,8	29,2
Autriche	26,5	27,5	28,9
Belgique	27,0	27,7	28,6
Royaume-Uni	27,2	27,6	28,6
France	28,0	28,6	28,3
États-Unis	25,0	25,0	26,3

*Source : OCDE, base de données sur la famille.***Tableau n° 75 : part des familles de 3 enfants et plus dans l'ensemble des familles avec enfants (2007-2015)***En %*

	2007	2015
Irlande	21,0	20,5
Suède	16,7	17,3
Pays-Bas	19,0	17,2
Belgique	19,3	15,3
France	17,7	14,1
Danemark	15,5	14,0
Royaume-Uni	14,2	13,2
Autriche	13,1	13,2
Allemagne	12,4	12,4
Italie	7,4	8,2
Espagne	8,7	7,4

Source : Eurostat, EU-SILC.

1 - Un effort en France important et stable

Les dépenses publiques de soutien aux familles selon l'OCDE

Selon l'agrégat relativement large retenu par l'OCDE⁴⁷⁸, les dépenses publiques consacrées aux familles couvrent l'accueil de l'enfant jusqu'à 6 ans (et donc l'école maternelle), les prestations légales et extra-légales d'action sociale en faveur des familles, les dispositifs fiscaux visant à prendre en compte la présence d'enfants (quotient familial, déduction des impôts pour enfants majeurs, étudiants, régime spécial d'imposition des assistantes maternelles...), le supplément familial de traitement des fonctionnaires, une partie des dépenses d'aide sociale à l'enfance des départements, les bourses aux enfants de famille nombreuse dans les collèges et les lycées, les indemnités journalières versées aux femmes enceintes, ainsi que les composantes familiales des prestations légales poursuivant un autre objectif principal, mais modulées le cas échéant en fonction de la composition de la famille (allocations logement, RSA).

En revanche, elles n'intègrent pas les avantages familiaux de retraite⁴⁷⁹, ni les soins accordés aux femmes enceintes, ni les dépenses d'éducation à partir de l'école primaire, ni la prise en compte du fait familial par les employeurs autres que l'État.

En prenant pour référence l'agrégat établi par l'OCDE, la France était le pays qui consacrait en 2014⁴⁸⁰ la part la plus élevée de sa richesse nationale (3,7 % du PIB) au soutien aux familles, derrière le Royaume-Uni (4 %). Elle devançait de peu le Danemark et la Suède, l'Allemagne se situant derrière (3,1 %). Cette part n'a pratiquement pas varié depuis 2001, oscillant entre 3,7 % et 3,8 % sur l'ensemble de la période.

Les comparaisons qui figurent dans les développements suivants ont pour périmètre les dépenses publiques consacrées aux familles retenues par l'OCDE.

⁴⁷⁸ Eurostat retient un périmètre plus étroit qui n'inclut ni les avantages fiscaux, ni l'accueil des enfants en école maternelle. Dès lors, la France y est classée tout au plus en milieu de tableau, avec une dépense équivalente à 2,5 % du PIB.

⁴⁷⁹ Majoration des pensions des parents ayant élevé trois enfants et plus et majoration de durée d'assurance pour chaque enfant, non soumises à condition de ressources et validation gratuite de trimestres d'assurance sous condition de ressources pour les parents qui cessent ou réduisent leur activité pour élever un enfant en bas âge (assurance vieillesse des parents au foyer).

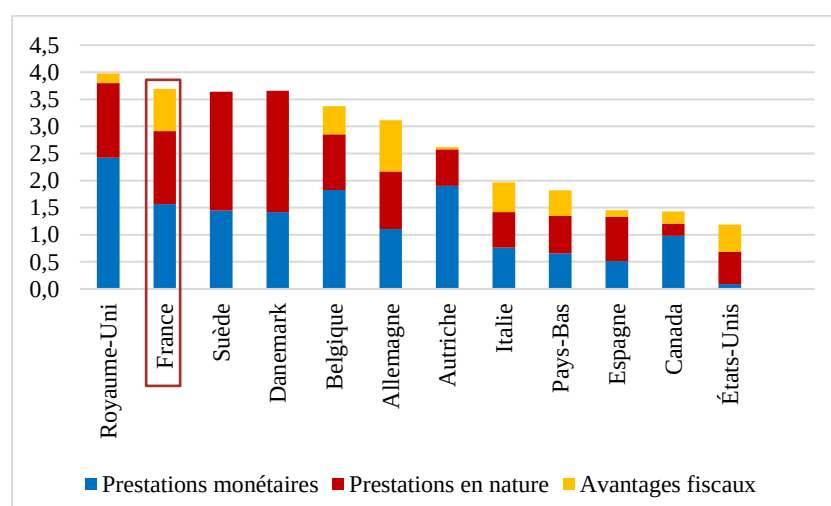
⁴⁸⁰ Année pour laquelle les données disponibles sont les plus récentes.

2 - Des modes de soutien diversifiés

Les soutiens financiers aux familles sont susceptibles de prendre trois formes : des prestations monétaires, des avantages fiscaux et des prestations en nature correspondant au financement de services et d'équipements, notamment en matière d'accueil du jeune enfant.

Avec l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Italie, la France fait partie des quelques pays où les trois modalités de soutien financier, y compris l'instrument fiscal, tiennent chacune une place importante. Par ailleurs, la France se singularise par l'existence d'un grand nombre de prestations monétaires distinctes (voir annexe à la fin de cette sous-partie).

Graphique n° 29 : soutien aux familles ventilé par modalité d'intervention (en % du PIB, 2013 ou dernière année disponible)



Source : OCDE – base de données sur la famille, présentation Cour des comptes.

A contrario, d'autres pays n'utilisent pas (Danemark, Suède, Pays-Bas) ou peu l'instrument fiscal (Royaume-Uni, Espagne, Autriche). Un seul pays ne recourt quasiment pas aux prestations monétaires (les États-Unis).

Des modalités variées de prise en compte des familles par l'impôt

Dans la plupart des pays, le fait familial est pris en compte par des réductions ou des crédits d'impôt, forfaitaires ou proportionnels, et qui interagissent ou non avec les prestations familiales.

En France, le mécanisme du quotient familial est indépendant des prestations familiales et est considéré comme un mode de calcul de l'impôt⁴⁸¹. Il consiste à diviser le revenu imposable par un « nombre de parts » censé refléter les implications de la taille de la famille sur les charges de cette dernière. Une demi-part est attribuée à chacun des deux premiers enfants et une part entière au-delà. L'impôt dû est ensuite calculé, au regard du barème, sur la base du quotient entre le revenu fiscal et le nombre de parts⁴⁸². La réduction d'impôt ainsi obtenue progresse donc avec le revenu du foyer fiscal. Toutefois, elle fait l'objet depuis 1982 d'un plafonnement par demi-part, dont le montant s'élève à 1500 € à l'heure actuelle. Le mécanisme est donc à la fois progressif avec le revenu, dans une certaine limite, et avec la taille de la famille au-delà de deux enfants⁴⁸³.

Certains pays ne tiennent pas compte des charges de famille sur le plan fiscal (Danemark, Suède, Pays-Bas et Irlande). En contrepartie, ils peuvent verser des allocations généreuses, mais souvent dégressives avec le revenu.

La plupart pratiquent un abattement sur le revenu imposable (Allemagne, Belgique, Japon), une réduction d'impôt (Autriche, Italie), ou un crédit d'impôt (États-Unis). Un abattement procure un gain croissant de manière plus que proportionnelle avec le revenu, comme le quotient familial français, lorsque le barème d'imposition est progressif. En revanche, une réduction d'impôt a le même effet quel que soit le niveau de revenu. Enfin, un crédit d'impôt bénéficie également aux ménages non imposables. Seul le Luxembourg applique comme la France un mécanisme de quotient familial.

⁴⁸¹ À ce titre, il n'est pas recensé parmi les dépenses fiscales bénéficiant aux ménages.

⁴⁸² Ce nombre de parts dépend aussi du statut du foyer fiscal selon qu'il s'agit d'un célibataire ou d'un couple. Dans ce dernier cas, le barème de l'impôt est appliqué à chacune des deux parts par lesquelles le revenu des conjoints est divisé (mécanisme dit du « quotient conjugal », distinct du quotient familial).

⁴⁸³ L'octroi d'une demi-part supplémentaire à compter du troisième enfant répond à d'autres objectifs que le maintien du même niveau de compensation des charges du foyer par l'outil fiscal (elles ne doublent pas à partir des enfants de rang 3 et suivant).

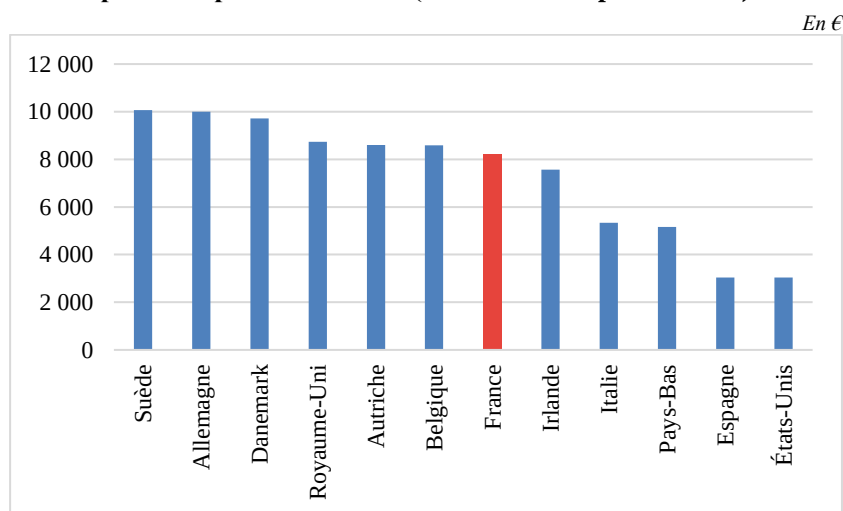
En Allemagne, l'abattement (« *Kinderfreibetrag* »), qui vient en déduction du revenu imposable dans le cadre d'un barème progressif, ne peut être cumulé avec les allocations familiales (« *Kindergeld* »). L'administration fiscale applique le traitement le plus favorable à chaque ménage (« *Günstigerprüfung* »). Les plus favorisés (soit 17 %) doivent ainsi renoncer aux allocations pour profiter à plein de la déduction fiscale.

3 - Des aides par enfant très significatives, sans être les plus élevées

Quand on rapporte au nombre d'enfants concernés le soutien aux familles, la France est devancée par la Suède, l'Allemagne et le Danemark et, dans une moindre mesure, par le Royaume-Uni, la Belgique et l'Autriche, pour certains de ces pays dans le contexte d'une natalité plus faible qui les conduit à répartir un effort similaire au nôtre sur un nombre plus réduit d'enfants.

La France s'inscrit néanmoins dans le groupe des pays qui consacrent les montants les plus importants par enfant. Plus précisément, elle se situe dans la moyenne quant au montant des prestations monétaires et en nature par enfant et est l'un des pays qui consacrent le plus d'aides fiscales par enfant, étant dépassée seulement par l'Allemagne.

Graphique n° 30 : dépenses en faveur de la famille par enfant, en parité de pouvoir d'achat (2013 ou année plus récente)



Source : OCDE, base de données sur la famille et données démographiques, calculs Cour des comptes par référence au nombre d'enfants de moins de 15 ans.

B - Des évolutions en partie convergentes

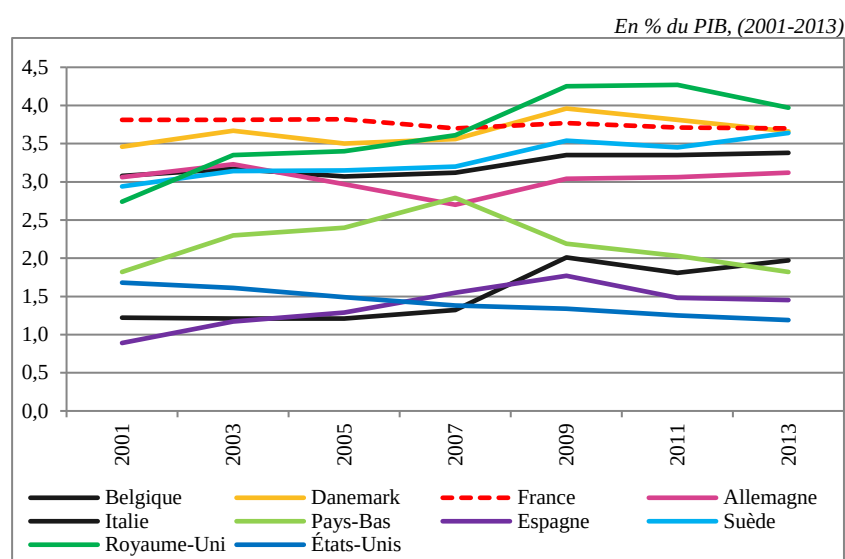
1 - Des dynamiques de rattrapage sur un plan financier, parfois affectées par la crise

Le graphique ci-après montre comment la France, largement en tête en matière de soutien aux familles au début des années 2000, a, avec un investissement resté stable, été rejointe voire dépassée par d'autres pays, le Royaume-Uni, le Danemark et la Suède, la Belgique ayant elle aussi augmenté son effort, sans cependant rejoindre celui de la France.

Pour un deuxième groupe de pays (les Pays-Bas, et plus encore l'Italie et l'Espagne), traditionnellement peu investis dans ce champ, l'augmentation du niveau du soutien aux familles a été interrompue, voire s'est inversée dans le contexte de la crise économique. L'Allemagne a connu des évolutions, peu visibles dans cette présentation mais réelles, la permanence du niveau du soutien financier par rapport au PIB ayant pour corollaire une forte augmentation de son montant du fait d'une reprise plus

marquée de la croissance après 2009. Enfin, aux États-Unis, le niveau de soutien, déjà faible, s'est régulièrement amoindri⁴⁸⁴.

Graphique n° 31 : effort financier en faveur des familles



Source : OCDE, base de données sur la famille, présentation Cour des comptes.

Dans l'ensemble, l'effort financier en faveur des familles a évolué dans le même sens que la richesse nationale. Les pays qui ont subi une baisse du PIB moyen par habitant, comme l'Italie et, plus encore, l'Espagne, ont réduit leurs dépenses en la matière. La Suède, l'Allemagne dans le cadre d'un solde public excédentaire, et la France, pour lesquels le PIB moyen par habitant a retrouvé ou dépassé son niveau d'avant crise, ont épargné leur politique familiale. Seul le Royaume-Uni a choisi, malgré une croissance substantielle, de réduire l'effort financier consacré à la famille rapporté à la richesse nationale. Dans la plupart des pays, le soutien aux familles a ainsi connu une évolution similaire, sur la période suivant immédiatement la crise (2010-2013), à celle des autres politiques sociales.

⁴⁸⁴ Pour les années 2008 et 2009, des effets de dénominateur doivent être pris en compte dans l'interprétation de ces trajectoires. La contraction du PIB a eu pour effet, lorsque les montants consacrés à la politique familiale sont maintenus ou réduits dans une moindre proportion, de les faire apparaître en augmentation relativement au PIB.

Dans la plupart des pays, un mode d'indexation des prestations qui favorise la maîtrise de la dépense

En France, le montant des prestations familiales est déterminé d'après la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF) et revalorisé conformément à l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac (en application de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale). Si l'évolution des prix à la consommation hors tabac est différente de celle initialement prévue, il est procédé à un ajustement destiné à assurer, pour l'année civile suivante, une évolution de la base mensuelle conforme à celle des prix à la consommation hors tabac.

Ce mode d'indexation qui garantit le pouvoir d'achat des prestations, est parfois critiqué au motif qu'il entraîne une attrition tendancielle des prestations familiales dans les ressources des familles qui évoluent plus rapidement avec la masse salariale.

Une récente étude de la CNAF pour le compte du Haut Conseil à la famille met en lumière l'existence chez nos voisins de trois modes distincts d'indexation des prestations familiales : discrétionnaire, fondé sur l'évolution des prix à la consommation, comme en France ou fondé sur l'évolution des salaires. Comme le montre le tableau ci-après, l'indexation sur les salaires constitue un mode minoritaire.

Tableau n° 76 : modalités d'indexation des prestations familiales dans plusieurs pays européens

Allemagne, Autriche, Espagne, Irlande, Suède	Pas d'automatisme
Belgique, Royaume-Uni	Prix à la consommation
Italie	Variable selon les régions et communes
Danemark, Pays-Bas	Évolution moyenne des salaires

Source : CNAF.

2 - Des réformes dans la plupart des pays qui vont dans le sens d'une convergence accrue avec les modalités traditionnellement retenues en France pour le soutien aux familles

Les mesures récemment adoptées par les différents pays de l'échantillon retenu par la Cour comportent des similitudes en matière de développement des services d'accueil du jeune enfant et de prise en compte des ressources dans l'attribution de certaines prestations.

**Tableau n° 77 : réformes récentes en matière d'aide aux familles
dans différents pays européens**

	Mesures défavorables	Mesures favorables
Royaume-Uni	Prime de naissance réservée au premier enfant. Diminution de 10 % de la prise en charge des frais de garde des jeunes enfants. Réduction de 10 ans à 5 ans de l'âge limite de perception de l'allocation de parent isolé. Réduction des allocations familiales pour les hauts revenus et suppression pour les 15 % de familles les plus aisées. Modification du crédit d'impôt dans un sens moins favorable.	Droit à un accueil gratuit à partir de 2 ans à hauteur de 15 heures. Droit à l'accueil gratuit des enfants de 3 à 4 ans porté de 15 heures à 30 heures. Création de l' <i>Universal credit</i> , fusion de prestations se traduisant par une augmentation de ressources pour certaines familles. Mise en place en avril 2015 du nouveau droit à congé parental avec partage du droit entre les parents (non indemnisé).
Allemagne	Raccourcissement du congé parental ramené de 24 à 12 mois + 2 mois pour le père. Suppression (2015) de la prestation compensatrice en cas de non-recours au droit opposable à la garde (<i>Betreuungsgeld</i> , 150 € par mois).	Augmentation du montant versé lors d'un congé parental (de 300 € forfaitaires jusqu'à 1 800 €). Allocation de 100 à 150 € pour les parents gardant les enfants au domicile au lieu de demander une place en crèche (2013). Augmentation des allocations familiales de 10 % à 12 % selon le rang de l'enfant. Introduction d'un droit opposable à une place en crèche (août 2013) ⁴⁸⁵ . Développement de l'offre de garde, objectif 35 % d'enfants accueillis (33 % en 2015, soit un doublement depuis 2008). Janvier 2016 : extension des horaires d'accueil au-delà de 16 heures. Extension de la durée de perception du congé parental jusqu'à 4 mois si les deux parents passent à temps partiel. « <i>Familienpaket</i> » (coût 5,4 Md€) : relèvement de l'abattement fiscal général et de celui spécifique aux familles monoparentales, et allègement fiscal additionnel de 240 € pour les enfants de rang >1 dans ces familles, revalorisation du « complément familial ».
Irlande	Diminution de 7 % en moyenne du montant des allocations familiales et suppression après 18 ans. Limite à 13 ans de l'allocation de parent isolé Suppression de l'allocation pour garde de jeune enfant.	Droit à une année d'accueil gratuite en établissement d'accueil de jeunes enfants.
Espagne	Suppression de la prime à la naissance.	Introduction en 2016 d'un complément de retraite pour maternité aux femmes qui ont eu des enfants (5 % pour deux enfants, 10 % pour 3 enfants, 15 % pour 4 enfants).

⁴⁸⁵ La jurisprudence a considéré que ce droit était satisfait si les parents disposaient d'une place sur la plage de 8 heures à 12 heures.

	Mesures défavorables	Mesures favorables
Danemark	Réduction progressive des allocations familiales au-delà d'un revenu de l'ordre de 100 000 € par an. Prestations réservées aux familles dont un parent a travaillé deux ans au cours des dix dernières années.	Augmentation de l'allocation de parent isolé.
Italie		Introduction d'un « bonus bébé » fiscal mensuel de 80 € pendant les 3 premières années de l'enfant, sous un plafond de revenus.
Suède		Augmentation des allocations familiales à partir du 2 ^{ème} rang. Suppression de la possibilité pour les communes d'accorder une allocation aux parents en compensation du renoncement au bénéfice d'une place en EAJE. Augmentation du nombre de jours réservés à chaque parent pour le partage de l'allocation parentale.
Pays-Bas	Réforme du crédit d'impôt afin d'inciter le parent qui gagne le moins à accroître son temps de travail. Suppression de la hausse des allocations avec l'âge des enfants, et suppression de l'avantage fiscal aux parents en congé parental.	
Autriche		Création d'une allocation de congé parental brève (12 à 14 mois) de montant élevé (80 % du salaire plafonné à 2 000 €). Versement d'un 13 ^{ème} mois d'allocations familiales.

Source : rapport de Bertrand. Fragonard, *Les aides aux familles*, 2013, actualisation de la Cour des comptes à partir des contributions des conseillers sociaux près les ambassades de France.

a) Un accueil du jeune enfant, point fort de la politique familiale

Au Royaume-Uni et en Allemagne, l'accueil du jeune enfant est développé en recourant à des outils novateurs, mais dans un contexte où l'offre est moins étendue qu'en France.

Au Royaume-Uni, où l'accueil du jeune enfant est en règle générale coûteux pour les familles et l'offre de garde peu développée, a été instauré un droit opposable à un accueil gratuit à partir de deux ans à hauteur de 15 heures par semaine, qui devrait être porté progressivement à 30 heures au cours de l'année 2017, pour un coût de 2 Md£. En Irlande, un droit à un accueil gratuit pendant un an en établissement a également été introduit.

En Allemagne, où l'éducation du jeune enfant par la mère interrompant son activité a longtemps été valorisée, un investissement important est effectué depuis près de dix ans dans l'accueil des jeunes

enfants : en 2015, 33 % étaient accueillis en établissement, soit le double de la proportion de 2008. En 2013 a été introduit un droit opposable à une place en établissement d'accueil et des crédits supplémentaires ont été accordés, dans le cadre du « *Familienpaket* » adopté en 2015, en vue de développer l'offre de garde, avec pour objectif d'assurer l'accueil de 35 % des jeunes enfants. Début 2016, les horaires d'accueil des établissements ont été étendus au-delà de 16 heures. Par ailleurs, l'allocation de congé parental peut désormais être cumulée, sous certaines conditions, avec une activité à mi-temps.

b) Une modulation croissante des prestations monétaires en fonction des ressources, dans les autres pays comme en France

À l'instar de la France pour les allocations familiales depuis 2015, plusieurs pays modulent désormais davantage les prestations monétaires en fonction des ressources.

Au Royaume-Uni, les allocations familiales ont été réduites pour les revenus élevés et supprimées pour les 15 % de familles les plus aisées. Au Danemark, elles ont été diminuées au-delà d'un revenu voisin de 100 000 € par an⁴⁸⁶. En Allemagne, certaines prestations ont été davantage ciblées⁴⁸⁷.

A *contrario*, l'Allemagne a relevé les prestations et les avantages fiscaux dans des conditions qui bénéficient aux familles aisées dans la limite d'un plafond. Le « *Familienpaket* » adopté en juin 2015 a prévu, pour un coût de 5,4 Md€, un relèvement de l'ordre de 10 % sur cinq ans de l'abattement fiscal de droit commun (de 4 368 € en 2014 à 4 788 € en 2018), une hausse de près de 50 % de l'abattement fiscal spécifique aux familles monoparentales (de 1 308 € à 1 908 €), assorti d'une majoration pour les enfants de rang 2 et plus (à hauteur de 240 €).

c) Un partage de l'aide au congé parental qui s'étend avec des choix variés pour sa compensation financière

La plupart des pays accordent un congé maternité pour une durée comparable à la France (16 semaines pour le premier enfant et 24 à partir du deuxième), sans cependant opérer de distinction en fonction du rang de l'enfant (14 semaines en Allemagne en Suède, 15 en Belgique, 16 en Autriche, 18 au Danemark). En revanche, il est mieux rémunéré en France

⁴⁸⁶ Le montant des allocations familiales est minoré de 2 % des revenus excédant ce plafond.

⁴⁸⁷ L'indemnisation pour congé parental a été réduite pour les revenus supérieurs à 1 240 € mensuels.

(la perte de salaire est compensée intégralement dans la limite d'un plafond journalier de 82,33 €) que dans d'autres pays qui accordent un congé plus long (80 % du salaire sur 22 semaines en Italie, 90 % du salaire sans plafond les 6 premières semaines, puis plafond de 140 £ par semaine sur les 46 suivantes au Royaume-Uni), mais moins bien que dans d'autres pays plus généreux à cet égard (compensation intégrale sans plafond en Allemagne et en Autriche).

Le congé paternel en France (11 jours avec 100 % du salaire dans la limite de 82,35 € par jour) s'inscrit quant à lui dans la moyenne des pays européens qui l'ont adopté⁴⁸⁸ (durée allant de 10 jours à deux semaines et compensation comprise entre 80 % et 100 % du salaire sous plafond).

En revanche, le congé parental est particulièrement long en France : en cas de partage entre les deux parents, il atteint une année pour le premier enfant et trois ans à partir du deuxième ; à défaut, il s'élève à 6 mois et à 24 mois. En revanche, il est peu rémunéré, là où plusieurs pays le conçoivent comme un véritable revenu de remplacement. Il s'élève ainsi à 392,09 € par mois, alors qu'il croît avec le salaire antérieur dans la limite de plafonds en Allemagne, en Autriche, en Suède et au Danemark, pour y atteindre respectivement jusqu'à 1 800 €, 2 000 €, 2 200 € et 3 700 € par mois⁴⁸⁹.

*
**

La France déploie une politique ambitieuse de soutien financier aux familles qui redistribue une fraction élevée et constante dans le temps de la richesse nationale en jouant sur l'ensemble des instruments disponibles : prestations monétaires, avantages fiscaux et prestations en nature. Dans un contexte où certains pays ont accru leur effort en direction des familles, sa position relative tend cependant à s'éroder. Par ailleurs, ce soutien financier, tout en étant très significatif, n'a pas un caractère exceptionnellement élevé quand on le ramène au nombre d'enfants concernés.

S'il a choisi, comme plusieurs autres, de moduler plus fortement les prestations monétaires en fonction des ressources des familles, notre pays conserve néanmoins des singularités fortes : un mécanisme de soutien fiscal à la fois progressif avec le revenu et avec le rang de l'enfant et des moyens importants consacrés à l'accueil du jeune enfant, même si de

⁴⁸⁸ Ce qui n'est pas le cas de l'Allemagne. En Italie, il est seulement d'une journée.

⁴⁸⁹ OCDE, base de données sur la famille.

nombreux pays renforcent leur effort en ce domaine. Par ailleurs, il propose un congé parental long mais peu rémunéré.

II - Des résultats d'ensemble satisfaisants, mais parfois meilleurs à l'étranger, des problématiques à approfondir

L'évaluation économique de l'efficacité des politiques familiales

La littérature économique se focalise principalement sur l'impact des politiques de soutien aux familles sur la fécondité, laquelle ne fait cependant pas partie, tout au moins explicitement, des objectifs affichés par la France.

Les études faites observent que, au sein d'un groupe de pays donné, il n'existe en général pas de corrélation entre la fécondité et le niveau du soutien financier aux familles. D'autres paramètres, notamment culturels, comme le caractère plus ou moins accueillant de la société vis-à-vis de l'enfant et de la famille, auraient un caractère déterminant. En revanche, au sein d'un même pays, la plupart identifient un effet positif, mais très limité, des soutiens financiers aux familles sur la fécondité. Une réduction du coût de l'enfant pour la famille de l'ordre du quart, ce qui constitue un investissement considérable, élèverait la fécondité de 2 % à 5 %. L'impact varierait selon le type de dépenses et leur complémentarité. Les aides à la garde auraient un rôle central⁴⁹⁰.

Par ailleurs, la fécondité a longtemps évolué en raison inverse de l'emploi féminin, les femmes étant contraintes de choisir entre élever des enfants ou exercer une activité professionnelle. Depuis plusieurs décennies, la fécondité est au contraire corrélée au taux d'emploi féminin : les politiques d'accueil du jeune enfant permettent aux femmes de mener de front maternité et activité professionnelle, et l'activité professionnelle des femmes procure à la famille une aisance financière plus importante, qui permet à son tour d'envisager d'avoir davantage d'enfants.

⁴⁹⁰ Revue économique de l'OCDE n°41, 2005/2 : l'influence des politiques d'aide aux familles sur la fécondité dans les pays développés, Santé, société et solidarité, 2010, volume 9, n° 2 : politiques familiales et fécondité et document de l'OCDE, 2011 : assurer le bien-être des familles.

S'agissant de l'effet du congé parental sur la fécondité, selon les études analysées par l'OCDE, l'application d'un taux de remplacement du salaire plus élevé pendant la période de congé est de nature à stimuler le taux de fécondité. Par ailleurs, si les études de la CNAF⁴⁹¹ montrent que si des congés trop courts dissuadent *a priori* les femmes d'avoir des enfants, des congés longs peuvent avoir des effets négatifs sur l'employabilité. En outre, il y a consensus pour relever que les interruptions de carrière dues aux enfants expliquent une grande partie des écarts de salaire hommes - femme à qualification équivalente : jusqu'à un tiers pour la France, une proportion qui serait plus faible dans les pays nordiques, mais encore plus forte au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Allemagne⁴⁹².

Par ailleurs, les travaux académiques concluent à un effet favorable des soutiens financiers aux familles sur le taux de pauvreté des enfants.

Enfin, ils invitent à la prudence quant à l'idée intuitive selon laquelle un ciblage accru des prestations favorise la réduction de la pauvreté, les résultats étant variables selon les pays et les catégories de population.

A - De bons résultats d'ensemble des soutiens aux familles en France, à nuancer pour certains publics

Les incidences du soutien financier aux familles sont ici appréciées à l'aune des objectifs généraux mentionnés par le programme de qualité et d'efficience « Famille » annexé aux projets annuels de loi de financement de la sécurité sociale.

⁴⁹¹ Politiques sociales et familiales n° 108, juin 2012 : trajectoires professionnelles des pères, quels effets des arrêts et réductions d'activité ?

⁴⁹² Revue de l'IRES, 2014/4 : une estimation du coût indirect des enfants en termes de pertes de carrière, de salaires et de droits à retraite pour les femmes.

1 - Une contribution à la prise en charge du coût de l'enfant comparativement élevée en France, à tous les niveaux de revenus

Comme déjà souligné⁴⁹³, la France fait partie d'un groupe de pays dans lesquels le niveau du soutien financier par enfant est élevé. Tous instruments confondus, il atteignait en moyenne plus de 8 000 € par an en 2013. L'examen de cas-types permet d'apprécier le niveau relatif de ce soutien par rapport à celui des revenus du foyer de l'enfant en France et dans les autres pays.

Afin de prendre en compte les effets de la modulation des allocations familiales entrée en vigueur à la mi-2015⁴⁹⁴, la Cour a actualisé les données de l'OCDE, datant de 2014⁴⁹⁵, qui permettent de sommer les transferts liés aux prestations monétaires et aux avantages fiscaux dans 36 cas-types fonction des revenus du foyer ainsi que du nombre et de l'âge des enfants⁴⁹⁶. Cette actualisation lui a permis de mettre à jour les résultats de travaux de l'OCDE (effectués en 2009 d'après des données de 2006), qui concluaient au caractère singulier, au cas de la France, de la courbe représentant le niveau de soutien public en fonction des revenus du foyer : notre pays était alors seul à présenter, de manière marquée, un profil en « U »⁴⁹⁷.

Si les réformes menées entre 2012 et 2015 ont conduit à faire très largement disparaître cette singularité, il n'en reste pas moins que des niveaux de soutien comparativement élevés demeurent accordés aux familles disposant de revenus relativement élevés.

À titre d'illustration, le graphique ci-après indique, en fonction de l'âge du dernier enfant (en années), le niveau de soutien en pourcentage du salaire moyen accordé dans chaque pays à un couple avec trois enfants dont les deux parents gagnent chacun 150 % du salaire moyen.

⁴⁹³ Voir graphique n° 31 p. 461 *supra*.

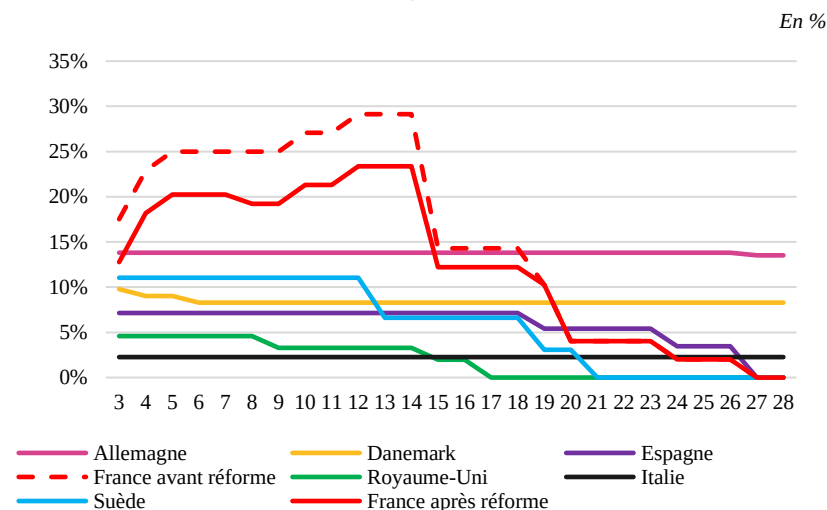
⁴⁹⁴ Elle n'intègre cependant pas les réformes survenues en 2015 dans les autres pays tels que le « *Familienpaket* » allemand, ni les autres réformes intervenues en France telles que les revalorisations du complément familial, de l'ASF et du RSA.

⁴⁹⁵ Qui prenaient déjà en compte les incidences des deux baisses successives du plafond du quotient familial.

⁴⁹⁶ Les frais de garde des enfants d'âge préscolaire et la participation publique éventuelle à leur couverture ne sont en revanche pas pris en compte. Compte tenu de cette spécificité, la courbe n'est vraiment significative qu'au-delà de trois ans et est donc présentée sur cette plage. Par convention, dans tous les cas-types de cette analyse, les enfants les plus jeunes sont supposés être distants de deux années, un écart de 5 ans séparant les autres enfants.

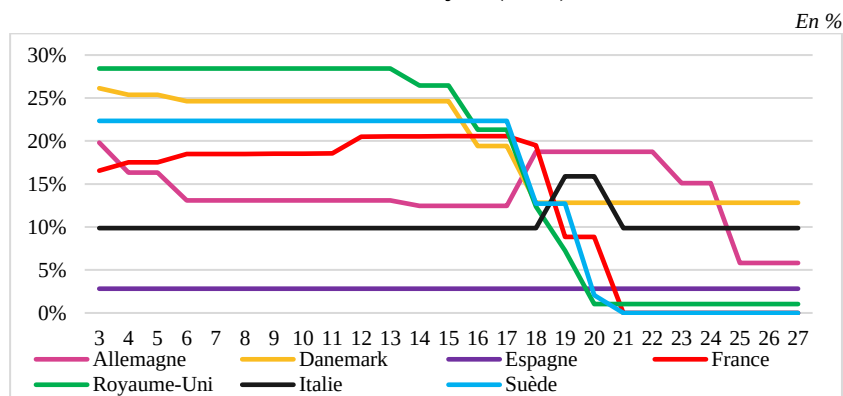
⁴⁹⁷ CNAF, dossier d'étude n° 112, janvier 2009.

Graphique n° 32 : niveau de soutien selon l'âge de l'enfant pour un couple élevant trois enfants et ayant un revenu égal à 300 % du salaire moyen (2014)



En revanche, une famille monoparentale dont le parent gagne 50 % du salaire moyen, avec deux enfants, est relativement peu soutenue en France par comparaison au Royaume-Uni, au Danemark et à la Suède.

Graphique n° 33 : niveau de soutien selon l'âge de l'enfant pour une personne seule élevant deux enfants et ayant un revenu égal à 50 % du salaire moyen (2014)



Comme le montre le tableau ci-après qui en fait la synthèse, les données de l'OCDE font ainsi apparaître que le niveau du soutien financier aux familles en France bénéficie relativement plus aux foyers ayant des revenus moyens ou élevés et à ceux ayant trois enfants ou plus, qu'aux foyers pauvres, couples ou parents isolés, ayant un seul ou deux enfants.

Tableau n° 78 : classement de la France parmi 7 pays en fonction du niveau du soutien financier aux familles

	1 enfant	2 enfants	3 enfants et +
<i>Couples, revenu du ménage en % du salaire moyen</i>			
50 %	4	5	3
150 %	4	1	1
300 %	3	1	1
<i>Personnes seules, revenu du ménage en % du salaire moyen</i>			
50 %	3	4	1
100 %	2	2	1
150 %	1	1	1

Source : Cour des comptes d'après les données OCDE 2014 actualisées par la prise en compte de l'effet de la réforme des allocations familiales intervenue en 2015.

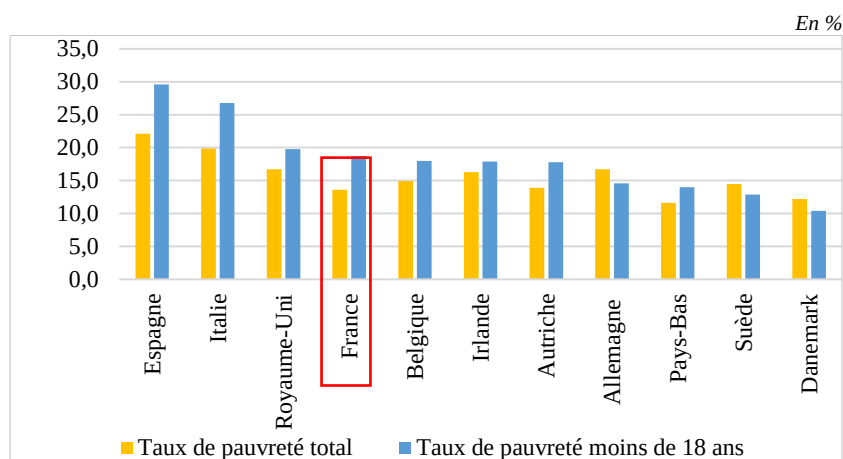
2 - Une aide aux familles à faibles revenus assez développée, mais aux résultats inégaux

a) Un rôle important du soutien aux familles en France dans la réduction de la pauvreté

La France se situe dans la moyenne en termes de taux de pauvreté, mais fait partie, avec les pays du Sud et les pays anglo-saxons, de ceux dans lesquels les familles avec enfants sont plus fréquemment touchées par la pauvreté que le reste de la population.

En règle générale, le fait que les familles avec enfant(s) aient un taux de pauvreté plus élevé provient du fait que le revenu de la famille, quoique peu différent de celui d'un ménage sans enfant, est partagé entre un plus grand nombre d'unités de consommation. Néanmoins, la Suède, l'Allemagne et le Danemark connaissent des taux de pauvreté pour les enfants moindres que pour l'ensemble de la population.

Graphique n° 34 : taux de pauvreté respectifs des familles avec enfants et de l'ensemble de la population (2015)



La pauvreté est définie comme le fait de disposer d'un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian. Le niveau de vie est le quotient du revenu par le nombre d'unités de consommation du foyer, c'est-à-dire le nombre de personnes pondéré par des coefficients ayant pour objet de refléter les économies d'échelle liées à la taille de ce dernier. Les revalorisations de prestations programmées en France après 2015⁴⁹⁸, qui auront une incidence sur les taux de pauvreté, ne sont pas prises en compte ici.

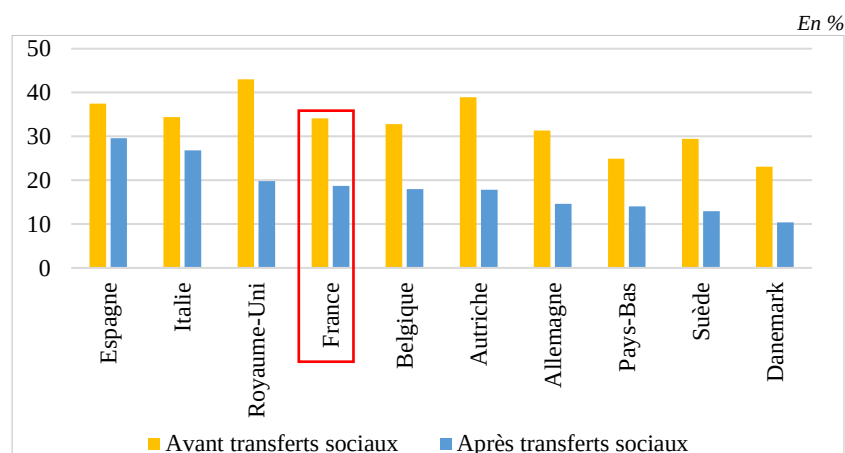
Source : Eurostat.

Pour mieux apprécier la portée des soutiens aux familles sur la pauvreté des enfants, il convient de compléter cette approche par celle de l'incidence des transferts sociaux⁴⁹⁹. Comme le montre le graphique ci-après, ces derniers réduisent de près de 45 % le taux de pauvreté des familles avec enfant(s) en France, comme en Belgique et aux Pays-Bas. Des taux de réduction plus élevés, de l'ordre de 55 %, sont observés en Allemagne, en Autriche, en Suède et au Danemark, ainsi qu'au Royaume-Uni. Selon le cas, ces pays ciblent davantage les dépenses sur les populations les plus modestes (c'est le cas du Royaume-Uni, où le taux de pauvreté demeure toutefois, même après transferts, plus élevé qu'en France) ou consacrent des montants plus importants à des cibles comparables.

⁴⁹⁸ Voir chapitre suivant.

⁴⁹⁹ Est ainsi observé l'impact, non seulement de la politique familiale, mais de l'ensemble des transferts, tels que le RSA en France.

Graphique n° 35 : taux de pauvreté des familles avec enfant(s) avant et après transferts sociaux (2015)



Les revalorisations de prestations programmées en France après 2015⁵⁰⁰, qui auront une incidence sur les taux de pauvreté, ne sont pas prises en compte ici.

Source : Eurostat.

b) Des familles nombreuses et monoparentales plus vulnérables en France que ce qui est observé dans certains pays

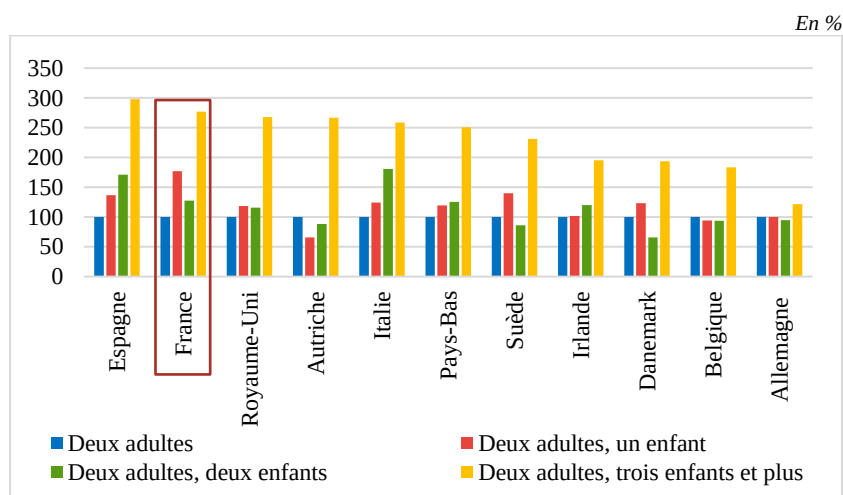
Le graphique ci-après permet de mettre en évidence pour chaque pays l'écart entre le taux de pauvreté (au seuil de 60 % du niveau de vie moyen) pour un couple sans enfant et celui des couples avec enfants en fonction du nombre de ces derniers.

Dans de nombreux pays, dont la France, les familles de trois enfants et plus sont plus souvent pauvres que les familles sans enfant, là encore pour partie du fait de la division d'un revenu voisin de celui des autres familles par un nombre accru d'unités de consommation. Seuls les pays nordiques, l'Allemagne et la Belgique échappent à ce constat.

De surcroît, - et cela est moins connu -, la France se caractérise par un net ressaut de la prévalence de la pauvreté pour les familles avec un seul enfant.

⁵⁰⁰ Voir chapitre suivant.

Graphique n° 36 : taux de pauvreté des familles de deux adultes en fonction du nombre d'enfants (2014, sans enfant = base 100)



Les revalorisations de prestations programmées en France après 2015⁵⁰¹, qui auront une incidence sur les taux de pauvreté, ne sont pas prises en compte ici.

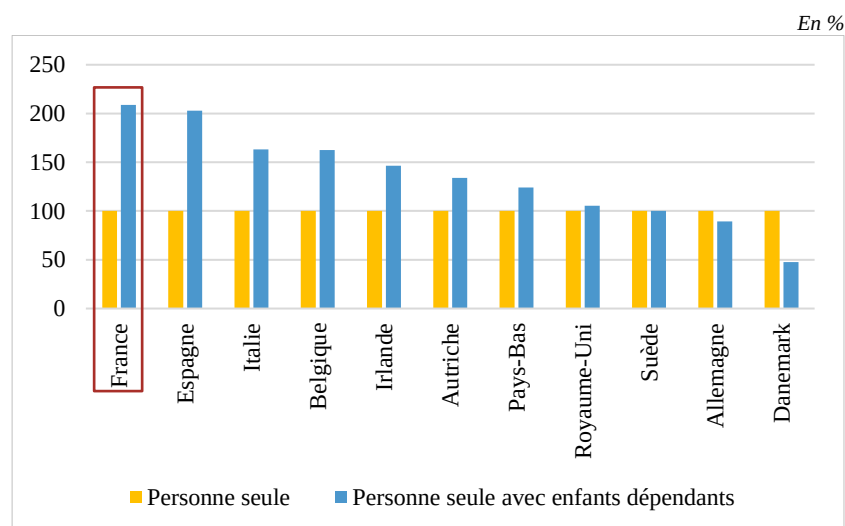
Source : Cour des comptes d'après données Eurostat.

Le graphique ci-après met en lumière que si les personnes seules avec enfants sont plus souvent pauvres que les personnes seules sans enfant, ce phénomène se manifeste dans des proportions très élevées en France.

Certains pays (Royaume-Uni, Suède, Allemagne), classés dans des modèles distincts de politique familiale, parviennent cependant à annuler l'écart de taux de pauvreté selon le nombre d'enfants.

⁵⁰¹ Voir chapitre suivant.

Graphique n° 37 : taux de pauvreté des familles monoparentales en fonction du nombre d'enfants (2014, sans enfant = base 100)



Les revalorisations de prestations programmées en France après 2015⁵⁰², qui auront une incidence sur les taux de pauvreté, ne sont pas prises en compte ici.

Source : Cour des comptes d'après données Eurostat.

La notion de pauvreté utilisée ci-dessus étant définie en termes relatifs, il est utile de la compléter par l'indicateur de la « privation matérielle sévère des enfants »⁵⁰³. Seuls les pays nordiques et les Pays-Bas sont mieux placés que la France à cet égard. Néanmoins, près de 15 % des enfants vivant en France dans une famille monoparentale subissent des privations sévères.

⁵⁰² Voir chapitre suivant.

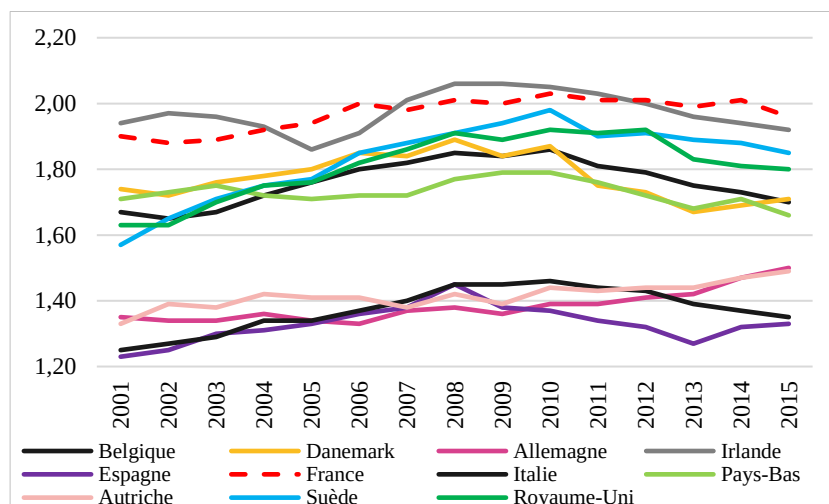
⁵⁰³ Il s'agit de la proportion d'enfants vivant dans des familles incapables de couvrir les dépenses liées à trois au moins des neuf éléments suivants : paiement du loyer, d'un emprunt immobilier ou des factures d'eau/gaz/électricité, chauffage adapté du logement, consommation régulière de viande ou d'une autre source de protéines, réfrigérateur, téléviseur, téléphone, automobile, vacances et dépenses imprévues.

3 - Une conciliation vie familiale - vie professionnelle relativement aisée en France, mais plus difficile pour certains profils

a) Une fécondité qui demeure élevée

Avec un indicateur conjoncturel de fécondité⁵⁰⁴ proche de 2 en 2013, date des dernières comparaisons disponibles, la France était le pays de l'échantillon où ce dernier est le plus élevé. Elle devance légèrement l'Irlande, la Suède et les États-Unis. En Allemagne, la fécondité connaît une lente remontée, mais ne se situe qu'au voisinage de 1,5 enfant par femme. C'est en Espagne et en Italie qu'elle est la plus faible.

Graphique n° 38 : indicateur conjoncturel de fécondité (2001-2015)



Source : Eurostat.

⁵⁰⁴ Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge. L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là. Le taux de natalité rapporte les naissances à la population totale. La descendance finale est le nombre d'enfants que les femmes d'une génération donnée ont au cours de leur vie.

La fécondité en France a bien résisté à la crise puisqu'elle a été quasiment stable sur la période depuis 2008, alors qu'elle a chuté de 1,45 à 1,27 en Espagne entre 2008 et 2013. Toutefois les données les plus récentes, concernant la France, font état d'une inflexion à la baisse⁵⁰⁵, dont il ne peut être apprécié si elle traduit un changement durable, de telles évolutions constatées dans le passé ayant été suivies d'une reprise des naissances.

*b) Une participation des femmes au marché du travail
relativement forte*

L'écart de taux d'activité entre hommes et femmes est faible en France (de l'ordre de 8 points), comme dans un assez grand nombre de pays, à l'exception de l'Italie et de l'Irlande où les femmes sont nettement moins actives professionnellement que les hommes (avec respectivement 15 et 19 points d'écart de taux d'activité).

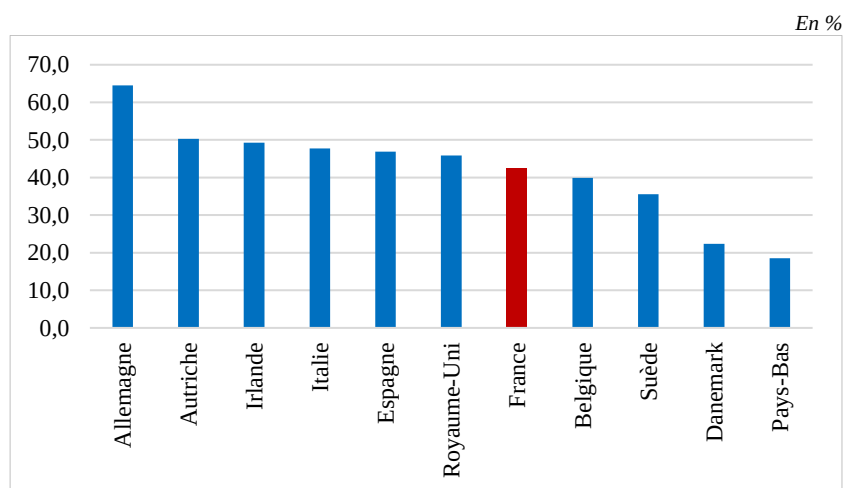
S'agissant du couple de variables constitué par la fécondité et la participation au marché du travail, la Suède peut se prévaloir d'une performance globale encore meilleure que la France, puisqu'elle connaît un taux d'activité féminin très supérieur (de plus de dix points), pour un taux de fécondité à peine inférieur (de l'ordre de 1,9). Le Danemark a lui aussi un taux d'activité très supérieur au taux français, mais avec un taux de fécondité plus faible (1,7).

*c) Une conciliation facilitée par une offre d'accueil du jeune enfant
substantielle et financièrement accessible*

Avec la Belgique, la France fait partie des pays où les enfants de moins de 3 ans sont relativement peu gardés par leurs seuls parents, mais davantage qu'au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède.

⁵⁰⁵ En 2016, la fécondité a diminué pour la deuxième année consécutive. L'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,93 enfant par femme, contre 1,96 en 2015 et 2 en 2014. La baisse de la fécondité est principalement perceptible pour les jeunes femmes de 25 à 29 ans.

Graphique n° 39 : part des enfants de moins de trois ans gardés exclusivement par leurs parents (2015)



Source : Eurostat.

Les données de l'OCDE confirment que les structures d'accueil du jeune enfant (modes de garde formalisés avant trois ans tels que crèches et assistantes maternelles, école maternelle entre trois et cinq ans) accueillent une proportion comparativement importante des enfants en France, ce qui facilite l'insertion professionnelle des mères, qui dans tous les pays assument l'essentiel de la garde parentale.

D'autres données de l'OCDE mettent en évidence que la France est l'un des pays où le coût net de la garde, en pourcentage du salaire moyen, est le plus faible. Dans le cas-type d'un couple gagnant 150 % du salaire moyen, la France fait ainsi partie d'un groupe de pays où le coût net pour la famille considérée, en proportion des revenus, est de l'ordre de 10 %, comme en Allemagne, en Belgique ou au Danemark. Le niveau de ce coût est beaucoup plus élevé aux Pays-Bas (20 %) et au Royaume-Uni (34 %), mais encore inférieur en Autriche, en Espagne et en Suède (4 %).

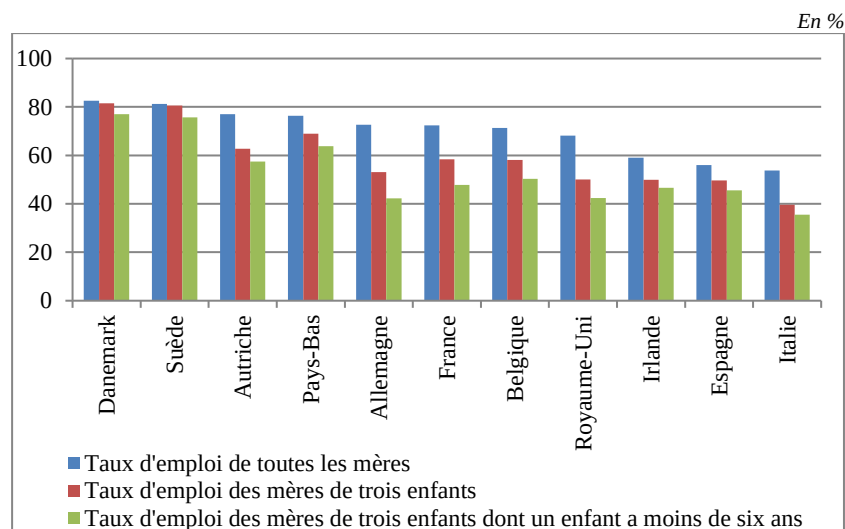
Par ailleurs, la France se singularise quant à la typologie des modes d'accueil, puisque le principal mode de garde externe des enfants de moins de trois ans dans notre pays est l'assistante maternelle, alors qu'il s'agit, dans une majorité de pays, de l'établissement d'accueil du jeune enfant.

Elle se distingue au total par une offre d'accueil du jeune enfant variée dans ses modalités, étendue, financièrement accessible, et comportant une forte contribution du système éducatif (école maternelle généralisée, plage étendue d'horaires à l'école primaire).

d) Des mères de famille qui demeurent parfois éloignées de l'emploi

Si le taux d'emploi des femmes en France est relativement élevé, celui des mères de famille nombreuses se situe davantage dans la moyenne. Il est particulièrement faible lorsqu'elles ont un enfant de moins de 6 ans.

Graphique n° 40 : taux d'emploi des mères selon la configuration de la famille (2013)



Source : Insee, Eurostat.

Par ailleurs, malgré leur coût relativement faible, les modes de garde touchent comparativement peu les familles dont les difficultés d'insertion sont les plus fortes.

Selon des données d'Eurostat, le taux de recours à un service de garde par les mères relativement moins éduquées est en moyenne européenne la moitié de celui des mères plus éduquées. Il est vrai que les premières sont davantage inactives, et dès lors en situation de garder leur(s) enfant(s) en bas âge. En France, l'écart est nettement plus accusé, d'un à trois. Cette disparité est certes encore plus élevée aux Pays-Bas, en Belgique et au Royaume-Uni. En revanche, l'Allemagne, le Danemark et l'Italie se situent dans la moyenne européenne. La Suède fait quant à elle exception avec un taux de recours à un mode de garde formalisé indifférent au niveau d'éducation des mères.

Une étude de l'OCDE⁵⁰⁶ fait un constat plus sévère sur les disparités françaises en matière de recours à un mode de garde. Elle relève que la dispersion des taux de recours à un mode de garde externe par les parents d'enfants de moins de trois ans entre le premier et le troisième tertile de revenu est la plus forte dans notre pays au sein de toute l'OCDE, avec près de 80 % de recours dans le troisième tertile et 20 % seulement dans le premier⁵⁰⁷.

Si l'existence d'une corrélation entre le niveau de revenu et le taux de recours à un mode de garde externe est logique - les ménages comportant des inactifs ont à la fois un revenu moindre et la possibilité matérielle de garder eux-mêmes leur enfant -, l'ampleur des écarts constatés pour notre pays prête à interrogation.

Sans que des analyses suffisamment documentées permettent de les objectiver, plusieurs explications sont fréquemment avancées : des désajustements locaux de l'offre par rapport à la demande plus prononcés en France, avec des places d'accueil, notamment en établissement, qui seraient insuffisantes dans les agglomérations et quartiers comportant une proportion importante de familles modestes, une préférence dans l'attribution des places en faveur des parents qui travaillent et des raisons culturelles propres aux ménages dont l'un des parents est inactif.

Dans les pays nordiques notamment, le recours à la garde externe est estimé bénéfique pour ses effets de socialisation de l'enfant (dans un modèle dominé par la garde en établissement d'accueil du jeune enfant plutôt que, comme en France, par des assistantes maternelles), et il y est recouru massivement même par les familles dont un parent est inactif.

B - Des problématiques à approfondir

Au-delà de contextes distincts, plusieurs pays atteignent de meilleurs résultats que la France sur le champ des objectifs qu'elle s'est fixés en matière d'aides aux familles, en raison soit de soutiens financiers par enfant plus élevés, soit d'un ciblage plus caractérisé, soit d'un équilibre

⁵⁰⁶ OCDE, juin 2016 : *Who uses childcare ?* En Suède, les trois tertiles de revenu recourent quasiment dans la même proportion (55 %). Au Royaume-Uni, le premier tertile a un taux de recours de 25 %, soit la moitié environ de celui du troisième.

⁵⁰⁷ Dans le même ordre d'idées, des travaux universitaires tendent à montrer que le taux de recours à un mode de garde par le quintile de revenus le plus élevé est, en France, très élevé par rapport à celui du dernier quintile (Wim Van Lancker, université d'Anvers, 2014). Seul le Royaume-Uni serait plus inégalitaire à cet égard.

différent entre objectifs et de choix plus marqués à cet égard. Ce constat questionne plus particulièrement trois facteurs de différenciation du soutien public aux familles en France par rapport à d'autres pays.

1 - La modulation des prestations selon le rang de l'enfant

Les soutiens fiscaux et sociaux à la famille en France sont croissants avec le rang de l'enfant, en privilégiant ainsi les familles nombreuses : progressivité des allocations familiales en fonction du nombre d'enfants (par enfant, le montant passe de 64,73 € pour deux enfants, à 93,45 € pour trois enfants, puis à 115,30 € pour quatre enfants), existence d'une prestation spécifique couvrant 75 % des familles nombreuses (le complément familial) et octroi d'une part entière à partir du troisième enfant au titre du quotient familial. En revanche, il n'est pas versé d'allocations familiales dès le premier enfant.

Le caractère progressif du niveau du soutien avec le rang de l'enfant, à partir uniquement du deuxième enfant, répond à quatre considérations : favoriser la naissance du troisième enfant dans un objectif nataliste implicite, éviter de répartir sur un trop grand nombre de familles des aides qui, à enveloppe inchangée, seraient alors insuffisantes pour avoir un effet notable sur leur niveau de vie, compenser partiellement la baisse du niveau de vie de la famille liée à l'élargissement de sa taille et remédier à une pauvreté potentiellement plus marquée⁵⁰⁸.

Pour autant, la situation des familles avec un enfant n'est pas particulièrement favorable en France : comme déjà indiqué⁵⁰⁹, la prévalence de la pauvreté chez les couples avec un enfant est supérieure à celle observée chez les couples sans enfant ou avec deux enfants, configuration qui n'est que peu observée dans les pays comparables.

Par ailleurs, d'autres pays apportant un soutien selon le cas croissant avec le rang de l'enfant, mais débutant dès le premier, uniforme ou encore dégressif avec ce même rang, obtiennent des résultats proches de la France en matière de fécondité (les pays nordiques et le Royaume-Uni), voire dans

⁵⁰⁸ À cet égard, le versement des allocations familiales dès le premier enfant dans les DOM appelle une analyse spécifique. Il ne s'agit pas tant d'une mesure visant à lutter contre la pauvreté (elle n'est pas soumise à une condition de ressources), qu'une mesure destinée à mieux compenser les charges familiales liées à l'enfant dans un contexte où le coût de la vie courante est plus élevé qu'en métropole.

⁵⁰⁹ Voir graphique n° 36 p. 474 *supra*.

la proportion de naissances de rang 3 et plus (Royaume-Uni, Belgique, Suède, Irlande⁵¹⁰).

Des niveaux de soutien financier variables selon le rang de l'enfant

En Belgique, les prestations sont accordées dès le premier enfant et augmentent avec son rang et la quotité de revenu exemptée d'impôt (abattement) est elle aussi croissante avec le nombre d'enfants :

- allocations familiales : premier enfant : 92,09 €, deuxième enfant : 170,39 € ; troisième enfant et chacun des suivants : 254,40 €. Le supplément social versé dans certaines situations (chômeurs, handicapés, familles monoparentales) est en revanche dégressif avec le rang de l'enfant ;

- abattement sur le revenu imposable : 1 510 € pour un enfant, 3 880 € pour deux enfants et 8 700 € pour trois enfants.

En Suède, les allocations familiales sont constituées d'une part proportionnelle au nombre d'enfants (1 050 couronnes soit environ 110 € par enfant et par mois) et d'une autre part fonction de son rang à partir du deuxième : 150 couronnes pour deux enfants, 604 pour trois enfants et 1 614 pour quatre enfants.

Au Danemark, les allocations familiales sont versées dès le premier enfant et leur montant est le même quel que soit le rang de l'enfant.

Pour ces deux pays, il n'y a pas d'avantage fiscal lié à la présence d'enfants.

Au Royaume-Uni, l'aide commence dès le premier enfant et est dégressive à partir du deuxième enfant, contrairement au système français :

- le montant du « *Child benefit* » est de 20,70 £ par semaine pour l'aîné ou l'enfant unique et de 13,70 £ par semaine pour chaque autre enfant ;

- le « *Child tax credit* » est versé sous condition de ressources (aux ménages dont les revenus, pour un enfant, n'excèdent pas 26 100 £. Il comporte un montant par enfant (« *Child element* ») maximal de 2 780 £ par an, indépendant du rang de l'enfant, qui s'ajoute à un montant fixe (« *Family element* ») de 545 £ par an, indépendant du nombre d'enfants.

⁵¹⁰ Ainsi, en France, on compte 22 % de naissances de rang 3 et plus, comme en Belgique, contre 24 % au Royaume-Uni, 27 % en Irlande et 20 % en Suède.

Dans ce pays, l'attribution des allocations familiales dès le premier enfant et un montant d'allocations plus élevé pour les familles comptant deux enfants, plus nombreuses que celles de trois enfants et plus, concourent à expliquer une part des dépenses de soutien aux familles au sein du PIB plus importante qu'en France (4 % contre 3,7 % pour la France en 2014 selon la définition de l'OCDE en 2014). Les évolutions récentes du système britannique, qui mettent fin à certains avantages ou en restreignent la portée pour les familles nombreuses⁵¹¹, paraissent de nature à réduire ce différentiel.

2 - L'arbitrage entre prestations en nature et prestations monétaires pour l'accueil du jeune enfant

S'il apparaît souhaitable de mieux partager la charge de l'éducation du jeune enfant entre les deux parents, en particulier pour développer l'emploi des mères, deux voies apparaissent praticables au regard des comparaisons étrangères. L'une jouerait sur la reconfiguration d'une prestation monétaire, l'autre sur le développement des prestations en nature.

a) Un partage accru du congé parental entre les parents au prix d'un moindre ciblage de l'aide

À l'appui de la réforme du congé de libre choix d'activité (CLCA) qui a introduit une incitation au partage du congé parental⁵¹², les pouvoirs publics ont mis en avant le recours plus élevé des pères à cette prestation, observé dans les pays où un tel partage a été introduit. De fait, dans certains pays, ce partage est beaucoup plus répandu qu'en France.

⁵¹¹ À la suite d'une récente réforme, le « *Family element* » est supprimé lorsque tous les enfants de la famille sont nés depuis le 6 avril 2017. Par ailleurs, le « *Child element* » est supprimé pour les enfants de rang 3 et plus nés après cette date, sauf exceptions.

⁵¹² Voir chapitre suivant.

Tableau n° 79 : part des hommes parmi les bénéficiaires du congé parental (2013)

Suède	45,0 %
Belgique	25,7 %
Allemagne	24,9 %
Danemark	24,1 %
Italie	11,8 %
Autriche	4,3 %
France	3,5 %

Source : OCDE.

Si ces données sont antérieures à la réforme, la proportion de pères bénéficiaires du congé parental n'a depuis lors que très peu augmenté. Dans la plupart des cas, le père reste de fait le principal apporteur de revenus dans le couple, de sorte qu'il faut une incitation financière plus élevée pour qu'il recoure au congé parental. Là où un partage du congé parental a été introduit avec un relatif succès en matière de taux de recours des pères⁵¹³, les montants servis sont beaucoup plus élevés qu'en France (près de 800 € en Belgique, jusqu'à 1 800 € par mois en Allemagne, 2 200 € au Danemark et 3 700 € en Suède).

Cependant, une incitation accrue au recours au congé parental par les pères conduirait à distribuer davantage d'aides à des ménages aisés ou relativement aisés, ce qui contredirait l'objectif d'un ciblage accru des prestations monétaires sur les familles à faibles revenus affirmé avec la modulation des allocations familiales et la revalorisation de prestations bénéficiant aux familles pauvres.

b) Une hausse de l'activité professionnelle des mères conditionnée par des actions plus fortement ciblées

La meilleure performance des pays nordiques au regard du double objectif du maintien d'une fécondité importante et de la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle est à relier à un modèle plus affirmé qu'en France en matière de garde d'enfants : à une première année sans offre, au cours de laquelle un congé parental bien rémunéré est offert, succède un accueil généralisé en établissement.

⁵¹³ En Allemagne, le taux de recours des pères au congé parental est passé de 21 % à près de 35 % entre 2008 et 2014.

Par ailleurs, certains pays mettent en œuvre des actions incitatives visant à contrer le faible taux de recours des familles les plus précaires, nombreuses ou éloignées de l'emploi, aux services de garde.

En Suède, la contribution des parents pour l'accueil de leurs enfants en crèche⁵¹⁴ se réduit pour le deuxième et le troisième enfant, puis disparaît à partir du quatrième. Un effort particulier est ainsi consacré aux familles nombreuses, là où il arrive, en France, qu'une place en crèche soit refusée pour un troisième enfant à des parents qui ont bénéficié de places pour un premier ou un deuxième enfant, au nom d'une forme d'égalité entre foyers. Toujours en Suède, les parents sans emploi bénéficient de surcroît de conditions d'accès plus favorables que ceux avec emploi.

Au Royaume-Uni, un droit à des heures d'éducation gratuite est accordé dès deux ans aux enfants dont les parents perçoivent certaines allocations ou minima sociaux. Les études menées par le gouvernement britannique tendent à montrer que cette mesure a permis de réduire fortement la disparité dans les taux de recours sur cette tranche d'âge par rapport à celle observée sur les âges précédents, sans l'annuler totalement.

En Belgique, un système de priorités dans l'accueil des enfants a été introduit, visant à accroître les chances d'attribution d'une place de crèche aux familles à bas revenus ou monoparentales.

Si, en France, le reste à charge des familles modestes est réduit, le recours de ces familles à une solution de garde externe est particulièrement faible⁵¹⁵. L'inactivité d'un parent et la garde de l'enfant par ce parent tendent ainsi à se renforcer mutuellement.

3 - Le ciblage et l'articulation des aides en fonction des ressources

En France, les soutiens aux familles sont moins ciblés sur les familles pauvres que dans un grand nombre d'autres pays européens.

Les données de l'OCDE ont permis à la Cour de calculer des indicateurs de ciblage des prestations, tels que le rapport entre le soutien obtenu (mesuré en proportion du salaire moyen) par un ménage où deux parents gagnent 150 % du salaire moyen chacun, et un ménage où ils gagnent seulement 50 % du salaire moyen à eux deux. Ce ratio est de 78 % en France, mais de 8 % au Royaume-Uni.

⁵¹⁴ Jusqu'à 3 % des revenus dans la limite d'un plafond mensuel de l'ordre de 140 €.

⁵¹⁵ Voir graphique n° 45 p. 512 *infra*.

Ce ciblage accru des aides aux familles est à l'origine des meilleurs résultats observés au Royaume-Uni en matière de réduction de la pauvreté, à partir de niveaux de pauvreté certes sensiblement plus élevés que dans notre pays.

Plus généralement, le constat antérieur aux réformes récentes, selon lequel la France offre la politique familiale la plus favorable aux revenus intermédiaires et élevés reste valable, quoique l'écart se soit atténué⁵¹⁶. Le soutien aux familles modestes se situe davantage dans la moyenne. La générosité comparée du système français est désormais maximale sur une plage de revenu comprise, pour un couple, entre 150 % et 250 % du salaire moyen, correspondant à la partie supérieure des classes moyennes. Cette spécificité est en grande partie imputable au quotient familial, malgré la réduction de l'avantage qu'il procure. Seule l'Allemagne offre, dans certains cas, un soutien de niveau équivalent aux familles aux revenus les plus élevés.

L'examen des dispositifs allemands de soutien aux familles souligne par ailleurs l'intérêt d'ouvrir une réflexion sur les moyens d'articuler plus finement les effets du quotient familial et des prestations monétaires afin d'assurer une prise en charge plus régulière du coût de l'enfant. En France, le quotient familial et les prestations familiales sont deux dispositifs indépendants. Si elles en ont modifié les effets respectifs, la modulation des allocations familiales et les baisses du plafond du quotient familial n'ont pas été accompagnées par la recherche d'une cohérence accrue entre ces deux dispositifs. Dès lors, leur interaction conduit à procurer aux familles ayant des revenus élevés un soutien financier qui connaît un ressaut avec l'augmentation des revenus du foyer⁵¹⁷. En Allemagne, l'instrument social et l'instrument fiscal sont au contraire intégrés⁵¹⁸.

⁵¹⁶ Voir chapitre suivant.

⁵¹⁷ Voir chapitre suivant, graphique n° 44 p. 508.

⁵¹⁸ Voir encadré p. 458-459 *supra*.

CONCLUSION

La France continue à figurer parmi les pays qui aident le plus les familles dans un contexte où la famille, dans la diversité de ses formes, y bénéficie d'un important consensus. Les modalités du soutien aux familles y conservent des singularités marquées : la place du quotient familial, à l'origine d'un niveau d'aide qui demeure comparativement important pour les familles aux revenus les plus élevés, la progression du niveau du soutien social et fiscal avec le rang de l'enfant, une offre d'accueil du jeune enfant étendue et financièrement accessible, où l'école maternelle joue un rôle important en accueillant tous les enfants dès l'âge de trois ans.

Mais dans un contexte où certains pays ont accru leur effort familial, la position relative de notre pays tend à s'éroder.

Au regard des objectifs qui leur ont été assignés, les aides aux familles en France obtiennent des résultats d'ensemble satisfaisants, mais qui masquent des faiblesses spécifiques vis-à-vis de certaines populations et situations, auxquelles d'autres pays parviennent à apporter des réponses plus efficaces.

S'agissant de la conciliation de la vie familiale et professionnelle, la bonne performance française en matière de fécondité et d'emploi des femmes ne doit pas cacher la difficulté des mères de trois enfants et plus à participer au marché du travail, notamment en présence de jeunes enfants, dans des proportions supérieures à ce que connaissent d'autre pays. Les vellétés de partage du congé parental ne se sont pas accompagnées d'une revalorisation de cette prestation, alors même que les exemples étrangers montrent qu'il s'agit d'une condition nécessaire au succès de cette politique.

Par ailleurs, le recours à un mode de garde externe connaît des disparités marquées en fonction des publics et des territoires. Y remédier impliquerait de faire progresser le modèle de l'accueil de l'enfant en bas-âge par un tiers (en particulier au-delà d'un an), notamment chez les familles modestes. Un objectif de cette nature impliquerait de mettre en œuvre des réponses mieux adaptées aux besoins des parents les plus éloignés de l'emploi.

De même, si la politique familiale apporte une contribution importante à la réduction de la pauvreté des enfants, certains de nos homologues atteignent de meilleures performances en ce domaine. Malgré les aides qui leur sont spécifiquement destinées, les familles nombreuses et les familles monoparentales à faibles revenus demeurent plus vulnérables en France que dans d'autres pays. Ces derniers, soit mobilisent des moyens financiers plus importants, soit pratiquent un ciblage plus marqué, quitte à moins soutenir les ménages aux revenus moyens ou élevés.

Plusieurs pays ont de fait effectué des choix plus clairs que le nôtre en concentrant leur effort sur un nombre plus réduit d'objectifs sur lesquels ils obtiennent de meilleurs résultats.

Cette mise en perspective internationale met ainsi en lumière des questions importantes au regard des évolutions que pourrait retenir notre pays pour mieux répondre aux objectifs qu'il s'est fixés et mieux prendre en compte les besoins de l'ensemble des familles, en particulier le niveau du soutien en fonction du rang de l'enfant, la nature des prestations à privilégier, monétaires ou en nature, pour favoriser l'accueil du jeune enfant, le degré de ciblage et de redistribution des aides publiques aux familles et notamment l'articulation des prestations monétaires et des avantages fiscaux qui y participent.

Chapitre XI

Les réformes récentes des prestations familiales et de la fiscalité des familles : des transferts massifs, des questions en suspens

PRÉSENTATION

En France, la politique familiale mobilise des financements importants. En particulier, les dispositifs fiscaux et sociaux de soutien aux familles, qui constituent le cœur de cette politique, ont représenté en 2015, sous forme de prestations monétaires et en nature, versées par la branche famille de la sécurité sociale et d'avantages fiscaux, 59,4 Md€, soit 2,7 % du PIB.

Dans un précédent rapport⁵¹⁹, la Cour avait rendu compte des évolutions de ces dispositifs dans la première partie des années 2000, marquées notamment par l'introduction de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui unifiait et accentuait l'aide publique en ce domaine et traduisait un déplacement du public-cible des familles nombreuses vers les familles ayant de jeunes enfants.

Depuis lors, deux phases distinctes se sont succédé. Dans un premier temps (2008-2011), seuls ont été effectués des ajustements marginaux, mêlant des tentatives de portée limitée de maîtrise de la dépense et la rationalisation ciblée de certains dispositifs.

À partir de 2012, des évolutions de grande ampleur sont en revanche intervenues. À titre principal, elles ont consisté à restreindre l'accès ou à réduire le montant de certaines prestations et à abaisser le plafond de la réduction d'impôt procurée par le quotient familial et, symétriquement, à augmenter certaines prestations bénéficiant aux ménages ayant les revenus les moins élevés.

Dans le prolongement de ses travaux antérieurs, la Cour a cherché à mesurer la portée des évolutions qui se sont succédé pendant cette seconde période, marquée par le choix d'un point d'équilibre différent en matière de redistribution, au regard des objectifs assignés aux soutiens aux familles. Selon le Programme de qualité et d'efficience « Famille », annexé au projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale, les prestations familiales poursuivent trois finalités : contribuer à la compensation financière des charges de famille, l'aide aux familles vulnérables et la conciliation de la vie familiale et professionnelle, dans un contexte attentif à ce que soit garanti l'équilibre financier de la branche famille. Les avantages fiscaux concourent quant à eux au premier et, dans une moindre mesure, au dernier objectif.

⁵¹⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2007*, chapitre XI : les aides publiques aux familles, p. 329-367, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La Cour a en particulier dressé à partir d'études nouvelles et spécifiques un bilan complet des incidences des réformes récentes sur la situation des familles, globalement et en fonction de leur configuration, alors que seules des évaluations partielles étaient jusqu'alors disponibles.

Ce bilan fait apparaître le caractère massif des transferts entre les familles situées aux deux extrémités de l'échelle des revenus auxquels elles ont conduit, sans que puissent par ailleurs être constatés des résultats à hauteur des ambitions en matière de développement de l'offre d'accueil des enfants en bas âge que les économies réalisées devaient permettre de financer (I). Les résultats inégalement aboutis de ces réformes invitent à réinterroger certains choix en termes de priorités comme d'outils, dans le même temps qu'elles questionnent le cadre financier dans lequel s'inscrivent les aides aux familles (II).

Méthodologie

La Cour a utilisé les données du Programme de qualité et d'efficience (PQE) « Famille », annexé au projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale, et s'est appuyée sur les études publiées par l'Insee, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la direction générale de la cohésion sociale, la direction de la sécurité sociale, la direction générale du Trésor, la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et le Haut Conseil à la famille, devenu Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge en décembre 2016.

En outre, elle a demandé à la CNAF, à la direction de la législation fiscale et à la direction générale du Trésor de réaliser des études supplémentaires pour évaluer l'impact des réformes conduites sur la base soit de cas-types, soit d'une simulation de leurs effets sur un échantillon de grande taille d'allocataires ou de contribuables. En effet, la plupart des études disponibles ne prenaient en compte qu'une partie des mesures prises sur la période.

Le périmètre des soutiens aux familles ici considéré comprend les prestations familiales monétaires (légales) et en nature (extra-légales d'action sociale) versées par la branche famille, ainsi que les dispositifs fiscaux liés à la famille⁵²⁰ (hors quotient conjugal⁵²¹). Il intègre aussi les composantes familiales de certaines aides relevant d'autres politiques (aides au logement, RSA, prime d'activité⁵²²).

Selon ce champ, plus ciblé que l'agrégat déterminé par l'OCDE utilisé dans le précédent chapitre⁵²³ ou l'effort social de la Nation en faveur de la famille⁵²⁴, les soutiens aux familles examinés ont représenté 71,2 Md€ soit 3,2 % du PIB en 2015. Ce montant recouvre 16,6 Md€ au titre des dispositifs fiscaux et 42,8 Md€ au titre des prestations, dont 19,9 Md€ pour les prestations monétaires, dites « d'entretien », 15,3 Md€ pour celles consacrées à la petite enfance et 4,2 Md€ liés à la situation familiale des bénéficiaires des aides au logement.

I - Une aide accrue aux familles vulnérables, une moindre compensation des charges des familles aisées, un développement des modes de garde qui marque le pas

Les réformes intervenues à partir de 2012 ont visé à redéployer les dispositifs fiscaux et sociaux de soutien des familles avec enfants aux revenus plus élevés vers celles à faibles ressources, monoparentales ou

⁵²⁰ Quotient familial, crédit d'impôt pour la garde de jeunes enfants, part estimée de la garde d'enfants dans le crédit d'impôt pour emploi à domicile. On n'inclut pas ici le régime fiscal des assistantes maternelles.

⁵²¹ Le quotient conjugal est le mécanisme par lequel l'imposition des revenus du couple est effectuée sur la base de l'application du barème à leur revenu conjoint divisé par 2. À la différence du quotient familial, il n'est pas plafonné.

⁵²² Le RSA socle, le RSA activité devenu prime pour l'emploi avant d'être intégré à la prime d'activité et l'allocation pour adulte handicapé (AAH) sont ou étaient aussi modulés en fonction de la composition de la famille.

⁵²³ Soit 3,7 % du PIB en 2015. L'écart correspond notamment aux dépenses relatives à l'accueil des jeunes enfants à l'école maternelle.

⁵²⁴ Pour 2013, cet agrégat déterminé par la DREES a atteint 94,4 Md€, soit 4,4 % du PIB. Il agrège également les indemnités journalières de maternité, les droits familiaux de retraite, les prestations des employeurs et des régimes privés d'assurance, les bourses, les dépenses des collectivités locales et les frais de gestion des prestations.

nombreuses, et à encourager le retour à l'emploi des parents de jeunes enfants. Dans ce cadre, les économies réalisées sur les soutiens monétaires devaient financer le développement de l'offre de prestations en nature d'accueil en établissement des enfants en bas âge. Si le redéploiement de ressources des familles aisées vers les familles modestes a eu des effets très significatifs, le développement de l'offre d'accueil reste inférieur à celui programmé.

**Une période marquée par la prolongation des tendances
démographiques antérieures**

La fécondité en France a bien résisté à la crise puisqu'elle a été quasiment stable depuis 2008, à un niveau proche de 2. En 2016, elle a néanmoins baissé pour la deuxième année consécutive. L'indicateur conjoncturel de fécondité⁵²⁵ s'établit ainsi à 1,93 enfant par femme, contre 1,96 en 2015 et 2 en 2014. La baisse de la fécondité est notamment perceptible pour les jeunes femmes de 25 à 29 ans. Il est trop tôt pour apprécier s'il s'agit là d'un changement durable, des baisses ayant été suivies de reprises des naissances par le passé.

L'âge moyen des mères à la naissance du premier enfant est globalement stable (28,6 en 2006, 28,3 en 2014). La part des familles nombreuses dans l'ensemble des familles avec enfant(s) a reculé (17,7 % en 2007, 14,1 % en 2015). À l'inverse, celle des familles monoparentales a poursuivi son augmentation (17,4 % en 1999, 20,7 % en 2011).

En 2012, la France comptait six millions de couples ayant un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans, soit un niveau stable depuis 1999. Leur part dans l'ensemble des ménages s'est cependant contractée, de 25 % en 1999 à 22,6 % en 2007 et à 21,4 % en 2012). Par ailleurs, il y avait 1,55 million de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 18 ans, soit 8,5 % des ménages (contre 1,1 million en 1999 et 1,4 million en 2007, soit respectivement 7,6 % et 8 % des ménages).

⁵²⁵ Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge. L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là. Le taux de natalité rapporte les naissances à la population totale. La descendance finale est le nombre d'enfants que les femmes d'une génération donnée ont au cours de leur vie.

Les familles comptaient à la même date 16,4 millions d'enfants de moins de 20 ans, chiffre en légère augmentation (15,9 millions en 2006) dont 2,5 millions d'enfants de moins de trois ans.

A - Des prestations profondément réformées à coût globalement constant, voire réduit

1 - Une politique familiale reconfigurée, à partir de 2012, dans le sens d'une redistribution nettement accrue entre les familles

Trois phases se sont succédé à compter de 2012 :

- dans un premier temps, la loi de finances rectificative pour 2012 a augmenté de 25 % l'allocation de rentrée scolaire (ARS) qui bénéficie à 40 % des familles. Puis, une première baisse du plafond de la réduction d'impôt sur le revenu par demi-part procurée par le quotient familial a été décidée par la loi de finances pour 2013, la ramenant de 2 336 € à 2 000 € ;
- dans un second temps, le « plan pauvreté », annoncé en janvier 2013, a fixé une trajectoire de revalorisation de 25 % pour l'allocation de soutien familial (ASF), de 50 % pour le complément familial et de 10 % pour le RSA entre 2014 et 2018. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a commencé à mettre en œuvre cet engagement.

Ces mesures, qui bénéficient aux 10 à 15 % de familles les plus modestes, ont été financées d'une part, par un nouvel abaissement du plafond de l'avantage fiscal procuré par le quotient familial, réduit de 2 000 € à 1 500 € par la loi de finances pour 2014 et, d'autre part, par une modulation accrue de certaines prestations en fonction des ressources. Ainsi, le plafond de revenus pour bénéficier de la PAJE a été abaissé et un seuil intermédiaire a été créé au-delà duquel cette prestation n'est plus perçue que pour moitié. En outre, la majoration du complément de libre choix d'activité (CLCA, 184,62 € par mois) servie aux familles qui ne percevaient pas l'allocation de base de la PAJE du fait de revenus trop élevés a été supprimée. Par ailleurs, le montant de l'allocation de base de la PAJE a été gelé jusqu'à ce qu'il soit rejoint par celui du complément familial. Enfin, les plafonds et les seuils intermédiaires de perception du complément de mode de garde (CMG) de la PAJE ont été abaissés⁵²⁶, dans le sens des recommandations de la

⁵²⁶ Il convient également de mentionner le gel des allocations logement en 2014.

Cour d'une sélectivité accrue des prestations familiales sous condition et modulées en fonction des ressources, afin de renforcer l'objectif d'aide aux familles vulnérables⁵²⁷.

Par ailleurs, la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche famille avec l'État pour les années 2013 à 2017 a prévu une forte augmentation des interventions du Fonds national d'action sociale (FNAS) en faveur de l'accueil collectif des enfants en bas âge. Ainsi, le montant total des dépenses du Fonds devait être porté de 4,65 Md€ en 2012 à 6,67 Md€ en 2017, soit une hausse moyenne annuelle de +7,5 % ;

- dans un troisième temps, des mesures d'équilibre ont été prises, sans contrepartie nouvelle en dépenses, pour améliorer le solde de la branche famille. Ainsi, quoique le deuxième abaissement du plafond du quotient familial ait été initialement présenté comme une alternative à une éventuelle modulation des allocations familiales en fonction du revenu, cette même modulation a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 avec effet au 1^{er} juillet.

Le montant des allocations familiales a ainsi été divisé par deux, puis par quatre au-delà de seuils qui varient selon le nombre d'enfants (en 2015, avec deux enfants à charge, 67 140 € pour le premier seuil et 89 490 € pour le second). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a par ailleurs décalé le versement de la prime de naissance, du septième mois de grossesse au deuxième mois suivant la naissance de l'enfant.

2 - Des dépenses nouvelles financées par des économies

L'impact financier des réformes mises en œuvre, qui ont concerné les seuls ménages comportant des enfants, diffère selon que l'on se situe au niveau de la seule branche famille ou à celui des administrations publiques prises dans leur ensemble. En effet, les recettes fiscales procurées par le second abaissement du plafond de l'avantage fiscal procuré par le quotient familial ont été pour partie affectées à la branche famille, à hauteur d'1 Md€⁵²⁸.

⁵²⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, chapitre XVI : la fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources, p. 459-485, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵²⁸ Selon les données fournies au Sénat, l'impact de la première baisse est évalué à 550 M€, celui de la seconde à 1 150 M€ (Rapport au nom de la commission des finances du Sénat relatif au projet de loi de finances pour 2015).

Par ailleurs, l'appréciation de l'impact financier des réformes doit prendre en considération la révision à la baisse des dépenses du FNAS par rapport aux prévisions. Dès 2014, le budget du fonds a été réduit à hauteur de près de 300 M€ (passant de 5,34 Md€ à 5,08 Md€) afin de tenir compte d'une entrée en vigueur différée de la COG et d'une faible exécution en 2013. Les dépenses du FNAS ont continué à croître, mais à un rythme ralenti par rapport à celui prévu par la COG.

Sous ces réserves, le tableau ci-après fait apparaître qu'en fonction de leur montée en charge, les mesures adoptées ont une brève incidence négative sur les soldes de la branche famille et des administrations publiques prises dans leur ensemble (2012-2013), puis un impact positif continu à partir de 2014, en prenant notamment pour hypothèses une poursuite en 2017 de l'augmentation des charges de prestations d'action sociale collective du FNAS à un rythme identique à celui de 2016 (+4,3 %), puis une stabilisation à partir de 2018.

Tableau n° 80 : estimation de l'impact en cumul des réformes sur les soldes annuels de la branche famille et des administrations publiques (2012-2020)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Augmentation de 25 % de l'ARS	-370	-370	-370	-370	-370	-370	-370	-370	-370
Revalorisation de 25 % de l'ASF	-	-	-50	-120	-190	-260	-330	-340	-340
Majoration de 50 % du CF	-	-	-70	-160	-245	-335	-420	-440	-440
Gel de l'AB de la PAJE	-	-	20	30	30	30	60	120	190
Réforme du CLCA	-	-	10	50	100	110	110	110	110
Modulation des AF	-	-	-	380	760	760	760	760	760
Modulation du CMG de la PAJE	-	-	10	30	50	70	70	70	80
Modulation de l'AB de la PAJE	-	-	50	180	310	400	410	410	410
Décalage du versement de la prime de naissance	-	-	-	200 ⁵²⁹	-	-	-	-	-
Augmentation du FNAS ⁵³⁰	-	-75	-390	-650	-850	-1050	-1050	-1050	-1050
Incidence de la variation des dépenses sur le solde de la branche famille	-370	-445	-790	-430	-405	-645	-760	-730	-650
Baisse du plafond du quotient familial rétrocédée à la branche	-	-	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000

⁵²⁹ Estimation sur la base d'un décalage de 4 mois d'une prestation d'un montant de 600 M€ par an.

⁵³⁰ Dépense constatée pour les années 2013 à 2016, estimation pour 2017 en appliquant le taux d'augmentation observé au titre de 2016 pour les charges relatives aux prestations d'action sociale collective (subventions de fonctionnement et d'investissement versées à des structure) et hypothèse de stabilité à partir de 2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Incidence totale des réformes sur le solde de la branche famille	-370	-445	210	570	595	355	240	270	350
Majoration RSA	-	-120	-240	-360	-480	-600	-600	-600	-600
Baisse du plafond du quotient familial conservée par l'État	-	550	700	700	700	700	700	700	700
Incidence totale des réformes sur le solde des administrations publiques	-370	-15	670	910	815	455	340	370	450

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale (hors RSA et fiscalité), le HCF⁵³¹ (RSA) et rapport précité du Sénat (impact des mesures relatives au quotient familial).

Comme le montre le tableau qui précède, les réformes de la politique familiale contribuent ainsi, tout au moins à ce jour, au redressement financier de la branche famille.

**

En définitive, les familles aisées ou relativement aisées avec enfants ont supporté un effort total proche de 3,3 Md€, soit en perte ou en réduction de prestations (1,55 Md€), soit en augmentations d'impôt sur le revenu (1,7 Md€). Les montants économisés sur les prestations ont été redéployés entièrement en faveur des familles modestes, avec un ciblage plus ou moins prononcé : pour un quart par l'intermédiaire de l'ARS qui bénéficie à un peu moins de 40 % des familles avec enfant, pour les trois quarts par le complément familial, l'allocation de soutien familial et la composante familiale du RSA, qui visent principalement, selon les cas, les 5 % à 15 % de familles avec enfants les plus modestes.

Compte tenu de la montée en charge plus lente que prévu des interventions du FNAS en faveur de l'accueil collectif des enfants en bas âge, les réformes ont depuis 2014 une incidence favorable sur le solde de la branche famille qui peut être estimée à 0,6 Md€ en 2016. Pour les années

⁵³¹ Le coût de l'augmentation progressive de 25 % des majorations du RSA liées à la situation familiale est d'une évaluation difficile en raison notamment des interactions avec les allocations familiales et de la substitution de la prime d'activité au RSA-activité. Par convention, il a été considéré que le montant de l'ordre de 600 M€ estimé par le Haut Conseil à la famille en fin de montée en charge (2017) a été atteint linéairement. Par ailleurs, l'impact de l'intégration du RSA activité dans la prime pour l'emploi n'est pas pris en compte. Enfin, les évaluations de l'effet des baisses du plafond de l'avantage fiscal procuré par le quotient familial effectuées au titre des années de leur introduction ont également été appliquées aux années suivantes, ce qui constitue un minorant.

à venir, cette incidence est tributaire de l'évolution des dépenses d'action sociale collective de la branche famille. Les réformes contribuent ainsi au rééquilibrage financier de cette branche, dont le déficit s'est progressivement réduit de 3,2 Md€ en 2013 à 1 Md€ en 2016. Les prévisions de la commission des comptes de juillet 2017 tablent sur un léger excédent en 2017 (à hauteur de 0,5 Md€).

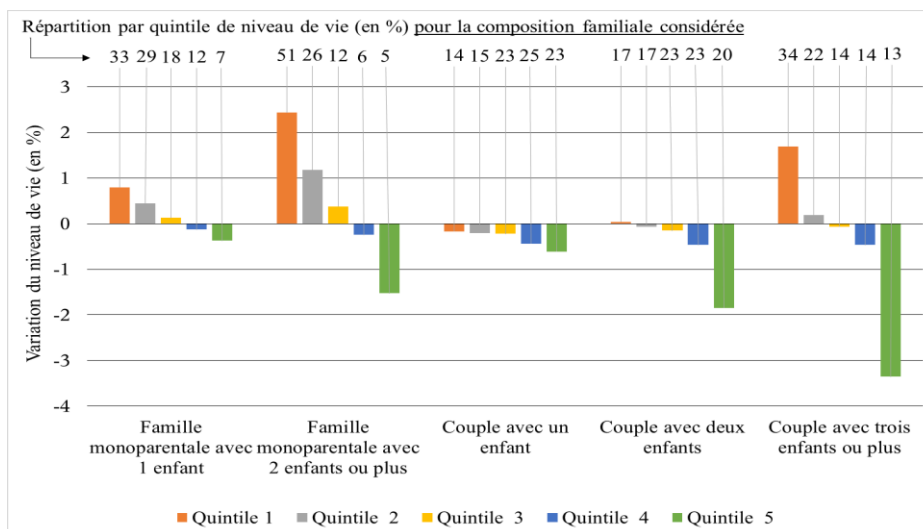
B - Des transferts massifs entre familles aux deux extrémités de la distribution des revenus

Afin d'apprécier l'incidence des réformes sur les différents groupes de titulaires des prestations, la Cour a mis en œuvre deux démarches complémentaires. La première procure une vision en moyenne de l'impact des réformes sur chaque groupe de familles et identifie le nombre moyen de « perdants » et de « gagnants » ainsi que la perte et le gain moyens au sein de chaque groupe, par des travaux dits « de microsimulation » de cet impact sur des échantillons de familles de grande taille (plusieurs centaines de milliers). La seconde, appliquée à des cas-types de configuration familiale et d'âge des enfants, permet d'apprécier l'incidence propre de chaque réforme et la manière dont elles se combinent entre elles.

1 - Une importante redistribution au bénéfice des familles monoparentales et des familles nombreuses à faibles revenus, en défaveur de celles à revenus élevés

Les réformes ont eu un impact différencié en fonction du niveau de vie des familles et de leur composition, comme l'illustre le graphique suivant, issu d'une étude demandée par la Cour à la direction générale du Trésor. Dans cette étude, le niveau de vie est défini comme le rapport du revenu de la famille par rapport au nombre d'unités de consommation qu'elle comprend.

Graphique n° 41 : incidence des réformes à l'issue de leur montée en charge sur le niveau de vie des familles selon leur composition et leur niveau de vie (par quintile)



Note de lecture : Pour chaque configuration familiale, les ménages sont répartis par quintiles de niveau de vie croissants. Ainsi, les couples avec 3 enfants et plus appartenant au quintile de niveau de vie le plus élevé (qui représentent 13 % des couples avec 3 enfants et plus) ont perdu un peu plus de 3 % de niveau de vie du fait des réformes intervenues. La taille des échantillons ne permet pas d'apprécier ces mêmes variables avec une significativité statistique suffisante.

Source : direction du Trésor, modèle Saphir. Hors impacts du gel de l'allocation logement en 2014 et du remplacement du RSA activité et de la prime pour l'emploi par la prime d'activité en 2016.

Les familles qui connaissent des baisses significatives de niveau de vie relèvent principalement du dernier quintile de revenus et la baisse de niveau de vie est d'autant plus accusée que le nombre d'enfants est important. Les familles qui bénéficient le plus des réformes sont les familles monoparentales des deux premiers quintiles de niveau de vie, en particulier avec deux enfants ou plus, et les couples avec trois enfants et plus du premier quintile de niveau de vie.

Cependant, il s'agit là de moyennes qui agrègent des situations variables au sein d'un même quintile de revenus. Comme l'étude suivante sur des cas-types permet de l'apprécier, l'augmentation du niveau de vie est en réalité beaucoup plus forte au début de la distribution des revenus que sur l'ensemble du premier quintile, de même que la baisse de niveau de vie est plus forte à l'extrémité haute de la distribution des revenus que sur le dernier quintile pris dans son ensemble.

Des travaux réalisés par la CNAF à la demande de la Cour⁵³² sur la situation des familles à la suite des réformes permettent, sous certaines hypothèses, de corroborer et d'expliciter ces résultats en précisant, dans chaque quintile de revenu et pour chaque composition de famille, la proportion de « perdants » et de « gagnants », ainsi que le montant moyen du gain ou de la perte⁵³³ exprimés en euros et non pas en pourcentage du niveau de vie antérieur.

Comme le montre le tableau suivant, dans des situations telles que celle d'un parent isolé avec deux enfants et plus (soit 908 000 familles), ces familles sont très majoritairement « gagnantes » (96 %) jusqu'au troisième quintile de niveau de vie inclus. Le gain mensuel net atteint 162 € par mois pour la quasi-totalité des familles ainsi composées appartenant au premier quintile (392 000 familles). À l'inverse, les familles nombreuses du dernier quintile (217 000) sont pratiquement toutes « perdantes » à l'issue des réformes (1 % seulement d'entre elles étant « gagnantes »), avec une perte mensuelle nette moyenne de 438 €.

D'autres travaux de la CNAF font apparaître que 136 000 familles ont « perdu » plus de 5 000 € par an du fait des réformes, dont 89 000 familles de trois enfants et 29 000 familles de quatre enfants et plus. À l'inverse, 395 000 familles ont « gagné » plus de 2 000 € par an, dont 125 000 familles de trois enfants et 118 000 de quatre enfants et plus.

Dans la configuration la plus fréquente, soit celle d'un couple avec deux enfants (3,2 millions de ménages), l'effet des réformes est contrasté en fonction du quintile de niveau de vie initial, mais dans une moindre mesure. La proportion de « gagnants » s'abaisse de 56 % dans le premier quintile à 1 % dans le dernier. Celle de « perdants » dépasse celle des « gagnants » dès le deuxième quintile (49 % contre 44 %), ce qui souligne à nouveau la concentration des bénéficiaires des réformes sur les familles à plus faible niveau de vie. La perte moyenne est cependant relativement faible (30 € par mois) dans le deuxième et le troisième quintile (respectivement 570 000 et 749 000 ménages) et un peu plus élevée (50 € par mois) dans le quatrième (751 000 ménages). Elle atteint en revanche 177 € par mois dans le dernier quintile (671 000 ménages). À niveau de vie équivalent, les réformes induisent des « pertes » beaucoup plus élevées pour les familles nombreuses que pour les autres.

⁵³² Ces travaux prolongent ceux de l'article « Les effets redistributifs des réformes des politiques sociales et familiales », paru dans la publication de la CNAF « L'essentiel n° 155 », en prenant en considération, par rapport à celle-ci, l'effet de la première baisse du quotient familial, de la hausse de l'allocation de rentrée scolaire et de l'introduction de la prime d'activité (avec une hypothèse de taux de recours de 50 %).

⁵³³ On considère qu'il y a « perte » ou « gain » lorsque la variation dépasse 6 €.

Tableau n° 81 : ménages gagnants et perdants selon la configuration familiale et le quintile de niveau de vie initial après montée en charge des réformes

Isolé 1 enfant	Nombre de ménages (en milliers)	Nombre de ménages gagnants (en milliers)	En % du quintile	Gain mensuel moyen (en €)	Nombre de ménages perdants (en milliers)	En % du quintile	Perte mensuelle moyenne (en €)
Q1	378	327	86	96	30	8	-33
Q2	406	299	74	73	51	13	-25
Q3	266	119	45	38	50	19	-32
Q4	190	22	11	40	52	27	-31
Q5	140	13	10	47	48	35	-105
Ensemble	1 379	779	56	76	231	17	-46
Isolé 2 enfants et +	Nombre de ménages (en milliers)	Nombre de ménages gagnants (en milliers)	En % du quintile	Gain mensuel moyen (en €)	Nombre de ménages perdants (en milliers)	En % du quintile	Perte mensuelle moyenne (en €)
Q1	392	376	96	162	13	3	-32
Q2	249	219	88	93	22	9	-32
Q3	135	101	75	59	16	12	-43
Q4	75	22	29	59	24	32	-63
Q5	56	4	7	59	40	71	-158
Ensemble	908	722	80	123	115	13	-83
Couple 1 enfant	Nombre de ménages (en milliers)	Nombre de ménages gagnants (en milliers)	En % du quintile	Gain mensuel moyen (en €)	Nombre de ménages perdants (en milliers)	En % du quintile	Perte mensuelle moyenne (en €)
Q1	381	190	50	103	155	41	-36
Q2	455	149	33	44	246	54	-35
Q3	635	81	13	37	408	64	-33
Q4	741	39	5	45	379	51	-48
Q5	673	26	4	57	437	65	-74
Ensemble	2 885	484	17	67	1 625	56	-48
Couple 2 enfants	Nombre de ménages (en milliers)	Nombre de ménages gagnants (en milliers)	En % du quintile	Gain mensuel moyen (en €)	Nombre de ménages perdants (en milliers)	En % du quintile	Perte mensuelle moyenne (en €)
Q1	472	267	56	77	199	42	-35
Q2	570	253	44	36	278	49	-30
Q3	749	146	19	24	415	55	-28
Q4	751	27	4	47	354	47	-50
Q5	671	9	1	54	580	86	-177
Ensemble	3 213	701	22	50	1 826	57	-80
Couple 3 enfants et +	Nombre de ménages (en milliers)	Nombre de ménages gagnants (en milliers)	En % du quintile	Gain mensuel moyen (en €)	Nombre de ménages perdants (en milliers)	En % du quintile	Perte mensuelle moyenne (en €)
Q1	457	333	73	131	121	27	-28
Q2	360	199	55	42	156	43	-31
Q3	293	170	58	41	95	32	-28
Q4	229	41	18	34	100	44	-68
Q5	217	3	1	59	185	85	-438
Ensemble	1 556	746	48	81	656	42	-150

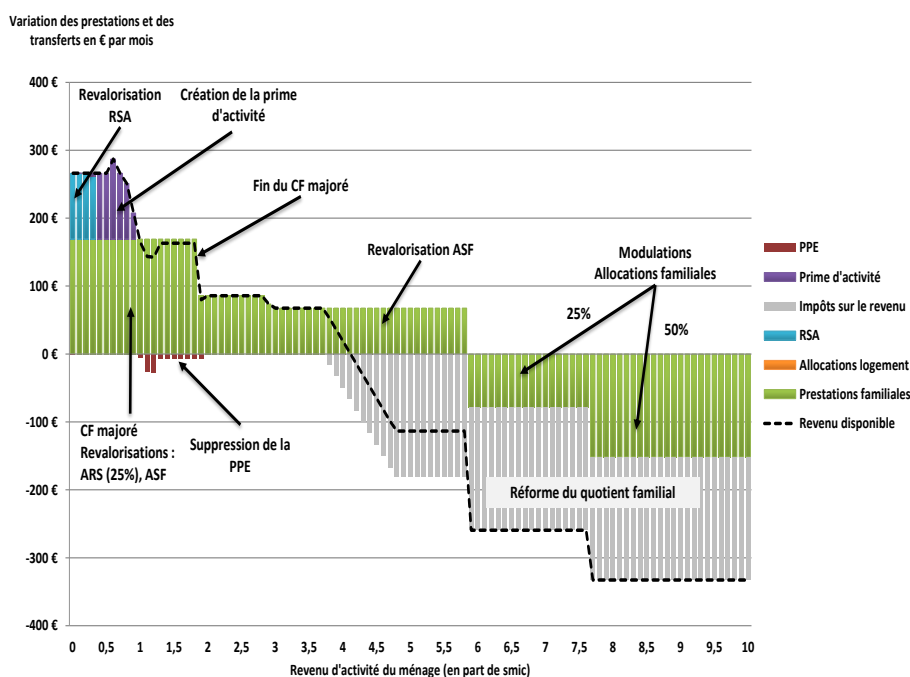
Source : CNAF – modèle MYRIADE. Toutes réformes de la politique familiale hors gel de l'allocation logement en 2014, y compris introduction de la prime d'activité. Les résultats sont établis sur la base de prévisions ex-ante de la prime d'activité, reposant sur l'hypothèse d'un recours de 50 % des éligibles, très inférieur aux résultats constatés ex post (le taux de recours s'est élevé à 70 % en 2016 et atteindrait 90 % en 2017 selon les prévisions gouvernementales).

Les réformes intervenues ont donc conduit à un transfert des familles ayant le niveau de vie le plus élevé, d'autant plus important qu'elles sont nombreuses, vers les familles monoparentales des deux premiers quintiles de revenus (tout particulièrement celles de deux enfants et plus du premier quintile) et vers les couples avec enfants du premier quintile, en particulier les familles nombreuses (avec une majorité de gagnants dans cette configuration, pour un gain moyen variant entre 77 € par mois pour un couple avec deux enfants et 131 € par mois pour un couple avec trois enfants et plus).

D'autres travaux demandés à la CNAF permettent d'apprécier plus finement les incidences propres à la réforme de chacun des différents dispositifs de soutien aux familles, y compris ceux extérieurs à la politique familiale proprement dite (RSA, prime d'activité qui a remplacé le RSA activité et la prime pour l'emploi). Les transferts les plus importants sont obtenus pour les familles monoparentales modestes et nombreuses, sous l'effet non seulement de la revalorisation de l'ASF et du complément familial, mais aussi de celle du RSA et de la création de la prime d'activité.

Un couple biactif avec trois enfants (8,11 et 12 ans) bénéficiera d'un surcroît de revenu mensuel allant jusqu'à 270 € par mois à la fin de la montée en charge des réformes, jusqu'à un revenu équivalent à 0,7 SMIC, dû pour les deux tiers à la hausse des prestations et pour un tiers à celle du RSA. À partir de 4 SMIC, les réformes ont au contraire un impact négatif pouvant atteindre jusqu'à 320 € par mois pour les revenus élevés, sous l'effet cumulatif de l'abaissement du plafond du quotient familial et de la modulation des allocations familiales. Pour cette configuration familiale, entre 2 et 4 SMIC, la suppression de la prime pour l'emploi a un effet négatif de l'ordre de 80 € par mois sur le revenu.

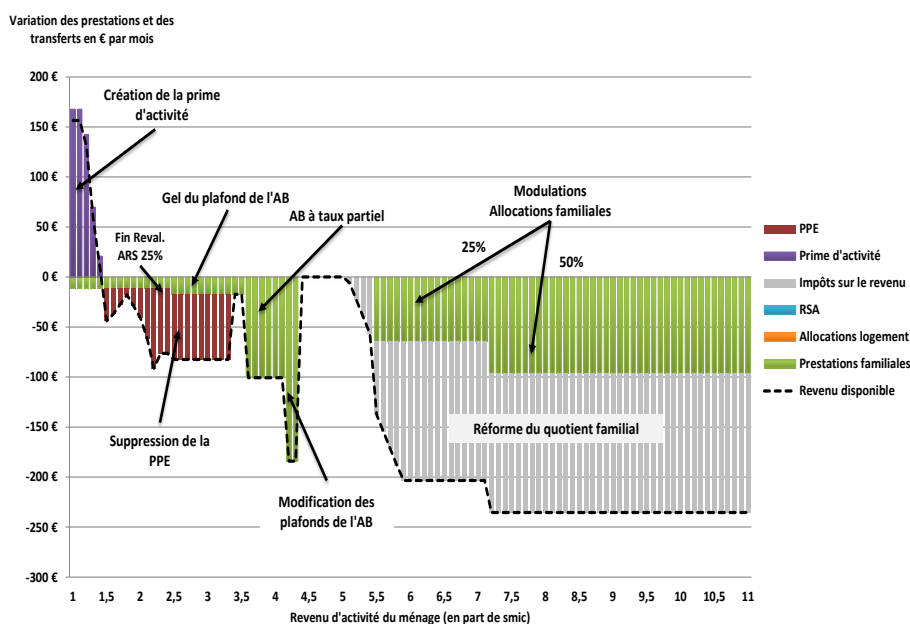
Graphique n° 42 : impact en fonction du revenu de l'ensemble des réformes ayant affecté les aides aux familles à l'issue de leur montée en charge – cas-type d'une famille monoparentale de trois enfants (8, 11 et 12 ans)



Source : CNAF. Ensemble des réformes depuis 2012 hors impact du gel des allocations logement en 2014.

Pour un couple biactif ayant deux enfants, dont un en bas âge, les effets des réformes sont plus complexes à appréhender du fait des incidences différenciées des mesures adoptées au titre de la PAJE.

Graphique n° 43 : impact en fonction du revenu de l'ensemble des réformes ayant affecté les aides aux familles à l'issue de leur montée en charge – cas-type d'un couple biactif ayant deux enfants dont l'un en bas âge (2 et 11 ans)



Source : CNAF. Ensemble des réformes depuis 2012 hors impact du gel des allocations logement en 2014.

Par rapport au graphique précédent, l'avantage maximal procuré par les réformes est nettement moins élevé (de l'ordre de 160 € par mois), mais toujours obtenu pour les revenus les plus faibles. Sur des plages de revenus intermédiaires, le montant des aides baisse pour deux types de familles : à hauteur d'environ 80 € par mois pour les familles pour lesquelles le RSA-activité et la prime pour l'emploi sont remplacés par la prime d'activité (entre 2 et 3,5 SMIC) ; entre 100 € et 170 € par mois environ pour celles concernées par l'abaissement du plafond de l'allocation de base de la PAJE (entre 3,5 et 4,5 SMIC). Pour les revenus plus élevés, se confirme une réduction du montant des aides qui croît avec le revenu, de 5 à 7 SMIC environ, et atteint 230 € par mois à partir de 7 SMIC.

L'incidence sur les familles de l'ensemble des mesures fiscales et sociales adoptées sur la période 2013-2015

À la demande de la Cour, l'Insee a procédé à une déclinaison par composition familiale de l'effet sur les différents quintiles de revenus de l'ensemble des mesures fiscales et sociales ayant affecté le niveau de vie des ménages, qu'elles relèvent ou non de la politique familiale.

En sommant l'ensemble des effets des trois années 2013, 2014 et 2015, seules les familles du premier quintile ont bénéficié d'une amélioration de leur niveau de vie du fait des mesures fiscales et sociales (de 0,3 % au plus selon leur composition). Les familles des deux quintiles suivants connaissent une baisse limitée (inférieure à 0,5 %). Pour le dernier quintile, la réduction du niveau de vie atteint en moyenne 2,9 % pour les familles ayant un enfant et 4 % pour celles ayant deux enfants et plus.

En dehors du premier quintile, la baisse du niveau de vie a en effet été systématiquement plus élevée dans les foyers avec enfants, et presque toujours plus élevée dans ceux de deux enfants et plus que dans ceux ayant un unique enfant. S'agissant de la situation des familles aisées, il est à souligner que les données n'incorporent encore qu'une demi-année de modulation des allocations familiales.

2 - L'aplanissement de la courbe dite « en U » des soutiens fiscaux et sociaux aux familles

La combinaison des différents types de soutien financier apporte aux familles une aide pouvant atteindre des montants très élevés, après réformes, tout particulièrement en présence d'un enfant en bas âge⁵³⁴, comme le montre la synthèse ci-après des travaux sur cas-types effectués par la direction générale du Trésor à la demande de la Cour.

⁵³⁴ On considère le cas d'un enfant en bas âge gardé à temps plein dans un EAJE, dont le coût de fonctionnement est estimé à 1 516 € mensuels dans le PQE Famille.

**Tableau n° 82 : soutien public mensuel lié aux enfants selon le niveau
revenu à la suite des réformes**

Revenu du ménage	1 SMIC	2 SMIC	7 SMIC
Couple biactif sans enfant en bas âge. Enfants de 6 à 10 ans.			
1 enfant	250	30	130
2 enfants	530	230	340
3 enfants	920	670	670
4 enfants	1 170	970	1 020
Couple monoactif avec enfant en bas âge gardé par le parent inactif (ne percevant pas le CLCA/la PRÉPARE)			
1 enfant (2 ans)	190	230	120
2 enfants (2,8 ans)	430	500	320
3 enfants (2,8, 10 ans)	720	820	650
Famille monoparentale avec enfant en bas âge gardé à temps plein en EAJE			
1 enfant (2 ans)	1 800	1 840	1 350
2 enfants (2, 8 ans)	2 200	2 270	1 750
3 enfants (2, 8, 10 ans)	2 550	2 650	2 270

Note de lecture : dans le cas d'un couple biactif, l'un des deux conjoints est au SMIC à temps plein, les résultats sont obtenus en faisant varier le niveau du revenu du second conjoint de 0 SMIC à 6 SMIC. Hors ARS et gel de l'allocation logement. Le soutien public dans le cas d'un enfant gardé en EAJE n'est pas limité aux prestations versées, mais est obtenu par différence entre le coût de la place et le coût net supporté par la famille.

Source : direction du Trésor, modèle Paris.

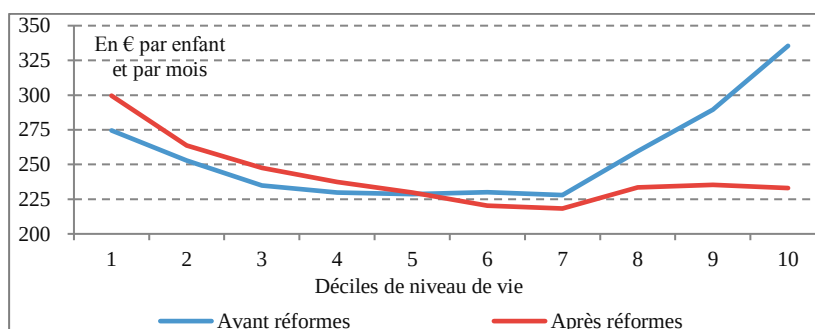
Ainsi, une famille de trois enfants dont un en bas âge avec un seul parent actif au SMIC bénéficie d'un soutien à hauteur de 8 640 € par an, auxquels peuvent s'ajouter 4 691 € au titre du dispositif PRÉPARE si l'un des deux parents a interrompu son activité, soit 13 331 € au total. Un montant peu différent est constaté dans le cas de revenus à hauteur de 7 SMIC. Une famille monoparentale dans la même situation bénéficiera de 30 600€ par an.

En neutralisant les prestations en nature liées à l'accueil en établissement d'un enfant en bas âge, il apparaît que les réformes des soutiens fiscaux et sociaux aux familles intervenues depuis 2012 ont profondément transformé la configuration du niveau du soutien en fonction de celui du revenu.

Apprécié à un niveau fin (par décile de revenu), ce soutien a cessé de revêtir un caractère croissant avec le revenu. La « courbe en U » qui prévalait avant les réformes, et qui reflétait l'accroissement des transferts fiscaux et sociaux avec le revenu au niveau des derniers déciles, principalement par le jeu du quotient familial, est désormais aplaniée.

Comme le montre le graphique ci-après, le niveau du soutien décroît régulièrement jusqu'au 6^{ème} décile de revenu, puis enregistre un léger ressaut au niveau du 8^{ème} décile. Au fur et à mesure de l'augmentation du revenu, l'avantage fiscal procuré par le quotient familial prend le relai des prestations sous condition ou modulées en fonction des ressources, sans cependant maintenir le même niveau de soutien, hormis pour l'extrémité droite de l'échelle des revenus.

Graphique n° 44 : montant moyen des prestations monétaires et de l'effet du quotient familial par enfant avant et suite aux réformes à l'issue de leur montée en charge (par décile de niveau de vie initial)



Source : CNAF, modèle MYRIADE, familles avec enfants. Hors gel de l'allocation logement en 2014.

La direction générale du Trésor a réalisé à la demande de la Cour une autre étude permettant de mesurer l'incidence des réformes sur le niveau de soutien public lié à la présence d'enfants en fonction de plusieurs configurations familiales. Ses résultats sont exprimés en fonction du niveau de revenu.

Dans un premier cas-type, soit un couple biactif, ayant un ou plusieurs enfants entre 6 et 10 ans et dont l'un des conjoints est rémunéré au SMIC, la « courbe en U » s'aplanit, quel que soit le nombre d'enfants. Pour les deux derniers déciles de revenu et dans certains cas pour le septième, le soutien public a été réduit de plus de 2 400 € par an pour les familles de deux enfants, de l'ordre de 6 000 € par an pour celles de trois enfants et de l'ordre de 9 500 € par an pour celles de quatre enfants, ce qui représente une diminution de l'ordre de 40 à 45 %. À l'opposé, une hausse s'observe surtout pour le premier décile de revenu, pour les familles de trois à quatre enfants, voisine de 10 %. Ce cas-type ne permet cependant pas de prendre en compte la majoration de l'ASF, ni les évolutions de la PAJE. À la demande de la Cour, il a été complété par d'autres. Les résultats

obtenus dans le cas d'un couple monoactif diffèrent peu de ceux précédemment décrits.

C - Des objectifs non atteints en matière de conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle

1 - L'accueil du jeune enfant : des objectifs ambitieux, des résultats très limités

a) Un plan ambitieux de développement

En 2014, l'accueil du jeune enfant en France (2,5 millions d'enfants de moins de trois ans) était assuré, pour 41 % d'entre eux, par une solution externe à la famille, offerte par 321 000 assistantes maternelles, pouvant garder jusqu'à quatre enfants (il s'agit du premier mode d'accueil dans notre pays), 13 700 établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et 40 000 gardes à domicile. L'offre en la matière est l'une des clés de la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle.

Dans son rapport thématique sur l'accueil des enfants de moins de trois ans⁵³⁵, la Cour avait analysé les résultats du précédent plan de développement, et constaté que l'objectif de création de 100 000 solutions de garde en accueil collectif sur les quatre années 2009 à 2012 avait été presque atteint, mais devait être relativisé par la destruction de 18 000 places et par la baisse de 31 000 places d'accueil de l'enfant de moins de trois ans en école maternelle au cours de la même période. Dès lors, c'était en réalité 46 000 solutions de garde qui avaient été créées. Par ailleurs, l'objectif d'accueil de 100 000 enfants supplémentaires par les assistantes maternelles était en voie d'être réalisé.

Le plan 2013-2017 affichait un objectif de création de 275 000 nouvelles solutions d'accueil en cinq années. À cette fin, la convention d'objectifs et de gestion de la branche famille avec l'État pour 2013-2017 prévoyait d'augmenter chaque année de 55 000 le nombre de solutions de garde des enfants de moins de trois ans : 20 000 en accueil collectif dans les établissements d'accueil du jeune enfant – EAJE (en tenant compte des destructions de place et de la création de micro-crèches relevant du complément de mode de garde), 20 000 en accueil par assistant maternel et 15 000 en accueil préscolaire. Sur les 20 000 places annuelles

⁵³⁵ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'accueil des enfants de moins de trois ans : une politique ambitieuse, des priorités à mieux cibler, novembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

devant être créées en accueil collectif, 13 200 devaient être des places « effectives » et 6 800 devaient résulter de l'augmentation du taux d'occupation des places existantes. Tout en couvrant une durée plus longue (d'une année), l'objectif quantitatif était, hors école maternelle, identique à celui du précédent plan (200 000 créations de nouvelles solutions d'accueil au titre des seuls établissements et assistantes maternelles).

Ni l'objectif d'ensemble, ni sa décomposition entre ces différents modes de garde ne se fondaient sur une analyse précise de la demande, relativement mal connue.

b) Des résultats médiocres

L'objectif de 275 000 solutions d'accueil nouvelles est très loin d'être atteint sur les trois premières années de sa mise en œuvre, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 83 : création de solutions d'accueil⁵³⁶ (2013-2015)

	2013	2014	2015 (p)
(1) Accueil collectif en EAJE (objectif + 20 000 par an, dont 13 200 créations effectives)	+13 500	+13 500	+14 100
Variation nette de solutions d'accueil relevant de la prestation de service unique (PSU)	+8 700	+9 000	+8 400
<i>Dont créations/intégrations brutes de places physiques</i>	<i>+13 700</i>	<i>+14 700</i>	<i>+13 400</i>
<i>Dont destructions brutes de places physiques</i>	<i>-5 000</i>	<i>-5 700</i>	<i>-5 000</i>
Création nettes de places physiques en micro-crèches relevant du CMG de la PAJE ⁵³⁷	+3 200	+4 600	+4 900
Variation du nombre de solutions d'accueil par augmentation de la fréquentation en équipement relevant de la PSU (objectif + 6 800 par an)	+1 600	-100	+700
(2) Nombre d'enfants supplémentaires de moins de 3 ans gardés par un assistant maternel (objectif + 20 000 par an)	-1 300	-6 800	-8 000
(3) Scolarisation à deux ans (objectif + 15 000 par an)	+6 100	-800	-2 815
Total solutions d'accueil supplémentaires (objectif 55 000 par an) = (1)+(2)+(3)	+18 300	+5 900	+3 285

Source : Cour des comptes d'après PQE Famille, point d'étape du HCFEA de septembre 2015 et direction de la sécurité sociale.

⁵³⁶ Ce concept correspond au nombre d'enfants accueillis. Il ne se substitue pas au nombre de places, une place pouvant être occupée par plusieurs enfants qui en bénéficient sur des plages horaires différentes, ce qui est mesuré par le taux de fréquentation.

⁵³⁷ La quasi-totalité des micro-crèches relève du CMG de la PAJE, une petite minorité de la PSU.

S'agissant de la création de places en EAJE, l'objectif a été réalisé. Cependant, ce résultat est pour partie imputable au développement des micro-crèches relevant du complément mode de garde (CMG) de la PAJE, et non d'un financement par la prestation de service unique (PSU)⁵³⁸. Pour que les parents puissent bénéficier du CMG (dit alors « CMG structure »), ces places doivent respecter un plafond de tarification de 10 € par heure. Les créations de places physiques en micro-crèches relevant du CMG de la PAJE n'atteignent pas les mêmes publics que celles en crèches classiques financées par la PSU, sauf au cas particulier de certaines micro-crèches d'entreprise financées pour partie par l'employeur, en réduisant ainsi les dépenses à la charge des familles.

En outre, la création de solutions de garde par augmentation du taux de fréquentation ne s'est pas concrétisée.

Par ailleurs, une baisse du nombre de solutions de garde peut être constatée entre 2013 et 2015 s'agissant des assistantes maternelles⁵³⁹. Ce recul soulève la question de l'adaptation de ce mode de garde en termes de qualité et de localisation territoriale. Des réponses ont été esquissées (maisons d'assistantes maternelles, accent mis dans le plan d'action pour la petite enfance de novembre 2016 sur leur formation continue), mais restent à mettre en œuvre.

Enfin, la scolarisation à partir de deux ans a été loin de connaître le développement escompté. En 2014 et 2015, le nombre de places disponibles a même reculé. Selon le ministère de l'éducation nationale, il s'est réduit de plus de 3 600 places au total.

⁵³⁸ La prestation de service unique (PSU) est un concours financier versé par la CAF aux gestionnaires d'établissements d'accueil de jeunes enfants de moins de six ans qui s'engagent à appliquer un barème national de tarification fixé par la CNAF.

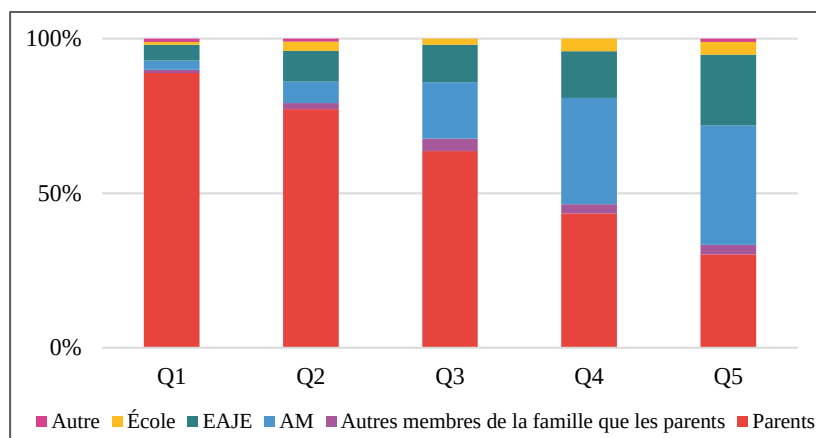
⁵³⁹ Le terme de « solution d'accueil » vise ici le nombre d'enfants gardés par des assistantes maternelles. Il ne désigne pas le nombre de « places » chez les personnes concernées, qui dépend de leur nombre, et du nombre d'enfants que chacune accepte d'accueillir. S'agissant de leur nombre, les données de la DREES reprises dans le PQE famille 2017, qui sont les dernières disponibles, indiquent qu'entre 2012 et 2014, il y aurait une baisse de 4 500 du nombre d'assistantes maternelles.

En prolongeant sur 2016 et 2017 le rythme de création observé entre 2013 et 2015, près de 50 000 solutions d'accueil au total seraient créées, soit moins d'un cinquième de l'objectif de 275 000 solutions nouvelles.

c) Des disparités d'accès aux solutions de garde marquées et persistantes

Particulièrement marquées dans notre pays⁵⁴⁰, les disparités d'accès en matière de garde par un tiers selon le niveau de revenu des ménages se maintiennent à un niveau élevé.

Graphique n° 45 : mode de garde principal des enfants de moins de 3 ans selon le niveau de revenus (2013, par quintile)



Source : DREES.

Devant ces disparités d'accès⁵⁴¹, plusieurs initiatives ont été prises.

Au vu des données de la CNAF, l'objectif de réserver une part (10 %) des places en crèche aux familles pauvres (définies par référence au seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian) instauré par le « plan

⁵⁴⁰ Voir chapitre précédent.

⁵⁴¹ Comme indiqué au chapitre précédent, s'il est logique que les familles aux revenus les plus faibles, où les parents sont plus souvent inactifs, recourent moins aux services de garde, cette situation est particulièrement marquée en France par rapport aux pays comparables.

pauvreté » de 2013 est atteint. Cependant, il aurait été dépassé avant même d'avoir été fixé⁵⁴² et serait ainsi insuffisamment mobilisateur.

En outre, la convention d'objectifs et de gestion de la branche famille avec l'État pour 2013-2017 prévoit que 75 % des nouvelles solutions d'accueil collectif seront déployées dans les territoires où la tension est la plus forte entre l'offre d'accueil et la demande des parents. En 2014, 64,2 % des créations de places nettes en accueil collectif relevant de la prestation de service unique l'ont été dans des zones prioritaires, définies comme celles pour lesquelles le nombre de places pour 100 enfants est inférieur à la moyenne. L'objectif serait ainsi en passe d'être atteint. Pour autant, la définition retenue pour les zones prioritaires est trop fruste pour permettre un ciblage efficace, les niveaux de recours des populations étant très variables selon leurs caractéristiques sociales.

Par ailleurs, les caisses d'allocations familiales (CAF) attribuent depuis 2016 un label « crèche à insertion professionnelle » aux établissements qui réservent 30 % de leurs places aux enfants de moins de 3 ans dont le parent bénéficiaire est engagé dans une démarche active de recherche d'emploi et garantissent par ailleurs une place jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école maternelle lorsque le parent en question trouve un emploi. Un objectif de 100 crèches labellisées a été fixé pour 2017, au regard de 12 000 établissements bénéficiant de la PSU.

Enfin, l'objectif d'un effort particulier de scolarisation à deux ans dans les zones REP et REP+ fixé par les pouvoirs publics en avril 2016 s'est traduit par des résultats limités : à la rentrée 2015, 17,5 % des enfants de deux ans sont scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaire (REP) et 22,2 % dans les réseaux d'éducation prioritaire plus (REP+), contre 9,8 % hors éducation prioritaire, au regard d'objectifs de 30 % et de 50 %.

Les fortes disparités dans les taux de recours aux modes de garde selon les revenus, les inégalités marquées observées entre les territoires et certaines évolutions, telles que la diminution du recours aux assistantes maternelles, suggèrent que la question de l'accueil du jeune enfant ne se pose pas seulement en termes de nombre de places à créer, mais de bonne articulation entre la nature, le volume et la localisation de l'offre d'une part et sa demande d'autre part. À cet égard, un dispositif de coordination et de connaissance des besoins ne fait que commencer à être mis en œuvre.

⁵⁴² Selon les analyses de la CNAF à partir d'un échantillon, cette part atteindrait 19,3 %.

2 - Une réforme de la prestation monétaire du congé parental qui se traduit par une forte réduction des dépenses

La loi du 5 août 2014 sur l'égalité entre les femmes et les hommes a transformé le CLCA en PRÉPARE (prestation partagée d'éducation de l'enfant) pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2015. Cette réforme affichait un double objectif : promouvoir le partage du congé parental entre les deux conjoints et inciter à un retour plus rapide des parents (principalement les mères) sur le marché du travail après une naissance, sur le fondement d'études montrant une corrélation entre les difficultés de réinsertion professionnelle et la longueur du congé parental lorsque celle-ci est excessive.

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PRÉPARÉE)

Si les montants de l'aide n'ont pas été modifiés par rapport au CLCA, la durée de versement de la prestation a en revanche été reconfigurée :

- pour un premier enfant, la prestation n'est plus versée pendant une période maximale de six mois décomptée à partir du mois de fin de perception des indemnités journalières de maternité, de paternité, d'adoption ou de maladie (10 semaines dans le cas général) ou, à défaut, à partir de la naissance. Elle est désormais de six mois au maximum par parent, jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Les deux parents peuvent donc partager la prestation dont la durée totale, dans le meilleur des cas, peut être allongée de près de trois mois ;
- pour les enfants suivants, le versement de la prestation n'intervient plus jusqu'au mois précédant le troisième anniversaire de l'enfant, mais chaque parent peut bénéficier de la PRÉPARE pendant 24 mois maximum dans la limite du troisième anniversaire de l'enfant (la durée des droits étant, de même, réduite du nombre de mois postnataux indemnisés au titre de la maternité, soit de 10 à 18 semaines).

L'étude d'impact de la réforme soulignait que celle-ci était « indissociable » de la création de nouvelles places d'accueil pour absorber la « pression » sur le système de garde, en relevant que, dans 40 % des cas, le choix de cesser l'activité est un choix de second rang, contraint par l'absence d'un mode de garde satisfaisant. Elle faisait l'hypothèse que seules 10 % à 20 % des familles concernées utiliseraient la possibilité d'un partage. Les 80 % à 90 % restantes verraient leur durée d'indemnisation raccourcie de l'intégralité de la période de partage et devraient se tourner vers les crèches et les assistantes maternelles pour faire garder leurs

enfants. Or, comme indiqué, le nombre de solutions de garde n'a pas augmenté dans la mesure attendue.

Le remplacement du CLCA par la PRÉPARE pour les naissances ou les adoptions à compter du 1^{er} janvier 2015 s'est traduit par une forte réduction du recours à cette prestation. L'effet cumulé de la réduction du nombre de naissances et du recours à la prestation a entraîné une baisse des dépenses correspondantes de 7 % en 2015 et de 8 % en 2016. Selon les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017, celle-ci dépasserait 18 % en 2017.

Quant au taux d'emploi des femmes ayant un ou plusieurs enfants en bas âge, il n'a pas connu d'inflexion notable entre 2014 et 2015, dernière année pour laquelle des données sont disponibles. Il s'inscrit plutôt à la baisse, à rebours de l'effet recherché, le recul sur ces évolutions étant toutefois trop faible pour en tirer des conclusions définitives.

Plus généralement, sur l'ensemble de la période récente, la baisse de la dépense au titre du congé parental est concomitante à la hausse de la dépense au titre du CMG. Les données disponibles ne permettent pas toutefois de confirmer l'interprétation qui pourrait en être tirée d'un choix des mères de jeunes enfants davantage axé vers le retour sur le marché du travail, puisque leur taux d'activité tend plutôt à s'effriter.

*
**

Les réformes mises en œuvre au cours de la dernière législature ont eu des effets massifs de redistribution entre les familles les plus aisées et les plus modestes avec enfants. À titre principal, elles ont été financées par les familles des deux derniers déciles de revenu, qui y ont d'autant plus contribué qu'elles ont davantage d'enfants, et bénéficié principalement aux familles des deux premiers déciles, en particulier aux familles monoparentales avec deux enfants et plus et aux couples avec trois enfants et plus. Les familles aux revenus intermédiaires entre ces deux extrêmes ont été dans l'ensemble peu affectées par les réformes, sauf pour la minorité d'entre elles qui a perdu tout ou partie du bénéfice de l'allocation de base de la PAJE.

La courbe du niveau de soutien aux familles, dispositifs fiscaux et sociaux confondus, qui était auparavant décroissante, puis croissante avec le revenu, avec un profil dit en « U », est désormais aplanie pour les revenus les plus élevés, sans être pour autant parfaitement linéaire.

L'accueil du jeune enfant, quant à lui, n'a pas connu les progrès attendus. Le développement des établissements d'accueil du jeune enfant a pourtant suivi la trajectoire prévue pendant les premières années du plan

(quoiqu'en partie grâce à l'ouverture de « micro-crèches » qui peuvent s'avérer plus coûteuses pour les parents). Mais l'évolution de la fréquentation des établissements et celle de l'accueil des enfants âgés de moins de trois ans à l'école maternelle ont été nettement moins favorables qu'escompté. Quant aux tentatives de ciblage territorial en la matière, elles n'ont à ce stade que peu remédié aux importantes disparités d'accès au niveau territorial.

Enfin, la tentative de partage du congé parental entre les parents, assortie d'un raccourcissement de celui-ci à défaut de partage, n'a pas eu les effets escomptés. Les comportements au sein du couple n'ont pas connu d'évolution notable, à défaut d'un dispositif financièrement plus attractif vis-à-vis des pères, mais dont les effets redistributifs s'inscriraient alors à rebours de ceux des réformes récentes. Pour sa part, l'objectif d'éviter de fragiliser les parcours professionnels des parents les plus éloignés de l'emploi, en cessant de proposer un congé parental jugé trop long pour maintenir leur employabilité, est atteint par construction. À ce stade, la réforme se traduit par une forte réduction du recours à ce dispositif.

Ces résultats inégalement aboutis invitent à questionner sinon la nature des objectifs généraux de la politique familiale, du moins leur hiérarchie et les dispositifs mobilisés pour en assurer la mise en œuvre.

II - Des questions en suspens

La politique familiale appelle des choix clairs, des priorités explicites et des évaluations précises de ses effets qui prennent appui sur des données de contexte, démographiques et financières, récentes. Or, à ce jour, les projections démographiques sont revues tous les cinq ans, au rythme des travaux de l'Insee. Surtout, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) n'est pas chargé, comme peut l'être le Conseil d'orientation des retraites, d'actualiser régulièrement de tels travaux de projection en fonction de l'ensemble des informations disponibles. Une mission de cette nature devrait lui être dévolue, au moins tous les deux ans sur la base des scénarios retenus par ailleurs pour l'évaluation des trajectoires financières du système de retraite et des scénarios démographiques de l'Insee.

Sur le fond, comme il a été souligné, les résultats des réformes mises en œuvre depuis 2012 et la mise en perspective internationale du système français de soutiens fiscaux et sociaux aux familles soulèvent des interrogations sur le degré d'adaptation des priorités et des instruments. Cette réflexion ne saurait exclure la question du cadre financier des prestations familiales dans un contexte où elles ne représentent désormais qu'une part minoritaire de l'ensemble des soutiens aux familles.

A - Des choix à réinterroger

Au regard de leurs résultats, mais aussi de leurs limites, les priorités et les instruments des soutiens fiscaux et sociaux aux familles peuvent appeler trois séries d'interrogations.

1 - Privilégier les prestations monétaires ou les services d'accueil du jeune enfant pour permettre à un nombre accru de mères de travailler ?

Comme évoqué ci-dessus, après une phase de montée en puissance aussi bien des prestations en faveur du jeune enfant que de l'offre d'accueil, en particulier en EAJE, au fil des « plans crèches » successifs, la dernière période se caractérise par une réorientation interne de la politique d'accueil du jeune enfant des prestations vers le financement des structures.

Cette réorientation revient implicitement à privilégier le retour à l'emploi des parents de l'enfant en bas âge, particulièrement des mères qui assument l'essentiel des interruptions de carrière liée à son arrivée et son éducation. Elle peut permettre tout à la fois de faire progresser l'égalité professionnelle entre hommes et femmes, d'augmenter l'offre de travail et potentiellement l'activité (l'exemple des pays nordiques démontre qu'une politique ambitieuse d'accueil des enfants dès leur plus jeune âge favorise un taux d'activité des femmes très élevé) et de remédier pour partie à la pauvreté de familles qui bénéficieraient dès lors de deux revenus d'activité.

Cependant, le succès de cette réorientation est tributaire d'une évolution du recours à l'accueil collectif par les différentes catégories de familles. De fait, l'offre de services est aujourd'hui d'autant mieux utilisée par ces dernières qu'elles ont des revenus élevés. Par ailleurs, d'importantes disparités, d'origine sociale ou culturelle, peuvent être constatées dans l'accès aux dispositifs d'accueil.

S'il était décidé de poursuivre dans la voie du développement de l'offre de services, il pourrait être envisagé de jouer à la fois sur l'incitation au retour à l'activité en tant que telle et sur une meilleure adéquation de cette offre à la demande.

À cette fin, pourrait être examinée, le cas échéant, la possibilité de majorer la prime d'activité⁵⁴³ pour les ménages ayant un ou plusieurs enfants de moins de trois ans. Selon la CNAF, une majoration de 100 € aurait un coût de l'ordre de 370 M€, qui pourrait être réduit en réservant le bénéfice aux parents ayant recours à une solution de garde à titre onéreux⁵⁴⁴.

S'agissant de l'offre de services d'accueil aux familles, la démarche de diagnostics territoriaux mériterait d'être davantage guidée par l'objectif de permettre de rapprocher la carte de l'offre avec celle de la demande. L'effort financier pourrait alors être mieux objectivé et ciblé sur les agglomérations et quartiers insuffisamment desservis.

En revanche, l'hypothèse de la gratuité, suivie dans certains pays, n'aurait guère de justification au regard du niveau déjà très faible des dépenses restant à la charge des familles modestes en France. Celle d'un « droit opposable » soulèverait des difficultés importantes au regard de la responsabilité des acteurs en cas de défaut de respect de ce droit.

Les mesures en la matière pourraient être financées en relevant le taux d'effort des ménages aux revenus les plus élevés qui font garder leurs enfants en bas âge par une structure d'accueil. À titre d'illustration, le taux d'effort des familles en EAJE est de 5,3 % pour un couple d'actifs ayant un revenu total de 2 SMIC, de 7,9 % avec un revenu de 4 SMIC et de 5,5 % avec un revenu de 6 SMIC. Un effort plus important pourrait être demandé, le cas échéant, à cette dernière strate de revenus.

⁵⁴³ La prime d'activité est aujourd'hui versée à 2,4 millions de foyers pour un montant moyen de 165 € par mois. Environ la moitié des bénéficiaires a des enfants et les familles avec enfants de moins de trois ans représentent un peu moins de 20 % des familles bénéficiaires.

⁵⁴⁴ Montant à majorer en fonction des effectifs qui seraient effectivement incités à la reprise d'emploi.

Si la France entendait toutefois rejoindre le taux d'enfants en bas âge gardés par les seuls parents en Suède (soit 35 % contre 42 % à l'heure actuelle), la dépense consacrée aux structures d'accueil (soit 12,1 Md€) devrait augmenter de l'ordre de 20 %, soit 2,5 Md€. Pour être financée par redéploiement au sein de l'enveloppe financière actuellement consacrée à la politique familiale, une telle option nécessiterait de recourir à des mesures très structurantes.

2 - Universalité ou ciblage accru des prestations ?

Un ciblage accru des prestations est souvent évoqué afin de réaliser des économies ou de concentrer le soutien de la collectivité sur les publics les plus prioritaires. Il convient toutefois de distinguer les orientations qui ciblent des publics minoritaires, de celles qui procèdent plutôt par exclusion des ménages dotés de revenus élevés ou forte modulation des prestations qui leur sont versées.

Dans le premier cas, des moyens plus importants par famille peuvent être mobilisés sur le public plus étroit qui les perçoit. Des résultats plus nets sont ainsi susceptibles d'être obtenus, comme le montre le niveau de réduction de la pauvreté par les transferts publics observé au Royaume-Uni, qui tient pour partie au ciblage du *Child tax credit*. Pour autant, il n'existe pas de consensus académique sur l'efficacité de politiques comportant un ciblage accru des aides et plusieurs travaux récents remettent en question ce paradigme⁵⁴⁵. En outre, l'accès d'une majorité de familles aux prestations est une garantie importante de l'acceptabilité de la politique familiale.

Pour mieux agir contre la pauvreté des enfants, les leviers déjà utilisés à destination des familles particulièrement vulnérables seraient éventuellement susceptibles d'être à nouveau renforcés : l'ASF, qui vise particulièrement les familles monoparentales, et le complément familial, qui bénéficie aux familles nombreuses. Selon la CNAF, des revalorisations de 25 % de l'ASF et du complément familial se traduiraient par des coûts

⁵⁴⁵ Une étude récente sur quatre pays (France, Italie, Royaume-Uni et Suède), sur quarante ans, n'identifie pas de corrélation entre le degré de réduction des inégalités apporté par les dépenses sociales et leur degré de ciblage sur certains publics, d'un pays à l'autre, et met en évidence une corrélation négative au sein de chaque pays. (*A fresh look at an old question: is pro-poor targeting of cash transfers more effective than universal systems at reducing inequality and poverty?* Abigail McKnight, Centre for Analysis of Social Exclusion (CASE), London School of Economics, 2015).

respectifs de 440 M€ et de 560 M€. Par ailleurs, toujours à titre d'hypothèse illustrative, une revalorisation de 25 % du RSA pour les familles monoparentales, notamment quand elles ont des enfants de moins de trois ans⁵⁴⁶, aurait un coût de l'ordre de 325 M€.

Pour financer d'éventuelles mesures en faveur des familles monoparentales et des familles nombreuses pauvres, une première option pourrait consister à cibler davantage les prestations en fonction des ressources, notamment au niveau des huitième et neuvième décile de revenus, pour lesquels la courbe en « U » connaît aujourd'hui un ressaut. À titre purement illustratif, les mesures suivantes pourraient en ce sens être approfondies :

- l'abaissement du niveau des seuils de modulation des allocations familiales, par exemple, pour un couple avec deux enfants, de 67 408 € pour le premier seuil (division par deux) à un montant intermédiaire entre le huitième et le neuvième décile (qui pourrait être voisin de 55 000 € pour un couple avec deux enfants) ;
- la substitution d'une fiscalisation des allocations familiales (éventuellement au-delà d'un certain seuil de revenu), au mécanisme de division par deux, puis par quatre des allocations. Selon la direction de la législation fiscale, une mesure de fiscalisation généralisée aurait un rendement de 640 M€.

Des mesures plus ambitieuses nécessiteraient de recourir à des réductions d'autres dépenses, voire de redéfinir complètement les modalités selon lesquelles le fait familial est pris en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu. Plusieurs hypothèses ont pu être évoquées à cet égard : suppression pure et simple des allocations familiales au-delà d'un certain seuil ; structuration du quotient familial selon l'échelle d'équivalence de l'OCDE⁵⁴⁷, qui emporterait en particulier la suppression de la demi-part au-delà du troisième enfant ; substitution d'un mécanisme d'abattement d'un montant forfaitaire fixe par enfant à celui du quotient

⁵⁴⁶ Le montant du RSA pour une personne seule s'élève à 535 €. Pour un parent isolé, il est majoré pour atteindre 802 € avec un enfant, 963 € avec deux enfants et 1 177 € avec trois enfants (montants diminués d'un forfait logement lorsqu'une allocation logement est également perçue). En présence d'un enfant de moins de trois ans, une majoration supplémentaire s'applique, portant les montants précités respectivement à 916 €, à 1 145 € et à 1 374 € mensuels.

⁵⁴⁷ Une demi-part est attribuée au titre de toute personne à charge de plus de 14 ans et 0,3 part au titre de toute personne à charge de moins de 14 ans, sans considération de rang.

familial. De telles mesures se traduiraient cependant par des transferts majeurs qui les rendent particulièrement difficiles.

3 - Quel niveau de soutien à apporter en fonction du rang de l'enfant ?

Le système socio-fiscal français offre un soutien croissant avec le rang de l'enfant. Ce soutien peut s'analyser comme l'héritage de politiques natalistes. Il constitue aussi une tentative de réponse au fait que, la prise en charge du coût de l'enfant étant seulement partielle, le niveau de vie des familles tend à se dégrader avec leur taille, que les familles nombreuses sont plus fréquemment touchées par la pauvreté et que les familles pauvres sont souvent plus nombreuses.

Le tableau ci-dessous met en relation le montant du soutien prenant la forme de prestations monétaires en fonction de chaque configuration familiale et de la fréquence de ces configurations.

Tableau n° 84 : distribution des prestations monétaires versées en fonction des configurations familiales (2015)

	Couples sans enfant	Couples avec un enfant	Couples avec deux enfants	Couples avec trois enfants ou +	Célibataires sans enfant	Célibataires avec un enfant	Célibataires avec deux enfants ou +
Allocations familiales	-	0,9 %	37,9 %	45,0 %	-	0,3 %	15,9 %
Prestations familiales destinées à la garde	-	31,5 %	39,3 %	20,5 %	-	3,3 %	5,3 %
Prestations familiales autres	0,1 %	2,8 %	12,0 %	38,4 %	0,1 %	12,2 %	34,6 %
Minima sociaux	11,4 %	8,6 %	8,9 %	7,2 %	39,8 %	13,0 %	11,1 %
Allocations logement	5,7 %	6,3 %	10,4 %	14,3 %	29,6 %	15,1 %	18,5 %
Total des prestations versées	3,5 %	11,4 %	23,9 %	24,2 %	14,2 %	8,0 %	14,9 %
Fréquences des configurations familiales	30,0 %	8,9 %	10,5 %	4,7 %	39,6 %	3,5 %	2,9 %

Note de lecture : les prestations familiales destinées à la garde d'enfants bénéficient à hauteur de 31,5 % aux couples avec un enfant, de 39,3 % à ceux avec deux enfants, de 20,5 % à ceux avec trois enfants et plus et à hauteur de 3,3 % aux célibataires avec un enfant et de 5,3 % aux célibataires ayant deux enfants ou plus.

Source : PQE « Famille » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2017.

Le degré de concentration des prestations monétaires sur les familles nombreuses pourrait être réexaminé, le cas échéant, à la lumière de la précarité croissante des jeunes et du recul de l'âge au premier enfant, certes imputables au contexte économique et social d'ensemble, mais qu'une politique ciblant plus fortement les jeunes familles et l'arrivée du premier enfant pourrait permettre de mieux accompagner.

a) L'attribution d'allocations familiales au premier enfant ou indépendantes du rang de l'enfant

Parmi les singularités de la politique familiale française, l'absence d'allocations familiales au premier enfant (sauf dans les DOM où ce surcroît d'allocation bénéficie à près de 120 000 familles pour un montant de 46,5 M€) est guidée par la volonté de concentrer ce dispositif sur les familles les plus répandues (deux enfants) ou nombreuses (trois enfants et plus). Pour autant, les familles ayant un seul enfant ne sont pas privées de prestations familiales. En effet, elles bénéficient d'autres allocations servies dès le premier enfant, dont le montant peut être plus élevé (aides au logement et aides à la garde d'enfant notamment). Par ailleurs, l'allocation de soutien familial, versée aux familles monoparentales dès le premier enfant, a un montant identique quels que soient le nombre et le rang des enfants.

Ne pas tenir compte du rang de l'enfant dans le calcul des allocations familiales, comme parfois évoqué, reviendrait à servir une allocation à hauteur de 64 € par mois et par enfant à toutes les familles, soit près de 8,7 millions de familles avec enfants⁵⁴⁸, ce qui augmenterait de 3,8 millions le nombre d'allocataires.

À enveloppe constante, il s'agirait toutefois d'un transfert massif des familles de trois enfants et plus vers celles d'un enfant, ce qui ne serait pas pleinement cohérent. En effet, ces familles sont plus modestes sur un plan statistique, en termes de revenu et, plus encore, de niveau de vie.

Si l'on ne souhaitait pas procéder à un tel transfert, mais uniquement accorder une allocation familiale au premier enfant aux 3,8 millions de familles ayant un enfant de moins de 20 ans, avec un montant égal à la moitié de celui servi aujourd'hui aux familles de deux enfants (et sans majoration d'âge), 2,1 Md€ de ressources supplémentaires devraient y être

⁵⁴⁸ Cette estimation ne tient pas compte de l'incidence des modulations en fonction des revenus, ni de celle des majorations pour âge.

affectées selon la CNAF⁵⁴⁹. À enveloppe constante de dépenses, des réductions massives d'autres prestations devraient alors être effectuées.

b) Un meilleur accompagnement de l'arrivée du premier enfant

Si l'introduction d'une allocation familiale au premier enfant paraît une option soit porteuse d'effets anti-redistributifs, soit onéreuse, d'autres voies pourraient permettre de mieux accompagner les jeunes familles, sans pour autant impliquer un financement tout au long de la croissance de l'enfant, à mesure que, le plus souvent, les revenus de la famille s'élèvent.

Si une telle perspective était retenue, la prime de naissance (923,08 € par enfant, pour un coût global de 396 M€) pourrait éventuellement être majorée au premier enfant par rapport aux suivants. À titre d'illustration, comme 40 % des bénéficiaires annuels de cette prime sont des parents d'un premier enfant, une majoration de 50 % au premier enfant (soit 1 384,62 €) aurait un coût de l'ordre de 160 M€, très inférieur à celui de la généralisation des allocations familiales au premier enfant.

Une autre voie d'évolution possible pourrait consister à majorer, le cas échéant, l'allocation de base de la PAJE au premier enfant. Cette allocation de 184,62 € (lorsqu'elle est versée à taux plein) bénéficie à 744 000 familles avec un enfant (pour 1,7 million de bénéficiaires au total et un coût de 3,9 Md€). Sous certaines hypothèses⁵⁵⁰, la relever de 25 % en faveur des familles en question aurait un coût de l'ordre de 425 M€. Une mesure de cette nature répondrait à la perception suivant laquelle, si le niveau de vie se dégrade en proportion du nombre d'enfants, c'est bien l'arrivée du premier enfant qui est à l'origine d'un ressaut subit des dépenses du ménage. Elle pourrait être financée par une modulation accrue des allocations familiales, ou par leur fiscalisation.

**

Le tableau ci-après récapitule l'ensemble des mesures analysées *supra* qui pourraient permettre de répondre, soit par des ajustements ciblés, soit par des réformes de grande ampleur, aux enjeux relatifs au développement de l'accueil du jeune enfant en établissement afin de favoriser le travail des mères, au renforcement du soutien apporté aux familles monoparentales ou nombreuses à faibles revenus afin d'atténuer

⁵⁴⁹ Celles-ci incluent l'ensemble des effets liés aux majorations pour âge et aux modulations en fonction des revenus.

⁵⁵⁰ Notamment que la proportion de bénéficiaires à taux partiel est la même pour les familles d'un enfant que pour les autres familles.

la situation de pauvreté d'un grand nombre d'enfants et de mieux compenser le coût du premier enfant pour l'ensemble des familles.

Ces mesures ne constituent en aucune manière des recommandations de la Cour, mais une liste, non exclusive, des options d'évolution des dispositifs d'aides aux familles ouvertes aux choix des pouvoirs publics en fonction des priorités et des choix de ciblage qu'ils pourraient adopter. Selon ces priorités et l'ampleur des ajustements souhaités, plusieurs combinaisons sont au demeurant possibles en dépenses et en recettes, à enveloppe constante de soutien financier aux familles.

Tableau n° 85 : voies possibles d'adaptation des prestations familiales et de financement des mesures

Dépenses supplémentaires éventuelles	Montant (M€)
Accueil du jeune enfant	
Majoration de 100 € de la prime d'activité pour les parents d'un enfant en bas âge	370
<i>Développement des structures d'accueil</i>	2 500
Ciblage et redistribution	
Revalorisation de 25 % du complément familial	560
Revalorisation de 25 % de l'ASF	440
Rang de l'enfant	
<i>Allocations familiales au 1^{er} enfant</i>	2 100
Majoration de 50 % de la prime de naissance au 1 ^{er} enfant	160
Majoration de 25 % de la PAJE pour les familles avec un enfant	425
Sources éventuelles de financement de dépenses supplémentaires	Montant (M€)
Augmentation du taux de participation des familles aux revenus les plus élevés	Selon calibrage de la mesure
<i>Reconfiguration du CMG sur la moitié inférieure des revenus</i>	2 500
<i>Doublement du nombre de foyers concernés par la modulation des AF</i>	440
<i>Fiscalisation des AF</i>	640
<i>Fiscalisation de toutes les prestations</i>	2 100
<i>Suppression des AF pour les 30 % de familles aux revenus les plus élevés</i>	2 500
<i>Plafonnement de l'effet du quotient familial par demi-part à :</i>	
602 €	1 000
493 €	3 000
<i>Calcul du quotient familial selon l'échelle d'équivalence de l'Insee</i>	3 100

Source : Cour des comptes d'après les informations communiquées par la CNAF.

Le coût du développement des structures d'accueil serait à diminuer des économies liées à la baisse des prestations à raison de l'augmentation de revenu des familles.

Sur chaque thématique, sont distingués des mesures de redéploiement interne de faible ampleur (caractères droits) et des scénarios mobilisant des masses financières plus importantes (italique).

B - Un cadre financier à mettre en débat

Au-delà de perspectives à confirmer de retour à un équilibre durable, les problématiques financières de la branche famille se concentrent sur les évolutions possibles du cadre du pilotage financier des prestations familiales au regard de l'évolution même du périmètre des missions et des sources de financement de la branche famille.

1 - La perspective d'un retour à l'équilibre de la branche famille

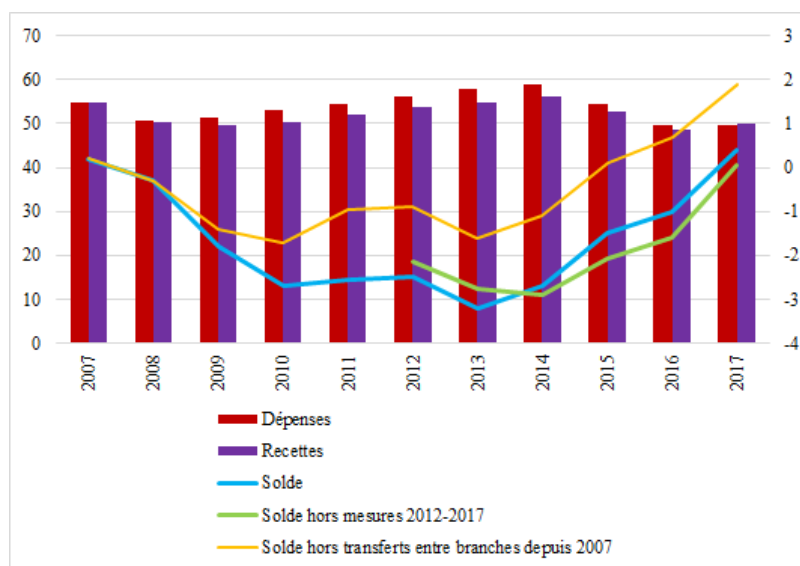
Sur longue période, le solde de la branche famille a été piloté en recettes et en dépenses afin de prévenir l'apparition d'excédents. À ce titre, des décisions de réaffectation de recettes ou de prise en charge de dépenses à son détriment ont été prises, en faveur notamment du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et de la CADES⁵⁵¹. L'impact sur le solde de la branche famille des transferts de recettes et de dépenses ainsi effectués depuis 1999 atteint près de 4,5 Md€ en cumul (près de 2 Md€ entre 1999 et 2003 et 2,5 Md€ entre 2008 et 2011).

Selon les prévisions associées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le solde de la branche famille reviendrait à l'équilibre cette même année, rompant ainsi avec une situation déficitaire ininterrompue depuis 2008, dès avant l'incidence de la récession économique de 2009 sur les recettes de la sécurité sociale. Selon les dernières prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale (juillet 2017), la branche dégagerait un léger excédent en 2017 (à hauteur de 0,5 Md€).

⁵⁵¹ Voir, dans le cadre du présent rapport, chapitre IV : le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163.

Graphique n° 46 : formation du solde de la branche famille (2007-2017)

En Md€



En 2015 et 2016, le périmètre de la branche a été réduit par le transfert au budget de l'État du financement d'allocations de logement (voir infra), en principe sans impact sur le solde.

Source : CCSS, PLFSS 2017. Échelle de gauche : recettes et dépenses, échelle de droite : solde.

Depuis 2014, indépendamment de mesures de périmètre, les dépenses de la branche famille progressent moins vite que ses recettes. Cette évolution favorable traduit l'incidence d'une moindre volatilité des impôts et taxes qui lui sont affectés, l'impact en recettes et en dépenses des réformes de la politique familiale et une dynamique des recettes structurellement plus rapide que celle des dépenses de prestations, hors mesures nouvelles ou de périmètre.

En effet, les cotisations sociales et de CSG sur les revenus d'activité affectées à la branche famille, qui constituent une part prépondérante de ses recettes, évoluent comme la masse salariale qui, sauf exception, augmente chaque année en termes réels sous l'effet de créations d'emplois et d'augmentations salariales plus rapides que l'évolution des prix à la consommation. En revanche, selon une situation qui n'est pas propre à notre pays⁵⁵², les prestations versées par la branche famille sont indexées sur les prix, et non sur les salaires.

⁵⁵² Voir chapitre précédent.

Un autre facteur de décalage structurel de l'évolution des dépenses par rapport à celle des recettes tient à l'incidence de l'indexation sur les prix ou, certaines années, le gel des plafonds de ressources des prestations sur l'éligibilité des ménages à ces dernières. Sous l'effet d'une augmentation de leurs revenus plus rapide que celle des prix à la consommation, un nombre tendanciellement croissant d'allocataires cessent d'en bénéficier ou continuent à en bénéficier dans des conditions moins favorables.

Selon une étude de la CNAF de 2013, cet effet d'éviction lié à l'indexation des plafonds de ressources sur les prix pourrait avoir une incidence massive : la proportion de familles n'ayant pas droit aux prestations du fait de la condition de ressources augmenterait de près de 55 % aujourd'hui à plus de 65 % à l'horizon 2025 pour l'ARS (850 000 familles concernées), d'environ 20 % à près de 40 % pour le complément familial (150 000 familles concernées) et d'un peu plus de 10 % à 25 % pour la PAJE (400 000 familles concernées).

Ainsi, à moins de mesures nouvelles en dépenses (revalorisation de prestations existantes, hausse des prestations collectives d'action sociale) ou de mesures de périmètre (redéploiement de recettes à son détriment, transfert de dépenses provenant d'autres entités), la branche famille serait appelée à dégager un excédent croissant.

À court terme, selon les projections triennales annexées à la loi de financement pour 2017, la branche famille, après être revenue à l'équilibre en 2017, dégagerait de légers excédents à partir de 2018. La Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017 a prévu un léger excédent dès 2017 (à hauteur de 0,5 Md€).

Tableau n° 86 : projections triennales de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (en Md€)

	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0

Source : LFSS pour 2017.

Plusieurs considérations invitent cependant à une prise en compte prudente de ces projections. D'abord, une évolution moins favorable que prévu de la masse salariale pourrait ralentir le retour à l'équilibre ou en amoindrir la portée⁵⁵³. Ensuite, les excédents que dégagerait la branche famille entre 2018 et 2020 (soit 2,5 Md€ au total) ou à compter de 2017 ne sauraient être consacrés au financement de dépenses nouvelles. En effet, ils pourraient être affectés au remboursement de la part de la dette sociale afférente aux déficits de la branche qui n'ont pas été transférés à la CADES en vue de son amortissement (soit 2,5 Md€ au total au titre des déficits 2015 et 2016). Enfin, il importe que la branche famille n'engendre pas à nouveau des déficits après 2017, notamment dans l'éventualité d'un ralentissement de la conjoncture économique. La branche famille a connu de fait 18 Md€ de déficits au total entre 2008 et 2016.

2 - Un cadre de pilotage financier à interroger au regard de l'évolution des missions et du financement de la branche famille

Dans la plupart des pays comparables, les prestations familiales sont financées par l'impôt. En Italie, les cotisations sociales interviennent dans le financement des prestations familiales, mais ces dernières ne sont pas gérées dans le cadre d'une branche spécifique de sécurité sociale. Hormis la France, seule la Belgique connaît une organisation de cette nature.

⁵⁵³ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre I : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer, p. 31.

Tableau n° 87 : modalités de gestion et de financement des prestations familiales dans plusieurs pays européens

	Organisation	Financement
France	L'une des quatre branches de la sécurité sociale	Cotisations sociales et impôt
Belgique	L'une des sept branches de la sécurité sociale	Impôt
Italie	Pas de branche spécifique. Allocations versées par l'employeur.	Cotisations sociales et impôt
Allemagne	Pas de branche spécifique. Caisses familiales intégrées aux agences pour l'emploi.	Impôt
Danemark, Espagne, Irlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède	Pas de branche spécifique	Impôt

Source : Cour des comptes d'après CLEISS.

La Cour a analysé, dans une communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale⁵⁵⁴, les termes du débat d'une éventuelle suppression du financement de la branche famille par des cotisations à la charge exclusive des employeurs de salariés et recensé les avantages et les inconvénients des options envisageables.

⁵⁵⁴ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Le financement de la branche famille, juin 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

La problématique du financement de la branche famille

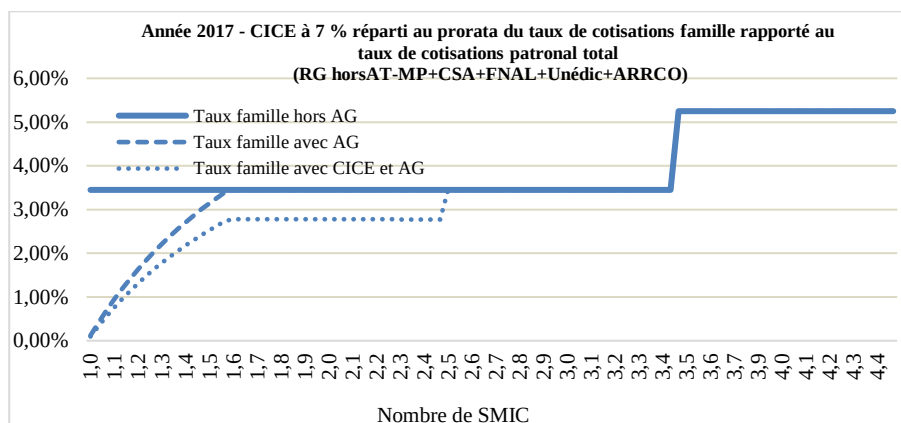
Sur le plan des principes, la Cour avait relevé que la question du financement des prestations familiales prenait alors place dans le débat relatif à la compétitivité des entreprises françaises, dans la mesure où les cotisations sociales familiales concourraient à expliquer l'écart, alors important, entre le poids des cotisations sociales à la charge des employeurs en France par rapport à l'Allemagne. Elle avait toutefois noté que si les prestations familiales avaient perdu de longue date tout caractère contributif à la suite de leur généralisation à l'ensemble de la population au début des années 1980, la suppression pure et simple d'un financement partiel par le voie de cotisations sociales n'allait pas totalement de soi, dans la mesure où les entreprises bénéficient directement des dépenses ayant pour objet la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle.

Sur le plan de l'efficacité économique, les travaux de la Cour n'avaient pas permis de conclure que le basculement du financement de la branche famille par cotisations sur un autre type d'assiette était susceptible d'avoir des effets macroéconomiques clairement positifs⁵⁵⁵. Seule une rationalisation des dispositifs de prestations pouvait être de nature, en contrepartie d'une réduction du soutien apporté à certains bénéficiaires, à induire des effets tangibles sur l'emploi et l'activité.

Les évolutions récentes apportées aux recettes et aux prestations de la branche famille conduisent à repenser la question du cadre de financement des prestations familiales. Dans le cadre du Pacte de responsabilité de 2014, le taux de cotisations familiales a été abaissé de 5,4 % à 5,25 % en 2014, puis par étapes à 3,45 % pour la partie des salaires inférieure ou égale à 3,5 SMIC depuis le 1^{er} avril 2016. Tout en continuant à représenter de loin la principale recette de la branche famille (30,2 Md€ en 2016, soit 62,1 % des produits techniques nets), devant la CSG (9,9 Md€) et les impôts et taxes affectés (6,9 Md€), les cotisations familiales pèsent de moins en moins sur les employeurs, compte tenu des allègements généraux de cotisations et du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE). Sous l'effet de ces dispositifs, le taux effectif de prélèvement pour les salaires allant de 1 SMIC à 2,5 SMIC n'est pas linéairement de 3,45 %, mais varie entre 0 % et 3,45 %.

⁵⁵⁵ Un basculement sur la TVA, comme en Allemagne, aurait un effet récessif sur la consommation qui ne serait pas compensé par un recul des importations, avec pour conséquence un effet sur l'emploi qui resterait faible dans le meilleur des cas. Un transfert sur la CSG n'aurait des effets positifs qu'à condition d'être ciblé sur les bas salaires. La substitution d'une taxe sur l'énergie aux cotisations, comme en Suède, aurait un effet plus favorable que la TVA, mais très limité.

**Graphique n° 47 : taux effectif de cotisations famille, après
allègements généraux de cotisations et CICE**



Source : Cour des comptes.

Les allègements de cotisations familiales ont été compensés par le transfert de charges de la branche famille au budget de l'État. En 2015, puis à nouveau en 2016, la part du financement des aides au logement versées par les CAF jusque-là prise en charge par la branche famille (une quote-part de l'aide personnalisée au logement et l'aide au logement familiale) a été transférée au budget de l'État. Depuis lors, la branche famille ne finance plus d'aides au logement, les CAF continuant cependant à en assurer l'attribution. De ce fait, le montant total des charges de prestations légales de la branche s'est contracté entre 2014 et 2016 de 8,6 Md€ en cumul. Le montant des dépenses transférées au budget de l'État étant supérieur à la baisse des cotisations, plusieurs impôts et taxes ont par ailleurs cessé d'être affectées à la branche famille.

Sans remettre en cause la fonction d'opérateur de la gestion des prestations remplie par les CAF, ces évolutions affaiblissent la justification du rattachement des prestations familiales à la sécurité sociale. Contrairement aux autres branches, dans lesquelles elles ont un caractère très prépondérant, la branche famille gère de moins en moins de prestations pour son propre compte et de plus en plus pour celui de tiers : État (aides au logement, allocation aux adultes handicapés et prime d'activité) et conseils départementaux (revenu de solidarité active). En 2016, le montant des prestations versées par la branche famille pour le compte de l'État

(31,7 Md€)⁵⁵⁶ a pour la première fois dépassé celui des prestations versées pour son propre compte (31,6 Md€).

Par ailleurs, la transformation annoncée du CICE en des baisses de cotisations sociales entraînera une réduction des ressources de la branche famille liées aux cotisations familiales. Selon le cas, cette réduction sera compensée soit par l'affectation d'impôts et de taxes supplémentaires, soit par le transfert au budget de l'État du financement de certaines prestations. Ces évolutions sont également de nature à amoindrir la justification du rattachement des prestations familiales à la sécurité sociale.

Comme la Cour l'a évoqué dans la communication précitée, un financement intégral des prestations familiales par le budget de l'État et l'intégration à un même cadre financier - la loi de finances - qui en résulterait, seraient propices à une mise en perspective globale de l'ensemble des enjeux de la politique familiale comme à un emploi coordonné - qui fait aujourd'hui défaut - de l'ensemble de ses instruments, prestations et avantages fiscaux.

En effet, le quotient familial et les prestations familiales restent deux dispositifs indépendants. Si elles en ont modifié les effets respectifs, les baisses du plafond du quotient familial et la modulation des allocations familiales n'ont pas été accompagnées par la recherche d'une cohérence accrue entre ces deux dispositifs. Dès lors, leur interaction conduit à procurer aux familles ayant des revenus élevés un niveau hétérogène de soutien financier en fonction de leur composition et du niveau de leurs revenus (compte tenu notamment d'un ressaut de ce soutien avec l'augmentation des revenus du foyer, au 8^{ème} décile). À cet égard, l'examen des dispositifs allemands de soutien aux familles, qui sont intégrés, souligne l'intérêt d'une réflexion sur les moyens d'articuler plus finement ces deux dispositifs afin d'assurer une prise charge plus régulière du coût de l'enfant. De même, le pilotage des autres avantages fiscaux aux familles devrait être lié de manière plus étroite à celui des prestations familiales.

⁵⁵⁶ Par ailleurs, les CAF ont versé 10,6 Md€ de RSA pour le compte des départements.

— CONCLUSION, RECOMMANDATION ET ORIENTATIONS —

Le système français de soutien financier aux familles a été profondément réformé au cours de la dernière période.

Désormais, la presque totalité des prestations familiales sont attribuées ou modulées en fonction des ressources⁵⁵⁷, ce qui constitue une mutation historique de la politique familiale française, en ligne avec les dispositifs mis en œuvre par la plupart des pays comparables. Dans le même temps, l'augmentation des aides monétaires à la garde d'enfants a été interrompue, en contrepartie d'une hausse de l'effort financier consacré à l'accueil des enfants en bas âge en établissement. La plupart des pays comparables renforcent les prestations monétaires ou en nature relatives à l'accueil des jeunes enfants.

Conformément à leurs objectifs affichés, les réformes se traduisent par un transfert massif des familles nombreuses aux revenus les plus élevés avec enfants vers les familles monoparentales et les familles nombreuses avec enfants à faibles revenus. Ces familles bénéficient d'un soutien public très significatif en proportion de leurs revenus, mais dont le montant varie peu par rapport à celui accordé aux familles à revenus élevés. La « courbe en U » qui traduisait l'existence dans notre pays, à la différence de la plupart des pays comparables, d'un niveau de soutien décroissant avec le revenu au début de la distribution, puis à nouveau croissant pour les ménages avec enfants les plus aisés, est désormais aplanie pour les revenus élevés, ce niveau de soutien n'étant cependant pas encore homogène pour les familles concernées.

S'agissant du congé parental, la réforme intervenue a clairement privilégié l'objectif d'un retour des mères d'enfants en bas âge vers l'emploi, par rapport à celui, pourtant également affiché, du partage entre les parents de l'interruption d'activité. Malgré des objectifs ambitieux, l'augmentation de l'offre de garde a été trop faible pour accompagner efficacement les parents vers l'évolution souhaitée.

En termes financiers, les économies réalisées sur le quotient familial et les allocations familiales devaient être, à l'issue de la montée en charge des réformes, pour l'essentiel compensées par des dépenses nouvelles au bénéfice des familles à bas revenus et du développement de l'offre d'accueil des enfants en bas âge, notamment en établissement. Compte tenu d'une montée en charge plus lente que prévu du soutien à la création de nouvelles solutions d'accueil, elles concourent, tout au moins à ce jour,

⁵⁵⁷ Il demeure quelques exceptions. L'allocation de soutien familial et le CLCA devenu PRÉPARE sont versés sans condition de ressources.

au redressement financier de la branche famille. Cette dernière pourrait atteindre l'équilibre en 2017, après neuf années de déficit, principalement sous l'effet d'un différentiel favorable entre l'évolution des montants et des plafonds de ressources des prestations, calquée sur celle des prix et celle des recettes assises sur la masse salariale, fonction de la croissance économique.

Profondément ancrée dans notre système de protection sociale, atteignant des résultats indéniables, une politique familiale, généraliste et aux ambitions multiples, laisse subsister cependant des situations qui pourraient justifier une action plus résolue, qu'il s'agisse de la mise en place d'une offre accrue d'accueil des enfants en bas âge à même d'améliorer l'accès à l'emploi des mères de famille nombreuses, d'une réduction plus prononcée des situations de pauvreté sévère des familles monoparentales et nombreuses à faibles revenus ou d'une prise en charge mieux assurée du coût du premier enfant.

Ces constats pourraient conduire les pouvoirs publics à envisager, à partir d'une meilleure prise en compte des évolutions de la famille, une hiérarchisation plus assumée des objectifs attachés aux dispositifs sociaux et fiscaux en faveur des familles. Si la question du degré de redistribution entre familles reste majeure, d'autres questions mériteraient des choix plus clairement tranchés : le niveau de soutien apporté en fonction du rang de l'enfant, le degré de ciblage et de redistribution des aides publiques aux familles et notamment l'articulation des prestations monétaires et des avantages fiscaux qui y participent et la nature des prestations à privilégier, monétaires ou en nature, pour favoriser l'accueil du jeune enfant et créer les conditions d'une participation accrue des mères au marché du travail.

Cette nécessaire réflexion gagnerait à s'étendre à la question du cadre du pilotage financier des soutiens aux familles afin de favoriser une meilleure articulation des dispositifs fiscaux et sociaux, aujourd'hui encore insuffisamment assurée.

La Cour formule ainsi la recommandation suivante :

- 53. confier au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge la mission d'analyser les perspectives à moyen et long terme des soutiens fiscaux et sociaux aux familles au regard des évolutions économiques, sociales et démographiques.*

Elle propose également les deux orientations suivantes :

- *établir les priorités des aides aux familles et clarifier les choix relatifs à plusieurs enjeux majeurs : équilibre entre prestations en nature et prestations monétaires pour l'accueil du jeune enfant, degré de ciblage et de redistribution des prestations et calibrage du niveau de soutien en fonction du rang de l'enfant ;*
 - *examiner la question d'une budgétisation du financement des prestations familiales afin notamment de mieux articuler entre eux les outils fiscaux et sociaux qui participent au soutien des familles.*
-

Annexe : soutiens fiscaux et sociaux aux familles (2015)

Dispositifs	Montants 2015 (M€)	Effectifs 2015 (milliers)
Prestations sociales	42 830	
Prestations d'entretien	19 090	5 820
Allocations familiales	12 860	4 870
Complément familial	1 900	850
Allocation de soutien familial	1 470	750
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	810	240
Allocation de présence parentale	70	6
Allocation de rentrée scolaire	1 980	2 980
Prestations et action sociale petite enfance	15 340	2 140
Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)	12 460	2 140
dont Allocation de base (AB)	4 100	1 760
dont Congé parental : congé de libre choix d'activité (CLCA) puis Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARÉE)	1 790	440
dont Complément de mode de garde (CMG)	6 170	830
dont Prime de naissance	400 ⁵⁵⁸	580
Action sociale petite enfance	2 880	
Action sociale hors petite enfance et logement	2 540	
Autres prestations (frais de tutelle notamment)	430	
Aides au logement en faveur des familles	4 230	
Dont part des aides au logement liées à la présence d'enfants dans le logement ⁵⁵⁹	4 100	
Dont action sociale logement	130	
Part des prestations d'assistance (RSA socle) et de prime d'activité liées à la présence d'enfants⁵⁶⁰	1 200	
Dispositifs fiscaux	16 600	8 772
Quotient familial	12 100	7 097
Dont demi-part supplémentaire à partir du 3 ^{ème} enfant	200	125
Abattements, réductions et crédits d'impôts	1 400	
Dont crédit d'impôt « frais de garde des enfants »	1 200	3 795
Prime pour l'emploi	200	2 008
Taxe d'habitation	2 900	7 632
TOTAL	59 430	

Source : CNAF (prestations), nombre de bénéficiaires au 31 décembre, données tous régimes ;
DLF (dispositifs fiscaux).

⁵⁵⁸ Montant obtenu en extrapolant sur 12 mois les prestations versées en décembre.

⁵⁵⁹ La part des dépenses relatives aux aides au logement liée à la présence d'enfant(s) a été évaluée à 4,1 Md€ par la DREES en 2013.

⁵⁶⁰ La part des dépenses relatives au RSA socle liée à la présence d'enfant(s) a été évaluée à 0,9 Md€ par la DREES en 2013.

Cinquième partie

Améliorer les performances de la

gestion de la sécurité sociale

Chapitre XII

Les établissements de santé et médico- sociaux du régime général d'assurance maladie : un impératif d'équilibre financier, une stratégie à refonder

PRÉSENTATION

En 2000, les établissements sanitaires et médico-sociaux créés par les caisses locales de la branche maladie du régime général ont été rattachés à treize unions pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie (UGECAM). Ces dernières, qui disposent chacune de la personnalité morale et ont un statut proche de celui des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), sont regroupées sous le label de « groupe UGECAM », piloté par une direction nationale de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Depuis leur création, ces unions ont ouvert de nouvelles structures. Elles gèrent ainsi aujourd'hui 238 établissements, emploient près de 14 000 personnes et perçoivent près de 1,1 Md€ de recettes annuelles.

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2008⁵⁶¹, la Cour avait tiré un bilan contrasté de la création des UGECAM et souligné notamment le caractère inabouti de leur découpage géographique, les difficultés à financer les surcoûts salariaux par rapport aux établissements comparables et un pilotage insuffisant par la CNAMTS.

Après avoir examiné l'an dernier l'offre de soins du régime des mines⁵⁶², la Cour a souhaité analyser l'évolution récente des activités sanitaires et médico-sociales des UGECAM. En application de l'article R. 134-3 du code des juridictions financières, elle s'est attachée à cette fin le concours de la mission « risques et audit » de la direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le contrôle de six UGECAM⁵⁶³.

La Cour a constaté que l'offre sanitaire et médico-sociale gérée par les UGECAM connaissait un mouvement de recomposition et d'expansion pour sa composante médico-sociale, sans parvenir à l'équilibre économique malgré la permanence des concours financiers de la CNAMTS (I). Au-delà d'un indispensable retour à l'équilibre dans des conditions de financement normalisées, il convient de reconsidérer la stratégie de développement de l'offre de soins de l'assurance maladie et de faire évoluer son cadre de gestion vers le droit commun (II).

⁵⁶¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2008*, chapitre XII : la situation des UGECAM, p. 401-405, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁶² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre XIII : la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser, p. 541-569, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁶³ UGECAM Nord-Est, Aquitaine, Île-de-France, Centre, Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes, Provence –Alpes-Côte d'Azur-Corse.

I - Une offre de soins structurellement déficitaire

En 2016, les UGECAM regroupaient 238 établissements, dont 82 à caractère sanitaire (7 337 lits et places pour 696 M€ de chiffre d'affaires) et 156 à caractère médico-social (7 335 places pour 306 M€ de chiffre d'affaires).

Les activités des établissements des UGECAM

76 établissements sanitaires ont une activité exclusive de soins de suite et de réadaptation. En 2015, ils représentaient 8 % de l'activité dans ce domaine des établissements publics et privés non lucratifs et 5 % de celle de l'ensemble du secteur. Les six autres établissements sanitaires ont des activités de soins de longue durée, de médecine (consultations de médecine ambulatoire ou soins) ou de psychiatrie.

Les établissements médico-sociaux sont orientés vers la prise en charge du handicap des enfants et des adolescents (handicap moteur, psychique, polyhandicap, troubles du comportement et autisme). Les UGECAM sont par ailleurs le principal opérateur de la réadaptation professionnelle des travailleurs handicapés et ont accueilli à ce titre en 2015 un tiers des stagiaires formés en France.

Si l'activité se réduit dans le champ sanitaire, elle se renforce en revanche dans le champ médico-social, en dépit de déficits chroniques des unions, pour partie masqués par les concours de la CNAMTS, du fait notamment de coûts salariaux élevés.

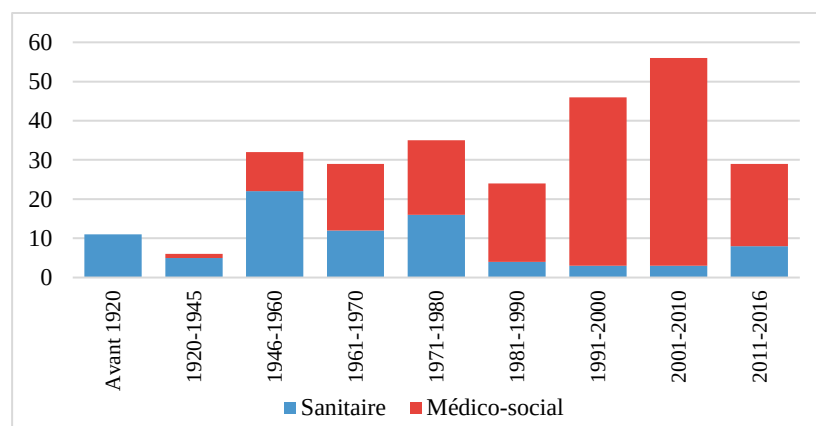
A - Une offre dispersée dont le volet sanitaire se réduit et la composante médico-sociale se développe

Les établissements sanitaires et médico-sociaux des UGECAM sont issus d'initiatives qui se sont succédé dans le temps. Ils connaissent des évolutions différenciées : entre 2006 et 2015, le nombre de lits et places des établissements sanitaires a baissé de 7 %. En revanche, le nombre de places à caractère médico-social a augmenté de 26 %.

1 - Des établissements majoritairement hérités d'initiatives anciennes et fortement dispersés

Les établissements des UGECAM ont été créés, pour les deux tiers d'entre eux, avant la création de ces dernières, par des initiatives des caisses locales d'assurance maladie. Pour autant, 86 établissements ont été créés depuis 2000, essentiellement dans le secteur médico-social.

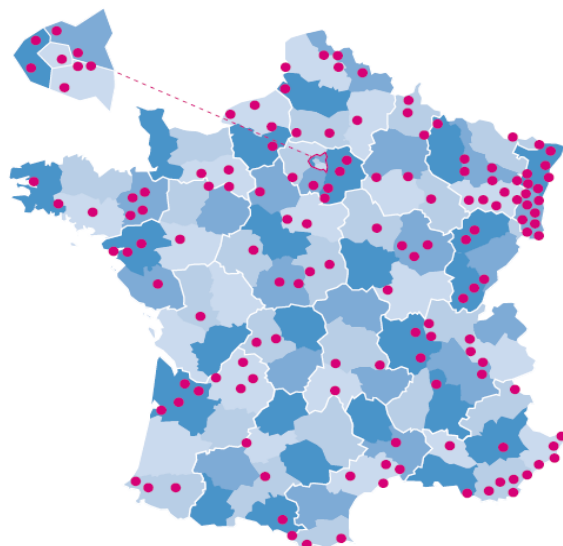
Graphique n° 48 : chronologie des créations d'établissements



Source : Cour des comptes à partir des données de la base FINESS des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Il résulte de ces initiatives locales un maillage territorial très inégal. De manière spécifique, la densité très élevée d'établissements en Alsace est liée à la mise en place d'assurances sociales par Bismarck à la fin du XIX^{ème} siècle.

Dans certaines régions, les établissements des UGECAM représentent une part non négligeable de l'offre de soins. Ainsi, en matière de soins de suite et de réadaptation, les UGECAM Alsace et Nord-Est ont une part de marché de 17 % dans la région Grand-Est. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'UGECAM est l'acteur de référence : ses établissements sont présents dans cinq des six départements et ont assis leur position d'établissements d'aval par des rapprochements géographiques et des partenariats avec les principaux centres hospitaliers.

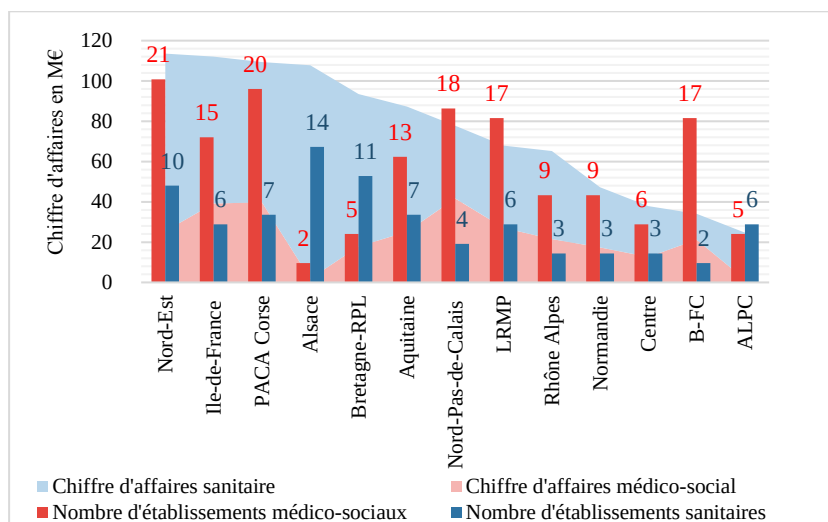
Carte n° 11 : implantation des établissements des UGECAM (2014)

Source : CNAMTS.

Les UGECAM présentent de ce fait de fortes disparités :

- les quatre unions les plus importantes (Alsace, Nord-Est, Île-de-France, PACA-Corse) ont des recettes d'activité supérieures à 100 M€ par an, des capacités sanitaires comprises entre 645 et 1 131 lits et plus de 1 300 emplois (exprimés en équivalent temps plein, ETP) ;
- quatre unions (Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, Centre et Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes) sont de petite taille, avec un chiffre d'affaires annuel compris entre 30 et 46 M€ et moins de 400 lits au regard d'une moyenne de 573 lits par union ;
- les cinq autres unions (Bretagne-Pays de Loire, Aquitaine, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes) ont une taille intermédiaire, avec un chiffre d'affaires compris entre 64 et 93 M€ et 450 à 920 lits.

Graphique n° 49 : établissements et chiffre d'affaires par UGECAM (2016)



Note de lecture : Bretagne-RPL : Bretagne-Région Pays-de-Loire ; LRMP : Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ; B-FC : Bourgogne-Franche-Comté ; ALPC : Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes.

Source : CNAMTS.

2 - Une offre sanitaire en recul, mais laissant subsister des établissements trop petits, mal situés et insuffisamment spécialisés

Depuis leur création, les UGECAM ont recentré leur offre sanitaire sur les soins de suite et de réadaptation et le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète. Depuis 2006, elles ont ainsi fermé 540 lits, soit 7 % de leurs capacités sanitaires, par désengagement des activités de médecine, obstétrique et dans une moindre mesure, de psychiatrie, par transferts d'établissements à d'autres opérateurs et par regroupement de huit établissements en trois entre 2014 et 2016.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation offrent pour la très grande majorité d'entre eux des soins spécialisés en orthopédie et en neurologie. À ce titre, ils ont développé des expertises reconnues en matière de prises en charge spécialisées de pathologies sévères, comme les soins et la rééducation des amputés, des grands brûlés et des blessés

médullaires⁵⁶⁴ ou sur des filières rares, comme la nutrition infantile⁵⁶⁵ ou l'addictologie⁵⁶⁶. En revanche, une quinzaine d'établissements consacrent une part majoritaire de leur activité à des soins polyvalents et n'ont pas de technicité dans un domaine particulier.

L'activité sanitaire évolue pour s'inscrire davantage dans une logique de parcours de soins conformément à l'objectif fixé par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie avec l'État pour les années 2014 à 2017. Ainsi, une orientation nationale de développement de l'activité de neurologie a été fixée dans le projet du « groupe UGECAM », afin de renforcer la filière post-AVC⁵⁶⁷ et d'anticiper sur le recul attendu des besoins d'hospitalisation complète en orthopédie.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète est un autre axe prioritaire de la COG. En 2015, les UGECAM avaient ainsi développé une prise en charge en hospitalisation à temps partiel, à hauteur de 18,3 % des journées réalisées, deux fois plus importante que la moyenne nationale (9,7 %). Les UGECAM Nord-Est, Nord-Pas-de-Calais, Alsace et PACA-Corse ont une activité particulièrement élevée en ce domaine⁵⁶⁸.

Ces évolutions d'activités se heurtent cependant à la faible dimension des établissements qui demeurent en grande majorité de petite taille. Pour 65 % d'entre eux, ils comprennent moins de 100 lits et pour un quart, moins de 50 lits. Les résultats obtenus dans la certification par la Haute Autorité de santé sont satisfaisants, mais la pérennité des équipes médicales n'est pas acquise, compte tenu des difficultés de recrutement dans les territoires urbains comme ruraux et du vieillissement des équipes de certains établissements isolés.

Les UGECAM cherchent ainsi à regrouper leurs établissements pour mieux utiliser leurs réserves foncières ou mutualiser certaines fonctions entre des établissements proches. Le mouvement reste cependant lent et les résultats encore modestes.

⁵⁶⁴ Le centre de Coubert (Seine-et-Marne) est le seul centre de rééducation et de soins cutanés des grands brûlés en Île-de-France. L'établissement pédiatrique de Montreuil (Seine-Saint-Denis) est spécialisé dans les soins post-réanimation néonatale et celui de La Tour de Gassies (voisin de Bordeaux) dans la rééducation des blessés médullaires.

⁵⁶⁵ Par exemple, la MECS Tza-Nou dans le Puy-de-Dôme.

⁵⁶⁶ Comme le centre de l'Escale à Rennes.

⁵⁶⁷ Les patients pris en charge à ce titre en UGECAM Normandie, Rhône-Alpes et PACA-Corse ont ainsi augmenté de plus de 20 % entre 2014 et 2015.

⁵⁶⁸ Les journées en hospitalisation partielle représentaient respectivement 49 %, 48 %, 27 % et 25 % de leur activité en 2015.

Seuls trois regroupements ont permis de constituer des centres de taille importante tout en s'accompagnant d'une baisse de capacités. Ainsi, le « pôle gériatrique rennais » (323 lits), qui regroupe un centre de soins de suite et de réadaptation polyvalent et un centre spécialisé, a été constitué avec une diminution nette de capacité par rapport aux établissements regroupés, qui avaient déjà connu des réductions graduelles. Le nouveau centre du Val-Rosay (355 lits en Rhône-Alpes) a absorbé trois petits établissements, avec une réduction de capacités de 103 places. Trois sites pédiatriques de l'union d'Île-de-France ont été regroupés en 2017 sur un seul site, à Montreuil, ce qui pourrait permettre une économie annuelle de 1,5 M€.

L'UGECAM Aquitaine projette pour sa part de transférer les lits du service de soins de suite et de réadaptation polyvalent de Châteauneuf, mal situé, dans une aile du centre de La Tour de Gassies près de Bordeaux. Deux opérations de regroupement sur un même site d'un SSR et d'un EHPAD sont en préparation dans les UGECAM Centre et Aquitaine, par reconstruction complète du nouvel ensemble dans l'agglomération orléanaise et par transfert de l'EHPAD sur le site du SSR de Lormont (dans l'agglomération bordelaise).

La transformation d'établissements sanitaires en établissements médico-sociaux reste l'exception. Ainsi, un établissement de soins de suite et de réadaptation de l'UGECAM Nord-Est est en cours de reconversion en structure d'hébergement pour adultes handicapés, eu égard aux surcapacités en soins de suite des différents opérateurs locaux.

3 - Une dynamique de développement de l'offre médico-sociale insuffisamment encadrée

À partir de 1990, les UGECAM ont créé de nombreuses structures médico-sociales pour répondre aux nouveaux besoins qui se faisaient jour : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale des personnes cérébrolésées, services à domicile adossés aux établissements d'hébergement pour enfants et adultes handicapés. Elles ont ouvert notamment de nouveaux établissements pour personnes handicapées⁵⁶⁹. Ainsi, l'UGECAM Bourgogne-Franche-Comté a augmenté de 92 % ses capacités dans le domaine médico-social entre 2006 et 2015, après avoir repris cinq anciennes structures associatives et ouvert six établissements.

⁵⁶⁹ Établissements pour enfants avec des troubles du comportement (ITEP) et pour enfants déficients moteurs ou mentaux (IME), pour adultes handicapés (MAS et FAM).

Depuis 2015, les UGECAM ont pour priorité de répondre aux appels à projets des agences régionales de santé (ARS) sur la prise en charge des personnes handicapées et de celles qui connaissent des troubles du comportement. En particulier, elles se positionnent sur le champ de l'autisme, pour ouvrir des places d'hébergement et en unité d'enseignement, ou obtenir l'agrément dans la mesure où certains de leurs établissements accueillent déjà des enfants autistes.

L'extension de l'offre médico-sociale par création de structures nouvelles au gré des opportunités l'a ainsi emporté sur la transformation et l'adaptation des structures existantes. Ainsi, l'UGECAM PACA-Corse ouvrira prochainement un établissement d'hébergement pour personnes handicapées sur le territoire de la Haute-Corse, alors qu'elle ne dispose d'aucune autre implantation en Corse.

Bien que le « groupe UGECAM » soit ainsi un acteur majeur du secteur privé non lucratif dans le champ sanitaire et médico-social, son positionnement et son développement ne résultent d'aucune orientation d'ensemble fixée en fonction d'une appréciation des besoins et exprimée sous forme d'objectifs de capacités par segment d'activités, par territoire et dans le temps. Ce défaut de planification stratégique de moyen terme apparaît très préjudiciable au regard des déficits récurrents des unions.

B - Des déficits pour partie masqués

Le manque de fiabilité des comptes statutaires des UGECAM nécessite de les retraiter afin d'apprécier leur situation financière.

Des comptes peu fiables

Depuis 2009, les UGECAM ont engagé des travaux de fiabilisation en vue de faire certifier leurs comptes annuels par un commissaire aux comptes, à partir des exercices 2016, 2017 ou 2018 selon les unions. Les principaux retraitements et corrections comptables sont liés à l'application de durées d'amortissement de droit commun, moins longues que celles jusque-là pratiquées. De manière discutable, la CNAMTS a repoussé à 2016 ou 2017, selon le cas, l'intégration aux comptes des établissements et, partant, des UGECAM, des corrections les plus significatives. Les comptes des établissements transmis aux autorités de tarification au titre des exercices antérieurs à 2016 ou 2017 ne reflètent donc pas leur situation financière de manière fidèle.

Parallèlement à leurs comptes statutaires, les unions retracent depuis 2012 dans des comptes retraités l'incidence des retraitements et corrections. La CNAMTS fait appel à un cabinet extérieur pour fiabiliser ces comptes retraités et établit à partir de ces derniers des comptes agrégés du « groupe UGECAM ». Ces derniers ne sont disponibles qu'à partir de courant juillet de l'année suivante, au lieu du 15 mars pour ceux de la branche maladie, et les opérations réciproques entre unions n'y sont pas éliminées, à la différence des comptes combinés de la branche.

Les UGECAM connaissent des déficits récurrents et toujours importants en 2016, alors que la COG 2014-2017 a fixé pour objectif un retour à l'équilibre d'ici à 2017 pour chacune des UGECAM. Ces déficits ne reflètent eux-mêmes que partiellement la situation économique déséquilibrée des unions. En effet, celles-ci continuent à bénéficier de concours financiers de la CNAMTS.

1 - Des déficits récurrents

Depuis trois ans, le « groupe UGECAM » dégage chaque année un déficit compris entre 10 et 20 M€ (11,5 M€ en 2014, 20,1 M€ en 2015, 10,3 M€ en 2016).

Cette situation reflète un résultat d'exploitation constamment négatif, dont l'incidence sur le résultat net est atténuée selon les années par les produits financiers procurés par une trésorerie excédentaire et par des produits exceptionnels issus de cessions de biens immobiliers⁵⁷⁰.

⁵⁷⁰ Ainsi, le résultat net positif du « groupe UGECAM » de l'exercice 2013, malgré un résultat d'exploitation négatif, résulte de la cession d'un immeuble à Boulogne par l'UGECAM Île-de-France. Le résultat net 2017 devrait être amélioré par la cession des anciens sites de l'établissement de Valmante à Marseille (pour près de 41 M€).

**Tableau n° 88 : résultats du « groupe UGECAM »
(comptes agrégés 2012-2016)**

En M€

	2012	2013	2014	2015	2016
Produits d'exploitation	1 029,6	1 046,8	1 051,0	1 048,4	1 055,3
<i>Dont recettes d'activité</i>	<i>957,8</i>	<i>975,9</i>	<i>983,9</i>	<i>985,5</i>	<i>998,9</i>
Charges d'exploitation	1 040,1	1 054,4	1 068,1	1 070,7	1 070,9
Résultat d'exploitation	-10,5	-7,6	-17,2	-22,3	-15,7
<i>En % des recettes d'activité</i>	<i>-1,0 %</i>	<i>-0,7 %</i>	<i>-1,6 %</i>	<i>-2,1 %</i>	<i>-1,6 %</i>
Résultat financier	5,0	5,7	4,6	4,0	3,2
Résultat exceptionnel	4,1	8,1	1,5	-1,4	2,5
Résultat net	-1,4	6,1	-11,5	-20,1	-10,3
<i>En % des recettes d'activité</i>	<i>-0,1 %</i>	<i>0,6 %</i>	<i>-1,2 %</i>	<i>-2,0 %</i>	<i>-1,0 %</i>

Source : CNAMTS.

À deux exceptions près (Île-de-France, Normandie), toutes les UGECAM ont enregistré un déficit d'exploitation au titre de 2016.

La situation des établissements, dont les comptes sont consolidés au niveau de chaque union, diverge entre les secteurs sanitaire et médico-social. Les établissements sanitaires concentrent la plus grande partie des déficits. Huit établissements de soins de suite et de réadaptation, souvent de grande taille, relevant d'UGECAM importantes (Alsace, Nord-Est, PACA-Corse, Île-de-France, Bretagne-Pays-de-Loire et Aquitaine) mais aussi d'une petite union (Rhône-Alpes), concentrent à eux seuls près des deux tiers des déficits. Les établissements médico-sociaux, dont les concours de droit commun de l'assurance maladie sont plus dynamiques, ont longtemps dégagé un excédent d'exploitation. En 2014 et 2015, ce dernier s'est cependant mué en des déficits d'exploitation (respectivement de 0,18 M€ et de 1,8 M€), avant de réapparaître en 2016 (4,2 M€).

2 - Des déficits pour partie occultés par les concours financiers de la CNAMTS

À partir des ressources affectées au financement du risque maladie (prestations et frais administratifs liés à leur gestion), la CNAMTS accorde aux UGECAM trois concours financiers qui viennent améliorer leur résultat d'exploitation :

- des dotations du fonds national de gestion administrative (FNGA) financent, pour l'essentiel, une partie du coût du dispositif d'intéressement du personnel des UGECAM ;

- des dotations du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) prennent en charge les coûts liés aux restructurations (mesures de formation-requalification, indemnités de licenciement, notamment) ;
- les frais de fonctionnement de la direction nationale du « groupe UGECAM » ne sont pas refacturés par la CNAMTS aux UGECAM.

Bien qu'encadrés par les conventions d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie avec l'État et en baisse pour l'un d'eux⁵⁷¹, ces apports réduisent substantiellement l'ampleur de leurs déficits, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 89 : résultat net du « groupe UGECAM » corrigé des concours de la CNAMTS (2013-2016)

En M€

	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul 2012-2016
(1) Résultat net	-1,4	6,1	-11,5	-20,1	-10,3	-37,2
(2) Résultat d'exploitation	-10,5	-7,6	-17,2	-22,3	-15,7	-73,1
Dotation du FNGA	17,0	18,8	15,2	12,4	12,2	75,5
Dotation du FNASS	1,9	1,7	2,5	1,7	3,5	11,2
Frais de la direction nationale *	1,0	1,0	1,0	1,2	1,3	5,6
(3) Sous-total des concours CNAMTS	19,9	21,5	18,7	15,2	17,0	92,4
Résultat d'exploitation corrigé (2) – (3)	-30,4	-29,0	-35,9	-37,5	-32,7	-165,5
<i>En % des recettes d'activité</i>	<i>-3,2 %</i>	<i>-3,0 %</i>	<i>-3,6 %</i>	<i>-3,8 %</i>	<i>-3,3 %</i>	<i>-3,4 %</i>
Résultat net corrigé (1) – (3)	-21,3	-15,3	-30,3	-35,3	-27,3	-129,6
<i>En % des recettes d'activité</i>	<i>-2,2 %</i>	<i>-1,6 %</i>	<i>-3,1 %</i>	<i>-3,6 %</i>	<i>-2,7 %</i>	<i>-2,6 %</i>

* Estimation Cour des comptes établie en multipliant le nombre de collaborateurs de la direction nationale du groupe par le coût salarial moyen des agents de la CNAMTS.
Source : CNAMTS.

Ainsi, entre 2012 et 2016, les déficits d'exploitation réels des UGECAM, sans prise en compte des concours de la CNAMTS, sont plus du double de ceux affichés. Ils s'élèvent, en cumul, à 165,5 M€ (contre 73,1 M€). Les déficits globaux, soit 129,6 M€, sont quant à eux près de quatre fois plus élevés que ceux comptabilisés (37,2 M€). Encore ce dernier montant ne tient-il pas compte de l'absence de rémunération des

⁵⁷¹ Sur la COG 2014-2017, l'enveloppe du FNGA s'élève à 55 M€ (contre 77 M€ pour 2010-2013) et celle du FNASS à 7,5 M€ (même montant pour 2010-2013).

avances que la CNAMTS accorde aux UGECAM pour financer une part prépondérante de leurs investissements immobiliers⁵⁷².

En effet, les UGECAM ne sont pas autorisées à emprunter. Elles remboursent à la CNAMTS par prélèvement sur les dotations aux amortissements des biens concernés les avances sans intérêt qu'elle leur accorde⁵⁷³. Ces avances leur ont permis d'investir de 117,9 M€ à 153,8 M€ par an entre 2012 et 2015, alors que leur capacité d'autofinancement était comprise entre 44,6 M€ et 57,8 M€. Fin 2016, les unions étaient endettées à ce titre à l'égard de la CNAMTS à hauteur de 730,3 M€.

**Une suppression des concours de la CNAMTS aux UGECAM
non mise en œuvre**

La COG 2010-2013 avait prévu de « créer les conditions de la réussite » de la modernisation des établissements de l'assurance maladie « en appliquant le droit commun en matière de financement et de gestion ».

Ainsi, elle prévoyait qu'« en ce qui concerne les frais de siège et le coût de l'intéressement, la suppression de ces financements directs pourra intervenir soit lors de la mise en place de la tarification à l'activité pour les établissements sanitaires, soit progressivement avant l'arrivée de la T2A, sous réserve du basculement réel à l'euro des sommes en jeu sur les dotations des établissements ». Aucune de ces évolutions n'est cependant intervenue à ce jour et la dotation du FNGA a été maintenue pour un montant en réduction.

En outre, la COG 2010-2013 disposait que « tout nouvel investissement, à compter de 2010, donne lieu à facturation aux UGECAM par la CNAMTS de ces frais, au taux de refinancement de l'ACOSS à la Caisse des dépôts et consignations » et que « dans la perspective d'un financement complet du Groupe UGECAM par l'activité des établissements, il est nécessaire de prévoir que les établissements financent à terme (...) la direction nationale du Groupe (...) ». Ces orientations n'ont pas été mises en œuvre.

⁵⁷² Sur la COG 2014-2017, l'enveloppe de nouvelles avances s'élève à 200 M€ (même montant pour 2010-2013).

⁵⁷³ Ce mode de remboursement est permis par le fait que les dotations aux amortissements constituent une charge comptable sans sortie de trésorerie.

Dans le contexte d'un report à 2017 de la réforme du financement du secteur des soins de suite et de réadaptation, mais aussi de difficultés financières croissantes des UGECAM, la COG 2014-2017 n'a pas repris l'objectif de normalisation des relations financières entre l'assurance maladie et les UGECAM porté par la précédente convention.

3 - Une situation financière préoccupante

Bien que pour partie masqués par les concours de la CNAMTS, les déficits récurrents des UGECAM viennent réduire leurs capitaux propres (118,8 M€ au total au 31 décembre 2015⁵⁷⁴), amputent leur trésorerie, encore positive cependant (232,7 M€ au 31 décembre 2015) et limitent leur capacité à effectuer de nouveaux investissements à même d'assurer l'attractivité de leur offre sanitaire et médico-sociale.

Quatre UGECAM connaissent une situation financière de plus en plus difficile. L'UGECAM Alsace doit faire face aux annuités de remboursement à la CNAMTS des avances qui ont financé ses importants projets immobiliers. Les UGECAM Centre, Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes et Rhône-Alpes sont de petites structures qui ne disposent pas d'une assise financière suffisante et sont en risque de trésorerie majeur. Devant le risque de cessation de paiement de l'UGECAM Rhône-Alpes, fortement endettée à la suite de la création du nouvel établissement du Val-Rosay (voir *supra*) qui n'a pas encore trouvé son équilibre économique, la CNAMTS a dû étaler le remboursement des avances qu'elle lui a accordées (85,9 M€ restant à rembourser fin 2015) et a renoncé à reprendre les produits de cession exceptionnels attendus en 2017 (à hauteur de 8,5 M€).

Dans l'éventualité où d'autres UGECAM connaîtraient des difficultés de trésorerie, la CNAMTS serait également amenée à différer le remboursement des avances non rémunérées qu'elle leur accorde, voire à annuler une partie d'entre elles, au-delà de celles qui l'ont été à ce jour pour un autre motif⁵⁷⁵. Bien que les UGECAM aient une comptabilité distincte

⁵⁷⁴ Après rattrapage dans le cadre de la fiabilisation des comptes des UGECAM des amortissements insuffisants sur les biens immobilisés avant 2010. Dans les comptes statutaires des UGECAM, leurs capitaux propres s'élèvent à 262 M€ à la même date.

⁵⁷⁵ Dans le cadre de la fiabilisation des comptes des UGECAM, la CNAMTS a renoncé au remboursement de 48 M€ d'avances dites « non remboursables » car ayant servi à financer des investissements non amortissables (terrains). La perte correspondante pour la CNAMTS a été intégrée directement à ses capitaux propres, sans impact sur son résultat et celui de la branche maladie du régime général.

de celle de la branche maladie du régime général⁵⁷⁶, cette dernière supporterait alors une partie des risques financiers liés à leur activité.

C - Des coûts salariaux structurellement élevés qui affectent l'équilibre économique des UGECAM

La COG 2014-2017 a fixé un objectif d'équilibre économique de chaque UGECAM à horizon 2017. Depuis 2014, la direction nationale du groupe UGECAM suit le plan de retour à l'équilibre élaboré par chaque UGECAM. Les mesures mises en œuvre visent à dynamiser les recettes, notamment celles issues de la facturation des chambres particulières, et à maîtriser les charges.

Au-delà du manque de taille critique de certains établissements, sinon de certaines UGECAM elles-mêmes, l'effort de redressement se heurte au niveau des coûts salariaux propre à l'application aux personnels des unions de la convention collective nationale du personnel des organismes de sécurité sociale négociée par l'UCANSS. Au cours de la période récente, les augmentations salariales ont ainsi absorbé une grande partie des efforts de réduction des charges d'exploitation.

1 - Une convention collective nettement plus coûteuse que celle des autres opérateurs

La convention collective UCANSS induit d'importants écarts de coûts salariaux unitaires par rapport à la convention collective de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), qui couvre généralement les établissements du secteur privé non lucratif. À titre d'illustration, les comparaisons sur des emplois-types font ainsi apparaître des différences de coût unitaire de plus de 9 000 € par an en début de carrière et d'environ 25 000 € par an en fin de carrière pour les personnels infirmiers.

⁵⁷⁶ De ce fait, les résultats des UGECAM ne concourent pas à celui de la branche maladie du régime général.

Tableau n° 90 : comparaison des coûts salariaux annuels UCANSS - FEHAP (brut chargé – situation au 1^{er} janvier 2017)

En €

Métier	Convention collective	Coût annuel selon l'ancienneté			
		Aucune	10 ans	20 ans	30 ans
Infirmier	UCANSS	49 848	59 002	68 156	77 637
	FEHAP	40 505	44 555	48 606	52 656
	Écart	23 %	32 %	40 %	47 %
		9 343	14 447	19 550	24 981
Aide-soignant	UCANSS	36 721	43 423	50 125	56 337
	FEHAP	29 805	32 786	35 767	38 747
	Écart	23 %	32 %	40 %	45 %
		6 916	10 637	14 359	17 590
Agent de service hospitalier	UCANSS	34 237	40 939	47 641	53 853
	FEHAP	28 640	31 504	34 368	37 231
	Écart	20 %	30 %	39 %	45 %
		5 597	9 435	13 274	16 621

Source : CNAMTS et FEHAP.

Sans que cela puisse être imputé uniquement à ces écarts de coûts salariaux, les charges de personnel des UGECAM absorbent près de 4 points de chiffre d'affaires de plus que la moyenne des établissements de soins de suite et de réadaptation privés à caractère non lucratif.

Tableau n° 91 : parts comparées des charges de personnel dans le chiffre d'affaires des établissements UGECAM et privés à caractère non lucratif de SSR en 2014

En %

	Moyenne des ESPIC	Moyenne des établissements UGECAM
Titre 1 : charges de personnel	69,8	73,5

Source : données DREES et CNAMTS.

2 - Une dynamique salariale de la convention collective qui absorbe les gains d'efficience

Les mesures de maîtrise des dépenses de personnel, premier poste de dépenses des UGECAM, ont été ciblées sur les fonctions support, qui représentent un quart des effectifs. Un objectif de non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux sur la période 2014-2017 a été fixé, soit 227 départs potentiels et une moindre dépense de 13 M€ par an.

Toutefois, les résultats sont d'ampleur limitée puisque la masse salariale (794 M€ en 2015) a augmenté de près de 3 % entre 2012 et 2015 (soit +19,7 M€). De fait, la dynamique salariale propre à l'application de la convention UCANSS absorbe les économies permises par les réductions d'effectifs dans les fonctions supports. Les mesures collectives de revalorisation salariale dont ont bénéficié les personnels de la sécurité sociale en 2012, 2013 et 2015 ont un impact cumulé en année pleine de plus de 20 M€ sur les charges de personnel des UGECAM. Entre 2014 et 2015, l'augmentation de la masse salariale induite par l'augmentation du coût moyen par ETP de 1,15 %, soit 9 M€, excède l'économie de 6,2 M€ permise par la baisse des effectifs (-0,78 % en ETP moyens annuels).

En outre, les économies réalisées sur la masse salariale ont été pour partie compensées par le développement de la sous-traitance (+5,5 M€ entre 2012 et 2015) et de l'intérim (+6,8 M€).

*

**

Les UGECAM, en tant qu'opérateurs de soins, se sont recentrées sur les soins de suite et de réadaptation et repositionnées, dans une logique de développement, sur des activités médico-sociales identifiées comme relais de croissance. Néanmoins, malgré les mesures d'efficience engagées, elles connaissent des déséquilibres économiques structurels en raison de leurs charges d'exploitation, notamment de personnel, élevées, et pour partie masqués par la persistance des concours financiers de la CNAMTS. Il importe dès lors de faire du retour à l'équilibre réel une priorité de premier rang de la prochaine COG 2018-2021 de l'assurance maladie avec l'État, tout en reconsidérant la stratégie de développement de l'offre de soins de l'assurance maladie déployée par les UGECAM.

II - Un retour à l'équilibre et une réorganisation à mettre en œuvre sans délai

Alors que les deux dernières COG 2010-2013 et 2014-2017 avaient fixé des objectifs d'efficience accrue aux UGECAM et, pour la dernière d'entre elles, un objectif d'équilibre de chaque UGECAM en 2017, ces intentions n'ont été que partiellement concrétisées. Le retour au droit commun en matière de financement avec la suppression des concours de la CNAMTS et une anticipation des évolutions tarifaires vers des coûts moyens, qui accroîtront la contrainte de financement sur des établissements aux coûts unitaires structurellement élevés doivent conduire à des efforts de redressement accrus pour parvenir à un équilibre réel des comptes sur la durée de la prochaine COG 2018-2021.

Il convient par ailleurs de mettre à profit cette période pour réorienter la stratégie des UGECAM d'une augmentation globale de l'offre de prise en charge de l'assurance maladie par création de nouvelles capacités médico-sociales vers une gestion de droit commun d'établissements qui, à terme, ne devraient plus appartenir à la sphère de la sécurité sociale.

A - Des conditions de financement qui se resserrent

Les conditions de financement des UGECAM sont appelées à se resserrer au cours de la période couverte par la prochaine COG de la branche maladie avec l'État pour les années 2018-2021. D'une part, cette nouvelle convention a vocation à mettre fin à l'anomalie manifeste que constituent les concours financiers de la CNAMTS, c'est-à-dire du risque maladie, à ses propres établissements sanitaires et médico-sociaux, au rebours du devoir d'exemplarité qui s'impose à elle. D'autre part, les conditions tarifaires de droit commun des principaux domaines d'activité de ces établissements seront moins favorables à l'avenir.

1 - Une normalisation indispensable des relations financières avec l'assurance maladie

La CNAMTS a engagé des démarches visant à clarifier la situation économique et financière des unions. Ainsi, les durées d'amortissement des biens immobilisés des UGECAM ont été alignées sur les durées usuelles pour tous les nouveaux investissements réalisés depuis 2010, ce qui a conduit à accroître leurs charges annuelles d'amortissement et à accélérer les remboursements d'avances à la caisse nationale. En outre, la réduction de la dotation annuelle du FNGA de la CNAMTS contraint les UGECAM à assumer depuis 2015 une partie de l'intéressement de leurs personnels (3,8 M€ sur 14,7 M€ en 2015 et 1,5 M€ sur 13,4 M€ en 2016).

Par ailleurs, conformément à la COG 2014-2017, les projets d'investissement que soumettent les UGECAM à la direction nationale du « groupe UGECAM » prennent désormais en compte un coût théorique d'emprunt en vue d'apprécier leur équilibre économique.

Cependant, cette lente normalisation des conditions financières de l'activité des UGECAM demeure partielle et inaboutie. En effet, la CNAMTS maintient des concours financiers importants en leur faveur.

Ces concours n'ont pas de justification autre que d'opportunité. Ils font peser sur le budget de gestion administrative de l'assurance maladie, et donc sur la gestion du risque maladie, des surcoûts qui devraient relever exclusivement des financements de droit commun des établissements de santé et médico-sociaux. En outre, ils leur confèrent des avantages injustifiés au regard des autres établissements des secteurs concernés.

À l'exception, le cas échéant, de la dotation du FNASS visant à accompagner les restructurations d'établissements, la prochaine COG de la branche maladie avec l'État pour les années 2018-2021 devrait organiser la suppression effective des concours financiers de la CNAMTS aux UGECAM. Elle imposera une indispensable vérité des coûts et, chaque fois que nécessaire, des mesures de redressement pour en assumer la charge dans des conditions de droit commun.

2 - Une adaptation nécessaire aux nouvelles règles tarifaires

Les contraintes de financement des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'assurance maladie sont appelées à se renforcer.

En effet, les modalités de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation et médico-sociaux s'inscrivent de plus en plus dans une logique de convergence des tarifs vers des coûts moyens nationaux ou régionaux. Or, comme précédemment souligné, les établissements des UGECAM présentent des coûts salariaux unitaires plus élevés que ceux des autres établissements du secteur privé non lucratif en raison de l'application à leur personnel de la convention collective des agents du régime général de sécurité sociale.

Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements de soins de suite et de réadaptation, il est prévu de remplacer les dotations annuelles de financement, fixées sur une base historique et dépourvues de lien avec l'activité réalisée par chaque établissement, par des dotations fixées en référence à l'activité valorisée aux coûts moyens nationaux⁵⁷⁷. Selon les premières simulations du ministère de la santé, alors que l'ensemble des paramètres n'étaient pas stabilisés, les établissements des UGECAM connaîtraient à ce titre une baisse globale de leurs dotations (de l'ordre de 2,5 M€, soit -0,6 %), avec des effets variables selon les établissements (de -3,8 % à +5,5 %).

Dans le secteur médico-social, la prise en compte croissante des coûts moyens régionaux tous opérateurs confondus dans le calcul des dotations, au lieu des charges à financer par établissement, est de nature à entraîner une contrainte accrue de financement. Dès lors, des efforts accrus d'efficience devront aussi être déployés dans les établissements médico-sociaux de l'assurance maladie et le développement de leurs capacités réexaminé à la lumière de ces évolutions tarifaires. Dès à présent, les derniers contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des UGECAM Île-de-France et Aquitaine avec les ARS prévoient que les créations de nouvelles places seront financées à enveloppe constante, le cas échéant par redéploiement d'autres places.

⁵⁷⁷ Au terme d'une phase de transition (2017-2022), les recettes des établissements dépendront principalement de leur activité moyenne des trois dernières années (part « socle » de la dotation) et de l'année en cours (part « activité »), exprimée en nombre de séjours auxquels seront appliqués les tarifs de la classification médico-économique.

Sans attendre que ces évolutions tarifaires aient atteint leur plein effet, il importe d'engager par des mesures d'efficience renforcées un rapprochement des coûts des établissements des UGECAM avec les coûts moyens des établissements du secteur privé non lucratif ayant une activité comparable.

B - Des efforts à intensifier

Sans méconnaître les démarches menées par les UGECAM sous la coordination de la direction nationale du groupe pour dégager des économies ou des ressources supplémentaires sur la période 2015-2017, l'objectif de retour à l'équilibre de toutes les UGECAM en 2017 prévu par la COG 2014-2017 apparaît hors d'atteinte, malgré l'engagement d'un « plan d'équilibre renforcé » fin 2016 et les recettes exceptionnelles attendues de cessions de biens immobiliers.

Afin de ramener l'offre de soins de l'assurance maladie à l'équilibre réel, dans des conditions de financement de droit commun, et en anticipant les conséquences des évolutions tarifaires, il importe d'accentuer les efforts de redressement, par le renforcement du pilotage de la direction nationale de la CNAMTS, par la mobilisation des marges d'efficience internes aux établissements encore inexploitées et par le développement des mutualisations d'activités entre unions et en leur sein.

1 - Un pilotage national du groupe UGECAM à renforcer

Le dispositif de pilotage national des UGECAM assuré par la caisse nationale, bien que renforcé dans ses moyens et ses outils depuis 2012, demeure incomplet, au regard de l'objectif d'équilibre économique assigné à chaque UGECAM par la COG 2014-2017 et des enjeux d'une banalisation du financement des établissements.

Le modèle d'organisation qui prévaut depuis la création des UGECAM est celui d'un fonctionnement décentralisé d'organismes autonomes et de taille hétérogène, dont les directeurs sont néanmoins nommés par le directeur général de la CNAMTS.

En 2008, la CNAMTS a créé une direction nationale, chargée d'orienter et de piloter la gestion des UGECAM. Ses moyens d'action se sont longtemps limités à la validation des projets immobiliers des UGECAM, après une instruction visant à apprécier leur pertinence au regard des orientations stratégiques de la COG et des hypothèses économiques qui les sous-tendent. Avant 2012, elle n'était dotée d'aucun dispositif de remontée infra-annuelle fiabilisée d'informations de gestion sur l'activité et les finances des unions. Une charte de gouvernance imposée par ces dernières la contraignait à solliciter l'accord du directeur de l'union avant tout contact avec un agent ou toute visite sur place.

À partir de 2012, la CNAMTS a renforcé les moyens de la direction nationale, qui était dotée en 2016 de 18,7 emplois permanents (exprimés en équivalent temps plein). Cette dernière a entrepris de faire fonctionner en réseau les unions, regroupées sous le label « groupe UGECAM », autour de projets communs à caractère structurant (déploiement de systèmes d'information partagés, instauration d'une certification des comptes, mise en œuvre d'une comptabilité analytique et organisation des processus-métier comme la facturation et l'admission). Elle a mis en place une instance collégiale de décision réunissant les directeurs d'UGECAM, qui suit les chantiers communs et a fixé des orientations stratégiques en matière de qualité des prises en charge et d'organisation des fonctions support dans un projet de groupe en 2014.

Pour la première fois, la COG 2010-2013 a assigné des objectifs opérationnels aux UGECAM. Toutefois, ces derniers n'ont alors pas été déclinés dans des contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés par la CNAMTS avec chacune des unions, comme c'est le cas pour les caisses d'assurance maladie. Cette déclinaison, qui marque un réel progrès, est intervenue seulement cinq années plus tard, pour l'application de la COG 2014-2017. Au sein des objectifs alors fixés en 2015, ceux relatifs au redressement économique (démarche de plan d'équilibre et taux-cible de marge brute) ont une place cependant limitée (14 %). De surcroît, la cible de marge brute assignée aux UGECAM pour leurs investissements (4,5 % en 2015) apparaît peu élevée, nettement inférieure en tout état de cause au taux de 8 % exigé lors de l'examen des investissements hospitaliers⁵⁷⁸.

⁵⁷⁸ Voir Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, la dette des établissements de santé, avril 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Il importe dès lors de renforcer très significativement la capacité d'impulsion et d'action du niveau national pour intensifier les efforts de redressement économique des UGECAM et de leurs établissements. Cette orientation va dans le sens d'une plus grande intégration des fonctions clefs, dont un aboutissement pourrait être l'intégration juridique et fonctionnelle des établissements sanitaires et médico-sociaux au sein d'une seule et même entité rattachée à l'assurance maladie.

La fusion des UGECAM en un groupe unique : une fausse solution

La création d'une personne morale unique, absorbant les 13 unions, qui regrouperait leur patrimoine et leur trésorerie et deviendrait seul employeur et pouvoir adjudicateur, permettrait une unité d'action stratégique et de gestion et un changement de dimension dans la recherche de synergies entre les différentes composantes du réseau. Les actuelles unions deviendraient les services territoriaux de cette nouvelle entité.

S'il permettrait ainsi de rationaliser l'organisation et la gouvernance, un tel scénario n'apporterait toutefois pas de réponse à la question des surcoûts de rémunération liés à l'application de la convention collective du régime général, ni à celle, plus fondamentale, de la légitimité aujourd'hui de l'assurance maladie à intervenir directement dans le champ sanitaire et médico-social.

2 - Des restructurations d'établissements à mener à bien

Au regard des caractéristiques des établissements sanitaires, dont la majorité sont de petite taille, parfois mal situés et dont une quinzaine dans le domaine des soins de suite et de réadaptation ne dispensent pas de prises en charge spécifiques, comme de l'ampleur du déséquilibre de certains établissements, des restructurations plus fortes apparaissent indispensables. La prochaine COG de la branche maladie avec l'État pour les années 2018-2021 devrait donner la priorité au redressement des établissements les plus lourdement déficitaires et à la réorganisation de l'offre existante au bénéfice de structures disposant d'une taille permettant des mutualisations et une meilleure insertion dans la filière de soins.

Les démarches de restructuration et relocalisation engagées jusqu'ici devraient être amplifiées. En lien avec l'ARS du ressort et après analyse de l'impact de la dotation modulée à l'activité pour les services de soins de suite et réadaptation, la situation de chaque établissement devrait être examinée. Les projets d'établissement devraient être revus au regard des cas de sous-dimensionnement, des besoins de rapprochement des

bassins de vie avec le développement de l'hospitalisation de jour dans le cadre du virage ambulatoire, et de la capacité à recruter et à fidéliser le personnel médical et paramédical.

Par ailleurs, les actions de redressement spécifiques aux quelques établissements de soins de suite et de réadaptation à l'origine de près des deux tiers du déficit des établissements devraient être renforcées. Les plans d'actions mis en place fin 2016 dans chacun de ces établissements avec un suivi par la direction nationale constituent un point d'appui à renforcer.

Enfin, il conviendrait d'adopter l'ensemble des mesures permettant de compenser les coûts salariaux unitaires élevés par une productivité accrue. À cette fin, les marges d'efficience dans l'organisation interne des établissements devraient être plus activement mobilisées. Ainsi, les cycles de travail des établissements seraient à réexaminer au regard de la logique d'organisation de la continuité des soins. Il en va de même des accords locaux d'aménagement du temps de travail et des usages de chaque union. En outre, une trajectoire d'effectifs cibles définie établissement par établissement par chaque union et harmonisée par la direction nationale de groupe aurait vocation à être fixée. Ces effectifs cibles pourraient utilement être adossés à un référentiel commun de protocoles médicaux et de prise en charge par activité de soins ou de rééducation, comme l'UGECAM Île-de-France l'a engagé. Sur ce point, la direction nationale de groupe pourrait fixer à chaque union des objectifs d'alignement du niveau des effectifs sur les établissements les plus efficaces.

3 - Des mutualisations d'activités à développer

Un renforcement des démarches de mutualisation entre UGECAM des fonctions support, étendue à certaines expertises métier, apparaît d'autant plus nécessaire que les inégalités de taille entre unions n'ont pas été réduites, malgré les orientations de la précédente COG.

Une recomposition territoriale des UGECAM qui n'a pas abouti

Les périmètres des treize UGECAM, définis à leur création en 2000, ne recouvrent aujourd'hui ni la carte des anciennes régions, ni celle résultant de la réforme territoriale adoptée en 2015. La COG 2010-2013 avait prévu une recomposition territoriale des UGECAM « étayée par des critères quantifiables auxquels seraient affectées des valeurs cibles minimales : chiffre d'affaires, nombre d'établissements, nombre d'équivalents temps plein, nombre de journées réalisées ». Cette orientation est cependant demeurée lettre morte.

Si les UGECAM de taille plus importante disposent de fonctions de pilotage relativement étoffées, les sièges des UGECAM Nord-Est, Aquitaine et Centre-Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes ne comportent pas de direction de la performance (budget-contrôle de gestion), ni de direction de la stratégie médicale. Les UGECAM ayant un faible volume d'activité, qui sont généralement en difficulté financière et disposent d'une trésorerie réduite, ne peuvent financer le recrutement de certaines compétences pourtant nécessaires au pilotage de leurs établissements (contrôleur de gestion, médecin-conseil).

Une recomposition du périmètre des UGECAM qui privilégierait un renforcement de leur taille permettrait d'envisager des regroupements conséquents. À titre d'illustration, un scénario fondé sur un critère de chiffre d'affaires minimal de 90 M€ ramènerait le groupe de treize à sept UGECAM. Dans l'hypothèse d'un seuil de chiffre d'affaires de 120 M€, elles pourraient être regroupées en cinq entités.

Jusqu'en 2012, le « groupe UGECAM » a laissé aux unions une forte autonomie dans leurs choix d'organisation. Le modèle dominant a été celui d'une forte déconcentration des fonctions support dans les établissements. En 2014, une orientation commune de renforcement des capacités de pilotage des sièges et de mutualisation des services supports de gestion du personnel (contrats, paie) et comptables sous l'autorité des sièges a été fixée au titre des objectifs d'efficience et de développement du contrôle interne posés par la COG de la branche maladie. La création de services support mutualisés se heurte cependant à la dispersion géographique des établissements, lieu d'affectation des agents concernés, qui diffère en fonction des unions.

Certaines actions de mutualisation ont été engagées. S'agissant des achats qui pourraient être mutualisés (soit un enjeu de l'ordre de 100 M€ par an), les UGECAM adhèrent progressivement depuis 2015 aux marchés inter-branches passés par l'UCANSS et aux marchés-cadres de la CNAMTS. En l'absence de moyens de gestion à la direction nationale, les procédures sont préparées par des unions référentes pour le compte de

l'ensemble du réseau, en fonction des compétences disponibles. En outre, chaque union conduit depuis 2015 une mutualisation des services des ressources humaines et une harmonisation des processus de gestion en son sein. À moyen terme, la gestion du personnel des unions sera adossée aux plateformes mutualisées de paie de l'assurance maladie.

Une extension des mutualisations entre UGECAM permettrait de réaliser des gains d'efficience en simplifiant encore davantage une gestion administrative aujourd'hui fragmentée et de poursuivre le non-remplacement d'un départ en retraite sur deux dans les fonctions supports (personnels administratifs et logistiques des sièges et des établissements), qui représentent un quart des effectifs. Par ailleurs, certaines compétences rares et onéreuses, comme les médecins-directeurs de la stratégie médicale ou dans un autre domaine les économistes de la construction gagneraient à être mutualisées à un niveau plus large que le ressort des actuelles UGECAM.

La réflexion pourrait aussi porter sur le regroupement au sein des UGECAM d'autres structures de soins gérés par la sécurité sociale.

**Un regroupement envisageable avec d'autres structures de soins de
l'assurance maladie**

Une recherche de mutualisation accrue pourrait conduire à regrouper d'autres structures de soins éparses, fruits d'initiatives locales anciennes et non coordonnées, qui relèvent de certaines CPAM⁵⁷⁹. Il s'agit de 29 centres de soins et œuvres sanitaires (dont 19 centres dentaires⁵⁸⁰, quatre centres de santé⁵⁸¹, deux centres de soins infirmiers et quatre structures particulières⁵⁸²), qui employaient 536 emplois à temps plein (ETP) pour un

⁵⁷⁹ Ne seraient pas concernés les 67 centres d'exams de santé qui mènent des actions de prévention, en particulier l'examen périodique de santé gratuit (article L. 213-3 du code de la sécurité sociale). Voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2009*, chapitre IX : les centres d'exams de santé, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁸⁰ En 2016, les centres dentaires avaient 336 ETP et 40,1 M€ de recettes d'activité. Les quatre principaux d'entre eux relèvent des CPAM du Rhône, de Paris, de la Loire et du Haut-Rhin et employaient 53 % des ETP de ce type de centres.

⁵⁸¹ En 2016, ils employaient 106 ETP pour 11,2 M€ de recettes d'activité. Ils relèvent des CPAM du Val-de-Marne (Choisy, Saint Maur) et de Paris (Réaumur) et de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Stalingrad).

⁵⁸² Comme le centre d'orthodontie de la CPAM de Paris.

chiffre d'affaires de 60 M€ en 2016. Ces structures ne se présentent globalement à l'équilibre, même si certaines peuvent connaître un déficit, qu'après avoir mobilisé 7,1 M€ de subventions de la CNAMTS (dont 1,3 M€ de subventions d'équilibre).

C - Mettre un terme à l'expansion de l'offre de soins et adopter un cadre de gestion de droit commun

Au-delà des efforts visant à parvenir à un équilibre réel des UGECAM dans des conditions de financement de droit commun, il importe de réexaminer le bien-fondé de la stratégie poursuivie par les UGECAM d'expansion globale de l'offre de soins de l'assurance maladie et, plus fondamentalement encore, celui de la gestion directe d'établissements sanitaires et médico-sociaux par cette dernière.

1 - Mettre fin à la stratégie d'expansion

La stratégie des UGECAM visant à développer les activités d'offreur de soins de l'assurance maladie dans le secteur médico-social tout en réduisant progressivement ses capacités dans le domaine sanitaire apparaît peu pertinente.

En raison du rattachement de leurs personnels à la convention collective nationale de l'UCANSS, près de trois quarts des charges d'exploitation ont une dynamique supérieure à celle des autres établissements privés non lucratifs, surcoûts qui se retrouvent *in fine*, pour l'essentiel, à la charge de l'assurance maladie, principal financeur des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le développement des capacités médico-sociales laisse subsister des établissements sanitaires qui ne présentent pas de technicité particulière et dont la gestion directe par l'assurance maladie ne peut être justifiée par aucune considération technique ou financière. Il a par ailleurs été porté par certaines des plus petites UGECAM qui n'avaient pas la taille critique suffisante pour s'engager dans un développement accéléré. Les UGECAM Bourgogne-Franche-Comté et Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes ont ainsi quasiment doublé leur nombre de places entre 2006 et 2015.

Tandis que l'ouverture de capacités médico-sociales en réponse à des appels à projets d'ARS n'apporte pas en soi de justification, ni de cohérence à son intervention en tant qu'offreur de soins, l'assurance maladie ne s'appuie que de façon très marginale sur les établissements sanitaires des UGECAM dans le cadre de la gestion du risque. La principale réalisation a été portée par l'UGECAM Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, qui a mis en place une plateforme de régulation des transports sanitaires et permis un développement du covoiturage et des modes de transport alternatifs à l'ambulance classique, et ainsi diminué les frais de transports sanitaires à la charge de l'assurance maladie.

La stratégie de développement de l'offre de soins de l'assurance maladie menée par les UGECAM apparaît ainsi peu convaincante et coûteuse pour les finances sociales. Elle devrait être abandonnée dans le cadre de la prochaine COG de la branche maladie du régime général avec l'État pour les années 2018 à 2021 en faveur d'un retour rapide à l'équilibre réel des établissements, accompagné de l'ouverture d'une réflexion visant à désengager l'assurance maladie de la gestion directe d'établissements sanitaires et médico-sociaux.

2 - Préparer la transition vers une gestion de droit commun

Alors que leur gestion directe par l'assurance maladie n'a pas de justification autre qu'historique, une gestion de ses établissements sanitaires et médico-sociaux dans les cadres de droit commun applicables à la sphère de l'économie sociale et solidaire permettrait d'améliorer leur viabilité économique en leur donnant la possibilité de procéder à leurs nouveaux recrutements sous la convention collective du secteur privé non lucratif.

Trois modalités, non exclusives les unes des autres, seraient envisageables à cet égard pour concrétiser une évolution de cette nature.

Certains établissements ou groupes d'établissements pourraient être rendus autonomes en les constituant en des personnes morales distinctes des actuelles unions. Cette perspective pourrait notamment concerner les établissements ou groupes d'établissements dotés d'atouts particuliers, comme une taille critique suffisante, une expertise reconnue dans certains domaines ou un équilibre structurel d'exploitation.

D'autres établissements, notamment ceux qui ne disposent d'aucune technicité particulière, pourraient être adossés à d'autres opérateurs présents sur les territoires concernés dans le cadre de cessions et transferts au cas par cas des autorisations administratives.

Comme la Cour l'a évoqué s'agissant de l'avenir de l'offre de soins du régime des mines⁵⁸³, pourrait par ailleurs être mise à l'étude la création d'une fondation d'utilité publique détachée de la branche maladie du régime général. Cette structure pourrait intégrer tout ou partie des établissements et s'ouvrir, le cas échéant, à d'autres partenaires publics ou privés à caractère non lucratif, souhaitant renforcer leur présence sur certains segments de l'offre de soins ou sur certains territoires.

La constitution de ce nouvel opérateur de taille importante au sein de la sphère de l'économie sociale et solidaire permettrait de maintenir l'unité de l'offre de soins qui y serait transférée. Elle rendrait possible une gestion de groupe intégrée favorable aux économies d'échelle et mutualisations de moyens et d'activités sans avoir, au-delà d'une période de transition, le handicap de coûts élevés du fait d'un rattachement à l'assurance maladie. Elle permettrait aussi d'envisager une stratégie de développement autour de certains segments d'activité à conditions comparables avec celles des autres opérateurs privés à caractère non lucratif des secteurs concernés.

Quels que soient les scénarios d'évolution envisagés, s'appliqueraient aux salariés en fonction les dispositions du code du travail⁵⁸⁴ qui prévoient le maintien ou la reprise des contrats de travail avec conservation à titre individuel de l'ancienneté, de la qualification, de la rémunération et des avantages acquis. Cependant, la pyramide des âges des agents des UGECAM⁵⁸⁵ permettrait la mise en œuvre rapide de nouveaux recrutements sous de nouvelles conditions conventionnelles mieux à même de garantir la pérennité des établissements.

⁵⁸³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre XIII : la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser, p. 541-569, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁸⁴ Articles L. 1224-1, L. 1224-2, L. 1224-3 et L. 1224-3-1 du code du travail.

⁵⁸⁵ Au 31 décembre 2016, 24,3 % des agents des UGECAM ont 55 ans et plus.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les UGECAM ont été créées en 2000 pour séparer l'activité d'opérateur de soins de l'assurance maladie de ses activités assurantielles, et restructurer les établissements hérités des initiatives locales en les insérant dans les schémas de planification sanitaire et médico-sociale.

Dix-sept ans après leur création, cet objectif de restructuration s'est mué en un glissement de l'offre du secteur sanitaire en rétraction vers le secteur médico-social en fort développement, et une augmentation globale des capacités et des établissements du « groupe UGECAM ».

Bien que reconnus pour leur expertise sur certaines prises en charge spécialisées et avancées dans le développement de prises en charge ambulatoires, les établissements sanitaires de l'assurance maladie présentent dans leur ensemble des résultats fortement déficitaires, sous l'effet en particulier de la situation de quelques grands établissements. Alors qu'une majorité d'établissements demeurent encore trop petits, les regroupements engagés demeurent limités et ne se sont pas traduits à ce jour par un redressement des établissements concernés. La mise en place de la dotation modulée à l'activité pour les soins de suite et de réadaptation est, dans les premières projections, globalement défavorable au « groupe UGECAM » et en particulier à ses grands établissements.

Afin d'augmenter leur activité et leurs recettes, les UGECAM développent leur offre médico-sociale. Cependant, cette expansion intervient au coup par coup, en fonction des appels à projet des ARS, sans vision stratégique à l'échelle du « groupe UGECAM ». Compte tenu de coûts salariaux nettement plus élevés que ceux des autres opérateurs du secteur non lucratif, sous l'effet de l'application à leurs personnels de la convention collective des organismes du régime général de sécurité sociale, le resserrement prévisible des conditions de financement de droit commun du secteur médico-social est susceptible de les placer dans une impasse financière à une échéance plus ou moins rapprochée.

Le regroupement des unions dans un « groupe UGECAM » en 2008 a été suivi, avec retard, de la mise en œuvre de modalités plus construites de pilotage et de suivi de l'activité et de la situation financière des unions et du lancement de projets d'intérêt commun. Contrairement à l'orientation fixée par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie pour les années 2010 à 2013, le périmètre géographique des UGECAM n'a pas été rationalisé et laisse ainsi perdurer des unions dépourvues d'une taille critique suffisante, au détriment de leur capacité à piloter leurs établissements.

Les plans d'équilibre pilotés par la direction nationale n'ont pas empêché une forte dégradation des résultats des UGECAM entre 2012 et 2015. Malgré une réduction de leur déficit en 2016, l'objectif de retour à l'équilibre de toutes les UGECAM d'ici à 2017 fixé par la COG 2014-2017 ne sera pas atteint. Si deux unions ont retrouvé un équilibre d'exploitation en 2016, quatre autres connaissent une situation financière très difficile. Un résultat à l'équilibre du « groupe UGECAM » pris dans son ensemble en 2017 ne pourrait lui-même être obtenu que grâce à des produits exceptionnels issus de la cession de biens immobiliers.

De plus, ces déficits, mesurés encore imparfaitement par une comptabilité en voie de lente fiabilisation, ne tiennent pas compte des soutiens financiers qu'accorde la CNAMTS aux UGECAM, sous la forme notamment d'une contribution à la couverture de certaines dépenses de personnel et d'avances non rémunérées au financement de leurs investissements. Pourtant prévue par la COG 2010-2013, la normalisation des conditions de financement n'a pas été mise en œuvre.

Sur la période 2012-2016, en prenant en compte le soutien financier de la CNAMTS, les déficits d'exploitation, en cumul, auraient été plus du double de ceux comptabilisés (165,5 M€ contre 73,1 M€). Les déficits globaux, quant à eux, auraient été près de quatre fois plus élevés que ceux comptabilisés (129,6 M€ contre 37,2 M€).

Dans ces conditions, il importe que la prochaine COG qui liera la branche maladie du régime général à l'État sur la période 2018-2021 prévoie une normalisation des conditions de financement des UGECAM, avec la suppression des concours financiers de la CNAMTS, et un retour à l'équilibre réel de chacune des unions en renforçant le pilotage national, en accentuant les réorganisations des établissements sanitaires et en amplifiant les mutualisations.

Au-delà, il convient de reconsidérer la stratégie d'expansion globale de l'offre de soins de l'assurance maladie par le développement de capacités médico-sociales au regard du handicap structurel que représente l'application de la convention collective de l'UCANSS aux agents de ses établissements sanitaires et médico-sociaux.

Compte tenu de l'absence de synergies véritables entre la gestion du risque et la gestion directe d'établissements de soins par l'assurance maladie, il convient aussi, plus fondamentalement, comme la Cour l'a déjà proposé pour l'offre de soins du régime des mines, de mettre à profit la période couverte par la prochaine COG pour faire évoluer le cadre de gestion de ces établissements vers le droit commun. Il s'agit ainsi d'examiner les possibilités d'autonomisation de certains établissements ou

groupes d'établissements, de transfert à d'autres acteurs privés non-lucratifs ou la création d'une fondation d'utilité publique regroupant tout ou partie des établissements, ces différentes voies d'évolution n'étant pas exclusives les unes des autres.

En vue de la prochaine COG qui couvrira la période 2018-2021, la Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 54. normaliser les conditions de financement des UGECAM en mettant fin aux concours dérogatoires au droit commun de la CNAMTS ;*
 - 55. organiser un retour rapide des UGECAM à un équilibre financier durable, en accentuant la réorganisation des établissements sanitaires, en optimisant l'organisation du travail et en renforçant le pilotage national ainsi que les mutualisations d'activités ;*
 - 56. mettre un terme à l'expansion de l'offre de soins de l'assurance maladie et engager la transformation du cadre de sa gestion vers le droit commun.*
-

Chapitre XIII

Les retraites versées à des résidents à l'étranger : des risques spécifiques insuffisamment pris en compte, des outils à adapter

PRÉSENTATION

Contrairement à d'autres prestations de sécurité sociale dont le versement est conditionné à une présence sur le territoire national, les prestations de retraite sont, sauf exception, dites « exportables », c'est-à-dire peuvent être réglées à des bénéficiaires qui résident à l'étranger.

En 2015, les différents régimes de retraite ont ainsi versé à des assurés et ayants droit à l'étranger 2,7 millions de prestations pour un montant de 6,5 Md€, soit 2,2 % du total des dépenses de retraite.

Compte tenu de cet enjeu financier significatif, la Cour a analysé les modalités de gestion de ces prestations, dans le prolongement de précédents constats⁵⁸⁶, au sein des principaux régimes de retraite de base : régime général, mutualité sociale agricole - MSA -, régime social des indépendants - RSI - et des régimes de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO), qui représentent à eux seuls 94 % des montants considérés.

En application de l'article R. 134-3 du code des juridictions financières, la Cour s'est attachée à cette fin le concours de la mission « risques et audit » de la direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le contrôle de cinq caisses de sécurité sociale et de deux institutions de retraite complémentaire⁵⁸⁷. Son enquête a donné lieu par ailleurs à des investigations sur place dans trois pays - Espagne, Algérie, États-Unis -, au sein de cinq consulats - Madrid, Barcelone, Alger, Annaba et New York.

Malgré leur importance, les enjeux financiers liés aux prestations versées à des résidents à l'étranger restent imparfaitement appréhendés (I). Si des initiatives ont été prises afin d'améliorer la gestion de ces prestations, les risques, liés notamment aux difficultés de vérification de l'existence effective des bénéficiaires, demeurent insuffisamment pris en compte (II). Améliorer le paiement à bon droit de ces retraites exige de développer fortement les mutualisations et d'accélérer très sensiblement la mise en œuvre d'échanges dématérialisés d'informations, par priorité avec les pays étrangers à forts enjeux (III).

⁵⁸⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2010, chapitre VIII : la lutte contre les fraudes aux prestations sociales dans le régime général, p. 183-206, et chapitre XVII : aspects internationaux de la sécurité sociale, p. 457-480, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁸⁷ CNAVTS (Île-de-France), CARSAT de Rhône-Alpes, MSA du Languedoc, caisses régionales du RSI d'Île-de-France et de Côte d'Azur et groupes de protection sociale Pro BTP et Humanis.

I - Des enjeux importants, mais imparfaitement appréhendés

A - Des données manquant de fiabilité

Le Centre des liaisons européennes et internationales de la sécurité sociale (CLEISS) a pour mission de collecter des données statistiques et financières sur la mise en œuvre des règlements européens et accords internationaux de sécurité sociale.

Son recueil statistique annuel agrège des données hétérogènes et comporte des erreurs de libellé et de chiffrage de ces dernières.

Préalablement à l'enquête de la Cour, le CLEISS n'avait en effet pas défini avec une précision suffisante la nature des informations attendues des régimes et branches de sécurité sociale. De ce fait, une incertitude affecte la nature des données collectées. En effet, elles sont susceptibles d'incorporer aussi bien des prestations versées sur des comptes bancaires à l'étranger que des prestations versées à des résidents à l'étranger (sur des comptes bancaires à l'étranger ou, plus rarement, en France).

Le recueil du CLEISS mentionne des effectifs de bénéficiaires de prestations de retraite, alors qu'il s'agit en réalité de nombres de prestations de retraite. Les nombres de bénéficiaires dont il fait ainsi état, soit 1,65 million au titre des retraites de base et 1,12 million au titre des retraites complémentaires à fin 2015, sont majorés dans une mesure inconnue, mais nécessairement significative. En effet, les doubles comptes liés au cumul de prestations de plusieurs régimes de base (poly-pensionnés du régime général et du régime agricole par exemple) et au cumul de prestations de droit propre et de droit dérivé (réversion) par un(e) même assuré(e) d'un régime de base ou complémentaire, ne sont pas neutralisés.

Les nombres de prestations versées par les régimes de retraite de base (général et agricole) et complémentaires de salariés divergent dans des proportions anormales, tant en dynamique⁵⁸⁸ qu'en niveau⁵⁸⁹.

S'agissant de la branche vieillesse du régime général, le CLEISS fait état d'un nombre total de bénéficiaires résidant à l'étranger de 1 288 891 à fin 2015, à partir des informations transmises par la CNAVTS, alors que cette dernière, après échange avec la Cour, fait état de 1 235 287 bénéficiaires. Le CLEISS et la CNAVTS n'ont pu expliquer cet écart de 53 604 bénéficiaires. Il induit une différence de plus de 160 M€ dans le montant effectif des prestations versées par la branche vieillesse du régime général à des résidents à l'étranger en 2015 (près de 4,1 Md€ dans le rapport du CLEISS, 3,9 Md€ selon l'estimation révisée de la CNAVTS après échange avec la Cour).

Enfin, les données financières retracées dans le rapport du CLEISS sont très sommaires. Elles se résument à une description des évolutions en nombre et en montant des prestations, sans analyse de leurs déterminants.

En juin 2017, l'État et le CLEISS ont conclu un contrat de services qui comporte des engagements réciproques visant à améliorer la qualité des données statistiques produites par cet organisme. Au-delà, le CLEISS et les organismes nationaux de retraite de base et complémentaire devraient convenir dans le cadre de conventions des moyens à même d'améliorer l'exhaustivité et la fiabilité des données et de la mise en place d'éléments d'analyse des déterminants des dépenses de prestations versées à des résidents à l'étranger. Il importe à cet effet que soient inscrits des objectifs précis en ce sens dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion (COG) des régimes et branches de sécurité sociale.

⁵⁸⁸ Au cours des dix dernières années, les montants de prestations de retraite de base versées par la branche vieillesse du régime général n'ont cessé de croître avec des pics d'évolution certaines années (+ 8 % en 2007, + 4,3 % en 2008 et + 4 % en 2010). Sur la même période, les prestations de retraite complémentaire des salariés ont également connu des pics d'évolution, mais pas systématiquement au titre des mêmes années et avec la même ampleur (+ 10,7 % en 2007, + 6,1 % en 2010 et + 12 % en 2014).

⁵⁸⁹ En 2015, le nombre de retraites de base (1,55 million de retraites, dont 1,29 million de retraites du régime général et 0,26 million de retraites de salariés agricoles) dépassait amplement celui des retraites complémentaires (1,12 million de retraites complémentaires), sans que l'écart correspondant puisse uniquement être expliqué par un effet de périmètre (double compte de salariés poly-pensionnés du régime général et du régime agricole dans la population des titulaires d'une retraite de base). Les institutions concernées n'analysent pas cet écart qui connaît au demeurant chaque année d'amples variations à la hausse ou à la baisse.

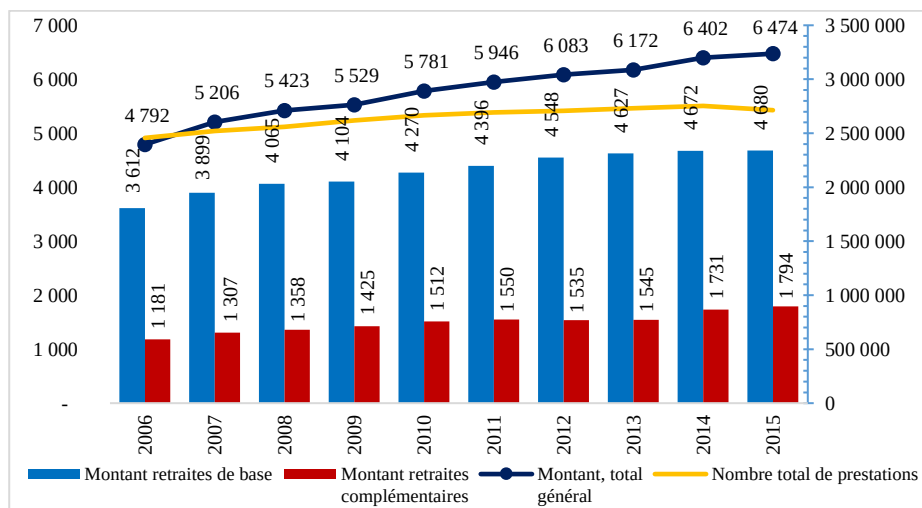
B - Des dépenses très dynamiques

Sous les réserves qui précèdent, le rapport du CLEISS pour l'année 2015 fait apparaître que 2,7 millions de prestations de retraite, dont 1,88 million de prestations de droit direct et 0,89 million de droit dérivé, ont été versées au cours de cette même année à des résidents à l'étranger⁵⁹⁰ pour un montant total de 6,5 Md€, tous régimes confondus.

Les prestations de retraite de base, dont 1,1 million de droit direct et 0,5 million de droit dérivé, se sont élevées à 4,7 Md€. Les prestations de retraite complémentaire, dont 0,75 million de droit direct et 0,35 million de droit dérivé, ont quant à elles atteint 1,8 Md€.

Les prestations de retraite versées à des résidents à l'étranger connaissent une vive progression. Entre 2006 et 2015, leur montant total a augmenté de + 35 % (+ 1,7 Md€), tandis que le nombre de prestations s'est accru de + 12 % (+ 290 000).

Graphique n° 50 : nombre et montant des prestations de retraite versées à des résidents à l'étranger (2006-2015)



Note de lecture : la courbe « Total général » en bleu indique l'évolution des prestations versées à des résidents à l'étranger, en M€ (ordonnée à gauche) ; la courbe « Total droits propres et dérivés » en jaune retrace le nombre de prestations de droit direct et de droit dérivé (ordonnée à droite).

Source : CLEISS, composition Cour des comptes.

⁵⁹⁰ Cette donnée est à considérer avec précaution, compte tenu de l'absence d'élimination par le CLEISS des doubles comptes (voir *supra*).

Comme l'indique le tableau ci-après, la branche vieillesse du régime général représente 63 % des dépenses, les régimes complémentaires de retraite des salariés 28 %, la mutualité sociale agricole 5 % et le régime social des indépendants moins de 1 %.

Tableau n° 92 : nombre, montant total et montant moyen des retraites de base et complémentaires versées à l'étranger par les principaux régimes hors fonction publique (2015)

	Nombre	Montant total (en M€)	Montant moyen (en €)
Retraites de base			
Branche vieillesse du régime général	1 288 891	4 096 ⁵⁹¹	3 178
MSA	260 699	353	1 355
RSI	29 601	52	1 746
Moyenne			2 850
Retraites complémentaires			
AGIRC	59 689	519	8 693
ARRCO	1 063 254	1 275	1 199

Source : CLEISS, composition Cour des comptes.

Les montants des retraites versées à des résidents à l'étranger

Le montant moyen des retraites versées à des résidents à l'étranger est plus faible que celui des retraites versées à des résidents en France, à l'exception de la retraite complémentaire des cadres.

S'agissant de la retraite de base des salariés, il était ainsi en 2015 de l'ordre de 3 400 € par an pour les droits propres et de 2 700 € par an pour les droits dérivés (contre respectivement 7 356 € et 3 684 € pour les résidents en France).

⁵⁹¹ Ou 3,9 Md€ Md€, selon l'estimation révisée communiquée par la CNAVTS à la Cour (voir A - *supra*). Au regard du bilan des paiements de prestations en 2015 établi par la CNAVTS, qui fait état de 3,7 Md€ Md€ de prestations versées sur des comptes bancaires à l'étranger, et en prenant pour hypothèse un montant négligeable de prestations versées à des résidents en France sur des comptes bancaires à l'étranger, entre 0,2 Md€ Md€ et 0,4 Md€ Md€ de prestations du régime général auraient été versées en 2015 à des résidents à l'étranger sur des comptes bancaires en France.

La retraite complémentaire moyenne versée à un résident à l'étranger s'élevait pour un salarié non cadre à 1 350 € par an pour les droits propres et à 894 € pour les droits dérivés (contre respectivement 4 029 € et 2 509 € pour les résidents en France) et à 9 300 € pour les droits propres et 6 000 € pour les droits dérivés pour un cadre (à comparer à 8 640 € et 6 178 € pour les résidents en France).

C - Des enjeux concentrés sur un nombre restreint de pays

Les enjeux financiers sont répartis à parts égales entre les pays européens et le reste du monde.

Tableau n° 93 : répartition des prestations versées (droits propres et dérivés) par zone de destination (2015)

En M€

	Retraites de base	Retraites complémentaires	Total	Part relative
Espace économique européen ⁵⁹²	2 295	963	3 259	50,3 %
Reste du monde	2 383	831	3 215	49,7 %
Total	4 678	1 794	6 474	100 %

Source : CLEISS, composition Cour des comptes.

À eux seuls, cinq pays représentent 70 % des versements de prestations de retraite à l'étranger : l'Algérie (26 %), le Portugal (17 %), l'Espagne (15 %), le Maroc (7 %) et l'Italie (5 %). Les dix premiers pays par ordre d'importance constituent 85 % du total.

⁵⁹² L'Espace économique européen (EEE) est une union économique rassemblant les 28 États membres de l'Union européenne et les trois États membres de l'Association européenne de libre-échange, soit la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein. En matière de protection sociale, la Suisse est rattachée à la zone EEE en raison des accords bilatéraux qu'elle a signés avec l'Union européenne.

**Tableau n° 94 : prestations versées (droits propres et dérivés) dans
les dix premiers pays de destination (2015)**

En M€

	Retraites de base	Retraites complémentaires	Total	Part dans le monde	Nombre de prestations
Algérie	1 409	272	1 681	26 %	815 245
Portugal	790	278	1 068	17 %	398 031
Espagne	761	226	987	15 %	518 036
Maroc	347	121	469	7 %	169 239
Italie	247	90	337	5 %	195 114
Cinq premiers pays	3 555	987	4 542	70 %	2 095 665
Belgique	208	122	330	5 %	121 407
Tunisie	144	40	184	3 %	77 302
Suisse	76	99	176	3 %	44 834
Allemagne	110	52	162	2 %	86 969
États-Unis	53	46	99	2 %	27 764
Dix premiers pays	4 146	1 347	5 493	85 %	2 453 941

Source : CLEISS, composition Cour des comptes.

Cette concentration géographique des versements est de nature à faciliter la mise en œuvre d'une stratégie de maîtrise des risques ciblée sur les quelques pays qui concentrent la plus grande partie des masses financières. Or, force est de constater que l'existence de risques spécifiques pouvant avoir une forte incidence sur la régularité des prestations versées à des résidents à l'étranger ne fait pas l'objet d'une prise en compte à hauteur des enjeux.

II - Des risques spécifiques insuffisamment pris en compte

Les dispositifs de gestion courante des prestations qui visent à assurer le paiement à bon droit des prestations de retraite de base et complémentaires versées à des résidents à l'étranger ou, à l'inverse, à prévenir le paiement à des résidents à l'étranger de prestations qui peuvent uniquement être versées à des résidents en France, présentent un caractère en grande partie formel. Ils sont insuffisamment secondés par les actions à l'ampleur limitée destinées à détecter des fraudes.

A - Une vérification périodique de l'existence des bénéficiaires à la fiabilité limitée

Le code civil⁵⁹³ dispose que le paiement d'une prestation est subordonné à la certitude de l'existence du bénéficiaire des prestations⁵⁹⁴. Les dispositifs mis en œuvre par les différents régimes pour en assurer la vérification reposent sur un seul et même outil : le certificat d'existence, à la fiabilité discutable.

1 - Le rôle pivot des certificats d'existence pour assurer le paiement à bon droit des prestations de retraite aux résidents à l'étranger

Pour vérifier que la condition d'existence des assurés sociaux et de leurs ayants droit résidant à l'étranger est remplie, les organismes de sécurité sociale et les institutions de retraite complémentaire se fondent de longue date sur la production d'un certificat d'existence par les titulaires de prestations, à partir d'un exemplaire à compléter qu'ils leur adressent. Le certificat d'existence doit être visé par une autorité compétente⁵⁹⁵ du pays de résidence de l'assuré⁵⁹⁶.

En application de l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, qui a donné un fondement légal à ce document, le certificat d'existence doit être adressé au plus une fois par an à leur caisse de sécurité sociale par les assurés et ayants droit résidant à l'étranger. En l'absence de justificatif renvoyé dans les formes et à la date fixée, le versement de la prestation est suspendu à l'expiration d'un délai minimal d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour sa réception. Dans les principaux régimes de retraite, cette suspension est assurée par un procédé automatisé.

⁵⁹³ Article 1983 du code civil : « *le propriétaire d'une rente viagère n'en peut demander les arrérages qu'en justifiant de son existence, ou de celle de la personne sur la tête de laquelle elle a été constituée* ».

⁵⁹⁴ Article D. 122-4 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹⁵ Mention à apposer sur le document Cerfa du certificat d'existence n° 11753*02 pour la branche vieillesse du régime général.

⁵⁹⁶ La liste des autorités de référence figure sur le site internet du CLEISS.

2 - L'envoi par chaque régime ou branche de son propre certificat d'existence

Tous les régimes adressent, chacun pour leur compte, des demandes de certificat d'existence à leurs ressortissants à l'étranger, à la seule exception du RSI. Ce dernier ne fait plus d'envoi systématique depuis 2013 au motif du coût de gestion et du lancement de réflexions inter-régimes qui n'ont pas abouti à ce jour (voir *infra*). Dans le cadre de la lutte contre les fraudes, le RSI adresse néanmoins des demandes de certificat d'existence à tous les assurés et ayants droit centenaires, quel que soit leur pays de résidence, et examine les justificatifs produits à ce titre.

Chaque régime adressant et exploitant son propre formulaire, un même assuré ou ayant droit poly-pensionné doit ainsi retourner chaque année, à des échéances non coordonnées, autant de certificats d'existence qu'il reçoit de prestations de régimes distincts. Un même assuré ou ayant droit doit ainsi adresser plusieurs certificats d'existence par an : *a minima* deux, l'un pour la retraite de base et l'autre pour la retraite complémentaire ; trois, voire plus, lorsqu'il est poly-pensionné de plusieurs régimes de base ou qu'il perçoit une rente d'accident du travail - maladie professionnelle.

Faute de coordination entre les régimes, l'absence, justifiée ou non, de renvoi d'un certificat d'existence conduit le régime (ou la branche) concerné à interrompre le versement de la pension de retraite (ou de la rente), alors que les autres poursuivent leurs propres versements.

La prise en compte du risque de départ non signalé du territoire national : des modalités de gestion perfectibles

Toutes les prestations de retraite complémentaire peuvent être versées à des résidents à l'étranger. En revanche, certaines prestations de retraite des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne sont pas « exportables ».

Pour bénéficier des prestations non contributives du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA -, les prestations qu'elle a remplacées et allocation supplémentaire d'invalidité - ASI), soit 3,2 Md€ au total en 2015, les assurés doivent résider de manière stable en France, c'est-à-dire y avoir soit leur foyer permanent, soit le lieu de leur séjour principal. Comme en fiscalité, cette dernière condition est satisfaite dès lors qu'ils sont présents en France plus de 180 jours, de manière continue ou non, au cours de l'année civile considérée.

S'agissant de la branche vieillesse du régime général, lorsque l'assuré déclare un changement d'adresse vers un pays étranger, le service des prestations du minimum vieillesse est suspendu automatiquement. La direction de la sécurité sociale a demandé à la MSA et au RSI de mettre également en œuvre des contrôles automatisés bloquants, au lieu de contrôles hétérogènes effectués à partir de requêtes.

À titre principal, la maîtrise du risque de poursuite du versement des prestations du minimum vieillesse à des personnes n'ayant pas fait connaître leur départ à l'étranger repose sur une vérification annuelle du domicile fiscal des allocataires auprès de la DGFIP. S'agissant de la branche vieillesse du régime général, elle prend la forme de l'envoi dématérialisé d'un fichier à cette direction. Les allocataires connus des services fiscaux sont présumés résider de manière stable en France.

Les caisses de la branche vieillesse du régime général adressent des questionnaires papier aux titulaires de prestations du minimum vieillesse « non trouvés » dans le cadre de cet échange informatique du fait de discordances (plus ou moins importantes) entre les données d'identification fiscales et sociales ou de l'absence de déclaration de revenus. L'assuré ou l'ayant droit doit alors produire en retour des pièces justificatives (quittances de loyers, factures de fournisseurs d'énergie...). À titre d'illustration, la CNAVTS (Île-de-France) a adressé en 2016 près de 6 000 questionnaires de ce type.

L'appréciation du caractère probant des justificatifs ainsi produits nécessite un examen au cas par cas et peut s'avérer délicate, ce qui justifierait un renforcement des supervisions internes sur leur exploitation.

B - Des actions de lutte contre la fraude de portée très restreinte

Malgré des risques avérés de fraude, notamment à l'existence d'assurés âgés, les régimes de base et de retraite complémentaire mènent des actions non coordonnées et de faible portée.

**Des discordances marquées entre les bénéficiaires les plus âgés de
retraites de base et complémentaires**

L'affiliation d'un salarié à un régime de base et à un régime de retraite complémentaire étant obligatoire, les mêmes assurés et ayants droit devraient figurer dans les fichiers de chacun des organismes concernés.

Afin d'apprécier le degré de concordance de leurs données, la Cour s'est fait communiquer par la CNAVTS et par l'AGIRC - ARRCO leurs listes d'assurés et d'ayants droit résidant à l'étranger les plus âgés. Les données de date de naissance étant parfois imparfaitement fiables en raison des lacunes des états civils des pays concernés pour les personnes nées au début du XX^{ème} siècle, les références d'âge peuvent s'avérer complexes à établir et avoir un caractère approximatif⁵⁹⁷. Elles invitent à considérer avec une certaine précaution les constats qui résultent du rapprochement de ces listes dont le périmètre n'est au demeurant pas strictement identique⁵⁹⁸.

S'agissant de l'Algérie, pays où est versé plus d'un quart des retraites à l'étranger, seuls 12 assurés ou ayants droit parmi les 100 les plus âgés des deux régimes de base et complémentaires figurent conjointement sur les deux listes. Six d'entre eux sont néanmoins connus par les deux régimes sous des adresses différentes.

L'assuré ou l'ayant droit le plus âgé du régime général en Algérie aurait 111 ans et celui des régimes de retraite complémentaire 117 ans. Pour les dix assurés ou ayants droit les plus âgés, le fichier transmis par le régime général comprend trois personnes de 111 ans, deux de 110 ans, une de 108 ans et quatre de 107 ans. Celui des régimes de retraite complémentaire comprend une personne de 117 ans, une de 116 ans, deux de 115 ans, une de 113 ans, deux de 112 ans et trois de 111 ans. Il faut descendre à la dixième ligne du fichier du régime général pour trouver le premier assuré commun aux deux listes.

⁵⁹⁷ À défaut d'une connaissance précise de leur année de naissance, certains assurés ou ayant droit sont inscrits au 1^{er} janvier 1901. Lorsque le jour de leur naissance est incertain, d'autres sont inscrits au 1^{er} janvier de leur année de naissance.

⁵⁹⁸ Contrairement à la liste des titulaires très âgés relevant des régimes de retraite complémentaire, celle des retraités de base très âgés de la CNAVTS ne comprend pas ceux du régime des salariés agricoles non poly-pensionnés du régime général.

En dehors de l'Algérie, l'assuré ou l'ayant droit le plus âgé du régime général réside en Allemagne (105 ans) et celui des régimes de retraite complémentaire en Espagne (117 ans). Seuls 10 assurés ou ayants droit coïncident entre la liste des 50 assurés les plus âgés du régime général et celle des organismes de retraite complémentaire : trois en Tunisie (respectivement 111, 107 et 106 ans), deux en Italie (108 et 106 ans) et en Israël (112 et 106 ans), un au Luxembourg (105 ans), un en Belgique (107 ans) et un en Pologne (106 ans).

Ces discordances, qui ne se limitent pas aux seuls centenaires, soulignent l'enjeu pour les organismes de sécurité sociale et les organismes gestionnaires de retraites complémentaires d'effectuer des croisements réguliers de leurs données respectives afin de les fiabiliser. Les quelques concordances qui peuvent être observées ne dissipent pas le doute sur le maintien en vie de l'ensemble des personnes d'un âge avancé, pourtant attesté par un certificat d'existence sur support papier.

1 - Des contrôles réduits sur les retours de certificats d'existence

Les contrôles de l'existence à partir des retours de certificats d'existence ont une portée limitée.

Au sein de la branche vieillesse du régime général, les agents enregistrent le code barre de chaque courrier réceptionné en assurant un contrôle visuel succinct du contenu de ce dernier. Pour sa part, la MSA numérise les certificats d'existence retournés par les assurés et par les ayants droit sans effectuer de contrôle de vraisemblance. S'agissant des organismes de retraite complémentaire, tous les certificats d'existence étant numérisés et indexés à leur retour, un lecteur optique vérifie la présence d'un tampon et d'une signature sur les zones où ils doivent être apposés. Aucune autre vérification ou intervention n'est opérée, pas même un contrôle visuel *a posteriori* sur un échantillon de certificats.

Préalablement à l'enquête de la Cour, les croisements d'informations entre les régimes de retraite après traitement de leurs certificats d'existence étaient inexistants. Des rapprochements, de portée encore limitée, sont depuis lors intervenus entre la branche vieillesse du régime général et les régimes de retraite complémentaire des salariés.

2 - Des actions de détection des situations anormales de portée réduite et non coordonnées

S'agissant des versements de prestations à des résidents à l'étranger, si l'assurance vieillesse du régime général a identifié les principales zones de risques de fraude et tente de les pallier par des actions spécifiques, la lutte contre la fraude est moins avancée pour la MSA et demeure largement embryonnaire pour les régimes de retraite complémentaire et le RSI.

Seule la branche vieillesse du régime général effectue un suivi statistique des pensions versées aux retraités les plus âgés résidant dans un pays étranger, à partir d'une enquête biennale.

Cependant, la méthodologie retenue pour apprécier les atypies reste perfectible, puisque la série statistique consiste en une comparaison de la distribution par tranches d'âge des retraités du régime général résidant dans un pays avec celle de l'ensemble des retraités résidant en métropole, sans tenir compte de l'incidence des vagues migratoires.

En outre, la CNAVTS ne rapproche pas les données par âge des titulaires des prestations du régime général avec les données démographiques des pays de destination de ces dernières. Selon la CNAVTS, 31,2 % des 429 924 titulaires d'une prestation du régime général résidant en Algérie au 1^{er} juillet 2015, soit 133 276 personnes, avaient 80 ans et plus. Selon l'office national des statistiques de l'Algérie (ONS)⁵⁹⁹, 511 000 personnes résidant dans ce pays étaient âgées de 80 ans et plus à la même date. Les titulaires de prestations du régime général âgés de 80 ans et plus dont le maintien en vie est corroboré par un certificat d'existence représenteraient ainsi un peu plus du quart de la population entière de cette même tranche d'âge. Si cette proportion élevée peut refléter dans une certaine mesure l'importance des flux migratoires passés, elle pourrait aussi recouvrir des anomalies dans les délais de déclaration des décès de certains bénéficiaires.

Afin d'améliorer le suivi statistique des titulaires de prestations résidant à l'étranger, la CNAVTS devrait comparer les taux de réduction d'âge en âge de la population des titulaires les plus âgés de prestations du régime général résidant dans le pays étranger considéré avec ceux propres à la pyramide des âges de ce dernier.

⁵⁹⁹ ONS n° 740, Démographie algérienne 2015, avril 2016.

En tout état de cause, elle ne tire pas à l'heure actuelle de conséquences du suivi statistique auquel elle procède. En particulier, elle n'a pas mis en place de requête ayant pour objet de cibler des contrôles sur pièces *a posteriori* sur les assurés et ayants droit d'un âge avancé, notamment ceux dont l'historique du dossier pourrait faire apparaître des facteurs particuliers de risque de falsification de la preuve de l'existence (reprise de paiement permise par la réception tardive d'un certificat d'existence, changement d'adresse ou de coordonnées bancaires...).

Les quelques initiatives de lutte contre les fraudes - principalement du régime général - ne sont pas harmonisées et leurs résultats sont à ce stade non ou insuffisamment partagés avec les autres régimes. Concomitamment à l'enquête de la Cour, la CNAVTS et l'AGIRC-ARRCO ont conclu en janvier 2017 une convention prévoyant un partage d'informations concernant les contrôles de résidence et les comptes de collectage.

Les risques de fraude liés aux comptes de collectage

La CNAVTS a identifié un risque de fraude aux comptes de collectage, mécanisme consistant à faire verser des pensions sur le compte bancaire d'un tiers collecteur qui bénéficie alors des versements en lieu et place de l'assuré ou de l'ayant droit pour lequel il effectue les démarches administratives.

Ce mécanisme n'est pas formellement interdit par le code de la sécurité sociale, mais crée néanmoins un risque spécifique car la caisse perd contact avec l'assuré ou l'ayant droit et le collecteur est susceptible de ne pas déclarer leur décès afin de continuer à percevoir la pension. Une action de long terme de la CNAVTS (Île-de-France), en lien avec Tracfin et un établissement bancaire, a conduit à suspendre le versement de 114 pensions et à prévenir des versements injustifiés de 1,4 M€ au total.

3 - Des contrôles sur place trop rares

La CNAVTS a amorcé la mise en œuvre de contrôles d'existence sur place sur des échantillons de ressortissants du régime général dans le cadre de deux missions en Algérie conduites en 2012, puis en 2016, en coopération avec le ministère des affaires étrangères.

En 2012, cette démarche expérimentale a porté sur la vérification, par les trois consulats français en Algérie⁶⁰⁰, de l'identité et de l'existence d'une centaine d'assurés sur lesquels portaient des suspicions de fraude. Elle a entraîné la suspension du paiement de près de 30 prestations, les assurés concernés ne s'étant pas déplacés au consulat alors qu'ils y étaient convoqués. En 2016, sur un échantillon élargi à 200 assurés, la mission a produit des résultats voisins avec la suspension du versement de 45 prestations, ce qui a permis d'éviter un préjudice de près 2 M€ pour la sécurité sociale.

Les dossiers contrôlés en 2012 et 2016 ayant fait l'objet d'un ciblage en fonction de risques identifiés en amont, les résultats obtenus ne sauraient être extrapolés à l'ensemble des bénéficiaires de prestations. Ils attestent cependant l'ampleur des redressements auxquels des contrôles sur place ciblés peuvent conduire.

Cette démarche de coopération entre le ministère des affaires étrangères, la direction de la sécurité sociale et la CNAVTS devrait ainsi être impérativement renouvelée, élargie à un plus grand nombre de dossiers et étendue à l'ensemble des pays, en nombre limité, qui concentrent les principaux enjeux financiers. À la suite de l'enquête de la Cour, le recrutement de quatre agents (en équivalent temps plein) envisagé par la direction de la sécurité sociale et par le ministère des affaires étrangères constitue en ce sens un premier progrès s'il se concrétise.

Au moment des constats de la Cour (mai 2017), la CNAVTS n'avait pas communiqué à l'AGIRC-ARRCO l'identité des plus de 70 assurés et ayants droit pour lesquels elle a effectué des suspensions de versement des prestations de base afin que les institutions de retraite complémentaire interrompent leurs propres règlements. Sur ces assurés et ayants droit, 16, soit 22 %, continuaient à percevoir des retraites complémentaires.

*

**

La dimension internationale des paiements de retraites est insuffisamment prise en compte par les organismes qui en assurent la gestion, comme le montrent le manque de fiabilité des données et l'hétérogénéité des dispositifs destinés à limiter les risques et à lutter contre les fraudes, au-delà du trait commun lié à l'envoi en ordre dispersé de demandes de certificats d'existence. Des objectifs plus ambitieux de maîtrise des risques liés au versement de prestations de retraite à des résidents à l'étranger apparaissent ainsi nécessaires.

⁶⁰⁰ Alger, Annaba, Oran.

III - Des processus de gestion à décloisonner et à fiabiliser

Les logiques d'organisation propres à chaque régime affectent l'efficacité de la gestion des retraites versées à des résidents à l'étranger. Celle-ci doit être améliorée en développant les mutualisations de procédures et de moyens entre les différents organismes de retraite et en développant les coopérations avec les organismes étrangers de sécurité sociale.

A - Des mutualisations à renforcer

1 - Mettre en place un certificat d'existence unique, commun à l'ensemble des régimes de retraite

L'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a ouvert la possibilité aux régimes obligatoires de retraite, de base et complémentaires de mutualiser la gestion des certificats d'existence. Le décret n° 2013-1156 du 13 décembre 2013 pris pour son application a prévu que « des conventions peuvent être conclues entre les organismes et services de l'État assurant la gestion de régimes de retraite, de base et complémentaires (...) afin de désigner l'un d'entre eux en vue de contrôler l'existence d'un assuré résidant hors de France pour le service de pensions ou d'avantages de vieillesse ». Dans ce cas, « seul l'organisme ou service de l'État ainsi désigné peut demander à l'assuré de fournir, au plus une fois par an, un justificatif d'existence » et « la décision de maintien ou de suspension du versement de la pension ou de l'avantage de vieillesse (...) s'impose aux autres signataires de la convention ».

Ces dispositions fournissent un cadre adapté à la mise en place d'un certificat d'existence unique, commun à l'ensemble des régimes de retraite, qui présenterait des avantages importants pour l'efficacité de la gestion (un seul formulaire annuel à traiter pour les assurés et ayants droit relevant de plusieurs régimes), la qualité du service rendu aux titulaires de prestations résidant à l'étranger (un seul formulaire à retourner à une seule échéance annuelle) et le paiement à bon droit des prestations à ces derniers (les fermetures de droits des résidents à l'étranger étant dorénavant alignées entre l'ensemble des régimes).

S'agissant des trois principaux régimes de base (régime général, MSA et RSI), la mise en place de la liquidation unique des régimes alignés de retraite (LURA) à la mi-2017⁶⁰¹ affaiblit au demeurant la justification du maintien de documents et de procédures distincts de vérification de l'existence des assurés et ayants droit résidant à l'étranger.

Fin 2015, le conseil d'administration du GIP Union Retraite, qui regroupe l'ensemble des régimes de retraite obligatoires, de base et complémentaires, a engagé un projet tendant à mettre en place un certificat d'existence unique dont le contrôle serait confié à la branche vieillesse du régime général (CNAVTS). Ce projet a été suspendu et n'a repris que récemment.

Le projet de mutualisation du traitement des certificats d'existence entre les régimes de retraite

Le contrat d'objectifs pluriannuels du GIP Union Retraite avec l'État pour les années 2015 à 2018 prévoit de « simplifier la procédure d'émission des certificats d'existence ». Lors de réunion du 21 décembre 2015, son conseil d'administration a désigné l'AGIRC-ARRCO comme opérateur de développement du projet. Un groupe de travail inter-régimes a proposé que la plateforme d'envoi et de réception des certificats d'existence commune à l'ensemble des organismes de retraite complémentaire soit élargie aux régimes de retraite de base pour un coût de développement estimé à 3,4 M€, financé par le GIP Union Retraite, et un coût total d'exploitation annuel de 2,9 M€ à facturer aux régimes au prorata du nombre de titulaires de prestations. La mise en production était envisagée en 2018.

Le 13 juin 2016, le conseil d'administration du GIP Union Retraite a constaté que le retour sur investissement n'était pas à la hauteur des attentes des régimes et a suspendu le projet dans l'attente de l'étude de solutions alternatives.

Le coût ponctuel du projet aurait dû être mis en balance avec une estimation des économies récurrentes qu'il aurait permis de réaliser au titre de la réduction des indus sur prestations versées, sans préjudice de l'amélioration de la qualité de service pour les titulaires de prestations, qui reçoivent de chaque organisme des demandes de preuve d'existence à des échéances non coordonnées.

⁶⁰¹ Dans le cadre de la LURA, chacun des régimes de base concernés (régime général, MSA et RSI) liquide la totalité de la pension des affiliés à ce régime au moment de leur départ à la retraite, y compris pour la partie de leur carrière qui s'est déroulée dans un autre ou les deux autres régimes.

Par la suite, le conseil d'administration du GIP Union Retraite du 20 mars 2017 a demandé de reprendre ce dossier, l'AGIRC-ARRCO devant établir une estimation révisée du projet.

Compte tenu du désalignement des populations de bénéficiaires de retraites de base et complémentaires (voir I – A - *supra*), l'instauration d'un certificat d'existence commun aux différents régimes de retraite devrait en tout état de cause s'accompagner, au moment de son entrée en vigueur, d'un recensement des écarts anormaux dans les droits ouverts au titre respectivement des régimes de base et des régimes complémentaires, puis de contrôles sur pièces ou sur place visant d'une part à ouvrir les droits manquants, d'autre part à clore ceux pour lesquels la preuve de l'existence du titulaire de la prestation ne peut être apportée.

2 - Mettre en place des marchés bancaires communs concourant à réduire les risques liés au versement de prestations à l'étranger

Les organismes de sécurité sociale pour la retraite de base et les groupes de protection sociale pour la retraite complémentaire recourent à des partenaires bancaires pour assurer le versement des prestations sur les comptes bancaires de leurs assurés résidant à l'étranger. Chaque régime ou branche est doté de son propre marché de prestations bancaires.

La mutualisation des marchés bancaires pourrait présenter des avantages importants en termes de réduction du coût des prestations et d'aménagement du contenu de celles-ci afin de faire participer les banques à la maîtrise des risques financiers liés au versement de prestations à des résidents à l'étranger.

Une optimisation souhaitable de la nature et du coût des prestations bancaires

Le contenu des prestations bancaires des régimes de retraite diffère. Le marché du RSI prévoit la possibilité pour le régime de demander à la banque de contacter ses homologues étrangers afin qu'ils vérifient l'existence des titulaires de prestations, mais cette faculté n'est pas utilisée. Le nouveau marché bancaire commun aux branches vieillesse et maladie du régime général entré en vigueur en septembre 2017 prévoit cette même possibilité.

Seul le marché de la branche vieillesse du régime général confie à la banque la mission de recouvrer les indus sur prestations faisant suite à des décès tardivement connus et, sous certaines conditions, met à sa charge les indus non recouverts. L'hétérogénéité du contenu des prestations bancaires concourt à expliquer les écarts de tarification des opérations de versement de prestations sur des comptes bancaires à l'étranger. Ainsi, à titre d'illustration, le coût unitaire varie pour l'Algérie du simple au double.

Les frais d'acheminement des prestations ne sont pas facturés à leurs titulaires par les régimes de sécurité sociale et par les organismes gestionnaires de retraites complémentaires, à l'exception des paiements dépassant un certain montant s'agissant de la branche vieillesse du régime général et, pour ce qui concerne la MSA, des titulaires de prestations non pourvus d'une domiciliation bancaire et de ceux résidant en Algérie.

Ces constats appellent une mutualisation des marchés bancaires relatifs au versement de prestations sur des comptes bancaires à l'étranger. Des marchés uniques négociés nationalement par lots géographiques permettraient de limiter les coûts, d'harmoniser les conditions de versement et de généraliser les services complémentaires relatifs aux vérifications d'existence et au reversement des prestations indûment perçues.

3 - Spécialiser le traitement des demandes de retraite des assurés résidant à l'étranger

Après avoir fait de certaines caisses locales des pôles de référence pour les organismes de sécurité sociale de certains pays, la CNAVTS a mis en place en 2008 des pôles de compétence qui regroupent sur certaines caisses la liquidation des retraites de base demandé par les assurés qui résident dans des pays comptant des effectifs réduits de retraités. Au 1^{er} février 2017, elle a étendu ces regroupements aux six pays qui comptent les effectifs les plus nombreux⁶⁰². Les 16 caisses métropolitaines de la branche vieillesse du régime général sont ainsi pôles de compétence au titre généralement de plusieurs pays.

⁶⁰² La caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) Rhône-Alpes pour les demandes des assurés résidant en Italie, la CNAVTS (Île-de-France) pour le Portugal et l'Algérie, les CARSAT Aquitaine et Rhône-Alpes pour l'Espagne, la CARSAT Sud-Est pour le Maroc et la CARSAT Midi-Pyrénées pour la Tunisie.

De même, la MSA a regroupé en 2013 sur neuf de ses 35 caisses locales le traitement des demandes de retraite émanant d'assurés résidant à l'étranger.

Dans les régimes général et agricole, la spécialisation d'agents dans la connaissance des règlements européens et des législations étrangères et dans la relation avec des organismes étrangers concourt à assurer le paiement à bon droit des prestations de retraite dont la liquidation est demandée par des assurés résidant à l'étranger⁶⁰³.

En revanche, chaque organisme de retraite complémentaire (groupe de protection sociale) traite l'ensemble des demandes de retraite qui lui sont adressées par les assurés résidant à l'étranger qui lui sont affiliés, quel que soit leur pays de résidence.

À sa création en 2006, le RSI avait regroupé sur une seule caisse la gestion des dossiers de pensionnés pour lesquels des paiements sont effectués à l'étranger, y compris l'historique des dossiers. Depuis lors, chaque caisse locale est compétente pour liquider les nouveaux droits des assurés (et de leurs ayants droit) qui lui sont rattachés et verser les prestations correspondantes.

Dans les régimes complémentaires et au RSI, le regroupement dans des unités spécialisées du traitement des demandes de retraite émanant d'assurés résidant à l'étranger pourrait constituer une modalité d'organisation interne plus efficace que celles en vigueur.

B - Une coopération internationale à approfondir, en priorité avec les pays à forts enjeux

Au-delà d'améliorations à apporter aux certificats d'existence papier, il est indispensable de renforcer la coopération internationale entre les régimes de sécurité sociale français, à commencer par le régime général, et leurs homologues étrangers, afin de mettre en place des modalités dématérialisées d'attestation de l'existence des titulaires de prestations établis à l'étranger.

⁶⁰³ Pour leur part, les assurés qui résidaient en France lorsqu'ils ont fait leur demande de retraite, puis sont partis vivre dans un pays étranger, demeurent gérés par les caisses du régime général et de la MSA compétentes sur le plan territorial pour liquider leurs droits à retraite au regard de l'adresse de leur ancien domicile.

1 - Améliorer les certificats d'existence sur support papier

L'absence de traduction des formulaires dans la langue du pays de destination favorise l'immixtion de tiers non qualifiés dans la relation entre les assurés ou leurs ayants droit et l'organisme français de retraite. En outre, les titulaires de prestations françaises se voient parfois opposer la langue comme obstacle à leur validation par les autorités compétentes de leur pays de résidence.

À cet égard, la traduction des certificats d'existence dans les langues des principaux pays de destination revêt une portée encore partielle. La branche vieillesse du régime général adresse des demandes de certificat d'existence rédigées dans les langues d'une partie des pays de destination : allemand, anglais, espagnol, italien, portugais et turc ; l'arabe et le polonais sont en revanche disponibles uniquement sur les formulaires téléchargeables via internet. La MSA ne traduit pas le formulaire de certificat d'existence dans des langues étrangères. Les organismes gestionnaires de retraites complémentaires adressent des demandes de certificat d'existence uniquement en cinq langues : anglais, allemand, espagnol, italien et portugais.

Il existe certes un modèle européen, traduit dans les langues des pays signataires par la Commission internationale de l'état-civil, fixé par la convention relative à la délivrance d'un certificat de vie⁶⁰⁴, signée à Paris le 10 septembre 1998 par six États (Allemagne, Espagne, France, Italie, Pays-Bas et Turquie). Mais seuls trois l'ont ratifiée (l'Espagne en 2001, la Turquie en 2004 et les Pays-Bas en 2011). L'Allemagne et l'Italie se sont depuis lors retirées de cette convention et la France ne l'a pas ratifiée.

Si cette démarche conventionnelle n'a pu aboutir, il convient en tout état de cause d'améliorer la qualité des documents sur support papier afin de renforcer la qualité de service aux assurés et ayants droit résidant à l'étranger, de limiter l'intervention de tiers non qualifiés et de favoriser une meilleure exploitation des informations qu'ils contiennent par les organismes de retraite. De ce point de vue, la traduction des demandes de certificat d'existence dans les langues de l'ensemble des principaux pays de destination apparaît comme une solution pragmatique aisée à mettre en œuvre.

⁶⁰⁴ Convention internationale n° 27 tendant à faciliter et à encadrer la délivrance du certificat pour et par les États contractants.

2 - Déployer rapidement des échanges dématérialisés de données

La perspective d'un système européen d'échange électronique d'informations de sécurité sociale (EESSI)⁶⁰⁵ apparaît lointaine. Ce projet prévoit la mise en place d'une plateforme informatique permettant aux institutions de sécurité sociale de 31 pays⁶⁰⁶ d'échanger selon des procédures standardisées des « documents électroniques structurés » qui transiteront par un réseau informatique central. Les documents retenus, qui reprennent principalement les actuels formulaires de liaison entre régimes, ne comprennent cependant pas les certificats d'existence.

Dans ces conditions, les organismes de retraite doivent travailler à faciliter et à renforcer leurs échanges de façon bilatérale avec leurs homologues européens, avec pour double objectif de faciliter l'usage des certificats d'existence en les harmonisant et de développer les transmissions de données dématérialisées.

De façon bilatérale, la CNAVTS a commencé à mettre en place des échanges de données dématérialisées avec certains de ses homologues européens afin de réduire très significativement les flux de certificats d'existence sur support papier, de supprimer les tâches de gestion liées au traitement des certificats d'existence et de fiabiliser les procédures de contrôle. Ces échanges prennent la forme d'envois de fichiers, selon une périodicité mensuelle, à son correspondant étranger.

Cette démarche a été amorcée il y a déjà plus de dix ans. Elle n'a cependant débouché que récemment avec certains pays européens qui ne présentent cependant que des enjeux secondaires. De tels échanges fonctionnent ainsi depuis 2015 avec l'Allemagne (109 M€ de paiements) et, depuis fin 2016, avec la Belgique (208 M€) et le Luxembourg (18 M€), qui représentent ensemble un peu moins de 9 % des prestations versées à des résidents à l'étranger. Compte tenu que les données d'identification ne coïncident pas parfaitement entre les régimes français et étrangers, ces échanges dématérialisés permettent aujourd'hui de couvrir 75 % des assurés et ayants droit de la branche vieillesse du régime général qui

⁶⁰⁵ « *Electronic exchange of Social Security Information* ». Ce projet, qui s'inscrit dans le cadre de la coopération prévue à l'article 76 du règlement n°883/2004, a pour ambition, à un terme non précisé, de créer un système informatique destiné à aider les organismes de sécurité sociale de l'Union européenne à échanger des informations électroniques plus rapidement et d'une manière plus sécurisée, conformément à la réglementation européenne sur la coordination de la sécurité sociale.

⁶⁰⁶ 28 États membres de l'UE ainsi que l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse.

résident en Allemagne, 84 % de ceux qui vivent au Luxembourg et 90 % qui habitent en Belgique.

Des négociations sont désormais amorcées avec le Portugal (790 M€) et l'Espagne (760 M€), qui a déjà passé des accords de ce type avec d'autres pays dont l'Allemagne. Elles devraient être accélérées et poursuivies en priorité avec l'ensemble des pays comportant des enjeux importants afin de diminuer fortement, sans pouvoir les supprimer complètement, les certificats d'existence sur support papier.

**En Allemagne et en Espagne, des organismes sociaux très engagés
dans les échanges informatisés avec leurs homologues étrangers**

Le régime légal d'assurance vieillesse en Allemagne (*Deutsche Renten Versicherung, DRV*), qui couvre notamment les salariés du secteur privé, les contractuels de la fonction publique et les artisans, a mis en place des liaisons informatisées, portant notamment sur l'existence des assurés, avec pas moins de vingt pays (dont la France). Cinq d'entre eux - Espagne, Italie, Suisse, États-Unis et Israël - présentent des enjeux majeurs ou importants pour les régimes français de retraite.

Lors du déplacement de la Cour en Espagne, l'Institut national de sécurité sociale a indiqué avoir conclu des conventions bilatérales portant notamment sur l'échange dématérialisé d'informations au titre de l'existence des assurés avec de nombreux pays étrangers, dont plusieurs comptent des effectifs réduits de bénéficiaires de pensions espagnoles (5 100 pour l'Argentine, 1 600 pour les Pays-Bas).

Il est dommageable que la France, malgré plus de 300 000 titulaires de prestations résidant en Espagne, n'ait pas conclu une convention avec ce pays, alors que l'Allemagne y est parvenue malgré le déséquilibre de leurs enjeux respectifs (5 100 bénéficiaires de prestations espagnoles résidant en Allemagne contre 200 000 pensionnés allemands résidant en Espagne).

En dehors de l'Union européenne, des progrès en matière d'échanges de données informatisées avec les organismes de sécurité sociale algériens apparaissent également envisageables.

L'Algérie dispose ainsi d'un fichier d'état civil désormais informatisé et centralisé qui peut être interrogé par les organismes de sécurité sociale algériens pour confirmer l'existence d'un assuré ou d'un ayant droit. La convention franco-algérienne du 1^{er} octobre 1980 offre par ailleurs un cadre de coopération bilatérale en posant le principe d'une entraide administrative en matière de législation de sécurité sociale (article 59).

Dans le prolongement des travaux de la Cour, la direction de la sécurité sociale a proposé à la direction générale de la sécurité sociale algérienne lors de la commission mixte annuelle des 19 et 20 avril 2017 d'initier des travaux visant à échanger des données relatives à l'existence des titulaires de prestations de retraite versées par des organismes français et algériens résidant sur les territoires des deux États. Les deux parties ont arrêté le principe d'une première réunion de travail avec la CNAVTS fin 2017.

Sur la durée des prochaines conventions d'objectifs et de gestion avec l'État, qui porteront sur les années 2018 à 2021 s'agissant de la branche vieillesse du régime général, des démarches de ce type devraient être systématisées auprès des 5 à 10 pays qui concentrent à eux seuls entre 70 % et 85 % des flux financiers. Elles auraient ensuite vocation à être étendues aux autres régimes, en premier lieu les régimes complémentaires de retraite des salariés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Bien que significatifs, les enjeux financiers et d'organisation des versements de retraites à des résidents à l'étranger sont sous-estimés.

En premier lieu, les données relatives à ces versements manquent de fiabilité et les déterminants des évolutions, parfois divergentes entre régimes, ne sont pas analysés.

Malgré le caractère généralisé ou presque des demandes annuelles de certificats d'existence aux assurés et à leurs ayants droit résidant à l'étranger, les organismes de retraite de base et complémentaire ne prennent pas suffisamment en compte les risques spécifiques liés au versement des prestations à des résidents à l'étranger, notamment le risque de fraude.

Si le régime général a développé des outils d'analyse et des expérimentations de portée encore limitée, notamment la vérification sur place de l'existence de certains assurés et ayants droit dans un pays (Algérie), qui a fait apparaître un taux très élevé d'anomalies, les autres régimes et les organismes de retraite complémentaire sont à cet égard en complet retrait.

La gestion des certificats d'existence demeure cloisonnée au sein de chaque réseau. Le rapprochement de la liste des bénéficiaires les plus âgés du régime général d'une part, des régimes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO d'autre part, fait apparaître des

discordances marquées, notamment pour les assurés résidant en Algérie, qui ne laissent pas d'interroger.

À cet égard, la mise en place d'un certificat d'existence unique, commun à l'ensemble des régimes de retraite et traduit dans les principales langues des pays de destination, permettrait aux organismes gestionnaires des retraites de réaliser des gains d'efficacité, d'améliorer la qualité du service rendu aux assurés et ayants droit résidant à l'étranger et de renforcer le paiement à bon droit des prestations de retraite à ces derniers.

La France n'a pris que récemment en compte la nécessité de mettre en place des échanges informatisés avec les organismes de sécurité sociale étrangers afin de réduire l'utilisation des certificats d'existence papier et, ce faisant, les risques de falsification des informations qui y sont portées. Les régimes de sécurité sociale, avec le soutien de leurs autorités de tutelle, doivent ainsi développer activement les échanges dématérialisés d'informations avec leurs homologues étrangers, en priorité avec les pays pour lesquels les enjeux financiers sont les plus importants, en Europe et avec l'Algérie qui vient d'accepter d'ouvrir ce dossier.

À cet égard, les prochaines conventions d'objectifs et de gestion des régimes de sécurité sociale, qui couvriront les années 2018 à 2021 s'agissant de la branche vieillesse du régime général, doivent prendre pleinement en compte la nécessité d'adopter une nouvelle approche de ces dépenses de retraite, plus déterminée, mieux outillée et davantage mutualisée.

La Cour formule ainsi les quatre recommandations suivantes :

- 57. fixer des objectifs et un échéancier de dématérialisation des échanges d'informations d'état civil avec les organismes étrangers de sécurité sociale en privilégiant les pays avec lesquels la France a les plus importants flux financiers (Algérie, Portugal, Espagne, Maroc et Italie) ;*
- 58. mettre rapidement en place un certificat d'existence sur support papier commun aux différents régimes de retraite, traduit dans les langues des principaux pays de destination, analyser à cette occasion les écarts entre les droits ouverts au titre des retraites de base et des retraites complémentaires en vue d'ouvrir les droits manquants et de clore ceux dépourvus de justification et effectuer des contrôles ciblés sur les certificats retournés ;*

59. *renforcer les contrôles sur pièces a posteriori de l'existence des assurés et ayants droit, mettre en place ou reconduire des contrôles réguliers d'existence sur place dans les pays qui concentrent les principaux enjeux financiers et mutualiser l'information sur les résultats de ces contrôles entre régimes de base et complémentaires ;*
60. *mettre en œuvre un marché mutualisé de prestations bancaires entre les principaux régimes, en prévoyant des clauses relatives à la vérification de l'existence des titulaires de prestations et à la récupération des sommes indûment versées après décès.*
-

Annexes

Annexe n° 1

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

PRÉSENTATION

La Cour formule des recommandations portant sur la sécurité sociale et l'organisation des soins dans le cadre de ses rapports annuels sur la sécurité sociale, ainsi que dans des communications demandées par les commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat, des rapports publics thématiques, des référés aux ministres concernés, et dans son rapport public annuel.

En application de l'article L. 143-10-1 du code des juridictions financières, elle présente dans son rapport public annuel les suites données aux observations définitives des juridictions financières, à partir des comptes rendus que leurs destinataires ont l'obligation de lui fournir.

Dans ses rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour analyse les suites apportées aux recommandations qu'elle y a formulées.

En premier lieu, elle réexamine périodiquement de manière approfondie les champs qu'elle a déjà couverts afin d'actualiser ses constats, apprécier les évolutions intervenues et évaluer les marges d'efficience pouvant encore être mobilisées.

Trois sujets sont revus chaque année : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale, la prévision, l'exécution et les perspectives de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la cohérence des tableaux d'équilibre et patrimonial, sur laquelle elle exprime un avis conformément à l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les autres domaines sont réabordés selon une périodicité variable. À ce titre, le présent rapport revient, en approfondissant l'analyse, sur huit sujets abordés dans différents rapports précédents : le cadre normatif des lois de financement de la sécurité sociale, les soutiens fiscaux et sociaux aux familles, la fixation du prix et le coût de la distribution des médicaments, la médecine libérale de spécialité, les activités chirurgicales, les établissements sanitaires et médico-sociaux de l'assurance maladie et les prestations de retraite versées à des résidents à l'étranger⁶⁰⁷.

⁶⁰⁷ Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2007, chapitres VIII : les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins, p. 187-254 et XI : les aides publiques aux familles, p. 329-367 ; septembre 2008, chapitres VI : les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux, p. 193-221 et XII : la situation des UGECAM, p. 401-405 ; septembre 2010, chapitres VIII : la lutte contre les fraudes aux prestations sociales dans le régime général, p. 183-206, et XVII : aspects internationaux de la sécurité sociale, p. 457-480 ; septembre 2012, chapitre XVI : la fonction redistributive des prestations familiales

En outre, la Cour évalue chaque année par la voie de cotations les suites données aux recommandations formulées dans ses trois derniers rapports, analyse les suites apportées à ces dernières et illustre par des exemples concrets différentes natures de suites.

Les recommandations de la Cour constituent autant de pistes de réflexion et de choix d'action possibles pour le Parlement et le gouvernement. Destinataires des rapports annuels de la Cour sur la sécurité sociale, l'Assemblée nationale et le Sénat s'appuient sur ses constats pour procéder à des enquêtes sur certains sujets qu'elle a examinés⁶⁰⁸.

Les organismes nationaux de sécurité sociale se saisissent également des recommandations de la Cour et des analyses qui les sous-tendent. Ainsi, les rapports annuels de la CNAMTS sur les charges et produits reviennent sur des thèmes déjà abordés par la Cour, en avançant des propositions qui reprennent certaines de ses recommandations ou viennent les compléter.

Les développements ci-après analysent la prise en considération inégale par les pouvoirs publics et par les organismes de sécurité sociale des 195 recommandations formulées par la Cour dans ses trois derniers rapports (2014, 2015 et 2016). Quatre illustrations détaillées de types de suites possibles sont ensuite présentées : le pilotage financier de la sécurité sociale (prise en compte inégale en perspective), les soins bucco-dentaires (en cours de mise en œuvre), l'accès aux soins des ménages défavorisés (mise en œuvre incomplète) et les prévisions financières relatives aux retraites des salariés du secteur privé (totalement mise en œuvre).

conditionnées par les ressources, p. 459-485 ; septembre 2013, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252 ; septembre 2014, chapitre V : les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir, p. 153-176 et IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-289, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

⁶⁰⁸ La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale mise en place au sein de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a ainsi notamment adopté des rapports d'information sur la gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles (en 2015, dans le prolongement du rapport de la Cour sur la sécurité sociale pour 2013), l'organisation de la permanence des soins (en 2015, à la suite du même rapport), l'hospitalisation à domicile (en 2016, à la suite également du rapport sur la sécurité sociale pour 2013). Pour sa part, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté des rapports d'information en 2016 sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne (sujet abordé par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2015) et en 2017 sur la lutte contre la fraude sociale et sur la situation des urgences hospitalières (rapport sur la sécurité sociale pour 2014).

I - La prise en considération d'une majorité de recommandations, à des degrés toutefois très variables

L'examen des suites données par les pouvoirs publics et par les organismes nationaux de sécurité sociale, dans un délai de trois ans, aux recommandations de la Cour fait apparaître la prise en considération d'une majorité de recommandations, dans une proportion stable. Le degré de mise en œuvre est cependant inégal et diffère sensiblement en fonction des domaines concernés. Pour la plupart, ces recommandations sont mises en œuvre de manière incomplète ou sont en cours de mise en œuvre.

A - Des recommandations majoritairement suivies mais de manière inégale selon les domaines

Le nombre de recommandations suivies dans le cadre de ce rapport s'est légèrement réduit par rapport au précédent : 195 au titre des rapports 2014, 2015 et 2016, contre 211 au titre des rapports 2013, 2014 et 2015.

La Cour utilise six cotations pour apprécier les suites données aux recommandations qu'elle formule dans ses publications : totalement mise en œuvre, en cours de mise en œuvre (sur la totalité du contenu de la recommandation), mise en œuvre incomplète (sur un contenu partiel), non mise en œuvre, faisant l'objet d'un refus explicite de mise en œuvre ou encore devenue sans objet.

Comme le montre le tableau ci-après, l'application de ces cotations aux 195 recommandations précitées fait apparaître que 57 %⁶⁰⁹ d'entre elles ont donné lieu à une mise en œuvre, totale, en cours ou incomplète.

⁶⁰⁹ Ce taux correspond au degré de mise en œuvre des recommandations formulées par le Cour, qui constitue le principal indicateur de performance du programme du budget de l'État relatif aux juridictions financières (programme 164 – Cour des comptes et autres juridictions financières). Il est défini comme la part, dans les recommandations les plus significatives formulées au cours de la période concernée, de celles qui ont été suivies d'une mise en œuvre effective : recommandations totalement mises en œuvre, en cours de mise en œuvre ou mises en œuvre de manière incomplète.

Ce taux de mise en œuvre est stable par rapport au rapport 2016, où il atteignait également 57 %, après 63 % dans celui de 2015.

Tableau n° 95 : nature des suites données aux recommandations des trois derniers rapports sur la sécurité sociale (2014, 2015 et 2016)

Recommandations des rapports	Présent rapport (2017)					Précédent rapport (2016)	
	2014	2015	2016	Total	%	2013/ 2014/ 2015	%
Totalement mise en œuvre	13	3	1	17	9 %	9	4 %
Mise en œuvre en cours	20	12	8	40	20 %	55	26 %
Mise en œuvre incomplète	27	15	13	55	28 %	56	27 %
Recommandations connaissant une mise en œuvre	71 %	60 %	36 %	-	57 %	-	57 %
Non mise en œuvre	17	17	33	67	34 %	76	36 %
Refus de mise en œuvre	6	1	6	13	7 %	14	7 %
Devenue sans objet	1	2	-	3	2 %	1	0 %
Total	84	50	61	195	100 %	211	100 %

Source : Cour des comptes, à partir des comptes rendus des administrations.

La stabilité globale de la proportion de recommandations prises en considération recouvre cependant des évolutions sensibles : les parts relatives des recommandations non mises en œuvre et de celles en cours de mise en œuvre diminuent ; à l'inverse, celle des recommandations totalement mises en œuvre fait plus que doubler, même si elle reste à un niveau modeste.

L'examen des suites données aux recommandations, ventilées en domaines⁶¹⁰, permet de préciser ces constats.

Comme le montre le tableau ci-après, les taux de mise en œuvre des recommandations diffèrent, en niveau et en tendance, selon les domaines concernés. Près des trois quarts des recommandations relatives à la prise en charge des dépenses de santé et au pilotage du système de soins connaissent une mise en œuvre, même partielle. Il en va de même de plus des deux tiers des recommandations ayant trait à l'organisation et à la

⁶¹⁰ Un septième domaine, les aides aux familles, n'apparaît pas dans ce tableau. Compte tenu du bilan des réformes récentes des soutiens fiscaux et sociaux aux familles auquel procède le présent rapport, il apparaîtra dans l'annexe du rapport sur la sécurité sociale de 2018 consacrée au suivi des recommandations.

gestion de la sécurité sociale. Celles portant sur l'organisation des soins de ville et des soins en établissement de santé connaissent quant à eux des évolutions de sens contraire qui ont pour effet de rapprocher les taux de mise en œuvre des recommandations.

L'évolution du périmètre de suivi par rapport au précédent rapport 2016 s'accompagne d'une chute du taux de mise en œuvre des recommandations relatives aux retraites, dont une majorité continue néanmoins à connaître une mise en œuvre. Le champ des ressources et du financement de la sécurité sociale, qui rassemble de l'ordre d'un quart des recommandations suivies, concentre quant à lui plus du tiers de celles non mises en œuvre. En son sein, les recommandations connaissant une mise en œuvre sont minoritaires.

Tableau n° 96 : nature des suites données aux recommandations par domaine

	Nombre de recommandations	%	Totalement mise en œuvre	Mise en œuvre en cours	Mise en œuvre incomplète	Degré de mise en œuvre (en %)	Degré de mise en œuvre 2016 (en %)	Non mise en œuvre	Refus de mise en œuvre	Devenue sans objet
Ressources et financement de la sécurité sociale	44	23 %	6	8	3	39 %	44 %	24	2	1
Prise en charge des dépenses et gouvernance du système de santé	29	15 %	3	7	11	72 %	67 %	7	1	-
Dépenses d'assurance maladie – ville	49	25 %	2	3	24	59 %	63 %	17	2	1 -
Dépenses d'AM - établissements de santé	30	15 %	1	11	6	60 %	56 %	12	-	-
Retraite	9	5 %	3	1	1	56 %	67 %	-	4	-
Organisation et gestion de la sécurité sociale	34	17 %	2	10	10	65 %	61 %	7	4	1
Total	195	100 %	17	40	55	57 %	57 %	67	13	3

Source : Cour des comptes à partir des comptes rendus des administrations.

B - Un taux faible mais croissant de recommandations totalement mises en œuvre par rapport à celles incomplètement ou en cours de mise en œuvre

Les recommandations mises en œuvre de manière incomplète et en cours de mise en œuvre, soit respectivement 28 % et 20 % de celles suivies dans le cadre du présent rapport, représentent une part prépondérante des recommandations connaissant une mise en œuvre. Quoique moins bien représentées, les recommandations totalement mises en œuvre tiennent néanmoins une place croissante.

1 - Des recommandations totalement mises en œuvre en nombre encore limité, mais croissant et portant sur des enjeux importants

Dix-sept recommandations, soit 9 % du total des recommandations suivies, ont été totalement mises en œuvre.

Si elles restent minoritaires dans l'ensemble des recommandations suivies, leur importance quantitative a doublé par rapport à l'année précédente (le rapport 2016 en retraçait 9, soit 4 %).

Sur un plan qualitatif, la plupart des recommandations totalement mises en œuvre portent sur des enjeux importants pour la transparence et l'efficacité des politiques publiques. Elles concernent ainsi :

- l'information du Parlement sur le niveau réel et la formation des soldes des régimes de base et du régime général de sécurité sociale soumis à son approbation dans le cadre des tableaux d'équilibre (intégrer le fonds de solidarité vieillesse, solidaire au plan financier de la branche vieillesse, aux tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et fournir une information détaillée sur la consistance et l'évolution des recettes et des dépenses intégrées aux tableaux d'équilibre) ;
- la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux (procéder à intervalle régulier à une estimation de la fraude, selon une méthodologie rigoureuse et harmonisée portant sur la totalité des cotisants et prélèvements et mobiliser le régime agricole sur les enjeux de la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux) ;

- la définition des orientations de la politique conventionnelle de l'assurance maladie avec les professions libérales de santé (mettre en place un cadrage ministériel des orientations stratégiques de la politique conventionnelle de l'assurance maladie avec les organisations représentatives des professionnels libéraux de santé) ;
- le coût des médicaments financés par l'assurance maladie (développer des campagnes régulières d'information des assurés sociaux sur les médicaments génériques) ;
- l'organisation du régime social des indépendants (fusionner les régimes de retraite de base des commerçants et des artisans et réorganiser le réseau de caisses du RSI afin d'améliorer la qualité de service aux assurés et réduire les coûts de gestion) ;
- les conditions de l'intégration financière des régimes de retraite de base des commerçants et des artisans à celui des salariés (doter le régime général d'assurance vieillesse de ressources suffisantes pour prendre en charge à compter de 2015 les déficits des régimes des artisans et commerçants sans dégrader sa propre situation financière) ;
- les conditions d'exercice de leurs missions par les agences régionales de santé (leur permettre d'accéder sans restriction aux données pertinentes du système national d'information inter-régimes d'assurance maladie (SNIIRAM) et rendre effective l'obligation de transmission aux agences des états financiers des établissements de santé privés lucratifs) ;
- les conditions de l'entrée en vigueur de certaines réformes complexes sur un plan technique (anticiper suffisamment les modalités de mise en œuvre de la liquidation unique des retraites des régimes de base alignés pour éviter toute difficulté à l'échéance du 1^{er} janvier 2017 et, en cas de risque, décaler cette dernière). L'entrée en vigueur de cette réforme a été différée au 1^{er} juillet 2017.

Dans son rapport annuel sur la sécurité sociale pour 2016 la Cour a examiné la mise en œuvre de deux de ces recommandations⁶¹¹. Une autre est commentée ci-après et une autre analysée en III *infra*.

⁶¹¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, annexe n° 1 : le suivi des recommandations formulées par la Cour, p. 583 (cadrage ministériel de la politique conventionnelle de l'assurance maladie) et 589 (réorganisation du réseau de caisses du RSI), La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

**Une simplification de l'organisation de la sécurité sociale :
la fusion des régimes de retraite de base des artisans et des
commerçants**

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014⁶¹², la Cour avait recommandé de fusionner les régimes de retraite de base des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales à l'occasion de l'entrée en vigueur de la liquidation unique des retraites des régimes alignés ou LURA (régime général des salariés du secteur privé, régime des salariés agricoles et régime social des indépendants), comme cela était déjà le cas depuis 2013 pour les retraites complémentaires.

Alors que les règles de droit qui leur sont applicables sont identiques, la Cour relevait que le maintien de deux régimes distincts des prestations de base alourdissait les tâches de gestion qui s'y rapportent.

La loi de financement pour 2017 a prévu la fusion des deux régimes de retraite de base des artisans et des commerçants au 1^{er} janvier 2018 au plus tard (*recommandation totalement mise en œuvre*).

**2 - Une mise en œuvre croissante avec l'ancienneté des
recommandations**

Pour une part, la faiblesse relative du nombre de recommandations totalement mises en œuvre traduit un effet calendaire : compte tenu du moment auquel paraît le rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale (septembre), peu de suites favorables à ses recommandations sont susceptibles d'être apportées dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante, présenté par le Gouvernement quelques semaines plus tard.

De fait, comme les années précédentes, la proportion de recommandations connaissant une mise en œuvre s'élève en fonction de leur ancienneté. Comme le montre le tableau ci-après, elle atteint ainsi 71 % pour les recommandations formulées dans le cadre du rapport 2014, 60 % des recommandations du rapport 2015 et seulement 36 % pour celles formulées dans le rapport 2016.

⁶¹² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre XVI : les retraites des artisans et des commerçants, p. 467-490, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 97 : évolution de la proportion de recommandations connaissant une mise en œuvre en fonction de leur ancienneté

Recommandations formulées dans le	1 ^{ère} année de suivi	2 ^{ème} année de suivi	3 ^{ème} année de suivi
Rapport 2014	58 %	63 %	71 %
Rapport 2015	38 %	60 %	-
Rapport 2016	36 %	-	-

Source : Cour des comptes.

Au-delà de cet effet temporel, la part plus élevée de recommandations mises en œuvre de manière incomplète, du fait de leur champ ou de leur portée, que de recommandations totalement mises en œuvre reflète les difficultés d'acceptation que rencontre une partie des réformes ou des évolutions recommandées par la Cour.

La part plus élevée de recommandations en cours de mise en œuvre traduit quant à elle des délais parfois importants pour faire aboutir ces réformes ou évolutions, qui appellent généralement des textes législatifs ou réglementaires nécessitant des concertations approfondies avec les acteurs concernés - voire des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé - ou prennent place dans le cadre d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion de l'État avec un régime ou une branche de sécurité sociale.

II - Des progrès, mais aussi des points de blocage sur des enjeux sensibles

Des évolutions législatives et réglementaires récentes conduisent à mettre en œuvre, au moins partiellement, plusieurs recommandations de la Cour relatives à la fixation du prix de certains actes, prestations et biens de santé. D'autres recommandations, portant sur des enjeux d'une sensibilité particulière, demeurent en revanche écartées par les pouvoirs publics.

A - Une action renforcée sur les prix et les tarifs des actes, prestations et biens médicaux

Dans le cadre notamment des récentes lois de financement de la sécurité sociale, les pouvoirs publics ont adopté plusieurs dispositions qui répondent en partie aux recommandations de la Cour visant à faire baisser les prix ou les tarifs de certains actes, prestations ou biens.

1 - Les dispositifs médicaux

Au sein des dépenses de soins de ville prises en charge par l'assurance maladie, les dispositifs médicaux (6,5 Md€ en 2016) représentent une dépense particulièrement dynamique (+5,6 % en 2016, après +4,7 % en 2015 et +5,6 % en 2014). Les dépenses de dispositifs médicaux à l'hôpital (3,5 Md€ en 2015 pour les seuls établissements publics) connaissent également une progression rapide.

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014⁶¹³, la Cour, devant le constat de l'absence de maîtrise des dépenses, avait notamment recommandé de déterminer un objectif de régulation, de renforcer la légitimité et les moyens d'action du Comité économique des produits de santé (CEPS) en matière de fixation et de révision des prix et de procéder dans un délai rapproché à des baisses de prix significatives de certaines catégories de dispositifs médicaux.

Dans le sens de ces recommandations, un montant d'économies à réaliser au titre de baisses de prix a été fixé au CEPS dans le cadre du plan triennal d'économies 2015-2017 sur les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM (soit 210 M€ en cumul sur la période).

Par ailleurs, les récentes lois de financement de la sécurité sociale ont renforcé les moyens juridiques dont est doté le CEPS pour obtenir des baisses de prix.

Ainsi, la loi de financement pour 2016 lui a donné la possibilité de conclure avec un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs un accord-cadre, prévoyant notamment les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certains

⁶¹³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre X : les dispositifs médicaux, une dépense non maîtrisée, p. 291-318, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

dispositifs médicaux « pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

En outre, la loi de financement pour 2017 a introduit les montants remboursés par l'assurance maladie (prévus ou constatés) parmi les critères généraux de fixation des tarifs de responsabilité par les conventions passées entre le CEPS et les fabricants ou les distributeurs ou, à défaut, par décision du CEPS. Elle a par ailleurs donné un fondement législatif aux critères qu'il applique⁶¹⁴ pour fixer (ou réduire) les tarifs de responsabilité à un niveau plus bas que celui qui résulterait de l'application des critères généraux. Elle a aussi accordé au CEPS la possibilité de baisser simultanément les tarifs d'une catégorie de produits ou de prestations comparables⁶¹⁵ et a clarifié le cadre juridique des négociations relatives aux révisions de tarifs des produits inscrits sous description générique. Par ailleurs, le CEPS a désormais la faculté de modifier le tarif de responsabilité ou le prix en fonction de l'observance des traitements, c'est-à-dire du niveau d'utilisation constaté du dispositif médical. Cette mesure vise notamment à mieux maîtriser les dépenses liées aux appareils respiratoires, qui représentent près de 20 % des dépenses en ville.

Mieux outillé juridiquement pour négocier avec les fabricants et les distributeurs, ou tirer les conséquences de l'échec des négociations, le CEPS doit se saisir activement de ces nouvelles dispositions pour peser plus fortement sur le prix des dispositifs médicaux. L'évolution des dépenses de dispositifs médicaux connaît une divergence de plus en plus marquée avec celle des médicaments, dont l'enveloppe globale est maîtrisée⁶¹⁶. Selon le CEPS, les baisses de prix auxquelles il a procédé en 2015 permettraient une économie en année pleine de 32 M€, ce qui constitue un montant encore limité (*recommandation mise en œuvre de manière incomplète*).

⁶¹⁴ Ancienneté de l'inscription sur la liste des produits et prestations (LPP), tarifs des produits et prestations comparables, remises applicables au produit et à la prestation concernée et à ceux comparables, prix d'achat constaté par les établissements de santé ou les distributeurs, conditions prévisibles et réelles d'utilisation, volumes de vente prévus ou constatés, situations comparées dans d'autres pays européens, montants remboursés par l'assurance maladie, prévus ou constatés.

⁶¹⁵ Sous réserve que l'un des critères précités soit rempli.

⁶¹⁶ Voir chapitres II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 89 et VIII du présent rapport : la fixation du prix des médicaments, des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335.

2 - Les séances de dialyse

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2015⁶¹⁷, la Cour a analysé les dépenses de santé liées à l'insuffisance rénale chronique terminale. Selon la CNAMTS, 74 200 personnes souffraient en 2014 de cette forme la plus sévère de l'insuffisance rénale chronique, pour un coût moyen de 44 067 € par patient. Un peu plus de 41 500 d'entre elles devaient être régulièrement dialysées, soit une dépense pour l'assurance maladie de 2,6 Md€ au total.

Prévention insuffisante, nombre limité de transplantations rénales, place toujours prépondérante des modalités les plus lourdes de dialyse se conjuguent pour placer le coût de la prise en charge de cette pathologie lourde à un niveau nettement plus élevé en France que dans les pays comparables, sans que cette différence de coût reflète des différences de qualité des traitements ou d'espérance de vie objectivées.

Pour favoriser une efficacité accrue des prises en charge, la Cour recommandait notamment une réduction significative des tarifs des séances de dialyse en centre lourd et en unité de dialyse médicalisée.

Le plan triennal d'économies sur l'ONDAM 2015-2017 a programmé 80 M€ d'économies au titre des tarifs de dialyse au cours de ses trois années d'application. À ce titre, les tarifs des séances de dialyse en centre lourd ont été plus réduits que ceux des séances relevant d'autres modes de prise en charge moins onéreux⁶¹⁸. Cette différenciation marque la volonté de réduire la place des centres lourds dans l'ensemble des modalités de prise en charge. À ce stade, des réductions homogènes de tarifs ont en revanche été appliquées à l'ensemble des autres modes de dialyse, malgré de sensibles différences de coûts entre les unités de dialyse médicalisée d'une part, et les modes de prise en charge moins onéreux que constituent, lorsque la condition des patients le permet, les unités d'auto-dialyse et les dialyses péritonéales à domicile d'autre part.

Par ailleurs, la Cour recommandait également la communication à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de leurs comptes par les centres de dialyse privés à caractère lucratif afin d'assurer une transparence accrue des coûts. À compter de 2016, l'étude nationale

⁶¹⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre X : l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces, p. 343-377, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶¹⁸ -4,4 % contre -2,98 % en 2015, -3,58 % contre -0,65 % en 2016 et -4,68 % contre -0,49 % ou -0,50 % en 2017.

de coûts (ENC) sur le champ médecine, chirurgie et obstétrique a été élargie aux structures de dialyse, quel qu'en soit le statut juridique. S'il n'a pas été instauré d'obligation de transmission des comptes, l'ATIH, désignée en tant que pilote de la réalisation des études nationales de coûts, quel qu'en soit le domaine, peut désigner des établissements non volontaires pour participer à ces études si l'échantillon des établissements volontaires est insuffisamment représentatif au plan statistique⁶¹⁹. Elle compte disposer ainsi de données de coûts fiables de dialyse à partir de 2018, ce qui permettra d'adapter plus finement, le cas échéant, leurs modalités de financement (*recommandations en cours de mise en œuvre*).

B - Des recommandations écartées sur des enjeux d'une sensibilité particulière

Une minorité de recommandations (14, soit 7 % du total, comme dans le précédent rapport), n'est pas partagée par les pouvoirs publics. Dans le cas général, elles présentent une sensibilité particulière.

Ainsi, le ministère chargé de la sécurité sociale écarte la recommandation de la Cour tendant à donner aux directeurs des organismes nationaux de sécurité sociale une responsabilité accrue d'employeur sur l'ensemble des cadres dirigeants des organismes locaux de leurs réseaux et, plus largement, à ouvrir une réflexion sur le transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux organismes nationaux. Il souligne à cet effet que le fait que le contrat de travail de ces agents avec les organismes locaux où ils exercent leur fonction est le corollaire de la personnalité juridique de ces derniers, qu'il n'entend pas remettre en cause.

Par ailleurs, le ministère n'estime pas opportun de renégocier l'accord du 30 décembre 2013, qui arrive à échéance fin 2018, relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre du regroupement d'organismes locaux, qui exclut notamment toute mobilité fonctionnelle ou géographique imposée, bien que la Cour ait souligné le caractère inabouti de ce fait des réorganisations des réseaux de caisses locales du régime général au regard des gains d'efficacité qui pouvaient être attendus.

Une autre recommandation de la Cour, visant à développer sur des champs pertinents et selon une méthodologie rigoureuse des comparaisons entre hospitalisation publique et hospitalisation privée à but lucratif, a été

⁶¹⁹ Décret n° 2016-1273 du 28 septembre 2016 relatif à la réalisation des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

écartée au motif que les stratégies distinctes d'activité et de développement des deux secteurs priveraient de toute pertinence une telle comparaison. Les deux secteurs réalisant une large palette d'activités communes, il serait cependant difficilement concevable qu'aucune comparaison relative à leurs organisations et coûts respectifs ne puisse être effectuée, en vue, le cas échéant, de favoriser la réalisation de gains d'efficacité accrus dans l'un ou l'autre de ces secteurs. Toutefois, les nouvelles compétences données aux juridictions financières par un amendement parlementaire lors de l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pour contrôler les établissements de santé privés, à but lucratif comme d'intérêt collectif, leur permettent désormais de procéder directement à ce parangonnage.

Une autre recommandation écartée, relative au pilotage financier de la sécurité sociale, est commentée ci-après (voir III – A – *infra*).

III - Les différents types de suites apportées aux recommandations de la Cour : quatre domaines d'illustration

A - Le pilotage financier de la sécurité sociale (prise en compte inégale en perspective)

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014⁶²⁰, la Cour avait recommandé de transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de financement de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels (retraites complémentaires, assurance chômage). Une évolution de cette nature permettrait en effet de définir de manière transparente et concertée la contribution de ces régimes aux engagements pris par la France au niveau européen, dans le cadre du programme de stabilité, au titre du secteur des « administrations de sécurité sociale » auquel ils sont rattachés. Dans leur réponse au projet de rapport de la Cour, les ministres avaient fait part de leur réserve à l'égard de cette

⁶²⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre V : les lois de financement de la sécurité sociale, une ambition à élargir, p. 177-197, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

recommandation⁶²¹. Par la suite, ils n'ont pas donné suite, dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale ou d'autres lois financières⁶²², à la modalité alternative qu'ils avaient alors évoquée dans cette même réponse⁶²³ (*recommandation non mise en œuvre*).

Par ailleurs, la recommandation de la Cour d'instaurer une loi de résultats présentée selon un calendrier convergent avec celui de la loi de règlement du budget de l'État a été écartée, au motif que cette évolution conduirait à tendre le calendrier parlementaire pour un apport essentiellement formel, la commission des comptes de la sécurité sociale se réunissant en juin et apportant toutes les informations nécessaires sur l'exécution de la loi de financement de l'année précédente (*refus de mise en œuvre*). Le dépôt par le Gouvernement d'un projet de loi de résultats permettrait pourtant au Parlement d'apprécier les écarts entre les réalisations et les prévisions au titre de l'année écoulée et les mesures correctives qu'ils pourraient appeler avant d'examiner les prévisions actualisées de l'année en cours et celles de l'année suivante lors de l'examen du nouveau projet de loi de financement déposé à l'automne.

Enfin, la Cour avait recommandé l'organisation d'une discussion conjointe au Parlement des volets « recettes » des projets annuels de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale. Dans un premier temps, les pouvoirs publics ont écarté cette recommandation, à nouveau formulée par la Cour dans le cadre du présent rapport⁶²⁴, au motif qu'elle remettait en cause le mode de pilotage des finances sociales. Depuis lors, le nouveau Gouvernement a fait état de son intention de lui donner suite. Ainsi, le rapport préparatoire au débat d'orientation des finances publiques, rendu public par le Gouvernement en juillet 2017⁶²⁵, indique qu'« une réflexion sur les modalités d'examen des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale par les assemblées sera engagée » et que

⁶²¹ « La proposition de la Cour d'une « loi de financement de la protection sociale obligatoire » apparaît quant à elle ambitieuse et ne pourrait s'inscrire que dans une perspective de long terme ».

⁶²² Loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

⁶²³ « En revanche, une meilleure information du Parlement sur la participation de chaque composante du champ des administrations de sécurité sociale aux trajectoires globales de dépenses des régimes sociaux peut sans doute être menée à bien dans le respect du caractère conventionnel de ces régimes ».

⁶²⁴ Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre IV : Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163.

⁶²⁵ Rapport sur l'évolution de l'économie nationale et sur les orientations des finances publiques, préparatoire au débat d'orientation des finances publiques, juillet 2017.

« dans le cadre de la discussion parlementaire, le lien entre les volets recettes des différents textes financiers serait renforcé » (*recommandation en cours de mise en œuvre*).

B - Les soins bucco-dentaires (*mise en œuvre en cours*)

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2016⁶²⁶, la Cour a porté un regard critique sur l'organisation des soins bucco-dentaires (10,7 Md€ de dépenses au total en 2015), en relevant la poursuite du désengagement de l'assurance maladie de leur financement, la progression continue des dépenses de soins prothétiques et des dépassements d'honoraires, source d'un important renoncement aux soins, le déséquilibre des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes et l'attentisme des pouvoirs publics devant une situation sanitaire dégradée.

En 2017, la négociation d'une nouvelle convention entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de la profession de chirurgien-dentiste a échoué et un règlement arbitral couvrant la période 2018-2021 a été adopté le 1^{er} avril 2017⁶²⁷.

Le règlement arbitral a cherché à rééquilibrer l'activité des praticiens vers des travaux de conservation et de restauration des dents et à remédier au renoncement à des soins prothétiques par les assurés sociaux⁶²⁸ en raison d'un reste à charge trop élevé⁶²⁹. Plusieurs de ses dispositions répondent aux recommandations de la Cour.

Ainsi, contrairement aux conventions précédentes qui visaient un rééquilibrage de l'activité des chirurgiens-dentistes en faveur des soins conservateurs et chirurgicaux, non contraignant et fondé sur une démarche spontanée des professionnels, le règlement arbitral a instauré,

⁶²⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre VI : les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p. 245-286, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶²⁷ Règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, approuvé par décret du 29 mars 2017, applicable jusqu'au 31 décembre 2022, à moins de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention.

⁶²⁸ Sur l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir renoncé à au moins un soin dentaire en 2012, 68 % ont rapporté avoir renoncé à la pose d'une couronne, d'un bridge ou d'un implant dentaire.

⁶²⁹ 2,4 Md€ à la charge des ménages en 2015 sur une dépense totale de 10,7 Md€.

conjointement à une revalorisation des soins dentaires courants⁶³⁰, un dispositif de tarifs-limite pour 25 actes prothétiques fréquents (comme la pose d'une couronne céramo-métallique, d'un bridge ou d'un *inlay-core*), qui correspondent à un honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste au patient⁶³¹.

Une clause de sauvegarde conditionne les revalorisations annuelles des soins à la maîtrise d'un taux d'évolution des dépenses remboursées par l'assurance maladie. L'efficacité du mécanisme de plafonnement des tarifs des prothèses sera mesurée, de la même façon, par l'évolution du montant total des honoraires associés à l'ensemble des actes prothétiques. En cas de non-respect de l'objectif, la baisse de tarifs-limite sera majorée. Ainsi, la pose d'un *inlay-core*, dont le tarif-limite doit par ailleurs baisser de 19 % entre 2018 et 2019⁶³², diminuerait de 24 %⁶³³.

En outre, plusieurs mesures du règlement arbitral améliorent la prise en charge de populations dont l'état de santé bucco-dentaire appelle un suivi particulier. Ainsi, les consultations longues et complexes pour les personnes en situation de handicap mental sévère sont majorées d'un supplément (de 60 € ou de 90 € en cas d'utilisation d'une technique de sédation). Un bilan parodontal suivi, le cas échéant, de soins parodontaux est valorisé à hauteur de 35 € pour les patients diabétiques en affection de longue durée. Les plafonds des tarifs des prothèses pour les titulaires de la CMU-C sont revalorisés et de nouveaux actes introduits dans leur « panier de soins ». Les patients titulaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) se voient désormais appliquer les mêmes plafonds que les bénéficiaires de la CMU-C.

Cependant, le Gouvernement a décidé à la mi-juillet 2017 de rouvrir les négociations conventionnelles et, dans l'attente, de différer au 1^{er} janvier 2019 l'entrée en vigueur du règlement arbitral, les mesures en faveur des titulaires de la CMU-C et de l'ACS étant néanmoins appliquées dès octobre 2017. C'est donc seulement si les nouvelles négociations ne débouchaient pas sur un accord que les autres dispositions du règlement arbitral trouveraient à s'appliquer début 2019.

⁶³⁰ Augmentation par exemple de 10 %, sur la période 2017 à 2021, de la pose d'une couronne céramo-métallique (de 107,5 € à 120 €), ou encore passage de 41 € à 67 € pour la restauration d'une dent sur certains types de caries (soit +39 %).

⁶³¹ Des majorations géographiques sont fixées pour quatre départements franciliens (75, 78, 91 et 92) et trois départements d'outre-mer (Guyane, Martinique et Guadeloupe).

⁶³² De 250 € à 210 € en France métropolitaine (hors départements franciliens majorés).

⁶³³ À 202 € (France métropolitaine, hors départements franciliens majorés).

En vue de ces négociations, la ministre de la santé a néanmoins repris à son compte l'orientation générale du règlement arbitral d'un plafonnement progressif des tarifs des soins prothétiques, afin d'améliorer l'accès à ces derniers, accompagné d'une revalorisation des soins conservateurs afin de réduire la nécessité de recourir à des soins prothétiques (*recommandation en cours de mise en œuvre*).

Contrairement à une autre recommandation de la Cour, les pouvoirs publics n'ont en revanche pas plafonné à ce jour le niveau des prises en charge de frais prothétiques par les contrats d'assurance maladie complémentaire dits « responsables »⁶³⁴, alors que les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 permettant ce plafonnement ont été appliquées à l'optique⁶³⁵. Dans un contexte où les mesures de maîtrise, inscrites dans le règlement arbitral, sont différées et, le cas échéant, atténuées dans la nouvelle convention, le plafonnement des prises en charge par la voie réglementaire concourrait pourtant à contenir de manière durable les tarifs de soins prothétiques (*recommandation non mise en œuvre*).

Par ailleurs, la loi de financement pour 2017 a étendu aux jeunes de 21 et 24 ans l'examen bucco-dentaire pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, jusque-là réservé aux moins de 18 ans. Cette mesure doit assurer une continuité dans le suivi des jeunes adultes qui échappent le plus souvent à la prévention et au dépistage, une fois achevé le cycle d'examens bucco-dentaires entamé dans le cadre familial, ainsi que la Cour y avait appelé. Cependant, d'autres catégories (personnes âgées, personnes détenues) que les jeunes adultes et les titulaires de la CMU-C et de l'ACS appelleraient également des mesures de prévention et de suivi appropriées. Plus généralement, une stratégie de santé publique couvrant l'ensemble de la population, comme la Cour l'a recommandé, reste à définir (*recommandation mise en œuvre de manière incomplète*).

⁶³⁴ Contrats bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

⁶³⁵ Elles prévoient que les prises en charge de frais dentaires prothétiques ou orthodontiques, comme d'optique médicale, peuvent comprendre non seulement des seuils, mais aussi des plafonds, fixés par décret. Un décret du 18 novembre 2014 a fixé des plafonds pour les dépenses d'optique.

C - L'accès aux soins des ménages défavorisés (mise en œuvre incomplète)

Dans le cadre de son rapport sur la sécurité sociale pour 2015⁶³⁶, la Cour a constaté que la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et, dans une moindre mesure, celle de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) en 2004 avaient fortement atténué les difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières éprouvées par les ménages défavorisés, en supprimant ou en réduisant les dépenses de santé restant à leur charge.

Au 31 décembre 2016, 5,5 millions de personnes étaient titulaires de la CMU-C et 1,5 million de l'ACS. Depuis la fin des années 2000, les effectifs de bénéficiaires de ces aides ont fortement augmenté, sous l'effet non seulement de la crise économique, mais aussi du relèvement des plafonds de ressources au-delà de l'inflation, décidé dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013.

Comme la Cour l'a également souligné, une part importante des personnes qui remplissent les conditions pour bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS n'en demandent cependant pas l'attribution. Dans ces conditions, elle avait recommandé aux pouvoirs publics et aux organismes de sécurité sociale de favoriser le recours à ces aides en interrogeant les fichiers des administrations sur un champ élargi, en assurant le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l'instruction de celles de RSA et en rendant obligatoire leur promotion par les caisses d'assurance maladie.

Les organismes sociaux ont élargi et diversifié leurs actions pour faciliter l'accès à ces droits des bénéficiaires potentiels selon une approche qui maille leurs compétences : transfert automatisé de l'information relative à l'instruction d'une demande de RSA en caisse d'allocations familiales à la branche maladie pour ouvrir automatiquement un droit à la CMU-C, envoi de correspondances à des bénéficiaires potentiels de l'ACS par la branche maladie à partir de fichiers adressés par la branche famille (les destinataires étant choisis en fonction de leurs ressources déclarées) et par la branche vieillesse (nouveaux titulaires du minimum vieillesse qui remplissent, sauf exception, les conditions de l'ACS), ouverture d'un téléservice de l'assurance maladie permettant aux titulaires du RSA de faire

⁶³⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 416-448, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

une demande en ligne de CMU-C, envoi en 2016 de 650 000 e-mails et de 470 000 courriers ciblés à certains assurés. Les actions de promotion de la CMU-C et de l'ACS ont par ailleurs un caractère obligatoire pour les CPAM dans le cadre de leur dialogue de gestion avec la caisse nationale.

Cependant, selon l'estimation de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le taux de non-recours en France métropolitaine était compris en 2015, pour la CMU-C, entre 24 % et 36 %, soit 1,6 à 2,4 millions de personnes et, pour l'ACS, entre 55 % et 69 %, soit 2,2 à 2,8 millions de personnes. S'ils sont susceptibles d'avoir diminué en 2016, ces chiffres font apparaître un double enjeu. D'une part, l'estimation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS devrait être affinée en neutralisant les personnes couvertes par des complémentaires santé d'entreprise, obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2016. D'autre part, les actions visant à promouvoir la CMU-C et l'ACS devraient porter davantage sur les personnes titulaires depuis longtemps de certaines prestations (RSA et minimum vieillesse), quand elles sont concentrées sur le flux des nouveaux bénéficiaires.

D - Les prévisions financières relatives aux retraites des salariés du secteur privé (*totalemment mis en œuvre*)

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2016⁶³⁷, la Cour a examiné la situation des régimes de retraite de base et complémentaires des salariés du secteur privé. Tout en soulignant la portée des réformes effectuées depuis la fin des années 1980, qui ont replacé les retraites sur une trajectoire financière plus soutenable, elle a aussi relevé que de nouveaux ajustements s'avèreraient selon toute probabilité nécessaires et à une échéance plus rapprochée que les prévisions du Conseil d'orientation des retraites (COR) ne le faisaient apparaître et devaient être anticipés par les pouvoirs publics.

La Cour avait en particulier souligné à cet égard des biais d'optimisme dans les hypothèses et le choix d'un horizon trop lointain dans ces prévisions sur lesquelles se fondent les pouvoirs publics pour apprécier la soutenabilité du système de retraites. Dans ces conditions, elle

⁶³⁷ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre IX : les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements, p. 365-419, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

recommandait de fonder les prévisions financières des régimes de retraite sur l'élaboration d'un scénario central assorti seulement d'une ou deux variante(s) et de privilégier à ce titre un horizon à 15/25 ans (2030/2040).

Dans son rapport annuel de juin 2017, le COR a pris en compte les constats ayant suscité la recommandation de la Cour, en resserrant l'éventail des hypothèses d'augmentation des revenus d'activité en termes réels au titre des gains de productivité du travail (+1 % à +1,8 % par an au lieu de +1 % à +2 %), en renonçant à un scénario central trop optimiste (+1,5 % dans le rapport de juin 2016) et en mettant plus nettement l'accent sur les prévisions à horizon 2030 et à 2040.

Sous l'effet de la dégradation des hypothèses économiques désormais retenues et de facteurs démographiques (allongement de l'espérance de vie des hommes, baisse du solde migratoire), le rapport du COR fait désormais apparaître une détérioration des perspectives financières du système de retraite pris dans son ensemble et, notamment, des régimes de retraite des salariés.

Dans un scénario prudent (augmentation des revenus d'activité liés à la productivité du travail de +1,3 % par an en termes réels), le déficit du régime de base (2,8 Md€ en 2016, FSV compris, soit 0,1 % du PIB), à répartition inchangée des recettes de la sécurité sociale entre ses différents risques, repartirait ainsi à la hausse à partir de 2018 pour se creuser jusqu'à 0,5 % du PIB à l'horizon 2040. Dans un scénario dégradé (hausse de +1 % des revenus d'activité), le déficit du régime de base atteindrait 0,8 % du PIB en 2040 et les régimes complémentaires ne seraient plus à l'équilibre, mais continûment en déficit à partir de 2037, à hauteur de -0,1 % du PIB.

Ces perspectives invitent les pouvoirs publics à réexaminer, comme la Cour l'a recommandé, le cadre du pilotage financier des retraites de base et complémentaires des salariés du secteur privé, afin d'éviter des réactions tardives, un report excessif des efforts sur les générations les plus jeunes ou une remontée de la dette sociale.

Annexe n° 2

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE

ASSURER UN RETOUR DURABLE À L'ÉQUILIBRE FINANCIER ET POURSUIVRE LE DÉSENDETTEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

A – Revenir sans délai à l'équilibre et réduire la dette sociale

Chapitre I – La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer

1. *présenter en annexe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale les hypothèses détaillées sous-jacentes à la trajectoire pluriannuelle de soldes des branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse et notamment les transferts entre branches et entre organismes ;*
2. *définir une trajectoire financière des régimes de base de sécurité sociale et du FSV qui permette d'assurer leur équilibre effectif plus rapidement qu'à l'horizon 2020 à périmètre constant de recettes et de dépenses ;*
3. *intensifier en conséquence l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie au moyen de mesures structurelles telles que celles recommandées dans les différents chapitres du présent rapport, afin de réduire plus fortement la progression effective des dépenses de l'ONDAM, à périmètre constant, sur les trois prochaines années ;*
4. *au regard de la dégradation tendancielle des soldes de la branche vieillesse et du FSV, définir rapidement les mesures de redressement nécessaires à l'équilibre financier du régime de retraite de base des salariés du secteur privé, FSV compris ;*
5. *définir sans délai dans le cadre d'un schéma global pluriannuel les modalités permettant d'assurer l'amortissement complet d'ici à 2024 des déficits portés par l'ACOSS fin 2017 et de ceux qui s'accumuleront d'ici fin 2019.*

Chapitre II – L’objectif national de dépenses d’assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer

6. *formaliser dans l’annexe du projet de loi de financement relative à l’ONDAM un cadre de référence opposable des modalités de construction et de révision de l’ONDAM, comportant notamment une méthodologie de traitement des mesures de périmètre, des économies et des conditions de recours aux arrêtés tardifs (recommandation réitérée) ;*
7. *abaisser le seuil d’alerte à 0,2 % du total des dépenses prévisionnelles, saisir le comité d’alerte en cas de risque d’insuffisance des mises en réserve initiales et soumettre à son avis les mesures envisagées au titre des différents sous-objectifs ;*
8. *pour les soins de ville, instaurer une réserve prudentielle permettant de réduire les tarifs ou de suspendre les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l’objectif prévisionnel de dépenses ;*
9. *supprimer le Fonds de financement de l’innovation pharmaceutique et réintégrer dans l’ONDAM l’intégralité de la dépense de médicaments ;*
10. *intégrer dans le périmètre de l’ONDAM les charges liées aux créances sur les prestations.*

Chapitre III – Les tableaux d’équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l’exercice 2016 : avis sur la cohérence

11. *mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d’équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l’établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (recommandation réitérée) ;*
12. *reclasser, dans les états financiers des entités du périmètre du tableau patrimonial, les titres de participation à la rubrique des valeurs mobilières de placement ;*
13. *faire valider la reconstitution du bilan des régimes de base du RSI par les commissaires aux comptes de ce régime.*

B – Renforcer et rendre plus transparent le pilotage des finances sociales

Chapitre IV – Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable

14. *articuler plus étroitement l'examen par le Parlement des lois financières, notamment en organisant une discussion commune des volets « recettes » du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) ;*
15. *présenter dans le projet de loi de financement annuel, en des termes comparables, les éléments chiffrés correspondant au respect des encadrements nominaux et structurels portés par les lois de programmation des finances publiques ;*
16. *chiffrer précisément dans les études d'impact présentées dans les projets de loi de financement les conséquences éventuelles des mesures envisagées sur les recettes ou les dépenses de l'État et des autres administrations publiques ;*
17. *intégrer au rapport annexé aux projets de loi de financement une estimation des soldes structurels sous-jacents aux soldes nominaux soumis à l'approbation du Parlement ;*
18. *réserver strictement les plafonds d'avance votés en lois de financement pour l'ACOSS à la seule couverture des besoins infra-annuels de trésorerie (recommandation réitérée) et mettre à l'étude la création de dispositifs de lissage des variations conjoncturelles des recettes de la sécurité sociale ;*
19. *renforcer la transparence des transferts de recettes et de dépenses entre branches et avec le FSV par l'insertion à l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale d'une évaluation de leurs conséquences sur les soldes annuels des branches et du FSV pour chacune des années couvertes par la trajectoire financière pluriannuelle de la sécurité sociale.*

DEUXIÈME PARTIE

RÉORGANISER L'OFFRE DE SOINS

RECOMMANDATIONS

Chapitre V – La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins

20. *expérimenter un mécanisme d'enveloppe globale et modulable de dépenses de soins de spécialité par patient, notamment pour la prise en charge de pathologies chroniques ;*
21. *actualiser de manière régulière la classification commune des actes médicaux, en objectivant notamment la durée des actes techniques et le coût des pratiques médicales et en définissant un coût cible par acte ;*
22. *instaurer un conventionnement sélectif des médecins spécialistes : dans les zones sur-dotées en spécialistes de secteur 2, autoriser uniquement des conventionnements en secteur 1 et imposer un plancher d'actes à tarifs opposables aux spécialistes déjà installés en secteur 2 ; dans les zones sous-dotées, rendre obligatoire l'adhésion des médecins s'installant en secteur 2 à l'option de pratique tarifaire maîtrisée ;*
23. *réorienter l'option de pratique tarifaire maîtrisée vers les spécialités dont les taux moyens de dépassement sont les plus élevés et appliquer strictement les clauses de résiliation dès lors que les engagements contractuels ne sont pas respectés ;*
24. *en cas de constat de pratiques tarifaires excessives, allonger les durées de suspension temporaire du droit à dépassement et rendre, quand il y a lieu, les déconventionnements effectifs ;*
25. *recentrer les aides territoriales de l'État et de l'assurance maladie sur un nombre réduit de dispositifs en privilégiant un exercice permanent, ou intermittent sous forme de consultations avancées, au sein de structures pluriprofessionnelles.*

Chapitre VI – Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge

26. *concentrer l'offre de soins chirurgicaux en réformant le régime des autorisations par établissement afin de les faire porter sur chaque spécialité et en fixant par la voie réglementaire des seuils d'activité par site géographique d'établissement puis, à terme, par chirurgien et contrôler rigoureusement leur strict respect ;*

27. *dans cette logique, définir une prise en charge graduée des patients dans le cadre territorial, y compris pour la permanence des soins, selon trois niveaux, en inscrivant cette évolution dans la dynamique de création des groupements hospitaliers de territoire et les futurs schémas régionaux de santé ;*
28. *amplifier le « virage ambulatoire » de la chirurgie en alignant les tarifs de l'hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces et en examinant l'opportunité de créer des centres indépendants de chirurgie ambulatoire ;*
29. *impliquer individuellement les chirurgiens dans la qualité et la pertinence des soins en développant les référentiels de bonnes pratiques, en modernisant la formation initiale et continue, notamment par le développement d'écoles de chirurgie et de centres de simulation et en définissant les modalités d'une obligation périodique de certification à terme ;*
30. *réduire la durée moyenne des séjours de chirurgie conventionnelle, en recourant aux nouvelles technologies, en particulier la télé médecine, et en expérimentant les « hôtels hospitaliers » en vue de recentrer l'hôpital sur ses missions de soins.*

Chapitre VII - La télé médecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre

31. *fixer des objectifs précis et mesurables de déploiement de la télé médecine aux professionnels libéraux, aux établissements de santé et à l'assurance maladie, notamment au titre de la télésurveillance des pathologies chroniques, à l'instar de ce qui a été fait pour la chirurgie ambulatoire ;*
32. *généraliser à court terme un dossier médical partagé commun à l'ensemble des acteurs du système de santé, alimenté de manière exhaustive et en temps réel par ces derniers et assurant la traçabilité de l'ensemble de leurs interventions ;*
33. *mettre en place une tarification de droit commun des actes de télé médecine fondée, selon le type d'actes, sur l'application de montants forfaitaires, de plafonds de nombre d'actes ou de partages de rémunérations entre les intervenants en santé (professionnels libéraux et établissements), à coût global pour l'assurance maladie du même ordre que celui lié à des interventions classiques ;*
34. *réviser à la baisse les tarifs des prises en charge en hospitalisation classique afin de favoriser la substitution de la télésurveillance à ces dernières chaque fois que cela est pertinent sur le plan médical ;*

35. *recentrer en tout état de cause les expérimentations sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables dans un cadre de droit commun à coût maîtrisé pour l'assurance maladie.*

TROISIÈME PARTIE

RENFORCER LA MAÎTRISE DES COÛTS DU MÉDICAMENT

RECOMMANDATIONS

Chapitre VIII – La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficiency et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer

36. *augmenter significativement, par redéploiement au sein de l'État, les effectifs et le budget du CEPS, examiner les conditions d'un élargissement de son rôle en matière de fixation du prix des médicaments hospitaliers et ouvrir une réflexion sur une transformation de son statut visant à renforcer son indépendance ;*
37. *donner un caractère limitatif aux critères de fixation du prix des médicaments de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale ;*
38. *fixer par la loi des obligations de révision du prix des médicaments, au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants, au bout de trois ans pour les autres médicaments et en cas d'extension d'indication ayant un effet significatif sur le nombre de patients ou le volume des ventes ;*
39. *à l'occasion de la prochaine renégociation de l'accord-cadre entre le CEPS et le LEEM, réformer la garantie de prix européen, notamment en élargissant le panel des pays pris en compte, en raccourcissant sa durée et en réduisant son périmètre, encadrer le recours aux remises conventionnelles liées aux volumes de ventes pour les médicaments d'ASMR IV et V et mettre fin à l'attribution d'« avoirs sur remises » ;*
40. *pour la fixation du prix des médicaments génériques et biosimilaires, prévoir dans le prochain accord-cadre l'application de décotes au prix net de remises du médicament princeps ou du biomédicament d'origine ;*

41. *renforcer la prise en compte de l'efficience des spécialités pharmaceutiques en élargissant le périmètre des avis d'efficience de la HAS aux médicaments d'ASMR IV, en y intégrant, pour les primo-inscriptions, différents scénarios de ratios coût-efficacité et, à l'occasion des révisions de prix, une réévaluation sur la base du prix net de remises ;*
42. *expérimenter la tarification à l'indication des médicaments de la « liste en sus » ;*
43. *favoriser la constitution de groupements d'acheteurs publics dans le cadre européen, en vue notamment de maîtriser le prix des médicaments innovants à fort enjeu sanitaire et financier.*

Chapitre IX – Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires

44. *désensibiliser la rémunération des acteurs de la distribution au prix des médicaments en fondant celle des pharmacies d'officine sur l'acte de dispensation au patient, indépendamment du nombre de boîtes vendues, et celle des grossistes répartiteurs sur le nombre de boîtes livrées aux officines ;*
45. *dans cette perspective, supprimer la règle relative à l'égalité des marges officinales entre médicaments princeps et médicaments génériques ;*
46. *prendre en compte dans la tarification des médicaments génériques les marges supplémentaires de baisse de prix que font apparaître les avantages commerciaux de toute nature accordés par les entreprises aux officines pharmaceutiques, en relevant significativement le taux de décote appliqué au moment de la commercialisation d'un générique*
47. *augmenter le taux de la troisième part de la contribution sur les ventes en gros de médicaments prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale ;*
48. *rendre obligatoire la déclaration au Comité économique des produits de santé des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature accordés par les entreprises du secteur pharmaceutique aux pharmacies d'officine au titre des médicaments princeps, à l'instar des médicaments génériques ;*
49. *substituer au monopole officinal un monopole du pharmacien, en renforçant sous le contrôle de l'Ordre des pharmaciens les garanties d'indépendance professionnelle en cas d'emploi salarié ;*

50. *simplifier la réglementation relative aux ventes en ligne afin de favoriser l'essor des ventes en ligne de médicaments à prescription médicale facultative ;*
51. *mettre en place une aide financière spécifiquement destinée aux pharmacies d'officine identifiées comme remplissant une fonction de desserte de populations isolées et qui connaîtraient des difficultés économiques à la suite des réformes engagées ;*
52. *renforcer les contrôles visant à faire respecter les dispositions réglementaires relatives à la sécurité et à la logistique des approvisionnements en matière de ventes en gros.*

QUATRIÈME PARTIE

RÉFORMER LES AIDES AUX FAMILLES

RECOMMANDATIONS

Chapitre XI – Les réformes récentes des prestations familiales et de la fiscalité des familles : des transferts massifs des questions en suspens

53. *confier au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge la mission d'analyser les perspectives à moyen et long terme des soutiens fiscaux et sociaux aux familles au regard des évolutions économiques, sociales et démographiques.*

La Cour propose également les deux orientations suivantes :

- établir les priorités des aides aux familles et clarifier les choix relatifs à plusieurs enjeux majeurs : équilibre entre prestations en nature et prestations monétaires pour l'accueil du jeune enfant, degré de ciblage et de redistribution des prestations et calibrage du niveau de soutien en fonction du rang de l'enfant ;*
 - examiner la question d'une budgétisation du financement des prestations familiales afin notamment de mieux articuler entre eux les outils fiscaux et sociaux qui participent au soutien des familles.*
-

CINQUIÈME PARTIE

AMÉLIORER LES PERFORMANCES DE LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre XII – Les établissements de santé et médico-sociaux du régime général d’assurance maladie : un impératif d’équilibre financier, une stratégie à refonder

54. *normaliser les conditions de financement des UGECAM en mettant fin aux concours dérogatoires au droit commun de la CNAMTS ;*
55. *organiser un retour rapide des UGECAM à un équilibre financier durable, en accentuant la réorganisation des établissements sanitaires, en optimisant l’organisation du travail et en renforçant le pilotage national ainsi que les mutualisations d’activités ;*
56. *mettre un terme à l’expansion de l’offre de soins de l’assurance maladie et engager la transformation du cadre de sa gestion vers le droit commun.*

Chapitre XIII – Les retraites versées à des résidents à l’étranger : des risques spécifiques insuffisamment pris en compte, des outils à adapter

57. *fixer des objectifs et un échéancier de dématérialisation des échanges d’informations d’état civil avec les organismes étrangers de sécurité sociale en privilégiant les pays avec lesquels la France a les plus importants flux financiers (Algérie, Portugal, Espagne, Maroc et Italie) ;*
58. *mettre rapidement en place un certificat d’existence sur support papier commun aux différents régimes de retraite, traduit dans les langues des principaux pays de destination, analyser à cette occasion les écarts entre les droits ouverts au titre des retraites de base et des retraites complémentaires en vue d’ouvrir les droits manquants et de clore ceux dépourvus de justification et effectuer des contrôles ciblés sur les certificats retournés ;*
59. *renforcer les contrôles sur pièces a posteriori de l’existence des assurés et ayants droit, mettre en place ou reconduire des contrôles réguliers d’existence sur place dans les pays qui concentrent les principaux enjeux financiers et mutualiser l’information sur les résultats de ces contrôles entre régimes de base et complémentaires ;*

60. *mettre en œuvre un marché mutualisé de prestations bancaires entre les principaux régimes, en prévoyant des clauses relatives à la vérification de l'existence des titulaires de prestations et à la récupération des sommes indûment versées après décès.*

Glossaire

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AAI	Autorité administrative indépendante
AB	Allocation de base
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
AF	Allocations familiales
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
ALF	Allocation logement à caractère familial
ALPC	Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP	Agence nationale de santé publique
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARCEP	Autorité de régulation des communications électroniques et des postes
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Agence régionale de santé
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
ASF	Allocation de soutien familial
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accident du travail - maladie professionnelle
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle de calcul des allocations familiales
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale

CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CANSSM	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAS	Contrat d'accès aux soins
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CEESP	Commission évaluation économique et de santé publique
CEPS	Comité économique des produits de santé
CERFA	Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CESP	Contrat d'engagement de service public
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CLCA	Complément de libre choix d'activité
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLEISS	Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNC	Conseil national de la comptabilité
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNoCP	Conseil de normalisation des comptes publics
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CPE	Carte de professionnel d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPRPSNCF	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF
CPS	Carte de professionnel de santé
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CRE	Commission de régulation de l'énergie
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Contribution sociale généralisée
CSO	Centre spécialisé sur l'obésité
CSRP	Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique
CSSS (C3S)	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CT	Commission de la transparence
CTJ	Coût de traitement journalier
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGFîP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DMP	Dossier médical personnel
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EAJE	Établissements d'accueil de jeunes enfants
ECN	Épreuves classantes nationales
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMA	Agence européenne des médicaments
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
EPPM	Étude permanente de la prescription médicale
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
FCATA	Fonds commun des accidents du travail agricole
FEH	Fonds pour l'emploi hospitalier
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFIP	Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique
FIEEC	Fédération des industries électriques, électroniques et de communication
FIR	Fonds d'intervention régional

FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FMI	Fonds monétaire international
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIE GERS	Groupe d'intérêt économique pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute Autorité de santé
HCF	Haut conseil de la famille
HCFP	Haut conseil des finances publiques
IEG	Industries électriques et gazières
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière
IME	Institut médico-éducatif
INS	Identifiant national de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRES	Institut de recherche économique et sociale
IRM	Imagerie à résonance magnétique
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
LEEM	Les entreprises du médicament
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LO	Loi organique
LPP	Liste des produits et prestations
LURA	Liquidation unique des régimes alignés de retraite
M€	Million d'euros
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO(O)	Médecine, chirurgie, obstétrique (odontologie)
MCS	Majoration de coordination des soins
Md€	Milliard d'euros
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MEG ou MEP	Majoration enfant pour les généralistes ou les pédiatres
MEP	Médecine à exercice particulier

MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MPC	Majoration pour consultation
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
NB	<i>Nota bene</i>
NFE	Nouveau forfait enfant
NFP	Nouveau forfait pédiatrique
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NIR	Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie de professions de santé
ONP	Ordre national des pharmaciens
OPTAM	Option de pratique tarifaire maîtrisée
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PAM	Praticiens et auxiliaires médicaux
PAMC	Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
PCG	Plan comptable général
PEC	Prise en charge des cotisations
PFHT	Prix fabricant hors taxes
PHARE	Performance hospitalière pour les achats responsables
PIB	Produit intérieur brut
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPCR	Parcours professionnels, carrières et rémunérations
PPTTC	Prix public toutes taxes comprises
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PRÉPARÉ	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
PSU	Prestation de service unique
PTMA	Praticien territorial de médecine ambulatoire
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PUMa	Protection maladie universelle
RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
RATOCEM	Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires
REP	Réseau d'éducation prioritaire
RESF	Rapport économique, social et financier

RISP	Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels
ROB	Régime obligatoire de base
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation
SAE	Statistique d'activité des établissements
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR	Service médical rendu
SNGI	Système national de gestion des identifiants
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNIR	Système national inter-régime
SRA	Société de regroupement à l'achat
SRE	Service des retraites de l'État
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarification à l'activité
TTC	Toutes taxes comprises
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UCD	Unité commune de dispensation
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
VHA	Virus de l'hépatite A
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Réponses des administrations et des organismes concernés

Réponse commune de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics	649
Chapitre V - La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins.....	656
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....	656
Chapitre VI - Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge	659
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....	659
Réponse du directeur de la Haute Autorité de santé (HAS).....	661
Réponse du directeur général de l'assistance publique des hôpitaux de Paris	661
Réponse du directeur du centre hospitalier de Givors	661
Réponse du directeur du centre hospitalier Jean Coulon	662
Réponse du directeur du centre hospitalier de Guebwiller	664
Réponse du directeur du centre hospitalier de Jonzac	667
Réponse du directeur du centre hospitalier de Lavaur	670
Réponse du directeur du centre hospitalier intercommunal de Cognac ..	670
Réponse commune de la directrice et du gérant et président de la clinique ambulatoire Cendaneg de Prévessin-Moëns	671
Réponse de la directrice du centre hospitalier de Saint-Tropez	674
Réponse de la directrice déléguée du centre hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche	674
Réponse du directeur du centre hospitalier Sainte Foy	677
Réponse du directeur général de la clinique de Villeneuve d'Ascq	678

Chapitre VII - La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre	679
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....	679
Réponse du directeur général de la Haute Autorité de santé (HAS)	680
Réponse du directeur de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé).....	680
Chapitre VIII - La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer	682
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....	682
Réponse du directeur de la Haute Autorité de santé (HAS).....	683
Réponse du président du Comité économique des produits de santé (CEPS).....	685
Réponse du directeur général de l'organisation professionnelle des entreprises du médicament (LEEM)	689
Réponse de la présidente d'AstraZeneca	691
Réponse du directeur Market Access et Maintenance de Bayer HealthCare	692
Réponse du président de Gilead Sciences France	693
Réponse du président de Novartis.....	699
Réponse du président de Roche France	702
Chapitre IX - La distribution du médicament en ville : un coût considérable, des rentes à remettre en cause	708
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....	708
Réponse de la directrice générale adjointe de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	708
Réponse de la présidente du conseil national de l'ordre des pharmaciens	709
Réponse du président de la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP)	714
Chapitre X – Les soutiens fiscaux et sociaux aux familles en France : une mise en perspective internationale	716

Réponse du président du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)	716
Chapitre XI - Les réformes récentes des soutiens publics sociaux et fiscaux aux familles : des transferts massifs entre familles, des enjeux non tranchés	717
Réponse du directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	717
Réponse du président du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)	718
Chapitre XII - Les établissements sanitaires et médico-sociaux du régime général d'assurance maladie : un impératif d'équilibre financier, une stratégie à définir	720
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	720
Chapitre XIII - Les retraites versées à des résidents à l'étranger : des risques spécifiques insuffisamment pris en compte, des outils à adapter	722
Réponse du ministre de l'Europe et des affaires étrangères	722
Réponse du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)	722
Réponse du directeur général de l'Association générale des institutions de retraite des cadres et de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC ARRCO)	724
Réponse du directeur du groupement d'intérêt public union-retraite (GIP Union-retraite)	725
Réponse du directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale	726

Destinataires n'ayant pas fait d'observations

Directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
Directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)
Directeur par intérim du Centre hospitalier de Crest
Directeur général du Centre hospitalier Fontenay-le-Comte
Directeur général de l'Institut de chirurgie guidée par l'image
Président de l'Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (IRCAD)
Vice-présidente de Bristol-Myers Squibb France (BMS)
Présidente de Janssen Cilag
Présidente de Lundbeck

**RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ ET DU MINISTRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS**

Le Gouvernement a pris connaissance avec intérêt du rapport de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Les travaux de la Cour constituent, comme chaque année, une contribution importante à l'élaboration des politiques de protection sociale et au pilotage des finances sociales.

Concernant les perspectives financières de la sécurité sociale, le rapport de la Cour indique clairement que les comptes de la sécurité sociale poursuivent leur redressement, même si les déficits de la branche maladie et du fonds de solidarité vieillesse sont encore élevés. La Cour relève que la réduction des déficits de la sécurité sociale résulte d'une évolution très limitée des dépenses avec une stabilité en euros courants.

Nous regrettons qu'ait pu subsister une divergence avec la Cour s'agissant de la comptabilisation sur l'exercice 2016 d'un produit exceptionnel de CSG, alors que ce sujet avait fait l'objet de nombreux échanges avec la Cour tout au long de l'année 2016 et jusqu'en avril 2017 et qu'il n'a pas été contesté, du fait de sa matérialité objective, par les commissaires aux comptes chargés de la certification des comptes des régimes d'assurance maladie, autres que le régime général, au sein desquels ce produit a été enregistré en premier lieu. Le Gouvernement veillera à l'avenir, si des cas similaires devaient se présenter, à ce que les études d'impact et les tableaux d'équilibre de la LFSS traduisent de manière absolument explicite les intentions du législateur s'agissant de la prise en compte de telles opérations.

Sur le fond, la Cour estime que la réduction du déficit de la sécurité sociale en 2016 correspond à un effort structurel, et considère que de tels efforts doivent être poursuivis dans le cadre plus large du redressement d'ensemble des comptes publics. Le Gouvernement a réaffirmé sa volonté de poursuivre les efforts nécessaires à un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Il présentera dès l'automne une trajectoire de solde dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques et du PLFSS pour 2018 qui intégrera les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre annoncé en insistant sur la maîtrise des dépenses sociales.

La Cour met en évidence les trajectoires divergentes de la sécurité sociale et de l'État, soulignant le rôle joué par les relations financières entre sous-secteurs, et relevant que l'État a transféré près de 27,5 Md€ entre 1999 et 2016, allant ainsi au-delà de la stricte compensation nécessaire à la mise en place des allègements de charges sociales. Il

importe toutefois de ne pas se focaliser de manière excessive sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale et sur le niveau des compensations, qui risquerait de détourner de l'enjeu central du redressement des comptes publics dans leur ensemble.

Nous partageons ainsi les objectifs poursuivis par la Cour dans ses recommandations sur le pilotage financier de la sécurité sociale pour garantir la pérennité du retour à l'équilibre. Nous considérons que les propositions intéressantes et souvent novatrices faites par la Cour s'agissant du pilotage financier de la sécurité sociale pourront utilement servir de base aux travaux qu'entend mener le Gouvernement dans ce domaine. Comme annoncé par le Premier ministre le 4 juillet dans sa déclaration de politique générale, le Gouvernement définira en effet de nouvelles règles permettant de proscrire dans la durée le déficit de nos comptes sociaux. L'instauration de ces règles de pilotage pluriannuel des comptes sociaux s'inscrira par ailleurs dans un schéma plus global tenant compte du devenir de la CADES et des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS.

L'articulation des lois de finances et des lois de financement de sécurité sociale sera renforcée par la proposition de mener une discussion commune sur la partie recettes de ces deux textes, qui rejoint une recommandation réitérée de la Cour. Une meilleure articulation entre les comptes présentés en lois de financement de la sécurité sociale et ceux présentés pour les ASSO doit également être recherchée, même si elle suppose, indépendamment de la question de l'élargissement du champ des lois de financement à l'ensemble de la protection sociale qui paraît une piste intéressante, des travaux techniques complémentaires.

Concernant l'assurance maladie, l'ONDAM a été respecté en 2016 pour la septième année consécutive. Cette maîtrise des dépenses a abouti à l'évolution historiquement la plus faible de l'ONDAM et résulte de la deuxième année de mise en œuvre du plan d'économies triennal 2015-2017.

La Cour conteste l'intégration dans l'ONDAM d'un certain nombre de mesures qui la conduise à mettre en question la sincérité de l'objectif, qu'elle recalcule pour exprimer des taux de progression des dépenses de l'ONDAM supérieurs aux objectifs votés en LFSS.

Nous partageons avec la Cour l'objectif de stabilité dans les règles de construction de l'ONDAM. Si ces règles font d'ores et déjà l'objet d'une annexe détaillée au PLFSS, un renforcement de l'information transmise au Parlement, sous la forme d'une charte comparable à celle existant sur la norme État par exemple, est une piste de réflexion intéressante. Le

Gouvernement ne partage toutefois pas l'analyse de la Cour, en particulier s'agissant de la mobilisation des réserves de la CNSA puisque ces crédits proviennent de crédits de l'ONDAM accumulés les premières années de la CNSA, au cours desquelles l'objectif global de dépenses était systématiquement sous-consommé, sans que cette sous-consommation ne vienne alors diminuer l'exécution des ONDAM.

S'agissant du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FEIP), il faut relever que les évolutions annuelles extrêmement contrastées de ces dépenses, liées aux modalités selon lesquelles ces produits sont mis sur le marché et peuvent être présents, justifient leur inscription dans une stratégie pluri annuelle, les autres postes de dépense, qui ont leur dynamique propre, ne pouvant servir de variable d'ajustement à ces évolutions. S'il est incontestable que le FEIP va conduire à neutraliser dans l'ONDAM une partie, assez faible cependant, de la dépense d'assurance maladie au titre des médicaments innovants, les règles de « gouvernance financière » très strictes prévues par le législateur garantissent que la participation financière de ce fonds sera limitée dans son ampleur et dans le temps et qu'il reconstituera des réserves dès lors que la dépense ralentira. Il convient en outre de rappeler que le fonds a été doté d'un capital de départ de 870 M€ identifié dans le bilan de la CNAMTS (qui s'est vu affectée un produit exceptionnel en provenance du FSV) qui constitue un plafond absolu du concours que pourra apporter le fonds au financement de l'innovation au cours de son existence.

Concernant l'organisation de l'offre de soins médicaux, le Gouvernement partage la préoccupation de la Cour d'améliorer l'accès et l'efficacité de la médecine de spécialité. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé élaborée sous le pilotage de la Ministre des solidarités et de la santé, des travaux techniques sont d'ores et déjà engagés pour expérimenter des mécanismes de paiement global pour la prise en charge efficiente de pathologies chroniques dans une approche pluri-professionnelle et découplée et accompagner des formes innovantes d'organisation des soins médicaux au plus près des territoires. S'agissant de l'installation des médecins, un plan de promotion de l'accès aux soins fera prochainement l'objet de décisions, après des concertations auprès de l'ensemble des acteurs. Concernant la pratique et le niveau des dépassements d'honoraires, les options de pratique tarifaire maîtrisée instaurées par la récente convention médicale depuis 2017 doivent poursuivre leur déploiement et être évaluées notamment pour mesurer leur impact sur les spécialités aux dépassements les plus fréquents et élevés.

Par ailleurs, le Gouvernement souscrit au principe général fixé par la Cour d'une régulation de l'activité chirurgicale fondée sur la qualité, la

pertinence des soins et l'accès aux pratiques innovantes. Il faut noter que le taux de chirurgie ambulatoire connaît une croissance régulière ces dernières années grâce à un panel de dispositifs incitatifs (levier tarifaire, normes organisationnelles, mise sous accord préalable). Cet effort sera poursuivi avec la mobilisation des Agences régionales de santé (ARS) qui pilotent désormais cette transformation de l'offre chirurgicale sur la base d'objectifs chiffrés et partagés avec l'échelon national. De nouveaux dispositifs seront expérimentés notamment les hôtels pour patients afin d'accentuer cette dynamique et faire converger la France vers les taux des pays les plus en avancés dans ce domaine. Pour la mise en œuvre de la gradation des soins chirurgicaux que la Cour appelle de ses vœux à juste titre, les groupements hospitaliers de territoires (GHT) seront mobilisés. Il est, en effet, attendu des projets médicaux de territoire qu'ils favorisent une utilisation optimale des ressources humaines et techniques disponibles ainsi qu'une stratégie commune d'évolution et de positionnement des plateaux techniques. Concernant la politique tarifaire, la Cour préconise un renversement de logique avec l'alignement des tarifs de l'hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces : s'il revêt un caractère incitatif incontestable, ce dispositif consistant à fonder une tarification sur les coûts jugés efficaces (par opposition aux coûts observés dans l'échelle nationale de coût) est très complexe à élaborer, mais demeure une piste prometteuse.

Pour les activités chirurgicales comme pour l'ensemble du système de soins, le Gouvernement partage avec la Cour l'analyse que la télémedecine pourrait être un levier majeur pour une meilleure organisation des soins. Ainsi, le Gouvernement a décidé de sortir du cadre expérimental pour la téléconsultation et la télé-expertise pour développer ces pratiques et leur appropriation par les professionnels de santé, ce qui implique de définir dans le cadre conventionnel de droit commun dans les prochains mois des modalités de tarification proches de celles applicables à la médecine préventive. L'approche expérimentale se poursuit pour la télésurveillance de patients atteints de pathologies chroniques puisque l'efficacité de cette prise en charge, ses modalités d'organisation et sa capacité à réduire le nombre d'hospitalisation pour les patients concernés restent à évaluer.

Concernant la maîtrise des coûts du médicament, la Cour souligne que des efforts d'efficacité substantiels ont été réalisés sur ce champ permettant une quasi stabilité des montants remboursés pour les médicaments en ville. Ce résultat a été obtenu grâce à une adaptation du cadre de la régulation à un contexte en évolution permanente du fait des importantes percées thérapeutiques constatées ces cinq dernières années (création des mécanismes de sauvegarde « Lv », « Lh » et « W »),

renforcement des bases juridiques encadrant la fixation des prix des médicaments, renforcement des positions de négociation du CEPS). Le Gouvernement prendra les mesures nécessaires à la soutenabilité de la dépense et à l'accès de tous aux traitements innovants. À ce titre, nous souscrivons à l'objectif général de dynamisation de la politique du prix du médicament via une action ambitieuse sur les champs des génériques et des biosimilaires, le développement des analyses médico-économiques dans le processus de décision et le renforcement du CEPS, sans nécessairement en modifier le statut actuel qui permet une intégration de l'ensemble des acteurs et une réactivité notable.

S'agissant des dispositifs spécifiques suggérés par la Cour, le Gouvernement rejoint la nécessité de mieux consolider l'objectif d'économie du CEPS, en le fondant sur la dépense effective de l'assurance maladie, c'est-à-dire nette de remises. La mise en œuvre d'une tarification à l'indication pour certains médicaments de la liste en sus, permettrait de rétablir un moyen de recours efficient à ces produits ; il nécessite toutefois d'être testé préalablement car il induit des changements opérationnels importants au sein des hôpitaux et représente une rupture de paradigme quant à la fixation des prix des médicaments en France.

Le Gouvernement partage le constat de la Cour sur la situation du secteur de la distribution et notamment la nécessité de suivre avec vigilance les modalités d'optimisation du réseau des grossistes-répartiteurs et la sécurisation de l'approvisionnement en tout point du territoire. Les grossistes qui développent un modèle économique mieux intégré avec les officines, affichent des résultats économiques satisfaisants sans nécessité de modifier les conditions actuelles de rémunération. L'augmentation de la part de la troisième tranche de la contribution ne paraît pas souhaitable à court terme car elle pourrait déstabiliser certains acteurs avant qu'ils n'aient eu le temps de mener cet effort de rationalisation.

Concernant les pharmacies d'officines, l'avenant à la convention pharmaceutique signé en juillet contient plusieurs dispositions répondant aux recommandations de la Cour et notamment la poursuite de la désensibilisation de la rémunération des pharmaciens au prix du médicament, qui a franchi une étape supplémentaire. Toutefois, tant qu'une partie de la rémunération reste liée au prix du médicament, il ne semble pas souhaitable de revenir sur le dispositif d'égalité des marges du pharmacien entre princeps et génériques, au risque de freiner la progression de la dispensation des médicaments génériques ; les gains d'efficience viendront davantage d'une convergence plus rapide des prix

des produits d'un même groupe générique, ou de la révision des conditions de fixation des prix des génériques comme le suggère la Cour.

S'agissant de la structuration du réseau, le Gouvernement souscrit à la proposition d'accompagner les officines situées en zones sous-denses et dont le maintien est impératif pour l'accès aux médicaments. Au regard de la densité du maillage officinal, il est par ailleurs effectivement souhaitable de favoriser les regroupements dans les zones sur-denses, ceci pour favoriser la viabilité des structures, la qualité du service rendu aux usagers et la conduite des nouvelles missions reconnues aux pharmaciens. Les conséquences d'une ouverture du capital des officines aux non pharmaciens préconisée par la Cour devraient faire l'objet d'études préalables approfondies pour en mesurer les avantages et les inconvénients.

Concernant la branche famille, le Gouvernement a pris connaissance avec intérêt des comparaisons internationales réalisées par la Cour, qui font état de la capacité du système français à prendre en compte de manière équilibrée les objectifs, multiples, qui lui sont fixés.

La Cour dresse par ailleurs le bilan des réformes intervenues récemment, qui ont notamment conduit à un rééquilibrage des comptes de la branche famille tout en renforçant le soutien apporté aux familles à revenus modestes.

La Cour souligne la nécessité de coordonner les différents leviers publics mobilisés en direction des familles. La correction intervenue ces dernières années de la forme de la courbe du soutien selon le niveau de revenus (l'aplatissement de la « courbe en U »), ainsi que la rétrocession à la branche famille des recettes liées à la baisse du plafond du quotient familial montrent que cette coordination existe déjà dans les faits. C'est bien cette articulation entre les différents outils, fiscaux et sociaux, qui est un enjeu pour le pilotage global de la politique familiale et auquel le Gouvernement est très attentif.

Concernant la gestion de la sécurité sociale et notamment les établissements de santé et médico-sociaux du régime général d'assurance maladie, le Gouvernement souscrit pleinement à la recommandation visant à mettre fin aux concours financiers directs consentis aux UGECAM via le FNGA et le FNASS de la CNAMTS. Comme le souligne la Cour, une évolution des conditions de financement des UGECAM a été amorcée dans le cadre de la COG 2010-2013 puis poursuivie au cours de la COG actuelle, se traduisant à la fois par une diminution significative des enveloppes globales accordées par la CNAMTS et par une réduction du périmètre des dotations. Ainsi, l'objectif d'une suppression définitive de

ces concours pourrait intervenir au cours de la prochaine COG 2018-2021.

Sur la réorganisation des établissements sanitaires, il est important de rappeler que la plupart des UGECAM se sont engagées dès 2015 dans une démarche de centralisation des fonctions supports. Dans le cadre du projet de mutualisation de la branche maladie TRAM (Travail en réseau de l'assurance maladie) lancé au cours de la COG CNAMTS 2014-2017, une réflexion a été également engagée sur la faisabilité d'une mutualisation de la paie des UGECAM avec pour objectif l'expérimentation d'une prise en charge d'une UGECAM par un centre national de gestion de la paie de CPAM. S'agissant des achats, des actions ont également été conduites en vue de permettre une meilleure maîtrise de ce poste avec la mise en place d'un schéma directeur des achats, dans le cadre d'une démarche conjointe avec l'UCANSS (marchés d'énergie) et l'assurance maladie (marché national d'assurance).

Cette démarche de mutualisation pour le réseau de l'assurance maladie, qui doit être poursuivie et amplifiée, figurera au rang des principales orientations qui présideront à l'élaboration de la prochaine COG CNAMTS 2018-2021. Les UGECAM apparaissent ainsi comme une composante susceptible de bénéficier de ces évolutions à replacer dans un cadre plus large.

Concernant les retraites versées à des résidents à l'étranger, le Gouvernement partage les constats et recommandations émis par la Cour. S'agissant plus particulièrement de la vérification de l'existence, les échanges dématérialisés de données d'état civil constituent bien le levier le plus efficace pour limiter les risques de falsification et de fraude. C'est pourquoi nous privilégions cette voie et nous poursuivons nos discussions en priorisant les pays à fort enjeu (une mission gouvernementale s'est ainsi rendue en juillet 2017 en Algérie). En parallèle, le Gouvernement soutient les chantiers de dématérialisation et de mutualisation des certificats d'existence engagés par le GIP Union retraite.

Par ailleurs, le Gouvernement s'accorde avec la Cour sur la nécessité de renforcer les contrôles, notamment sur place, mais aussi en encourageant les caisses à mutualiser les prestations de marchés bancaires assortis de clauses de vérification de l'existence afin de limiter les risques et les coûts.

**CHAPITRE V - LA MÉDECINE LIBÉRALE DE SPÉCIALITÉ :
CONTENIR LA DYNAMIQUE DES DÉPENSES, AMÉLIORER
L'ACCÈS AUX SOINS**

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS (CNAMTS)**

Dans son chapitre intitulé « Une priorité donnée à la maîtrise des dépassements d'honoraires sans résultats concluants, malgré un coût très élevé », la Cour dresse un bilan sévère des effets du Contrat d'Accès aux Soins (CAS), que je ne partage pas.

Il est logique que la montée en charge du CAS ait été progressive. L'adhésion étant facultative, il est nécessaire au préalable de convaincre des médecins qui ont choisi d'exercer en secteur 2 afin de pouvoir précisément fixer librement leurs tarifs, de s'engager dans une démarche de maîtrise de leurs dépassements d'honoraires. Dès lors, les taux d'adhésion obtenus après trois années de mise en œuvre, en comparaison notamment de ceux atteints par la précédente option de coordination, apparaissent satisfaisants.

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), qui se substituent au contrat d'accès aux soins, en modifient les dispositions pour permettre une augmentation significative des médecins adhérents, et notamment des médecins chirurgiens et gynécologues obstétriciens : en août 2017, quelques mois après leur entrée en vigueur, 12 522 médecins avaient déjà adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO, dont 2 820 nouveaux adhérents. La montée en puissance de ce nouveau dispositif devrait se poursuivre encore dans les prochains mois.

L'évolution des dépassements d'honoraires constatée depuis 2014 marque une inflexion durable qui n'avait pas eu de précédent au cours des 20 années précédentes. Elle est sans conteste liée en partie à la montée en charge de ces nouveaux contrats. Les données 2016 montrent que la dynamique engagée se poursuit : le taux de dépassement de l'ensemble des médecins continue à baisser en 2016 - passant de 55,4 % en 2011 à 51,9 % en 2016 - et le taux d'activité à tarif opposable des médecins de secteur 2 a augmenté pour s'établir à 37,5 %, contre 32,1 % en 2011.

La Cour recommande une plus grande sévérité en cas de non-respect des engagements contractuels ou de pratique tarifaire excessive.

La convention privilégie une démarche graduée d'information puis d'avertissement des médecins en cas de non-respect, qui néanmoins est allée pour quelques centaines d'entre eux jusqu'à la résiliation du contrat après mise en œuvre d'une procédure contradictoire. Cependant, cette procédure n'a pas été engagée pour certains médecins lorsque le non-respect des engagements résultait d'une modification de leur structure d'activité et non d'une augmentation du taux de dépassement. Par ailleurs, l'aspect incitatif et dissuasif du dispositif PTE a été très efficace puisque l'évolution du taux de dépassement moyen des médecins ciblés par la procédure PTE a baissé de 22 %, l'effectif des médecins ciblés passant de 526 en 2012 à 209 début 2015 et environ 120 en 2016.

Afin d'assurer l'accès de tous à une médecine de spécialité, la Cour recommande d'instaurer un conventionnement sélectif en n'autorisant l'installation que de médecins spécialistes de secteur 1 en zone sur-dotée. Je ne suis pas convaincu de l'opportunité et de l'efficacité de telles mesures coercitives. En revanche, les partenaires conventionnels ont réservé les revalorisations aux médecins s'inscrivant dans une démarche de maîtrise tarifaire : ainsi 94 % des revalorisations bénéficieront aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 engagés dans une pratique de modération tarifaire (CAS jusque fin 2016, OPTAM ou OPTAM-CO à partir de 2017).

Comme le souligne la Cour, les différents outils pour favoriser l'installation et le maintien de l'exercice en zones sous-denses doivent être évalués mais il est encore trop tôt pour mesurer l'impact d'un certain nombre d'entre eux dont les quatre nouveaux contrats incitatifs mis en place dans la nouvelle convention médicale. Il faut par ailleurs promouvoir l'exercice coordonné sous toutes ces formes (Maisons de santé, centre de santé, équipe de soins primaires (ESP), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), recours à des plates formes d'appui pour les parcours complexes) qui facilite l'accès aux soins et constitue un facteur d'amélioration de la prise en charge. L'assurance maladie par le vecteur des accords conventionnels valorise ces démarches : accord conventionnel interprofessionnel pour les structures, accord national des centres de santé, valorisation pour l'appartenance à des CPTS, ESP notamment dans la convention médicale.

Enfin, le développement de la télémedecine peut également répondre à ces problématiques d'accès aux soins, et la réouverture de négociations conventionnelles sur ce sujet permettra une inscription plus large d'actes de télémedecine dans le droit commun. Toutes ces réflexions sont au cœur des échanges qui ont lieu actuellement entre les différents

acteurs concernés dans le cadre de la préparation du plan ministériel pour renforcer l'accès aux soins et lutter contre les déserts médicaux.

Prenant l'exemple de l'Allemagne, la Cour recommande (recommandation n° 20) d'expérimenter un mécanisme d'enveloppe globale et modulable de dépenses de soins de spécialité par patient, notamment pour la prise en charge de pathologies chroniques. Des réflexions sont en cours pour mettre en place des expérimentations de tarification incitative au parcours de soins, notamment pour les patients atteints d'affection de longue durée, et à l'épisode de soins, liant les rémunérations de plusieurs professionnels, en particulier du secteur de la ville et de l'hôpital. Ces expérimentations pourraient permettre aux acteurs volontaires et par appel à projets, de déroger aux règles de financement actuelles par un intéressement collectif selon l'atteinte de résultats en matière de performance qualitative et économique. Cela permettrait, le cas échéant, un mode de paiement innovant et incitatif à la performance pour des épisodes de soins de chirurgie ciblés et s'appliquant à des acteurs volontaires participant à l'expérimentation.

**CHAPITRE VI - LES ACTIVITÉS CHIRURGICALES :
RESTRUCTURER L'OFFRE DE SOINS POUR MIEUX ASSURER
LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE**

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS (CNAMTS)**

La CNAMTS partage pour l'essentiel les analyses et les recommandations de la Cour concernant le nécessaire affermissement des conditions d'exercice et d'organisation des activités de chirurgie.

Si l'organisation des activités de chirurgie relève des compétences de la DGOS, l'Assurance maladie fait le constat également de leur dispersion excessive, et souhaite à cet égard une application renforcée des seuils d'activité en chirurgie et l'aboutissement de la réforme des autorisations engagée par la DGOS.

La nécessité de développer la chirurgie ambulatoire est totalement partagée par l'Assurance maladie comme le démontrent les actions menées depuis 2010 dans le cadre de sa politique de mise sous accord préalable et de tarification. Ces leviers ont démontré leur efficacité au vu du rattrapage de taux d'ambulatoire observés, notamment dans le secteur public, et des effets directs et durables sur les modes de prise en charge au sein des établissements concernés. L'Assurance maladie souhaite renforcer ces actions par l'accompagnement des professionnels, l'implication renforcée des sociétés savantes et l'utilisation de techniques d'analyses médicalisées et d'évaluation de potentiel.

Les innovations organisationnelles mentionnées par la Cour (centres autonomes, hôtels hospitaliers) sont par ailleurs suivies avec attention par l'Assurance maladie, qui propose dans son rapport Charges et produits 2018 (propositions 24 à 27) un cadre plus souple et dynamique pour l'appui, l'évaluation et la diffusion de ces dispositifs innovants.

La responsabilisation des établissements et des chirurgiens sur la pertinence des interventions est une orientation forte de l'Assurance maladie. Ainsi, les campagnes de MSAP menées depuis 2013 sur la chirurgie bariatrique ont concerné une centaine d'établissements (et non une dizaine en 2015 comme indiqué dans le rapport) et permis que plus de 300 prises en charge non conformes soient revues.

En dépit des avancées réalisées avec la mise en place des PAPRAPS, l'Assurance maladie souhaite que la pertinence des soins

bénéficie de moyens à la hauteur de ces enjeux, et une réflexion sur les méthodes et actions paraît nécessaire dans le cadre d'un pilotage coordonné avec la HAS et la DGOS.

La mise en place du CAQES représente une réelle opportunité pour promouvoir la pertinence des soins, et il faut souhaiter que des mécanismes d'intéressement des établissements et des professionnels puissent être mis en place rapidement dans un cadre cohérent et lisible de tous. Le CAQES peut être l'occasion de reprendre et d'adapter le mécanisme de dégressivité tarifaire dont la Cour souligne les limites. En cas de non tenue des engagements du CAQES, appliquer une dégressivité tarifaire en lieu et place de l'actuel dispositif de sanction pourrait représenter un mécanisme de régulation dissuasif.

La CNAMTS approuve l'accent mis par la Cour sur la nécessité d'une formation renforcée aux nouvelles pratiques professionnelles et organisationnelles. Les doyens de facultés de médecine, l'Ordre des Médecins et l'Assurance maladie doivent y contribuer dans le cadre de la gestion du DPC, en lien étroit avec les sociétés savantes.

Enfin, si la CNAMTS partage l'objectif d'efficience d'un alignement des tarifs de l'hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces, elle souligne le risque d'une dégradation de la prise en charge des patients en hospitalisation conventionnelle. En effet, dès lors que le virage ambulatoire est mis en œuvre, les patients les plus lourds, les plus dépendants sont en hospitalisation conventionnelle et nécessitent un temps soignant supérieur à celui des patients en ambulatoire. Aussi, la CNAMTS propose plutôt un alignement des tarifs d'hospitalisation complète sur les établissements les plus efficaces en termes d'organisation et de virage ambulatoire.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
(HAS)**

De manière générale, la Haute Autorité de santé tient à souligner qu'elle souscrit aux observations et propositions des extraits transmis sur les activités chirurgicales, la télémedecine et la fixation du prix des médicaments.

Chapitre VI, C, 1 - « Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charges »

La Cour souligne le « levier pertinent de mise à jour des pratiques professionnelles » que constitue l'accréditation.

La HAS souhaite appuyer la nécessité de renforcer l'accréditation. Ce renforcement peut passer par l'accroissement des exigences attendues de chaque médecin, par la généralisation du dispositif ainsi que par l'incitation à l'accréditation en équipes.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS**

En illustration des innovations en chirurgie, l'AP-HP est citée en exemple. Je vous confirme que cette présentation des actions et des projets menés par l'AP-HP en matière d'innovations en chirurgie est exacte, et significative des orientations prises ces dernières années, notamment en matière de priorisation dans l'affectation des ressources.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR
DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS**

Ce constat appelle de ma part les observations suivantes. Le centre hospitalier de Givors ne dispose plus depuis 2007 d'autorisation de chirurgie. En revanche, la présence d'une maternité de niveau 1, réalisant en 2015 1053 accouchements, exige la proximité immédiate d'un bloc opératoire afin d'assurer une qualité et une sécurité de prise en charge optimales, dans le respect des dispositions des décrets relatifs à la périnatalité. La présence d'un bloc opératoire est justifiée par l'urgence obstétricale et gynécologique, dans les situations de césarienne comme d'hémorragie de la délivrance, afin de réduire les risques de morbidité et

de mortalité. En l'occurrence 164 actes sur les 309 concernent des césariennes selon les GHM 14C08-14C06.

Néanmoins, les autorisations d'activité obstétricale laissent la possibilité de développer une activité de chirurgie gynécologique dans un double objectif. Il s'agit d'une part d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles afin de garantir l'efficacité de nos structures de soin. Il s'agit d'autre part de déployer une activité de proximité qui répond aux besoins de la population en limitant les délais d'attente, comme le révèlent les indicateurs de suivi ainsi que l'analyse détaillée du recueil PMSI.

Cette activité répond strictement aux exigences de sécurisation des prises en charge, tant au regard des compétences des praticiens et professionnels de santé, qu'au regard des locaux, et des processus de gestion des risques.

C'est pourquoi, en complément du rapport suscité, il est indispensable d'apporter ces nuances aux fins de complétude et de compréhension de l'analyse.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER JEAN COULON

HISTORIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE GOURDON

À la suite de la fermeture de la maternité en 2004 et de la chirurgie conventionnelle en 2008 (1 M d'euros de déficit annuel), le service de chirurgie ambulatoire a été créé avec l'autorisation de deux lits de chirurgie et trois lits de médecine. Il n'est donc pas envisageable d'analyser ce service que sous un aspect comptable d'activité en chirurgie comme le montrent les nombreuses activités de spécialités médicales et chirurgicales amenées depuis la création de ce service ainsi qu'en terme de services rendus à une population isolée et âgée.

Périmètre concerné :

Le périmètre comprend les séjours de chirurgie (GHM en C) hors CM1) 14 et 15 et les séjours de sept racines complémentaires (périmètre élargi depuis 2013) :

- 03K02 : Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ;

- 05K14 : Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05 séjours de moins de deux jours ;
- 11K07 : Séjours de la CIMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire ;
- 12K06 : Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire ;
- 09Z02 : Chirurgie esthétique ;
- 14Z08 : Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de trois jours ;
- 23Z03 : Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les données de l'ATIH pour le taux de recours à la chirurgie ambulatoire sont de 49,8/1000 habitants (positionnement départemental) en 2015 pour un taux de recours global à la chirurgie de 94/1000. Le taux du CHG est de 99,9 % et pour cause car seul établissement à être un centre de chirurgie ambulatoire indépendant. La zone de chalandise de la région de Gourdon est de 20 000 habitants, soit une potentialité d'activité de 980 séjours.

Il est à rappeler que les périmètres 2015 et 2016 ont évolués : 515 en 2015, 529 en 2016 sans prendre en compte les données du nouveau périmètre de la chirurgie ambulatoire suscitées. Les chiffrages actualisés nouveau périmètre de l'Agence Technique d'Information de l'Hospitalisation (ATIH) sont de 697 en 2015 et de 723 en 2016.

L'activité médicale :

Les consultations de spécialités sont de :

- 425 CS en pneumologie ;
- 125 CS en néphrologie ;
- 132 CS en infectiologie ;
- et surtout 1989 CS (plus 66 internes) en gastro-entérologie ;
- à noter 83 CS de phlébologie (552 en 2016).

L'activité chirurgicale :

Même si le champ de l'endoscopie n'est pas comptabilisé en activité de chirurgie ambulatoire, l'expertise nécessaire à sa réalisation nous paraît importante : l'investissement ne saurait être sous-estimé quand on compare les cinq minutes nécessaires à l'arrachage des végétations sur un

enfant ASA 1 aux trente minutes imposées par une coloscopie simple chez une personne âgée ASA 3.

Les actes d'endoscopie sont de 926 en 2015 sous anesthésie générale et de 213 actes sous anesthésie locale soit un total de 1139 actes d'endoscopie pour un total de 1995 CS de gastro-entérologie.

L'activité de chirurgie ambulatoire totalise 772 actes sous anesthésie générale et 418 anesthésies locales associées à 278 injections intra-vitréennes (IVT pour DMLA). Ceci est rendu possible par la réalisation de 4178 CS de chirurgie toute spécialité et de 1841 CS d'anesthésie.

En conclusion :

L'analyse de l'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire de Gourdon ne saurait être sortie de son contexte médico-chirurgical, de son statut unique de chirurgie ambulatoire autonome ainsi que de son isolement géographique singulier.

Références :

*<http://www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire>
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf*

**RÉPONSE DU DIRECTEUR
DU CENTRE HOSPITALIER DE GUEBWILLER**

Les auteurs du rapport s'inquiètent de la qualité et de la sécurité des soins prodigués dans ces établissements ainsi que de l'impact négatif de la dispersion des ressources humaines, dans un contexte de démographie médicale et paramédicale contrainte.

Si le Centre Hospitalier de Guebwiller (CHG) est cité dans cette liste, la situation de notre établissement va à l'encontre, pour ce qui le concerne, du diagnostic posé. En effet, en 2009 et afin de dynamiser le plateau d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, a été créée une fédération interhospitalière de chirurgie et des urgences du territoire de santé 3, entre les Hôpitaux Civils de Colmar (HCC) et le CH de Guebwiller, établissements en direction commune depuis 2001. La complémentarité dans le domaine chirurgical entre l'hôpital de référence colmarien et l'établissement de proximité guebwillerois s'est progressivement renforcée, et s'est traduite en 2007 par l'arrêt de la chirurgie à temps complet au

profit d'une activité assurée exclusivement en ambulatoire, par des chirurgiens mis à disposition par les Hôpitaux Civils de Colmar, aujourd'hui dans huit disciplines (orthopédie, chirurgie orale, urologique, viscérale, vasculaire, ORL neurochirurgie, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique). Dès lors, en termes de compétences et de sécurité, les opérateurs ne pratiquent au CHG que des gestes qu'ils maîtrisent et qui répondent aux critères d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire. Parallèlement, les opérations plus complexes - en hospitalisation à temps complet - sont réalisées au sein des plateaux opératoires des HCC. Dans ce contexte la moyenne par typologie d'actes, telle que présentée pour le seul Centre Hospitalier de Guebwiller, n'a pas de sens.

La répartition des activités entre les deux établissements simplifie le contact avec la population du bassin de vie de Guebwiller, qui voit les chirurgiens en consultations avancées à l'hôpital de Guebwiller, peu importe le lieu de leur opération.

À partir de 2013, toujours grâce à la collaboration étroite avec les Hôpitaux Civils de Colmar qui ont ainsi transféré des activités vers cette zone de proximité, le Centre Hospitalier de Guebwiller a pu répondre aux demandes de l'agence régionale de santé d'Alsace dans le cadre du renouvellement de l'autorisation de cette activité pour 5 ans, et l'amener à l'excédent, afin qu'elle contribue pleinement au redressement économique de l'établissement, aujourd'hui proche de l'équilibre budgétaire.

Au total, si en 2015, le nombre de prises en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire a été de 1 147 (697 RSS en C et 450 en K ou M), il a progressé de 25 % en 2016 pour atteindre 1 435 séjours (867 RSS en C et 568 RSS en K ou M). La dynamique impulsée se poursuivant, la tendance pour 2017 est de 1 550 séjours (940 RSS en C et 610 RSS en K ou M).

Le taux d'occupation des trois salles est aujourd'hui à l'optimum. Cinq créneaux opératoires supplémentaires ont été ouverts depuis 2013, pour les porter à quinze aujourd'hui. À ce jour ces créneaux sont attribués à 93 % et ils le seront à 100 % d'ici la fin de cette année. Les activités réalisées se sont étendues et diversifiées entre 2013 et 2017 par le renforcement de deux disciplines historiquement présentes et le démarrage de six autres.

Le redressement budgétaire du Centre Hospitalier de Guebwiller, par le soutien des Hôpitaux Civils de Colmar, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire 11 — Centre Alsace, illustre ce que doit être le modèle économique de l'hôpital de proximité et fait la démonstration de son organisation efficiente :

- une activité de médecine d'urgence, complétée par un plateau technique d'imagerie ;
- des lits de médecine ;
- des lits de soins de suite et de réadaptation ;
- des activités ambulatoires organisées avec l'hôpital de référence (anesthésie et chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, centre périnatal de proximité, consultations avancées dans 19 disciplines médicales et chirurgicales spécialisées).

Cet ensemble, qui se tient économiquement, articulé avec l'hôpital de référence, représente un tout cohérent, proposant en proximité à la population du bassin de vie une offre en santé étendue, graduée et organisée. La qualité et la sécurité des prises en charges ont été reconnues par la Haute Autorité de santé par une certification de niveau B, obtenue en septembre 2015 dans ce format d'activités, incluant donc les activités à risques réalisées au bloc opératoire.

Les consultations avancées dans les spécialités médicales et chirurgicales concernées, ne sont possibles et économiquement viables qu'en complémentarité avec une activité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire.

Cette offre de santé est donc tout à fait opportune dans un bassin de population où la question de la démographie médicale libérale est problématique, le bassin de Guebwiller étant considéré comme « défavorisé » en termes de démographie selon la cartographie 2016 publiée par le Conseil national de l'ordre des médecins.

En conclusion, l'activité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier de Guebwiller, complétée par des consultations avancées spécialisées organisée à partir des Hôpitaux Civils de Colmar, établissement support du groupement hospitalier de territoire Centre Alsace, enrichit l'offre de soins de proximité proposée à la population du bassin de vie de Guebwiller dans un contexte de pénurie de l'offre médicale libérale, dans le respect des objectifs de qualité et de sécurité des soins reconnus par la Haute Autorité de santé, et contribue à rendre viable le modèle économique de l'hôpital de proximité.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC

L'extrait communiqué s'insère dans les subdivisions suivantes : chapitre VI « les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge », « 1 - Une activité croissante, marquée par de fortes disparités territoriales et toujours très dispersée malgré des capacités en recul » C - Des sites opératoires toujours dispersés malgré la réduction globale des capacités », « 2 - Un nombre de sites de chirurgie qui ne se réduit pas ». Il comporte 29 lignes réparties en quatre paragraphes.

J'ai bien noté le caractère strictement confidentiel du document transmis et le rappel aux dispositions de l'article 226-13 du code pénal qui clôt votre courrier d'accompagnement. Cette disposition appelle de ma part l'expression d'un regret. En effet, la question évoquée dans l'extrait du rapport aurait permis un éclairage de qualité en faisant l'objet d'une transmission élargie, en particulier à la Fédération Hospitalière de France et aux pouvoirs publics en charge de la santé, notamment les agences régionales de santé — dont les missions figurent à l'article L.1431-1 du code de la santé publique - et à la Haute Autorité de santé.

Les observations ci-après s'attachent aux thèmes abordés par le rapport :

- le volume de l'activité, sa dispersion alléguée ;*
- la qualité et la sécurité des soins ;*
- l'organisation de l'offre de santé sur le territoire et son évolution.*

Concernant, en premier lieu, l'activité du Centre Hospitalier de Jonzac, je crois utile de vous communiquer les données d'activité 2016.

Pour les exercices 2015 et 2016, le nombre de séjours de chirurgie « GHM en C » avec ou sans acte d'anesthésie s'établit comme suit :

Années	Total nombre de séjours 0 nuit	Nombre de séjours 0 nuit avec acte anesthésie	Nombre de séjours > 0 nuits	Nombre de séjours > 0 nuits avec acte anesthésie	Total nombre de séjours	Nombre de séjours avec acte anesthésie
2015	727	463	897	829	1624	1292
2016	888	510	867	781	1755	1291

Il convient de mettre en évidence certains séjours (avec acte d'anesthésie) :

- Chirurgie digestive majeure : 53 en 2015, 62 en 2016 ;
- Hernies : 119 en 2015, 119 en 2016 ;
- Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou) : 169 en 2015, 119 en 2016 ;
- Amygdalectomies, VG, drains transT : 109 en 2015, 163 en 2016 ;
- Chirurgie du membre supérieur hors prothèses : 71 en 2015, 64 en 2016.

Il semble également utile de mentionner certains séjours (avec ou sans acte d'anesthésie) :

- Cataractes : 265 en 2015, 318 en 2016 ;
- Autres chirurgie ORL : 53 en 2015, 50 en 2016 ;
- Chirurgie main, poignet : 104 en 2015, 85 en 2016.

En 2016, l'activité du bloc opératoire progresse de 5,28 % avec 2069 actes pour 418 371 ICR produits (- 2,41 %).

Il convient également de mentionner l'activité du bloc endoscopique qui s'établit à hauteur de 1767 actes (+ 7,61 %) pour 103 511 ICR produits (+ 6,06 %) dont 705 coloscopies, 501 fibroscopies gastriques et 73 fibroscopies bronchiques.

Au regard, en deuxième lieu, de la qualité et la sécurité des soins, il convient de rappeler que le Centre Hospitalier de Jonzac présente un très faible nombre de réclamations et de plaintes impliquant les services de chirurgie. L'approche du rapport, selon lequel « l'activité d'un grand

nombre d'établissements se répartit (...) entre une large gamme d'interventions distinctes, avec une fréquence réduite pour chacune d'entre elles, au détriment de la répétition du geste opératoire (...) soit [pour celui de Jonzac (Charente Maritime)] 1625 réparties entre 125 types distincts, soit 13 en moyenne », apparaît trop globale pour fonder une analyse susceptible de conduire à des conclusions pertinentes en terme de qualité et de sécurité des soins.

La répartition des interventions en types distincts doit être tempérée par la prise en considération de la coopération inter-hospitalière. À titre d'exemples :

- les interventions relevant de l'urologie sont effectuées par des chirurgiens du Centre Hospitalier de Saintes qui sont mis à la disposition du Centre Hospitalier de Jonzac quelques demi-journées par semaine. L'activité représente 27 GHM en C avec acte d'anesthésie en 2015 et 70 GHM en C avec acte d'anesthésie en 2016. L'activité de ces chirurgiens ne saurait par conséquent concourir à la démonstration du rapport ;*
- les interventions précitées d'ophtalmologie sont également le fait de praticiens qui partagent leur activité entre plusieurs sites, ce qui contribue à infirmer le raisonnement « par la moyenne » du rapport.*

Le Centre Hospitalier de Jonzac ne rencontre pas de difficultés pour attirer des chirurgiens de grande qualité, contrairement à ce que semble affirmer l'extrait du rapport.

Ces constats conduisent, en troisième lieu, à évoquer l'organisation de l'offre de santé sur le territoire et son évolution. En effet, conformément à la loi de santé et à ses textes d'application, les hôpitaux achèvent actuellement la formalisation de projets médicaux partagés établis dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire et en lien avec les Centres Hospitaliers Universitaires. Les projets mettent fortement l'accent sur l'organisation de l'accès aux soins et en particulier sur le recours aux soins de chirurgie. Les approches en termes de filières de soins et de parcours des patients permettent d'articuler les missions respectives des hôpitaux de proximité et de recours (établissements « support ») mais également des Centres Hospitaliers Universitaires.

Cette problématique est particulièrement saillante dans la situation du Centre Hospitalier de Jonzac, seul établissement offrant un tel niveau de prise en charge entre le Centre Hospitalier de Saintes et les Hôpitaux de Gironde.

Doté d'un service d'accueil des urgences et d'un S.M.U.R., l'Établissement doit également disposer de capacités de prise en charge des patients en chirurgie au-delà de l'activité programmée.

Soucieuse de proximité et d'accès aux soins dans le respect du principe d'égalité, cette démarche territoriale s'accompagne d'une volonté forte de renforcement de la qualité et de la sécurité des soins. A l'inverse, la mise en application d'une vision centrée sur la réduction du nombre de sites opératoires ferait courir des risques sanitaires à la population.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR

Je souhaitais préciser que le Centre Hospitalier de Lavar a fermé son service d'hospitalisation complète de chirurgie le 30 avril 2009. Depuis ce jour, notre service de chirurgie est exclusivement dédié à la prise en charge ambulatoire des patients.

Activité sur les trois derniers exercices :

Année	GHM en "C"
2016	330
2015	317
2014	338

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE COGNAC

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac ne dispose pas d'autorisation d'activité de chirurgie. Il n'y a donc pas de service de chirurgie installé au Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac.

Néanmoins, il existe un partenariat entre l'établissement et :

- *la Clinique de Cognac (qui possède une autorisation d'activité de chirurgie) dans le cadre d'une convention de service public pour les*

patients se présentant aux urgences et relevant de la discipline de chirurgie ;

- *d'autres partenaires chirurgicaux.*

Dans ce cadre-là, des séjours sont réalisés dans l'établissement où ont été pratiqués des actes classant de chirurgie notamment pour des prestations inter établissement. Dans le case mix de l'établissement en 2015, 624 séjours chirurgicaux ont été enregistrés.

**RÉPONSE COMMUNE DE LA DIRECTRICE ET DU GÉRANT
ET PRÉSIDENT DE LA CLINIQUE AMBULATOIRE CENDANEG
DE PRÉVESSIN-MOËNS**

- *Notre établissement strictement ambulatoire a été créé en 1998 et jusqu'en 2009, il ne réalisait que des endoscopies digestives avec ou sans anesthésie. Ce n'est qu'en 2009 que l'activité chirurgicale « GHM en C » est débutée suite à l'installation de chirurgiens libéraux dans le Pays de Gex ;*
- *seul établissement de santé dans un secteur géographique enclavé, notre activité chirurgicale « GHM en C » n'est qu'ambulatoire et ne concerne que des actes de courte durée et permettant un retour rapide des patients à leur domicile. En effet, l'organisation de l'établissement ne permet pas, sauf situation exceptionnelle, de garder les patients plus de quelques heures. Notre créneau d'activité est donc étroit mais nous répondons à un réel besoin de proximité pour une population locale de 80 000 habitants éloignée des plus proches établissements de santé, tous situés en Haute-Savoie ;*
- *les séjours chirurgicaux (« GHM en C ») ne représentent que le tiers de notre activité, qui comprend par ailleurs une très forte activité d'endoscopie digestive et urologique : au total, nous prenons en charge plus de 2 000 patients par an. Ce volume d'activité est tout à fait significatif, au regard de notre capacité (deux places ACA) ;*
- *l'utilité de notre établissement dans l'offre régionale de soins, et sa conformité aux conditions techniques de fonctionnement sont approuvées par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui vient de renouveler notre autorisation ACA d'une part (19/05/2017), et chirurgie esthétique d'autre part (28/03/2017). Notre établissement est certifié A par la HAS depuis 2005. La version V2014 est actuellement en cours : les experts-visiteurs ont audité notre établissement en février*

2017 et nous attendons la décision de la HAS, dans le courant de l'été. Par ailleurs, l'établissement souscrit à toutes ses obligations réglementaires et ne déplore aucune suite opératoire grave ou maladie nosocomiale, depuis plusieurs années.

En ce qui concerne le volume d'activité indiqué dans votre annexe, il convient également d'apporter quelques commentaires. Le chiffre de 498 séjours chirurgicaux en 2015, doit être mis en perspective, d'un certain nombre de facteurs, à la fois conjoncturels et structurels.

- en 2015, nous avons dû faire face à une interruption d'exercice de plusieurs mois, d'un de nos praticiens, ce qui explique une baisse relative de notre activité chirurgicale sur cette année-là (voir nos statistiques d'activité ci-dessous).
- jusqu'en 2015, la chirurgie ne représente que 25 % de notre activité. Cependant, en 2016, nous avons enregistré une très forte progression de ces spécialités. En 2017, cette progression se poursuit, en lien avec le fort développement démographique de notre bassin et l'installation, dans le Pays de Gex, d'autres chirurgiens libéraux. Ainsi, dès l'année 2017, nous serons au-dessus de la barre des 750 séjours annuels, indiqués dans votre rapport. À fin mai, nous avons déjà enregistré 332 GHS, alors même que les nouveaux partenaires commencent à peine leur activité. À terme, les actes chirurgicaux devraient atteindre 900 GHS par an ;
- cette progression nous semble tout à fait en phase avec la politique de développement de l'ambulatorie mise en œuvre par les autorités.

Evolution de l'activité

ACTIVITES	2013		2014		2015		2016		Prévisionnel 2017	
	GHS	SE	GHS	SE	GHS	SE	GHS	SE	GHS	SE
Dr P.B	720	117	733	122	665	123	686	143	700	150
Dr Ph.F	760	82	757	101	754	114	796	137	800	140
Dr M.S		69		70		89	1	103		110
s/t endoscopie	1480	268	1490	293	1419	326	1483	383	1500	400
Dr J.B	123		136		178		214			
Dr T.H	202	3	286		180		292	6		
s/t ophtalmologie	325	3	422	0	358	0	506	6	650	0
Dr M.C	101		113		140		163			

ACTIVITES	2013		2014		2015		2016		Prévisionnel 2017	
	GHS	SE	GHS	SE	GHS	SE	GHS	SE	GHS	SE
Dr S.R	5									
s/total chir. Réparat.	106	0	113	0	140	0	163	0	190	0
Total GHM en « C »	431		535		498		669		840	
TOTAL HOSPIT.	1911	340	2025	363	1917	415	2153	492	2340	510
Nombre de patients	2251		2388		2332		2645		2850	
	2,2 %		6,1 %		-2,3 %		13,4 %		7,8 %	

En conclusion :

- notre établissement présente toutes les garanties de qualité et de sécurité des soins, validées par nos autorisations et certifications ;
- notre activité chirurgicale répond :
 - à un besoin de proximité de la population locale, en forte croissance, et très excentrée par rapport aux autres établissements de santé ;
 - aux activités professionnelles des chirurgiens installés sur le secteur depuis quelques années ou plus récemment ;
 - à la politique nationale de développement de l'ambulatoire.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE
DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-TROPEZ**

Le Centre Hospitalier de Saint-Tropez ne dispose pas d'autorisation pour une activité de chirurgie, celle-ci étant accordée à la Clinique Chirurgicale du Golfe dans le cadre du partenariat public-privé qui a prévalu à la construction du Pôle de Santé du Golfe de Saint-Tropez.

L'activité recensée en séjours chirurgicaux, correspond aux GHM (Groupes Homogènes de Malades) de la maternité pour les actes de césariennes et d'IVG, cette activité étant réalisée dans les locaux de la Clinique Chirurgicale mis à disposition par convention.

Il est donc normal que le Centre Hospitalier ne réalise pas le nombre de séjours planchés.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DÉLÉGUÉE
DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE**

Le centre hospitalier de Saint Yrieix apparaît plus précisément dans le chapitre VI intitulé « les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge ».

Dans une annexe figure la liste des établissements de santé en activité en 2017 dont les services de chirurgie ont réalisé moins de 750 séjours en 2015.

Le centre hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche a en effet réalisé 348 séjours en 2015 classés dans un groupe homogène de malades chirurgicaux (GHM en « C » conformément au guide méthodologique du PMSI⁶³⁸) dont je vous prie de bien vouloir trouver le détail ci-dessous :

⁶³⁸ Programme de Médicalisation des Systèmes d'information

Période : Année complète 2015

<i>Class.</i>	<i>GHM</i>	<i>Libellé</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Jours PMSI</i>	<i>DMS PMSI</i>
11G	02C051	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1	2	0,57 %	2	1,00
11F, 11G	02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	342	98,28 %	0	0,00
11G	05C152	Poses d'un simulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 2	2	0,57 %	21	10,50
11G	11C111	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, niveau 1	1	0,29 %	14	14,00
11G	11C113	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, niveau 3	1	0,29 %	19	19,00
		Total	348		56	

Je me permets d'attirer votre attention sur le fait que dans 98,85 % des cas, il s'agit d'interventions de la cataracte réalisées en hospitalisation de jour (à l'exception de deux patients pour lesquels la surveillance au domicile était jugée insuffisante en cas de complication).

Il convient de noter que l'établissement ne dispose d'aucune autorisation d'activité de chirurgie et que ces actes sont réalisés au sein du bloc opératoire du centre hospitalier de Saint-Yrieix dans le cadre d'une délégation accordée par le CHU de Limoges (les deux établissements sont par ailleurs liés par une convention de direction commune et par la constitution d'un GHT⁶³⁹ ayant pour établissement siège le CHU de Limoges et dont le Centre hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche est membre).

Il s'agit ici de proposer une offre de proximité dans un bassin de population dont l'âge moyen est particulièrement élevé tout en bénéficiant de la présence d'un praticien ophtalmologue qui exerce en temps partagé également avec le CHU de Limoges. Le dépistage du besoin est en outre assuré sur place par une équipe de spécialistes qui assurent un nombre important de consultations en ophtalmologie (9 017 patients en 2015 et 10 403 en 2016).

Cette activité permet par ailleurs d'optimiser le temps de présence de l'anesthésiste rendu nécessaire par les activités de bloc non chirurgicales et donc absentes de ce recensement telles que les endoscopies

⁶³⁹ Groupement Hospitalier de Territoire

digestives sous anesthésie (cette activité est également réalisée par un gastro-entérologue exerçant en temps partagé avec le CHU de Limoges). Bien que d'un volume modeste, ce dispositif trouve son sens dans la facilité d'accès pour une population à dominante âgée dans un environnement rural (Sud de la Haute-Vienne, Nord de la Dordogne et Ouest la Corrèze) à une offre de soins proche et qui évite par ailleurs des coûts à l'assurance maladie via l'économie des frais de transports sanitaires à destination des établissements les plus proches proposant cette activité (le centre hospitalier Jacques Boutard se trouve à quarante-cinq minutes des hôpitaux et cliniques de Limoges et plus d'une heure des centres hospitaliers de Brive-la-Gaillarde et de Périgueux).

Concernant les deux séjours relatifs à la pose d'un stimulateur cardiaque, si les hospitalisations qui en découlent sont bien effectuées au sein du service de médecine à orientation cardiologique du centre hospitalier de Saint-Yrieix, l'acte chirurgical est exécuté au CHU de Limoges dans le cadre d'une hospitalisation de moins de 48 heures avec retour dans l'établissement d'origine à l'issue.

Enfin, les deux séjours relatifs à des lithiases urinaires correspondent à l'admission de patients en aval du CHU de Limoges dans le cadre d'une filière d'aval post-opératoire établie par convention avec le service d'urologie du CHU de Limoges, établissement où sont ici aussi réalisées les interventions.

Soucieuse d'éclairer l'analyse pouvant être portée sur les données présentées dans le rapport au sein duquel l'hôpital de Saint-Yrieix-la-Perche est cité, je me permets d'insister tout particulièrement sur le fait que l'établissement ne dispose d'aucune autorisation d'activité de chirurgie dont il a accepté la fermeture depuis bientôt quinze ans en intégrant la nécessité de recomposer son offre de soins et en établissant des partenariats structurés avec des établissements de référence. Tous les séjours décrits ici s'inscrivent pleinement dans cette logique et dans les politiques de santé impulsées par les pouvoirs publics (virage ambulatoire, filières de soins au sein des GHT, plans d'économies sur les transports, ...).

**RÉPONSE DU DIRECTEUR
DU CENTRE HOSPITALIER SAINTE FOY**

Le nombre de séjours chirurgicaux inscrits au titre de l'exercice 2015 dans le Rapport est de 675 groupes homogènes de malades (GHM) côtés en C. Ce nombre est inférieur au seuil de séjours réalisés par un service de Chirurgie fixé à 750 séjours par an.

*En réalité, le Centre Hospitalier Sainte Foy a réalisé **849 séjours de Chirurgie gynécologique en 2015 et 872 séjours de chirurgie gynécologique en 2016** dans ses blocs opératoires.*

La différence provient du fait que le Rapport ne prend en compte que les actes effectués en hospitalisation complète, c'est-à-dire, les actes codés en C ; alors que le service de Chirurgie réalise également des actes dits « sans nuitées » côtés en K, ainsi que de l'orthogénie instrumentale (IVG).

Aussi, non seulement le Centre Hospitalier répond aux exigences du Décret de périnatalité de 1998 qui stipule que : « le secteur de naissance dispose d'au moins une salle d'intervention de chirurgie obstétricale »⁶⁴⁰ afin d'assurer une prise en charge sécurisée des parturientes. Mais le seuil de 750 actes de Chirurgie est dépassé chaque année en raison des interventions ne nécessitant pas une hospitalisation complète et qui ont tendance à se développer afin de rendre les blocs opératoires plus efficaces.

Pour l'année 2015, le nombre d'actes de chirurgie gynécologique se décomposent donc de la manière suivante :

- césariennes : 263 séjours (230 en 2016) ;*
- actes de chirurgie en hospitalisation complète : 412 séjours (433 en 2016) ;*
- actes de chirurgie en « ambulatoire » (ex : résection endo-utérine, hystéroscopie, abrasion de la muqueuse...) : 118 séjours (134 en 2016) ;*
- IVG instrumentales : 56 séjours (75 en 2016).*

Pour avoir une vision exhaustive de l'activité, il semble donc indispensable de prendre en compte l'intégralité des actes chirurgicaux qui sont réalisés dans les blocs et qui sont indissociables, comme le permettent les autorisations administratives, d'une activité obstétricale réalisée par des praticiens hospitaliers intervenant dans les deux secteurs.

⁶⁴⁰ Article D6124-41, sous-section 3 du décret périnatalité 1998

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE LA CLINIQUE DE VILLENEUVE D'ASCQ**

Il est précisé ici, en tant que de besoin, que la Clinique de Villeneuve d'Ascq dispose d'une autorisation de chirurgie ambulatoire de huit places et ne pratique donc pas de chirurgie « classique ».

L'activité déployée au bloc opératoire comporte un nombre de séjours bien supérieur à 750.

Ainsi, viennent s'ajouter au 702 séjours, précisés dans le tableau (GHM classés en C), nos 1 137 séjours diagnostics (GHM classés en K dans la nouvelle classification) et correspondant à des actes dits « peu invasifs ». Cette activité correspond essentiellement à des examens endoscopiques.

La qualité de prise en charge des patients se révèle ainsi assurée au regard de la loi de financement de la Sécurité sociale 2017.

CHAPITRE VII - LA TÉLÉMÉDECINE : UNE STRATÉGIE COHÉRENTE À METTRE EN ŒUVRE

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

S'agissant du déploiement de la télémédecine, je partage les constats et les préoccupations de la Cour sur son développement encore insuffisant, en particulier dans le domaine ambulatoire, sur l'utilisation du DMP, ou encore sur le besoin d'adapter les modes de rémunération.

*La CNAMTS renouvelle ainsi sa volonté de promouvoir **l'utilisation du DMP** en tant que support de traçabilité des actes, d'authentification forte des professionnels et au-delà comme support de la coordination des acteurs concourant à une prise en charge de qualité.*

*En matière d'**e-prescription**, la CNAMTS poursuit ses expérimentations et étudie les modalités de diffusion de cette évolution de la prescription (adressage sur smartphone, dépôt au sein du DMP). La Cour souligne en outre que le forfait structure porté par la convention médicale de 2016 joue un rôle dans la sécurisation des prescriptions électroniques, en favorisant l'utilisation de logiciels métiers comportant un dispositif d'aide à la prescription compatible avec le DMP et l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée. C'est bien l'ambition qu'a partagée la CNAMTS avec les partenaires conventionnels.*

***L'extension du champ des actes de télémédecine** à inscrire sur le risque est un objectif que partage la CNAMTS. La réouverture prochaine de négociations conventionnelles permettra de prolonger les premières avancées de l'avenant 2, en offrant un accès amélioré aux soins dans des situations où celui-ci est difficile (populations mal desservies géographiquement ou du fait de situations pathologiques ou liées au handicap) par des solutions de télémédecine à valeur ajoutée certaine.*

*La CNAMTS reste attentive au développement expérimental généralisé de **solutions de télésurveillance** dans le cadre du programme **Étapes** dont l'évaluation sera conduite par la HAS. Au-delà des affections chroniques visées par ces expérimentations, ces solutions pourraient être à terme envisagées pour des situations « critiques » (IDM, AVC, périnatalité, troubles du comportement...) afin de réduire des transferts vers des établissements et les hospitalisations pour surveillance.*

Enfin, la CNAMTS partage avec la Cour le souhait d'un développement plus rapide, plus vaste et plus cohérent de la télémédecine et plus généralement des solutions de e-santé (objets connectés, santé mobile). Ces dispositifs en plein essor, au-delà d'offrir aux patients des nouveaux services, vont constituer une source très importante de données, complémentaire aux sources existantes, permettant une connaissance plus fine des habitudes et de l'état de santé des patients.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

De manière générale, la Haute autorité de santé tient à souligner qu'elle souscrit aux observations et propositions des extraits transmis sur les activités chirurgicales, la télémédecine et la fixation du prix des médicaments.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE DES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ (ASIP SANTÉ)

Concernant la sous-partie III-B-3, une authentification des professionnels de santé à appliquer dans les établissements de santé

« L'authentification des professionnels de santé constitue un autre préalable au développement de la télémédecine, en permettant de tracer dans le dossier médical partagé les actes, prestations et produits délivrés au patient, ce qui concourt à la qualité et à la sécurité de sa prise en charge. »

C'est exact, mais il convient de préciser que l'authentification des professionnels de santé a une portée plus large que le seul DMP. Elle permet de mettre en œuvre le contrôle d'accès aux données de santé, que celui-ci soit fait a priori (droits d'accès) ou a posteriori (traces).

De manière générale l'authentification forte des PS dans les téléservices de santé est imposée par le RGS qui s'impose pour toutes les téléprocédures mises en œuvre par un opérateur public.

En outre, le traitement des données personnelles de santé est encadré par la CNIL, qui veille au respect des règles de sécurité déterminées par les responsables de traitement via des procédures

d'autorisation ou de déclaration. Ces règles doivent respecter une exigence de proportionnalité des moyens de sécurité aux impacts potentiels sur les données personnelles.

La PGSSI-S (politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé) vient encadrer et compléter ces exigences en indiquant, par palier d'exposition aux risques, les dispositifs d'authentification qui devraient être mis en œuvre.

« Cette authentification doit être assurée au travers notamment de la carte de professionnel de santé (CPS) ou de la carte de professionnel d'établissement (CPE) pour les intervenants relevant d'une catégorie professionnelle non soignante. »

Le « notamment » est important.

L'authentification doit être assurée dans le respect de la PGSSI-S, qui impose des moyens d'authentification en fonction du degré d'exposition aux risques du service, suivant la notion de palier. En tant que titre fondateur, la carte CPS permet également la délivrance et l'utilisation de dispositifs complémentaires ou alternatifs d'authentification, tels que l'OTP - one time password - par mail, l'OTP par messagerie, le certificat logiciel, ou encore l'authentification PUSH sous Android ou sous iPhone, ...

L'espace national de confiance du secteur santé est donc composé de l'ensemble des porteurs d'un dispositif d'authentification conforme à la PGSSI-S.

« Certes, les personnels hospitaliers peuvent se dispenser, sur un plan matériel, d'utiliser la carte CPS, en recourant par exemple à des mots de passe provisoires... »

La précision « sur un plan matériel » est en effet nécessaire : si l'utilisation des mots de passe, pérenne ou provisoire, doit se conformer aux règles édictées par l'ANSSI et la CNIL (règles de longueur de mots de passe, de durée de vie, d'usage de caractères spéciaux, ...), ces règles ne sont pas encore suffisamment respectées.

**CHAPITRE VIII - LA FIXATION DU PRIX DES MÉDICAMENTS :
DES RÉSULTATS SIGNIFICATIFS, DES ENJEUX TOUJOURS
MAJEURS D'EFFICIENCE ET DE SOUTENABILITÉ, UN CADRE
D'ACTION À FORTEMENT RÉÉQUILIBRER**

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS (CNAMTS)**

*La CNAMTS partage le constat qu'une **refonte des modalités de la fixation des prix des médicaments délivrés en établissements de santé** est nécessaire, pour les médicaments rétrocedés et relevant de la liste en sus de la T2A.*

Le système actuel de remboursement sur la base d'un prix administré avec reversement à l'assurance Maladie de la moitié des économies obtenues par les établissements de santé sous forme d'écart médicament indemnisable (EMI) ou d'écart rétrocession indemnisable (ERI) ne concourt pas suffisamment à la maîtrise des dépenses et peut au contraire présenter un effet d'aubaine pour la prescription des molécules les plus onéreuses.

Cependant, les recommandations de la Cour envisagent la fixation par le CEPS d'un prix pour l'ensemble des spécialités agréées aux collectivités et donc également pour les spécialités incluses dans les GHS. Cette nouvelle mission du CEPS représenterait d'une part une charge de travail très importante sans que cela conduise nécessairement à faire diminuer les tarifs des médicaments hospitaliers. En outre, construire un prix réglementé pour des médicaments dont le financement relève de l'intra GHS ne semble pas correspondre à la logique de tarification à l'activité.

D'autres pistes d'évolution comme la mutualisation des achats entre établissements de santé pourraient permettre d'optimiser les coûts.

Les conditions d'évaluation par la Haute Autorité de santé des spécialités uniquement agréées aux collectivités devraient également être revues et prévoir au moins pour les spécialités rétrocedées et inscrites sur la liste en sus une réévaluation tous les cinq ans, à l'instar de la réévaluation quinquennale obligatoire pour les spécialités admises au remboursement en ville.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
(HAS)**

La Cour évoque le caractère obligatoire de l'évaluation médico-économique pour les « médicaments cumulant une amélioration du service médical rendu (ASMR) revendiquée de I à III » et un « impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie... ». Elle précise que la « HAS en a fixé le seuil à 20 M € ».

La HAS souhaite rappeler que l'évaluation économique est requise en cas de revendications de l'industriel d'un impact sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les modes de prise en charge des malades, quel que soit le niveau de chiffre d'affaires.

A défaut de revendications sur ces aspects (qui sont prévus par le décret), l'évaluation économique est donc a priori requise au-delà de 20 M € de chiffre d'affaires, sauf exception argumentée. Cependant, la HAS a procédé à une évaluation économique de produits avec un chiffre d'affaires bien inférieur à ce montant, notamment parmi les dispositifs médicaux.

La Cour explique, chapitre VIII, II, B, 1 (encadré) qu'en 2014, la HAS a renoncé à réévaluer la classe thérapeutique des gliptines, expliquant que cela a « contribué à un décalage de deux ans de la baisse effective de leurs prix par le CEPS ».

La HAS souhaite rappeler que si ce renoncement est réel, le lien de cause à effet entre cet abandon et le retard à la baisse de prix n'est pas avéré. En effet, l'ASMR des gliptines était en très grande majorité de V (inexistante). Une réévaluation n'aurait donc pas conduit à modifier cette situation (il n'y a pas d'ASMR VI) et il n'y aurait donc pas eu d'outil pour le CEPS pour baisser les prix au travers de cette réévaluation. Ces éléments tiennent, sauf à ce que le CEPS ait conclu une clause qui aurait nécessité cette évaluation. Si une telle clause existe, ceci souligne l'intérêt qu'il pourrait y avoir à ce que la HAS soit informée des clauses qui nécessitent son intervention, sans influencer sur ses conclusions mais en influant sur la constitution de son programme de travail.

Au III, C, 3, a, la Cour recommande à la HAS de « convenir avec les entreprises pharmaceutiques d'une nouvelle méthode » dans l'objectif de mieux prendre en compte les avis d'efficience dans la fixation des prix des médicaments par le CEPS.

La HAS souhaite attirer l'attention de la Cour sur le fait que, plus qu'une nouvelle méthode, il s'agit avant tout d'améliorer la qualité des démonstrations d'efficience fournies par les industriels.

A cet égard, la HAS souhaite préciser qu'une équation permettant de recalculer le ratio différentiel coût-résultat (RDCR) en fonction des variations de prix est fournie dans ses avis. En pratique, soit le CEPS y a recours, soit il demande à la HAS d'effectuer le calcul.

Au III, C, 3, la Cour rappelle que l'évaluation médico-économique revêt « un caractère obligatoire sous certaines conditions, pour les seuls médicaments ayant une ASMR I à III ». Elle évoque une extension de cette obligation aux médicaments ayant une ASMR IV comme pouvant « permettre de mobiliser un important potentiel d'économies ».

La HAS souhaite souligner que l'augmentation de la charge de travail qui résulterait de l'intégration des ASMR IV serait très importante par rapport au bénéfice attendu.

En effet, la HAS travaille sur l'ASMR revendiquée, qui bien souvent diffère de l'ASMR obtenue. Ainsi, beaucoup de produits ayant in fine une ASMR IV ont été vus par la Commission Evaluation Economique et de Santé Publique (CEESP) car ils revendiquaient une ASMR plus importante. Et beaucoup d'ASMR IV revendiquées obtiennent une ASMR V.

D'après les premiers calculs de la HAS, il y aurait environ 70 dossiers d'ASMR IV revendiquée par an, dont 85% obtiennent une ASMR V.

En revanche, la HAS pense utile d'étendre l'évaluation économique à toutes les indications d'un produit (quel que soit le niveau d'ASMR) dès lors qu'une indication revendique une ASMR de I à III. Cela pourrait d'ailleurs être utilisé pour l'introduction de l'efficience dans la gestion par indication de la liste en sus.

Dans la partie III, C, 4, intitulée « favoriser la convergence entre Etats », la Cour évoque notamment « la nécessité d'une coopération entre acheteurs européens » et de la possibilité pour la France de porter un tel projet.

La HAS souhaite rappeler qu'il existe déjà une forte implication de la France, à travers la HAS, dans le processus actuel de coopération européenne relatif à l'évaluation HTA des médicaments (réseau EunetHTA, action conjointe Joint Action 3 financée par la Commission Européenne). Les pays cités par la Cour (notamment le Benelux) participent également aux évaluations communes ainsi réalisées.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ (CEPS)

Les observations du CEPS se concentreront principalement sur la partie du rapport consacrée à la fixation du prix des médicaments (Chapitre VIII). Les développements consacrés au coût de la distribution des médicaments n'appelleront que des remarques indirectes qui seront intégrées aux observations globales. Le CEPS distinguera les considérations sur les mécanismes de formation de celles engageant des modifications plus profondes des missions et statuts du Comité.

Parmi les propositions formulées par la Cour qui pourraient avoir un impact sur les critères de fixation des prix, le CEPS voudrait faire part de son souhait d'une réflexion collective approfondie sur deux d'entre elles en priorité : le recours à la tarification par indication et la meilleure prise en compte de l'efficience médico-économique.

Sur les prix par indication.

Si la réglementation existante prévoit que l'évaluation des produits peut donner lieu à des appréciations différentes en fonction des indications (sous la forme de plusieurs ASMR) et que l'inscription des produits sur la liste en sus se fait par indications, il n'est prévu de fixer qu'un seul prix. Une première remarque consiste à souligner que s'il n'existe qu'un unique prix public, dans la pratique le CEPS le module par des remises en fonction de l'ASMR de chaque indication octroyée au produit, ainsi que des populations concernées par chaque indication. À défaut d'une tarification publique à l'indication, il existe donc d'ores et déjà un prix net par indication. Il importe donc de définir précisément l'objectif recherché par la fixation d'un prix public par indication, s'agit-il d'une volonté de transparence sur les prix ou d'une démarche visant à rechercher des prix plus bas par le biais d'un recours à un nouvel instrument de tarification ?

L'hypothèse selon laquelle fixer un prix public par indication permettrait d'obtenir des prix moins élevés et de maîtriser la dépense mérite d'être discutée collectivement de manière approfondie afin de retenir la solution optimale, pour favoriser l'accès des patients aux traitements et s'assurer de la soutenabilité de la dépense publique. Cette démarche devrait s'inscrire dans une réflexion plus large sur l'évolution des outils utilisés pour la détermination des prix, comme par exemple les contrats dits de performance. Elle devrait également tenir compte du fait que l'activité de tarification est insérée dans un processus plus large, celui des conditions de délivrance de l'AMM (et de l'arrivée de plus en plus précoce de certains produits), d'évaluation des produits (avec des données

de plus en plus réduites du fait de l'arrivée précoce de ces produits), et de suivi en vie réelle des conditions d'utilisation de ces produits.

Cette réflexion préalable au recours à un prix par indication pourrait se concentrer en priorité sur deux points.

Premièrement, les systèmes d'information disponibles sont-ils aptes à permettre la gestion d'un prix par indication tant du point de vue de la granularité des données d'utilisation du produit (par exemple pour distinguer un cancer du poumon épidermoïde d'un cancer du poumon non-épidermoïde) que de celui des délais de remontée des informations nécessaires à la facturation ?

Deuxièmement, il faut examiner le ratio bénéfice/risque d'un recours à un prix par indication sur la « vie » du produit et notamment sur les conditions dans lesquelles le prix sera fixé puis révisé à la baisse.

Aujourd'hui le CEPS a recours aux comparateurs disponibles dans l'ensemble des indications (sur la base de l'évaluation réalisée par laHAS) ce qui élargit le spectre des produits et permet donc de recourir à des tarifs plus bas. Ce mécanisme est renforcé par les orientations de la lettre ministérielle de 2016 qui recommandent de recourir, lors de la négociation, au comparateur dont le prix est le plus bas. Recourir à des prix par indications aurait pour effet de segmenter le marché et de ne pouvoir utiliser qu'un nombre plus limité, voire nul de comparateurs (dans les thérapies ciblées par exemple). Il convient donc d'examiner ce point avec la plus grande attention afin que le prix par indication ne se traduise pas par le recours à un nombre limité de comparateurs.

Sur l'approfondissement du recours à l'analyse médico-économique.

La Cour soulève la question du périmètre des produits soumis à l'analyse médico-économique. Le CEPS souligne qu'une telle réflexion ne peut pas être déconnectée d'un approfondissement de la réflexion collective sur les finalités de l'évaluation médico-économique. Au Royaume-Uni, cette évaluation est utilisée pour décider de la prise en charge d'un médicament. En France, les autorités souhaitent y recourir pour fixer le prix des produits de santé.

Pour décider de la prise en charge d'un produit, les autorités britanniques ont recours à un seuil de coût-efficacité au-delà duquel le médicament n'est pas inscrit au remboursement. En France, le recours à l'évaluation médico-économique pour la fixation de ce prix n'est pas encadré par un mécanisme comparable. Cette évaluation est aujourd'hui principalement utilisée comme un élément de la négociation (par les

informations contenues dans l'avis de la commission ad hoc de la HAS) qui vient compléter l'avis de la commission de la transparence et comme un élément de procédure. En effet, les règles conventionnelles en vigueur prévoient que lorsqu'un produit se voit octroyer une (ou plusieurs) réserves méthodologiques majeures, il perd le bénéfice de la garantie de prix européen prévue à l'article 9 de l'accord-cadre conclu entre le CEPS et le LEEM.

Le CEPS considère que la question de l'approfondissement des modalités de recours à la médico-économie ne passe pas uniquement par l'élargissement du périmètre des produits éligibles mais, au préalable, par une réflexion sur les modalités d'utilisation de cette analyse dans la fixation du prix ainsi que par une réflexion sur l'articulation entre la prise en compte du rapport coût/efficience d'un produit et son impact budgétaire.

En complément de ces observations, le CEPS partage les remarques de la Cour des comptes sur le fait que des enjeux majeurs sont à relever dès les mois à venir du fait de la perte de brevet de nombreux médicaments biologiques mais également du fait de la poursuite de l'innovation (associations de traitements, « Car T cells » dans le domaine de l'oncologie). Ces perspectives doivent conduire les pouvoirs publics à la plus grande vigilance en matière tarifaire.

Sur l'évolution des moyens et des missions du CEPS

Tout d'abord, le CEPS se félicite de la recommandation (36) de la Cour (et des développements consacrés à cette question) visant à mettre à niveau les moyens du CEPS au regard des missions qui lui sont confiées par les pouvoirs publics. Cette question est stratégique compte tenu du rôle du comité, et des problématiques à traiter dans les mois et les années à venir. Cette question couvre aussi bien les aspects ressources humaines, bien que des premiers moyens supplémentaires aient été attribués en 2016, que ceux relatifs à la modernisation et au développement des outils informatiques utilisés pour la gestion des dossiers et le recueil de l'information nécessaire à la fixation et à la révision des prix. Comme le souligne la Cour, ce renforcement des moyens vaut à la fois pour la section médicaments et la section dispositifs médicaux.

Concernant les évolutions du statut et des missions du CEPS, la Cour propose d'ouvrir une réflexion sur le positionnement institutionnel du CEPS. Après 25 ans d'existence, cette question mérite d'être examinée. Un changement de statut ne va toutefois pas sans soulever des interrogations importantes sur les conséquences qu'il aurait dans la politique de détermination du prix des médicaments.

Si l'attribution d'une personnalité juridique au CEPS, avec une transformation en établissement public, pourrait être perçue comme une modification mineure de son mode de fonctionnement, sa transformation en autorité de régulation indépendante s'apparente à un changement complet de paradigme. Alors que la fixation du prix est une prérogative de l'exécutif depuis l'immédiat après-guerre, la création d'une autorité indépendante aurait pour effet de priver l'État, et les payeurs, de toute action sur la détermination des prix, alors que la politique du médicament demeure très largement prise en charge par la dépense publique avec l'intervention de l'assurance maladie obligatoire, et que cette prise en charge est également solvabilisée par l'intervention des assureurs complémentaires privés en santé.

Le CEPS note la proposition de la Cour d'ouvrir une réflexion sur un élargissement des missions du CEPS au prix des produits hospitaliers intra-GHS. Une telle proposition devrait par ailleurs englober les dispositifs médicaux intra-GHS. Le CEPS ne peut que partager le souci de la Cour de débiter par un examen de faisabilité de cette proposition qui aurait, a minima, des effets sur la charge de travail pesant sur le comité et supposerait une période de transition. Sur le fond cette recommandation se traduit là aussi par un changement de paradigme, alors que des critiques s'élèvent par ailleurs sur la gestion de la liste en sus.

Le CEPS souhaite réagir par ailleurs aux remarques de la Cour relatives au calcul des économies et à la mise en œuvre des mécanismes de régulation (taux L).

Les modalités de calcul des économies font l'objet d'un accord entre les parties concernées et à disposition de la Cour lors de ces enquêtes. Elles font l'objet d'échanges réguliers au sein du CEPS, entre le CEPS et la direction de la sécurité sociale chargée du suivi de l'exécution de l'Ondam et avec les partenaires conventionnels auxquels les chiffres d'exécution sont communiqués à l'occasion des réunions du comité de pilotage de la politique conventionnelle. La question des économies pourrait d'ailleurs être abordée de manière globale pour tenir compte en sus des baisses de prix, des modifications de taux de remboursements ou des radiations de la liste des produits pris en charge.

Ensuite, le CEPS tient à faire observer que l'activation de la clause de sauvegarde (C, 2 du chapitre VIII) est un dispositif complexe, surtout dans la partie recouvrement, qui nécessite l'intervention de l'Acoss et de son réseau, de la direction de la sécurité sociale et du CEPS. Une réflexion sur la répartition des compétences entre ces acteurs pourrait être menée avec comme objectif de réduire les délais de calcul des montants dus et de recouvrement.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE
L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE DES ENTREPRISES DU
MÉDICAMENT (LEEM)**

En synthèse, le LEEM relève que la Cour reconnaît l'efficacité de la politique conventionnelle au regard des objectifs de maîtrise des dépenses de santé, et singulièrement, de régulation économique du poste médicament.

La Cour souligne également, à juste titre, le durcissement des objectifs d'économies à réaliser par le CEPS et son effet significatif sur l'évolution de la dépense de médicaments. Ainsi, malgré l'arrivée d'une vague d'innovations thérapeutiques sans précédent, les effets de la démographie et de l'épidémiologie, le niveau des dépenses de médicaments en prix industriel, nettes de toute remise, est resté stable entre 2008 et 2015. Le médicament constitue bien depuis plusieurs années la variable d'ajustement majeure de la construction des Lois de financement de la Sécurité sociale.

Le Leem ne peut que s'associer au plaidoyer que développe la Cour en faveur d'une adaptation des ressources du CEPS à l'évolution croissante de sa charge et juge intéressante, sous réserve d'une expertise plus approfondie, sa proposition de changement statutaire dans le sens d'une autorité indépendante de régulation.

La plupart des erreurs de chiffrage que nous nous sommes permis de signaler illustrent l'illisibilité de la contribution du médicament aux économies de l'Assurance maladie telle qu'elle est aujourd'hui exposée à la représentation nationale en annexe des LESS. Nous souhaitons à cet égard attirer l'attention de la Cour sur l'absence de retranscription explicite et exhaustive du montant des baisses de prix voté par le Parlement. La clarté et la sincérité des débats parlementaires gagneraient à ce que la contribution nette des entreprises du médicament soit mise en évidence au décours de la discussion de la LFSS.

Si nous partageons bon nombre d'analyses développées dans le rapport, nous nous inscrivons en contradiction avec les conclusions tirées de certaines d'entre elles.

Ainsi, on ne doit pas déduire des critiques formulées sur les révisions de prix, qui traduisent l'incapacité fonctionnelle du CEPS à systématiser la mise en œuvre des clauses conventionnelles, la nécessité d'augmenter davantage le rendement de la régulation, déjà écrasante dans notre pays, mais plutôt l'opportunité d'en améliorer l'efficacité. Ainsi la mise en évidence des coûts élevés de la distribution devrait conduire à

l'objectif d'une réduction de ceux-ci plutôt que d'une augmentation de la décote des médicaments génériques aux dépens des prix industriels déjà inférieurs à ceux de nos voisins européens.

Nous prenons acte de la lecture de la Cour sur la déclinaison juridique des sources prévalant à la fixation et la révision du prix des médicaments⁶⁴¹, en regrettant que ne soit pas suffisamment évoqué l'objectif de leur cohérence. Les discordances entre certaines règles de l'accord-cadre et certaines dispositions de la lettre d'orientations ministérielles de 2016, représentent en effet la cause principale de nombreux blocages de négociations et de l'accroissement subséquent des délais d'accès au marché.

Le LEEM regrette que la Cour n'ait pas compris la garantie de prix européen comme le moyen de rémunérer l'innovation thérapeutique en répondant au double objectif d'incitation et d'équité entre les pays européens comparables afin de limiter les risques d'exportations parallèles. La proposition d'un élargissement des pays de référence à la Pologne et d'un raccourcissement de la période de garantie ferait de facto perdre à la mesure son caractère incitatif et discriminant par rapport aux médicaments pas ou peu innovants.

Enfin, le LEEM conteste formellement deux recommandations de la Cour qui tournent le dos aux enjeux modernes d'adaptation et de cohérence requis par l'arrivée de l'innovation dans notre secteur :

En matière de fixation et de révision des prix, la limitation rigide aux seuls critères de la loi conduirait à la disparition du principe de priorité conventionnelle alors que les réponses adaptées aux enjeux du prix et du financement de l'innovation, par nature diverses et complexes, relèvent plus utilement du dialogue et du contrat

En matière d'attractivité, l'approche cloisonnée proposée visant à dissocier la politique économique du médicament de la politique industrielle, alors que les conditions d'accès au marché français représentent un levier d'investissement majeur dans notre pays, exposerait à des risques d'incohérence et d'inefficacité de même nature que ceux qui ont conduit, dans d'autres secteurs, à la perte de pans historiques de notre industrie.

D'une manière générale, et comme c'est le cas pour l'ensemble des professions de santé, la politique conventionnelle résulte d'une négociation équilibrée entre l'État et l'organisation professionnelle du secteur.

⁶⁴¹ Code de la sécurité sociale, accord-cadre, rapport d'activités du CEPS, lettre d'orientations ministérielles

L'accord cadre reflète en conséquence un point d'équilibre dans lequel chacune des parties va trouver un avantage en contrepartie d'engagements contraignants.

Certaines pistes que propose la Cour dans son Rapport induiraient -si elles étaient mises en œuvre- un déséquilibre contradictoire avec la logique conventionnelle même. Le développement de mécanismes rigides de tarification unilatérale par la puissance publique auquel s'ajouterait la remise en cause de plusieurs dispositions centrales de l'accord cadre ne serait pas compatible avec le maintien de l'approche conventionnelle qui régit actuellement les relations entre l'État et les industriels. Une telle évolution se ferait avant tout au détriment de l'accès à l'innovation des patients du fait du renoncement au marché français de la part de certains industriels.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE D'ASTRAZENECA

1) L'extrait indique que la rosuvastatine bénéficie d'un prix plus élevé que les autres statines en dépit d'une ASMR V et de la générication des autres comparateurs ;

i. Nous souhaiterions rappeler à la Cour que la rosuvastatine est à ce jour toujours protégée par un brevet industriel, dont la date officielle d'échéance est le 31 décembre 2017. Il est donc tout à fait logique que la rosuvastatine, bénéficiant d'un brevet de protection, bénéficie également d'un prix plus élevé que les autres statines aujourd'hui génériquées. La différence de prix entre la rosuvastatine et les autres statines s'explique par le fait que les autres statines sont déjà génériquées et, à ce titre, ont déjà eu les baisses de prix conventionnelles et automatiques déclenchées à la perte de leur brevet de protection. De plus, les autres statines princeps génériquées et leurs génériques ont été visés à différentes reprises par des mesures de baisses de prix dans le cadre des Comités de Suivi des Génériques ;

ii. L'extrait indique que la rosuvastatine dispose d'une ASMR V. Nous souhaiterions rappeler que l'avis de la Commission de Transparence du 26 novembre 2003 a attribué deux niveaux d'ASMR à CRESTOR : ASMR V et ASMR III

- dans les hypercholestérolémies pures et mixtes, CRESTOR n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport aux autres statines, pour une population cible de 280 000 patients ;*

- dans l'hypercholestérolémie familiale homozygote, CRESTOR apporte une amélioration du service médical rendu (ASMR III) par rapport aux autres statines, pour une population cible au maximum de 50 patients.

2) L'extrait indique que le cumul des baisses de prix de la rosuvastatine entre 2014 et 2017 s'élève à 16,3%. Nous souhaiterions juste préciser que ce chiffre de 16,3% représente le taux de baisse moyenne (tous conditionnements et tous dosages confondus) pondérée par les volumes et en cumul sur la période étudiée 2014 à 2017.

3) L'extrait indique le prix toujours très élevé du CRESTOR par rapport aux autres statines, environ 0,30 euro par jour de traitement pour la plupart des autres statines contre 0,45 euro en moyenne pour le CRESTOR. Nous souhaiterions apporter quelques précisions à la Cour. Les autres statines princeps ont effectivement un coût de traitement journalier de 0,30€ quel que soit le dosage. Le coût de traitement journalier de CRESTOR 5 mg, qui représente plus de 60% des volumes, est de 0,38€ - soit 0,08 euro d'écart pour un médicament sous brevet de protection et par rapport aux autres statines princeps génériques. Par ailleurs, lorsqu'il est mentionné le coût du CRESTOR égal à 0,45 euro en moyenne, il s'agit d'une moyenne pondérée par les volumes.

4) L'extrait mentionne que le générique de rosuvastatine a un prix nettement plus élevé par rapport aux autres génériques de statines. Nous vous précisons que le coût de traitement actuel des génériques des autres statines est de 0,15€. Le coût de traitement journalier du générique de rosuvastatine 5 mg, le dosage le plus prescrit, est de 0,16€, soit 0,01 euro plus cher que celui des autres statines. La moyenne des coûts de traitement journalier des trois dosages de génériques de rosuvastatine pondérée par les volumes est égale de 0,20€, soit un coût de 0,05 euro plus élevé par rapport au coût de 0,15€ pour les génériques des autres statines.

RÉPONSE DU DIRECTEUR MARKET ACCESS ET MAINTENANCE DE BAYER HEALTHCARE

Nous n'avons pas de commentaire pour ce qui concerne les éléments relatifs à la spécialité pharmaceutique Eylea mais avons cependant un commentaire relatif à l'analyse économique qui est proposée dans votre rapport.

En effet, cette analyse ne se base que sur le PFHT des produits, or, d'autres éléments concourent fortement à l'évaluation économique et peuvent limiter grandement la portée des conclusions avancées voire, les faire basculer dans un sens opposé.

Dès lors, les aspects économiques à considérer peuvent être : l'existence de coûts complémentaires liée à l'utilisation de certaines spécialités non considérée dans le projet (par exemple le ticket modérateur du tarif journalier de prestation lié à l'injection de la spécialité Avastin), l'existence de remises fixées par voies conventionnelles réduisant l'écart de coût pour la collectivité, les conditions d'utilisation en pratique courante.

Enfin au-delà de ces points relatifs à la comparaison des coûts, une meilleure connaissance épidémiologique de la prise en charge de la DMLA et de son évolution depuis la mise à disposition de spécialités pharmaceutiques développées dans le cadre de la DMLA permettrait aussi de mieux déterminer les marges d'efficience médico-économique que votre rapport souhaite mettre en lumière.

Pour mémoire une étude réalisée au Danemark, à partir du registre de la «Danish Association of the Blind », entre 2000 et 2010, a montré que l'incidence des cécités liées à la DMLA a chuté de moitié entre 2000 et 2010 (respectivement de 52,2 à 25,7 pour 100 000 habitants) avec une diminution plus marquée à partir de 2006, date de la mise à disposition des injections intravitréennes d'anti-VEGF, laissant suggérer l'impact du traitement sur l'incidence de la cécité.

Étudier ces implications économiques et sociales potentielles en France aiderait à identifier des pistes de plus grande efficience médico-économique pour notre système de santé.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE GILEAD SCIENCES FRANCE

Le modèle économique des laboratoires de recherche est fondé sur une prise de risque majeure assumée par eux seuls à long terme, qui rend donc faux tout calcul rétrospectif de rentabilité à court terme sur les seules molécules qui réussissent à atteindre le marché.

Les nouveaux médicaments anti-VHC représentent de véritables révolutions thérapeutiques. Ils guérissent une maladie chronique virale potentiellement mortelle. Au-delà des milliers de vies sauvées, et des

bénéfices de qualité de vie pour les patients, ces médicaments sont « coût-efficaces » compte tenu des coûts évités liés à la maladie. Cet exemple unique est difficilement extrapolable à d'autres innovations.

Dans le respect d'un système centré sur l'hôpital, l'accès aux soins a été ouvert, sur décision des autorités, en priorité aux patients les plus sévères en 2014, pour aboutir à l'accès universel en 2017. L'impact budgétaire a été bien maîtrisé. Le coût des traitements de l'hépatite C représente moins de 3 % des dépenses totales médicaments.

A l'avenir, une meilleure anticipation de l'arrivée et de l'impact des innovations majeures permettrait au système d'être plus fluide et mieux à même d'accueillir les révolutions thérapeutiques tant en termes budgétaires que sanitaires, notamment s'agissant des traitements curatifs de maladies jusqu'ici chroniques.

Remarques liminaires :

- 1. Le postulat selon lequel les prix des médicaments seraient fonction du coût inhérent à la recherche dont ils sont issus, ajoutés aux coûts de production auxquels seraient appliqués une marge, est erroné. Le modèle économique selon lequel fonctionne l'industrie pharmaceutique est bien différent.**

En effet, un laboratoire choisit de diriger sa recherche de traitements contre une maladie pour laquelle le besoin médical n'est pas couvert. Il investit alors ses efforts dans la découverte et le développement de molécules, soit en interne avec ses propres équipes de recherche, soit en externe par l'acquisition de molécules développées par d'autres sociétés, souvent plus petites, qui n'ont pas les moyens de le faire seules.

Dans l'exemple des médicaments contre le virus de l'Hépatite C, Gilead a mené, pendant près de 15 ans, ses travaux de recherche et, parmi les nombreuses molécules développées et donc financées par le laboratoire, une trentaine a dû être abandonnée. Ce risque d'attrition est inhérent à toute recherche et il est porté exclusivement par l'industrie pharmaceutique. On estime que l'ensemble de l'industrie a investi plus de 50 milliards de dollars, entre 1994 et 2014, dans la recherche de médicaments anti-VHC. Seules 1,9 % des molécules développées durant cette période sont arrivées sur le marché. Et dans le cas des médicaments anti-VHC, l'innovation a été au rendez-vous. Ce n'est pas toujours le cas. A titre d'exemple, plus de 100 milliards de dollars ont été investis par les laboratoires dans la recherche contre la maladie d'Alzheimer sans succès marquant à ce jour. Ce modèle rend donc impossible tout calcul rétrospectif de la rentabilité d'un laboratoire sur la seule analyse des

molécules qui ont réussi à atteindre le marché. Il faut comptabiliser celles qui sont abandonnées et valoriser les décennies de recherche.

2. L'industrie pharmaceutique utilise ses bénéfices pour financer la recherche à venir, pas pour rembourser la recherche passée.

Gilead existe depuis 30 ans cette année. **Pendant ses 15 premières années d'existence, Gilead n'a réalisé aucun bénéfice.** Par la suite, les bénéfices liés aux traitements anti-VIH nous ont permis de financer la recherche sur l'Hépatite C et d'aboutir au développement du sofosbuvir, du ledipasvir, du velpatasvir et du voxilaprévir. Les bénéfices enregistrés sur ces nouveaux traitements sont et seront investis dans la recherche future de traitements innovants dans d'autres pathologies relevant de nos champs de recherche.

3. Le système d'évaluation et de négociations des prix des nouveaux médicaments en France est basé sur l'amélioration thérapeutique apportée par le médicament évalué par rapport à des comparateurs cliniquement pertinents.

Certains militent pour un système de fixation des prix des médicaments basé sur un calcul rétrospectif des investissements, en particulier en recherche. Ce système a existé en France, il y a plusieurs décennies, quand l'économie du médicament était essentiellement nationale. Cette méthode a été abandonnée car elle ne faisait que valoriser le coût de la recherche sans tenir compte de la valeur d'innovation pour la collectivité, ce qui n'avait aucun sens du point de vue de la dépense publique. Elle n'a, de plus, aucune légitimité dans une économie mondialisée.

La fixation des prix des médicaments est aujourd'hui encadrée par la loi, et tient compte, principalement, du niveau d'ASMR (amélioration du service rendu par le médicament), des conditions d'efficacité du médicament, du prix des traitements de comparaison, des volumes d'utilisation attendus, et des prix pratiqués en Europe.

Ainsi, dans l'exemple de l'Hépatite C, le prix a été fixé par les autorités après accord conventionnel entre le CEPS et GILEAD, **dans le strict respect des critères de fixation des prix prévus par la loi énoncés ci-dessus**, tenant compte en particulier de **l'ASMR importante** rappelée par la Cour, ainsi que des **prix des traitements de comparaison préexistants** (trithérapies à base d'inhibiteurs de protéases de première génération). On oublie trop souvent que le coût de ces traitements de comparaison - pourtant totalement obsolètes au point qu'ils ont aujourd'hui totalement disparu du marché - était de l'ordre de 30 000 €, c'est-à-dire un coût supérieur aux coûts de traitements actuels pourtant bien plus efficaces.

Il est à noter par ailleurs que le CEPS, sur la base des évaluations réalisées par la HAS, peut fixer des clauses de suivi des volumes de ventes. **Si les ventes annuelles du médicament excèdent un volume fixé au préalable**, le « surplus » peut alors être **remboursé en partie par le laboratoire sous forme de remises conventionnelles**. Le système est bel et bien **encadré et prévisible**, et a été utilisé dans les accords conventionnels des anti-VHC.

*En sus de l'accord conventionnel Sovaldi signé en novembre 2014, une contribution « W » spécifique aux médicaments anti-VHC a été votée et adoptée un mois plus tard, dans loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Cette contribution se déclenche à partir d'un **plafond de dépenses d'Assurance Maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'ensemble de la pathologie Hépatite C**, au-delà duquel les laboratoires doivent **rembourser « l'excédent » perçu**. Cette contribution était à la fois prospective et rétroactive sur 2014, venant ainsi percuter l'accord conventionnel signé pourtant quelques semaines auparavant.*

Enfin, il nous paraît important de ne pas oublier que les nouveaux traitements de l'Hépatite C ont **révolutionné la prise en charge** de cette maladie, de l'aveu même des patients et des praticiens. Fait très rare dans l'histoire médicale, nous sommes passés d'une maladie chronique coûteuse à **une maladie dont on guérit** en un temps relativement court, **et qui induit des économies à long terme. Ces médicaments sont coût-efficaces parce qu'ils guérissent**. Cette heureuse et trop rare exception fait des **médicaments pour le traitement de l'hépatite C un exemple tout à fait à part, dont il ne faut s'inspirer qu'avec extrême prudence s'agissant de comparaison économique avec d'autres innovations**.

Il nous semble aussi important de rappeler que notre objectif est d'améliorer les soins aux personnes atteintes par le VHC. Nous avons accompli cela en mettant sur le marché trois thérapies révolutionnaires qui offrent un traitement à la grande majorité des patients souffrant d'Hépatite C, une maladie chronique potentiellement mortelle qui, non traitée, impose des coûts importants aux systèmes de santé⁶⁴². En seulement trois ans, 1,4 million de patients atteints de VHC ont été traités avec nos thérapies anti VHC dans le monde entier, plus de 50 000 en France et la grande majorité a guéri définitivement.

⁶⁴² V. sur ce point du coût important: Gordon et al., "Impact of disease severity on healthcare costs in patients with chronic hepatitis C (CHC) virus infection" *Hepatology* 56 (Nov. 2012): 1651-60.

Les médicaments que Gilead commercialise - Sovaldi®, Harvoni® et Epclusa® - représentent une **amélioration très significative par rapport aux traitements de référence antérieurs en termes d'efficacité, de sécurité, de durée et de tolérance du traitement**. Les thérapies antérieures avaient des taux d'efficacité relativement faibles, des effets secondaires graves et impliquaient une durée prolongée du traitement (jusqu'à un an)⁶⁴³. En revanche, Sovaldi®, Harvoni® et Epclusa® guérissent la grande majorité des patients tant dans les essais cliniques que dans la vie réelle dans un court laps de temps (de l'ordre de quelques semaines) et avec peu d'effets secondaires. Gilead prévoit d'amener un quatrième produit sur le marché plus tard cette année qui remplit un autre besoin non satisfait pour les patients qui ont échoué dans les régimes de traitement antérieurs.

Réponse au rapport final :

1. La fixation des prix aux États-Unis

Il nous semble primordial de relever que l'étude menée par la Commission des finances du Sénat américain, dont il est question dans le rapport de la Cour des comptes, ne mentionne pas les baisses de prix qui sont intervenues depuis le lancement de Sovaldi® en 2013 aux États-Unis.

En effet, Gilead a réduit le prix de ses traitements contre l'Hépatite C de façon très significative avec des réductions encore plus importantes pour Medicaid et le Département des anciens combattants des États-Unis.

*Les documents que Gilead a fournis à la Commission démontrent que Gilead a **déterminé un prix conçu pour maximiser l'accès à nos thérapies, bien au-dessous du prix qui aurait maximisé le profit**. Comme les documents que Gilead a partagés avec la Commission des Finances du Sénat américain le démontrent, les payeurs publics et privés ont indiqué qu'ils mettraient relativement **peu de restrictions à l'accès des patients aux soins si la fourchette de prix était entre 80 000-90 000 \$**. Ce qui était conforme au prix de la norme de soins existante et moins efficace, qu'ils*

⁶⁴³ V. sur ce point des taux d'efficacité relativement faibles des traitements antérieurs: "Hepatitis C: The End of the Beginning and Possibly the Beginning of the End", Ann. Intern. Med. 156.4 (2012) 317-318; Hézode et al., "Triple therapy in treatment-experienced patients with HCV-cirrhosis in a multicenter cohort of the French Early Access Program", J. Hepatol. 59.3 (2013): 435 ; Gordon et al., "Safety profile of boceprevir and telaprevir in chronic hepatitis C: real world experience from HCV-TARGET", J. Hepatol. (2014) 5.

couvraient déjà sans restriction⁶⁴⁴. Au lancement, le nombre initial de patients a dépassé toutes les prévisions, ce qui a, de façon inattendue, conduit aux restrictions initiales d'accès. Comme précisé plus haut, depuis le lancement de Sovaldi® en 2013, Gilead a baissé les tarifs de ses thérapies contre l'Hépatite C de manière significative avec des réductions encore plus importantes pour Medicaid et le département des Anciens Combattants des États-Unis.

En outre, l'innovation de Gilead avec Harvoni® pour réduire la durée de la thérapie, en seulement 8 semaines dans certains cas, a entraîné une **nouvelle réduction de prix d'un tiers** (en plus des rabais et des remises) pour de nombreux patients.

La plupart des payeurs couvrant les thérapies anti-HCV de Gilead aux États-Unis, le font sans restriction initiale, y compris pour les fibroses légères à modérées. Depuis l'approbation de Sovaldi® en 2013, environ 630 000 personnes aux États-Unis ont été traitées avec un traitement à base de sofosbuvir (données à jour mars 2017).

2. Les restrictions d'accès aux soins pour les patients en France sont dues aux capacités structurelles d'accueil du système de santé.

Le rapport du Professeur Dhumeaux, rédigé à la demande du Ministère ainsi que la HAS ont conclu qu'au vu de la capacité d'accueil des patients limitée par un système de santé centré sur l'hôpital, il était nécessaire de soigner en priorité les patients les plus sévères, ceux dont le pronostic vital était engagé à court terme, afin d'éviter un engorgement de la file active. Pour des raisons de santé publique, la France s'est ainsi engagée sur une stratégie de prise en charge en trois temps. En premier lieu les patients les plus sévères (de 2013 à 2015) puis l'élargissement progressif aux populations « vulnérables » (2016), et enfin l'accès universel en 2017.

Cette approche progressive, adaptée à une prévalence relativement faible de la maladie en France, a permis d'éviter toute perte de chance pour les malades les plus graves. Combiné à une gestion dynamique des prix par le CEPS, à des conditions économiques contrôlées par les accords conventionnels, et une baisse des durées de traitement, **l'impact budgétaire a été bien maîtrisé. Le coût des traitements de l'hépatite C représente moins de 3 % des dépenses totales médicaments**, qui elles-mêmes ne

⁶⁴⁴ Sur les références aux prix des thérapies existantes, V. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, "FDA approves new treatment for hepatitis C virus", <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm376449.htm> (Nov. 22, 2013).

représentent que 15 % des dépenses de l'Assurance Maladie. Ces coûts sont compensés en très grande partie par les économies issues des greffes de foies évitées, des cirrhoses évitées, des hospitalisations évitées, des coûts liés aux manifestations hépatiques et extra hépatiques, sans oublier l'amélioration de la qualité de vie, le retour au travail et à une vie sociale, et bien entendu, les milliers de vies sauvées.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE NOVARTIS

Nous vous rappelons les termes de :

- l'article Article L162-18 du code de la sécurité sociale qui précise s'agissant du Comité Economique des Produits de Santé (ci-après « CEPS ») que « Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle » ;
- l'article 4.1. de l'annexe I de l'accord-cadre du 31 décembre 2015 signé entre le CEPS et le LEEM qui prévoit expressément que « les parties s'engagent à en respecter réciproquement la confidentialité ».

Ainsi, la confidentialité d'une part, des échanges internes au CEPS mais également de ceux qui ont lieu entre le CEPS et les laboratoires pharmaceutiques et d'autre part, des avenants conclus entre ces acteurs, doit être respectée.

A ce titre, la divulgation de telles informations dans le Rapport serait un manquement grave à l'obligation légale et conventionnelle de confidentialité.

Aucune mention relative aux échanges qui ont lieu entre le CEPS et les laboratoires pharmaceutiques mais également aux termes des accords conclus entre ces acteurs ne doit figurer dans le Rapport.

Ce préalable apporté, vous avez souhaité obtenir des réponses de notre part sur les sujets suivants :

61. Lucentis®

A titre liminaire, Novartis rappelle à la Cour qu'il est important de ne pas faire d'amalgame entre Lucentis® et Avastin® dans la mesure où il s'agit de deux molécules différentes dans des contextes différents. Lucentis® a été la première spécialité à disposer d'une AMM dans le traitement de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (ci-après « DMLA ») (en 2007). Son prix a été fixé avec les Autorités au vu

notamment de ce qu'il constituait un progrès thérapeutique important faisant suite à un programme de développement clinique robuste et spécifique dans le traitement de cette pathologie. Bien qu'Avastin® ne dispose pas à ce jour d'AMM dans le traitement de cette maladie, il peut être prescrit dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (ci-après « RTU ») et dispose d'un prix spécifique fixé par les Autorités dans cette indication.

Il est important de ne pas laisser penser que les deux molécules, Lucentis® et Avastin® sont strictement identiques et donc interchangeables en termes d'indications thérapeutiques, ce qui serait totalement inexact.

Lucentis® (ranibizumab), est un fragment d'anticorps monoclonal, à la différence d'Avastin® (bevacizumab), qui est un anticorps monoclonal complet. Cette différence a comme incidence une pharmacodynamie différente des deux spécialités. Cette différence est parfaitement documentée dans les données de la littérature scientifique.

Suite à cette pharmacodynamie qui lui est propre, Lucentis® a fait l'objet d'un développement clinique long et spécifique en ophtalmologie. Lucentis® n'est en aucun cas interchangeable avec Avastin® et ne peut être utilisé par exemple dans le traitement du cancer colorectal métastatique.

En outre, la formulation du Rapport laisse entendre qu'Avastin® ne fait pas partie des alternatives thérapeutiques pouvant être prescrites dans la DMLA et que Novartis dispose d'un monopole sur le prix du Lucentis®. Ceci est inexact :

- Avastin® fait bien partie du marché des spécialités pouvant être prescrites dans le traitement de la DMLA depuis la mise en place d'une RTU en septembre 2015 ;*
- les baisses de prix de Lucentis® sont décidées par le CEPS. Depuis sa mise sur le marché en 2007, le prix de Lucentis® a subi une baisse de 45 % sur son prix fabriquant.*

Enfin, Novartis souhaite préciser, s'agissant de la référence faite à la condamnation prononcée par l'Autorité de la concurrence italienne, que :

- un recours a été formé contre cette condamnation ;*
- la procédure est toujours en cours devant le Conseil d'Etat italien ;*

- le Conseil d'Etat italien a sollicité la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) pour obtenir des éclairages, en raison de la complexité des questions juridiques soulevées.

62. Xolair®

Novartis souhaite rappeler que les Autorités peuvent revoir les prix fixés à tout moment pour les médicaments dans le respect de discussions dont les modalités et les résultats sont fixés dans l'accord-cadre et dans les avenants signés entre les laboratoires pharmaceutiques et le CEPS. À ce titre, il n'existe pas de « rente » pour les médicaments.

En outre, le Rapport soumis aux observations de Novartis contient des informations relatives à l'avenant qui sont très largement erronées. La Cour peut aisément se rapprocher du CEPS sur ce point pour en vérifier les termes dans le respect de l'obligation de confidentialité précitée.

Ainsi, s'agissant de l'étude en vie réelle requise en 2006 par la Commission de la Transparence et le CEPS (Etude PAX), celle-ci a été produite en 2010 par Novartis.

Cette étude réalisée dans une large cohorte de patients atteints d'asthme sévère mal contrôlé a confirmé « le bénéfice de l'omalizumab en montrant une réduction du risque d'exacerbations graves, c'est-à-dire entraînant une hospitalisation ou une visite aux urgences, d'environ 50 % (analyse principale) ».

La convention initiale signée entre Novartis et le CEPS prévoyait de revoir les prix de Xolair® uniquement si l'étude PAX ne confirmait pas les résultats de l'étude d'enregistrement « INNOVATE ».

L'étude PAX a confirmé les résultats de l'étude « INNOVATE ».

Les accords initiaux ont pu être respectés et ce respect ne peut être considéré comme générant un surcoût pour l'assurance maladie.

En outre, des baisses de prix sont intervenues par la suite.

Ainsi, la Cour peut utilement indiquer s'agissant de Xolair® :

- une baisse de prix de 7 % en 2015 ;
- une baisse de prix de 8 % en 2016 ;
- une baisse de prix de 4 % en 2017.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE ROCHE FRANCE

L'Extrait porte sur les conséquences financières qui seraient liées au fait que notre médicament, Avastin, est seulement autorisé dans le traitement de diverses formes de cancer mais non dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (« DMLA »), pour laquelle le Lucentis est, pour sa part, autorisé, mais plus onéreux.

Or il nous semble que la conclusion selon laquelle « l'absence de l'Avastin du marché du traitement de la DMLA est un facteur de surcoût pour l'assurance maladie, malgré l'obtention par le CEPS de baisses des prix du Lucentis et de l'Avastin depuis leur autorisation de mise sur le marché » est inexacte et procède de raccourcis et postulats erronés, qu'il nous faut ici corriger (II) après avoir rectifié quelques inexactitudes factuelles (I).

I- De manière factuelle, nous notons les inexactitudes suivantes :

- 1) Avastin bénéficie d'une recommandation temporaire d'utilisation (« RTU ») dans le traitement de la DMLA depuis le 1^{er} septembre 2015. L'Extrait mentionne que cette RTU a été « motivée par l'existence d'un besoin thérapeutique dans ce domaine et d'un rapport bénéfice-risque favorable »*

Or cette affirmation est doublement erronée :

- d'une part, la décision de l'ANSM d'instaurer une RTU sur Avastin ne contient aucune motivation ni justification de quelque besoin thérapeutique que ce soit ;*
- d'autre part, le rapport bénéfice-risque d'Avastin dans le traitement de la DMLA est simplement « présumé » favorable.*

Les dispositions de l'article L. 5121-12-1 du Code de la santé publique (« CSP »), applicables à l'élaboration des RTU, renvoient à des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Le décret en date du 9 mai 2012⁶⁴⁵ insère un nouvel article R. 512176-6 disposant que l'ANSM a la possibilité d'élaborer un projet de RTU dans le cas où les différentes informations qu'elle possède sur la spécialité permettent « de présumer que le rapport entre le bénéfice attendu et les effets indésirables encourus est favorable ».

⁶⁴⁵ Décret n°2012-742, relatif aux recommandations temporaires d'utilisation des spécialités pharmaceutiques.

Affirmer au contraire qu'il existerait un rapport bénéfice-risque favorable reviendrait à considérer que la RTU est établie sur le même niveau de preuves que les autorisations de mise sur le marché (« AMM »), qui sont pour leur part délivrées au vu d'un rapport bénéfice-risque favorable, ce qui est loin d'être le cas.

- 2) *Par ailleurs, l'Extrait se conclut par une référence à une sanction prise par l'Autorité de la concurrence italienne.*

Vous noterez que cette décision de sanction donne lieu à un contentieux en cours.

Il nous semble en effet important de rappeler que la décision du Conseil d'Etat italien est suspendue suite au renvoi de cinq questions préjudicielles à la Cour de justice de l'Union européenne dont l'arrêt est attendu pour la fin de cette année, de sorte que la sanction n'est pas définitive.

Surtout, cette sanction a été prononcée sur la base de faits locaux imputables aux filiales locales, de sorte que cette référence peut sembler hors de propos dans le cadre de l'Extrait, ou à tout le moins susceptible d'induire en erreur.

En effet, l'Autorité de la concurrence française a quant à elle diligenté des opérations de visite et de saisies dans les locaux de Roche SAS (et de Novartis) début avril 2014 mais n'a formulé à ce jour aucun grief à l'encontre de notre société.

- 3) *Sur le fond, les conclusions tirées par la Cour de la différence de prix entre l'Avastin et le Lucentis omettent de prendre en compte un certain nombre de paramètres :*

En effet, la Cour considère que si l'Avastin était autorisé dans le traitement de la DMLA, cela générerait des économies pour l'assurance maladie, « du fait de la différence de prix marquée entre ces deux spécialités ».

Pour ce faire, la Cour se fonde sur la comparaison entre le prix de vente en ville de Lucentis, fixé entre 647 et 726 euros (UCD), et le tarif de responsabilité d'Avastin à l'hôpital, compris entre 248 et 914 euros (UCD).

Or il faut préciser que :

- Avastin est réservé à l'usage hospitalier, tandis que Lucentis est disponible en ville ;*

- Lucentis se présente en seringues pré-remplies pour injection intra-vitréennes, tandis qu'Avastin est conditionné en flacons destinés à des injections intraveineuses.

Par conséquent, si Roche avait envisagé de rendre disponible Avastin sur le marché de la DMLA, qui est un marché à plus de 99 % en ville⁶⁴⁶, il aurait fallu le présenter dans une nouvelle forme galénique adaptée à son usage en ville, en seringue pré-remplie.

Surtout, Roche aurait dû obtenir une autorisation de mise sur le marché, sur la base d'un dossier conséquent, et aurait ensuite négocié avec le CEPS la fixation d'un prix pour l'utilisation en ville d'un conditionnement pré-rempli. Sur la base du principe d'égalité de traitement respecté par le CEPS, le prix en ville d'une seringue pré-remplie d'Avastin aurait été fixé à des niveaux proches du prix de Lucentis ou d'Eylea, annulant les économies pour l'assurance maladie.

La Cour notera d'ailleurs que la molécule aflibercept, autorisée sous la dénomination Eylea dans la DMLA, a également été licenciée par Regeneron à Sanofi pour le traitement de plusieurs cancers sous le nom de marque Zaltrap, sans pour autant que la question du reconditionnement et de l'usage hors-AMM ne soit étendue à ces produits.

Sur ce point, nous vous rappelons également que, si l'Avastin n'est pas autorisé dans le traitement de la DMLA, ses indications en oncologie ont été largement étendues au fil des ans, pour couvrir aujourd'hui de nombreux cancers⁶⁴⁷. Le modèle de Roche est en effet d'investir dans le développement d'indications pour lesquelles il n'existe pas de traitement pour les patients ou dans le développement de thérapies susceptibles d'apporter un bénéfice supplémentaire au patient par rapport aux traitements existants.

Avastin a un mécanisme d'action particulier : c'est un anti-angiogénique (anti-VEGF) qui empêche la néo-vascularisation des tumeurs. Ce mécanisme d'action connu a pu conduire à ce qu'Avastin soit

646 Tableau 1 – Répartition des ventes d'Eylea et de Lucentis entre les hôpitaux et les officines, cumul sur la période février 2016 – janvier 2017

Officines	Hôpital
99.25%	0,75 %

Source : données GERS

647 Annexe A.

utilisé en-dehors de ses indications autorisées, dans le traitement de la DMLA. Toutefois, l'autorisation de mise sur le marché d'Avastin précise bien qu'Avastin n'est pas formulé pour une injection intra-vitréenne⁶⁴⁸.

Lucentis est également issu de la recherche du laboratoire Genentech, et ce, avant que Genentech ne soit acquis intégralement pas le groupe Hoffmann-La Roche, mais il s'agit d'une molécule différente (ranibizumab), spécialement développée, formulée et étudiée par l'équipe de recherche Genentech en ophtalmologie pour les injections intra oculaires en traitement de la DMLA.

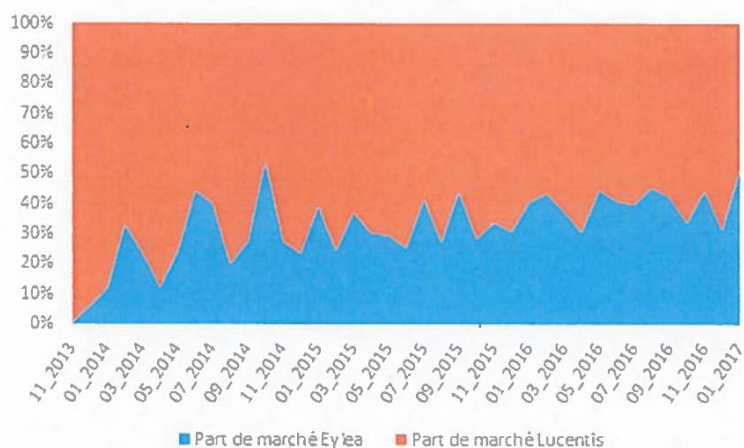
Au début de leur plan de développement, les équipes de recherche en ophtalmologie de Genentech ont d'ailleurs envisagé le développement d'Avastin en ophtalmologie, mais ont finalement pensé que leurs chances d'obtenir une AMM serait plus grande avec un fragment d'anticorps, compte tenu de son profil -qui a priori semblait plus adapté aux injections intra oculaires pour le traitement de la DMLA et autres indications ophtalmiques.

A l'issue des années de son développement, au moment de son AMM initiale, Lucentis a été considéré comme apportant une importante amélioration du service médical rendu (« ASMR »). Son tarif a été fixé en conséquence.

Ensuite, la comparaison ne peut valablement être opérée sur des prix faciaux qui ne reflètent pas le coût réel supporté par l'État. Il conviendrait a minima de prendre en compte les remises que Novartis, comme Bayer, ont très certainement consenties dans leurs conventions pluriannuelles avec le CEPS, qui réduisent la facture payée par l'État.

De surcroît, la figure 2 suivante représente l'évolution des parts de marché de ces deux médicaments autorisés dans le traitement de la DMLA :

⁶⁴⁸ Annexe 1 de l'AMM. Résumé des caractéristiques du produit, partie 4.4 Mises en garde spéciales et précautions d'emploi.

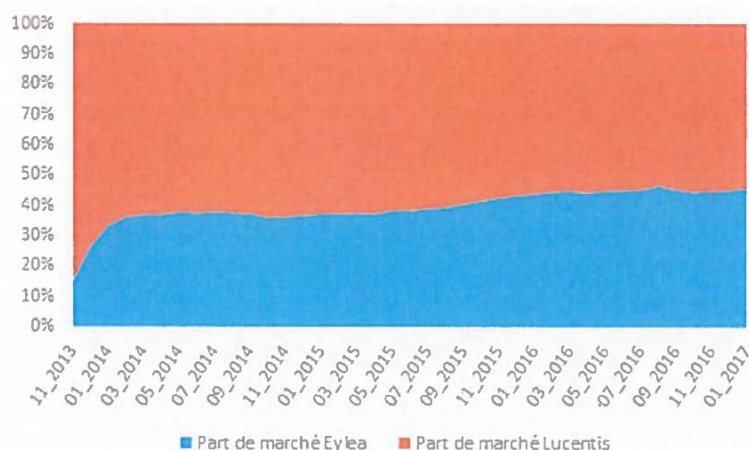


Deux enseignements peuvent être tirés de cette figure 2 :

- Eylea a eu une croissance rapide de ses ventes depuis le début de sa commercialisation en novembre 2013, jusqu'à atteindre environ 45 % de part de marché aujourd'hui.

Cela tend à démontrer que le prix n'est pas le seul comparateur : au sein des anti-VEGF, les établissements et les médecins opèrent une comparaison qualitative entre les différentes molécules disponibles, qui ne peut être occultée dans la comparaison opérée par la Cour des comptes.

- Il existe d'importantes fluctuations dans les parts de marché de chacun des deux médicaments vendus à l'hôpital. Une telle volatilité n'est pas du tout observée s'agissant des ventes en officine, comme le montre la figure 3 suivante.



Ceci doit impérativement être étudié avant toute conclusion.

Enfin, s'agissant d'un constat sur le prix des traitements de la DMLA, la référence aux baisses de prix imposées à Avastin qui, s'il n'a pas subi de nouvelle baisse depuis 2015, est le prix européen le plus bas, en raison de multiples baisses intervenues entre 2011 et 2015 et représentant au total 27,8 % de sa valeur, nous semble hors sujet.

En l'état de ces biais et inexactitudes qui ne reflètent, à l'évidence, pas la réalité et pourraient se révéler contraires à l'intérêt de Roche, il nous semble que le rapport de la Cour des comptes devrait être modifié pour tenir compte des éléments ci-dessus.

**CHAPITRE IX - LA DISTRIBUTION DU MÉDICAMENT EN
VILLE : UN COÛT CONSIDÉRABLE, DES RENTES À REMETTRE
EN CAUSE**

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS (CNAMTS)**

Afin de désensibiliser la rémunération réglementée des pharmacies d'officine au prix des médicaments, il semble important de rappeler que le futur avenant à la convention s'inscrit dans le prolongement des objectifs de la convention nationale conclus en 2012. En effet, il poursuit la réforme du mode de rémunération fondé sur l'honoraire de dispensation et élargit effectivement le périmètre des rémunérations perçues par les pharmaciens en contrepartie d'engagements individualisés de santé publique, dont l'objectif est de favoriser la qualité et l'efficacité du parcours de soins du patient. Ces nouvelles missions renforcent le rôle de santé publique du pharmacien d'officine.

Il convient par ailleurs de souligner que si l'honoraire à la boîte persiste, les nouveaux honoraires créés sont liés à la dispensation notamment dans des situations du patient qui nécessitent une attention particulière. La mise en place d'une rémunération au nombre de patient nécessiterait de pouvoir définir ce qu'est une patientèle de l'officine pour être en mesure de l'estimer.

Sur le coût de la distribution des génériques, il convient de souligner qu'en 2007 la part des génériques s'élevait à 81 % mais sur un répertoire restreint. De plus, il est important de rappeler que c'est la décroissance de cette part à partir de 2009, avec un taux à 71,6 % en mai 2012, qui a motivé la mise en place de cette politique de développement du générique.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ADJOINTE
DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT
ET DES PRODUITS DE SANTÉ (ANSM)**

Afin de renforcer le pouvoir dévolu à l'ANSM en la matière, la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, complétée par l'ordonnance n°2013-1183 du 19 décembre 2013 relative à l'harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits

de santé et le décret n°2014-73 du 30 janvier 2014 relatif à l'harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits de santé et aux modalités de mise en œuvre des sanctions financières a conféré au directeur général de l'ANSM le pouvoir de prononcer des sanctions financières.

Ce dispositif vise à sanctionner financièrement les agissements des opérateurs qui manquent à leurs obligations, dans la limite de 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos ou 30 % du chiffre d'affaires du produit ou groupe de produits concerné. Ces sanctions peuvent être, le cas échéant assorties d'astreintes journalières.

En ce sens, l'absence d'information de l'Agence de tout risque ou de toute de rupture de stock par un laboratoire, ou le fait qu'il n'ait pas mis en place des solutions alternatives ou les mesures prévues par le plan de gestion des pénuries l'expose à une sanction financière (L.5423-8 1° et 2° du CSP). Dans ce cadre, les grossistes répartiteurs ne respectant pas leurs obligations de service de public peuvent également être sanctionnés. En outre, il convient d'ajouter que ces sanctions font l'objet d'une publication sur le site internet de l'ANSM.

Depuis la mise en œuvre effective de ce dispositif fin 2015, 8 sanctions financières ont ainsi été prononcées par l'ANSM dont 2 procédures ont été engagées à l'encontre de grossiste répartiteur, (dont l'une ayant abouti à un rappel à la loi sans sanction).

Ainsi ces nouvelles mesures qui sont très efficaces compte tenu de leur rapidité d'adoption et de leur publication, font partie intégrante de la politique de l'Agence pour sanctionner systématiquement les agissements des opérateurs en matière de non-respect des obligations de service public.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS

Dans la présentation de ce chapitre : Il est précisé à titre liminaire que ce rapport contenant, en raison même de sa thématique sur les lois de financement de la sécurité sociale, beaucoup de références économiques, il n'entre pas dans les missions légales de l'ONP de les commenter. Celui-ci ne dispose d'ailleurs pas de données chiffrées de cette nature. Il appartient à d'autres interlocuteurs, tels les syndicats d'officine, d'intervenir le cas échéant sur ces données.

2ème alinéa de la présentation : *Il est inexact d'affirmer que le réseau officinal est l'un des plus denses d'Europe. En effet, si l'on se réfère à l'Annexe V du rapport IGAS-IGF « La régulation du réseau des pharmacies d'officine » d'octobre 2016, il est conclu à « une densité officinale dans la moyenne européenne. La France se situe dans une situation médiane en Europe tant du point de vue du nombre d'habitants par officine, une officine avec 3 076 habitants en moyenne que du point de vue du nombre moyen de km² par officine, avec une officine pour 29 km² en moyenne ». Les chiffres cités par le rapport démontrent bien que la France est dans la moyenne de l'UE.*

3ème alinéa de la présentation : *Avant d'être des acteurs logistiques, les grossistes-répartiteurs sont surtout des acteurs pharmaceutiques.*

Dernier alinéa de la présentation : *le réseau actuel n'est pas « surdimensionné ». Comme indiqué plus haut, il se situe au contraire dans la moyenne européenne. Pour autant, il reste toujours évidemment possible de réfléchir à une meilleure optimisation. A cet égard, l'ordonnance relative à l'adaptation des règles d'implantation des officines, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé, doit, selon les orientations données par le Ministère, contribuer à apporter des simplifications et des précisions par rapport aux règles existantes, notamment dans le cadre de regroupements. Elle doit également contribuer à mieux répartir les officines sur le territoire, notamment dans les zones dans lesquelles l'approvisionnement en médicaments de la population n'est pas ou mal assuré. Il s'agit de définir des territoires fragiles, territoires où un certain nombre de règles seront dérogatoires afin de simplifier l'évolution du maillage officinal.*

Au I, B, 2 de ce chapitre : *Ce mécanisme a incité les pharmaciens à pratiquer la substitution. Sans celui-ci, les dépenses de l'assurance maladie se seraient révélées encore plus élevées (7 milliards d'euros d'économie en 5 ans depuis 2010 - Source Ameli). De plus, il permet de diminuer l'impact de baisse du chiffre d'affaires induit mécaniquement par un prix plus bas des médicaments.*

Au I, C, 1 : *A ces regroupements, il peut être ajouté aussi les cessions de clientèle, qui constituent en fait des sortes de regroupements. En 2016, nous avons constaté 51 cessions de clientèle en sus des 35 regroupements.*

Au I, C, 2 « Un réseau très excédentaire au regard de la réglementation » - 2ème alinéa : *La moyenne retenue fait peu de cas de la répartition des officines sur le territoire et de la desserte qu'elles assurent*

à la population. Ainsi, une officine installée dans une commune de moins de 2 500 habitants peut être considérée comme surnuméraire mais elle dessert souvent une population pouvant dépasser ce seuil. De même, ces officines desservent surtout plusieurs communes, en raison des arrêtés de desserte.

Au dernier alinéa de cette même partie : La situation financière globale des officines reste à certains égards préoccupante. Ainsi, les liquidations judiciaires ont augmenté depuis 2014 (source BODACC), certaines régions comme l'Ile-de-France ou encore l'Aquitaine ou la Franche-Comté étant plus touchées que d'autres. De même, il est constaté que ce sont les officines les plus récentes, qui doivent faire face à des remboursements d'emprunts, qui sont le plus en difficulté.

Au II, B, 2, a de cette partie : Nous prenons bonne note de cette estimation mais, pour autant, il ne nous semble pas que les estimations communiquées par la CSRP soient des sources officielles opposables.

Au II, B, 3, après l'encadré « La vente directe, une pratique moins réglementée et sécurisée » : Les conditions de transport des médicaments, en cas de vente directe, font évidemment l'objet de règles contractuelles précises établies par l'industriel avec son transporteur. Les conditions du transport à respecter et les garanties associées y figurent à cette fin. L'on ne peut donc affirmer qu'il n'existe aucune condition de qualité et de sécurité à la charge du transporteur.

Au III, A, 1, dernier alinéa avant l'encadré : Ceci est évidemment à mettre en parallèle avec la baisse à venir du prix des médicaments. Il n'y a pas d'augmentation de la rémunération du pharmacien mais plutôt une stabilité.

Au III, B, 3 : L'ONP ne partage pas cette approche. L'organisation actuelle de la chaîne pharmaceutique est un gage de sécurité pour les Français car les pharmaciens sont présents à chaque maillon de la chaîne pharmaceutique.

Le monopole attribué par la loi française aux pharmaciens ne concerne pas seulement « la vente au détail et toute dispensation au public des médicaments », qu'ils soient ou non soumis à prescription médicale (art. L. 4211-1 du code de la santé publique). Il s'étend aussi, pour les mêmes raisons de sécurité, à leur préparation et à leur distribution en gros. Ainsi, la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution en gros et au détail de médicaments ne peuvent être effectuées que dans des établissements pharmaceutiques, entreprises qui sont réglementées et autorisées par les autorités. Dans chacune d'entre elles, des pharmaciens responsables se portent garants du respect des exigences de qualité et de

sécurité, et engageant, à ce titre, leur responsabilité civile, pénale et professionnelle en cas de défaillance.

Alors que sur les dix dernières années la mondialisation de la production pharmaceutique s'est accompagnée d'une explosion des faux médicaments, en France, le régime d'autorisation et de responsabilité pharmaceutique mis en œuvre a permis d'éviter la pénétration de médicaments contrefaits dans la chaîne légale d'approvisionnement, contrairement à certains de nos voisins (Allemagne, Royaume- Uni, Italie).

Rappelons par ailleurs que tous les médicaments, même non soumis à prescription médicale, présentent des risques (contre-indications, surdosages notamment) et ne sont pas anodins quant à leurs effets.

Cette complexité et cette dangerosité expliquent pourquoi le médicament est soumis à une réglementation stricte et qu'en France, ce soit le pharmacien qui ait été institué en garant de sa fiabilité, de sa conception à sa dispensation.

Dans cette logique, la France a fait le choix, dans le cadre de la mise en œuvre de la directive européenne sur les médicaments falsifiés, qui prévoit une authentification des médicaments à la boîte, d'appliquer ce système à tous les médicaments remboursables, y compris les médicaments non soumis à prescription. Le mode d'organisation de la France ne constitue à cet égard nullement une exception en Europe. Dans l'UE, les médicaments de prescription médicale facultative (PMF) sont vendus uniquement en pharmacie d'officine dans 14 pays sur 28.

Plusieurs pays pratiquant la vente « hors pharmacie » sont en outre revenus en arrière récemment, en particulier pour les antalgiques (Suède, Danemark, Royaume Uni). Le fait d'exiger que tous les médicaments soient dispensés en pharmacie n'a jamais été remis en question en termes de conformité au droit européen, de sorte qu'il n'existe aucune contrainte européenne en la matière. Au contraire, la Cour de justice de l'Union européenne a reconnu le caractère proportionné d'une réglementation nationale réservant la vente des médicaments aux seuls pharmaciens.

Concernant l'accès des Français aux soins, les supposés avantages en termes de prix attendus et les effets volumes découlant d'une ouverture du monopole officinal, sont en contradiction avec les objectifs de santé recherchés par le législateur. La recherche de vecteurs de croissance est louable mais dans un pays où l'on consomme déjà trop de médicaments, (48 boîtes de médicaments par an par citoyen selon l'ANSM), la question prioritaire n'est pas de vendre un maximum de médicaments à bas prix mais de les délivrer dans de justes et bonnes conditions.

Le réseau officinal est par ailleurs suffisamment fourni et organisé pour que chaque Français puisse se procurer ses médicaments sans difficulté, sans avoir recours à d'autres distributeurs non pharmaceutiques, qui n'amélioreraient en rien l'accès aux soins.

Quant à l'hypothétique effet de « baisse de prix » attendu, rappelons déjà qu'en France les prix sont moins élevés que chez nos voisins européens et qu'en Italie, où les médicaments à PMF peuvent être vendus en dehors des pharmacies, les prix de ces médicaments restent relativement chers en comparaison des autres pays européens, les consommateurs n'ayant pu faire d'économies (augmentation des frais de 2,6% entre 2006 et 2013 - Étude Agence du Médicament italienne). L'OCDE a par ailleurs souligné, dans une étude de 2014, que les « études existantes n'ont pu confirmer une baisse de prix des médicaments en vente libre après la libéralisation du secteur des pharmacies de ville et la concurrence sur les prix est faible ». Des résultats similaires ont été constatés en 2015 au Portugal (Competition among health care providers).

Au III, B, 3., après l'encadré « Des ventes en ligne encore peu développées » : La France n'est absolument pas isolée en Europe dans le choix qu'elle a fait en matière de vente en ligne. En effet, au moins 15 Etats membres imposent un lien entre la vente en ligne et une officine physique (Autriche, Belgique, Espagne, Lituanie...). Il est rappelé à cet égard qu'il appartient à chaque Etat membre de choisir librement le niveau de protection qu'il entend donner aux patients. La directive européenne prévoit à ce titre que « les États membres peuvent imposer des conditions, justifiées par la protection de la santé publique, pour la délivrance au détail, sur leur territoire, de médicaments offerts à la vente à distance au public au moyen de services de la société de l'information ». Quoiqu'il en soit, le développement de la vente en ligne doit peut-être aussi trouver ses causes dans l'ancienneté de la pratique (encore récente en France et datant de 2004 en Allemagne). Ainsi, à législations identiques en France et en Allemagne, le taux d'achat en ligne en ligne s'élèverait à 6 % en France contre 24 % en Allemagne (Enquête Lutte contre la contrefaçon de médicaments, Sanofi, novembre 2015 et Étude de l'association allemande des caisses de maladie privées, citée par le Quotidien du Pharmaciens, avril 2017).

Au III, B, 4, deuxième alinéa : L'application concrète de la dispensation à l'unité interroge à bien des titres. Soit le pharmacien d'officine déconditionnerait les boîtes, ce qui ne paraît pas satisfaisant en termes de traçabilité, de pharmacovigilance et plus généralement incohérent par rapport à toutes les précautions actuellement requises des fabricants pour garantir la qualité et la stabilité des médicaments. Soit il

serait demandé aux industriels du médicament de produire des conditionnements unitaires pour l'officine, ce qui emporterait une évolution importante de la chaîne pharmaceutique, du producteur au dispensateur.

En tout état de cause, un tel système ne serait pas adapté pour toutes les classes thérapeutiques, aucun pays européen n'ayant appliqué cette pratique de manière systématique dans un contexte officinal. Quant à la préoccupation relative au gâchis, on rappellera que beaucoup de boîtes sont déjà conditionnées en fonction de la durée du traitement.

La recommandation n° 49 : Voir les remarques formulées supra par l'ONP sur l'intérêt pour le patient, en termes de santé publique et de sécurité sanitaire, de pouvoir continuer à bénéficier de l'organisation pharmaceutique actuelle.

La recommandation n° 50 : Comme indiqué, la présence harmonieuse des pharmacies sur le territoire, ne justifie pas nécessairement pour les patients, le recours à la vente en ligne. L'État français a par ailleurs fait un choix raisonné de sa législation selon un modèle courant en Europe.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA CHAMBRE SYNDICALE DE LA RÉPARTITION PHARMACEUTIQUE (CSRP)

1 - Précisions

Au I, A, 1 de ce chapitre :

Densité du réseau des GR

Les chiffres présentés intègrent les établissements des shorts-liners.

En 2016, les entreprises adhérentes à la CSRP comptent 186 établissements en métropole et 13 dans les DOM.

Au I, B, 1 :

La Cour évoque la distribution en direct des médicaments complexes, à forte valeur ajoutée et faible population cible pour lesquels les services offerts par la répartition ne répondraient pas aux besoins de laboratoires pharmaceutiques.

Une analyse précise des ventes de médicaments chers à faible volume de vente montre que :

- le choix de privilégier le circuit des ventes directes concerne très peu de laboratoires ; le plus grand nombre de laboratoires concernés confie la distribution de cette catégorie de produits aux grossistes-répartiteurs ;
- pour ces produits, les laboratoires utilisent à 100% le circuit des répartiteurs ou à 100% celui des ventes directes ; ils ne répartissent pas la distribution entre les deux circuits.

Les grossistes-répartiteurs estiment être en capacité de distribuer de manière optimale les médicaments complexes à faible volume de vente en concentrant les stocks sur un nombre limité d'établissements pivots.

2 - Observations

Le tableau n° 71 reflète la dégradation rapide et brutale de l'économie des entreprises de la répartition. Il est vraisemblable qu'une présentation exhaustive de ces indicateurs pour l'ensemble des entreprises adhérentes à la CSRP serait encore plus alarmante.

Parmi les explications d'une telle dégradation, la question de la distribution des médicaments génériques tient une place particulièrement importante. Les conditions économiques de la distribution de ces produits – très exactement décrites par la Cour – ne sont plus tenables pour les entreprises du secteur. Or, il s'agit d'un des rares segments dynamiques du marché.

Ce dynamisme répond aux objectifs de maîtrise des dépenses de santé des pouvoirs publics qui souhaitent accroître la part des médicaments génériques sur le marché français à l'image de nos voisins européens. A cet égard, le rôle de la répartition est indispensable.

Il est donc urgent de traiter cette question et de permettre aux grossistes-répartiteurs de distribuer ces produits dans des conditions soutenables.

**CHAPITRE X – LES SOUTIENS FISCAUX ET SOCIAUX AUX
FAMILLES EN FRANCE : UNE MISE EN PERSPECTIVE
INTERNATIONALE**

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE,
DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE (HCFEA)**

- Le tableau n° 75 ne donne pas d'indication sur l'âge limite des enfants. Il n'est donc pas exploitable en l'état ;

- Comme le graphique n° 30 ne porte que sur les enfants de moins de 15 ans, il conduit à sous-estimer l'effort des politiques familiales qui ont des limites d'âge élevées pour la prise en compte des enfants pour les prestations et la fiscalité. C'est le cas de la politique familiale française qui considère les enfants comme à charge jusqu'à 20-21 ans pour les prestations familiales et potentiellement jusqu'à 25 ans pour le quotient familial. Dans ce chapitre, au I,B,I, le titre de l'encadré met l'accent sur « la maîtrise des dépenses ». Il serait plus pertinent d'indiquer que l'indexation, dans la plupart des pays, conduit à la diminution des aides en pourcentage de la richesse nationale ;

- Il faudrait s'assurer que les cas type de l'étude de l'OCDE citée au II, A, 1, couvrent bien les familles avec des enfants « âgés ». Les âges limite retenus en matière de prestations et de dépenses fiscales sont en effet très différents selon les pays ;

- La chute en France à 15 ans donnerait à penser qu'on fait l'analyse sur l'âge du dernier enfant ; on ne sait pas comment on a traité le quotient familial aux âges élevés (arrêt à 18 ans, 20 ans ou 25 ans ?) ;

- au II, A, 3 : dans les comparaisons internationales des taux d'emploi des femmes (ou des écarts de taux d'emploi entre femmes et hommes), il faudrait tenir compte du temps partiel et de l'éventuelle segmentation du marché du travail (avec des secteurs à dominante féminine, où le temps partiel est répandu et les salaires horaires faibles) ;

- Le tableau 79 donne des fréquences ; il est intéressant à ce titre. Mais il n'a de sens que si on connaît la durée du congé parental des pères.

À ma connaissance, on ne connaît pas encore le taux de recours des pères dans les familles d'au moins deux enfants en France.

**CHAPITRE XI - LES RÉFORMES RÉCENTES DES SOUTIENS
PUBLICS SOCIAUX ET FISCAUX AUX FAMILLES :
DES TRANSFERTS MASSIFS ENTRE FAMILLES, DES ENJEUX
NON TRANCHÉS**

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)**

Nous partageons globalement les analyses de la Cour, en particulier sur le bilan des réformes menées depuis 2013.

À juste titre, le rapport souligne, l'aplanissement de la « courbe en U » des soutiens fiscaux et sociaux aux familles pour les derniers déciles comme l'a mis en évidence la Cnaf dans les études qu'elle a conduites. Sur ce point, la question des avantages familiaux de retraite pourrait utilement être intégrée à cette réflexion d'ensemble.

Le rapport souligne également les objectifs non atteints en matière d'accueil du jeune enfant, tout en précisant que les objectifs de créations de place en EAJE ont été quant à eux réalisés, mais grâce au développement important des micro-crèches financées par le complément mode de garde (CMG). L'analyse comptable aurait pu prendre en compte l'évolution des engagements de dépenses des collectivités territoriales, financeurs importants de la politique d'accueil du jeune enfant, engagements dont la croissance s'est ralentie au cours de la COG en cours au profit des accueils de loisirs sans hébergement (cf. note jointe).

La Cnaf partage pleinement les objectifs de rééquilibrage social et territorial de l'offre en matière d'accueil du jeune enfant, afin de mieux prendre en compte les besoins des familles les plus modestes, notamment en situation monoparentale, les parents les plus éloignés de l'emploi, et les territoires les plus prioritaires. La généralisation des schémas départementaux des services aux familles qui aboutira fin 2017 constitue de ce point de vue une véritable avancée pour aller vers un système de régulation plus efficace, qui devrait pouvoir prendre en compte à l'avenir les structures financées par la CMG.

Par ailleurs, la question des modes de garde est principalement appréhendée dans ce rapport au prisme de la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle ainsi qu'à la lutte contre les inégalités. Les modes de garde contribuent aussi au développement et à la sociabilité de l'enfant, ce qui constitue en soi un objectif de la politique familiale comme les travaux conduits pour la Cnaf par plusieurs partenaires sur l'investissement social l'ont montré. D'autres orientations devraient aussi être fixées pour la politique de développement du mode de garde,

notamment en matière de mixité sociale ou de contenu éducatif, dans une logique d'investissement social.

Par ailleurs, je vous communique ci-dessous l'ensemble des observations portant sur certains points du rapport.

Au I, C, 1 de ce chapitre, Les baisses des dépenses constatées en 2015 et 2016, évoquées dans le rapport, n'intègrent pas encore l'effet de la réduction de la durée de la Prepare. En effet, l'effet de la réduction de la durée de la Prepare n'était pas encore connu à la date de transmission des données, la réduction ne devient effective pour les couples avec deux enfants qu'à partir de janvier 2017 lorsque les premiers enfants concernés auront deux ans).

Toutefois, des analyses conduites ultérieurement ont montré que les couples préfèrent réduire la durée de la Prepare plutôt que de partager le congé.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE (HCFEA)

- au I,C,1,c : la fréquence de fréquentation des EAJE par des familles pauvres ne donne qu'une indication limitée dès lorsqu'on ne connaît pas sa durée ;

- I,C,2 : si l'étude d'impact de la réforme de la PreParE évoque que « dans 40 % des cas, le choix de cesser son activité est un choix de second rang contraint par l'absence d'un mode de garde satisfaisant », cette affirmation est peu documentée ;

- au I,C,2 : Le HCF a fait deux exercices de projection à l'horizon 2025 (en 2010 et 2013) et le relais a été pris par le HCFiPS (auquel le Président du HCF puis le Président de la formation Famille du HCFEA participe) avec des prévisions à long terme en 2014 et 2017 ;

- au II,A,2 : tiret sur « la substitution d'une fiscalisation des AF au mécanisme de division par deux puis par quatre des allocations » pèserait sur les classes moyennes alors que la modulation ne concerne que les familles les plus aisées ;

- l'option citée au II,A, dernier alinéa du 3 n'est étayée par aucune justification au regard des objectifs cités II,A -1^{er} alinéa du 3 ;

- au II,A,3,a : dire que le transfert massif au détriment des familles nombreuses « ne serait pas pleinement cohérent » semble bien plat. Je pense qu'il ne serait pas cohérent du tout.

Au 4^{ème} alinéa, la dépense brute serait de 2,9 Md€ (64€*12*3,8 M) avant modulation en fonction du revenu. Après modulation et économies sur le RSA la dépense publique nette serait de l'ordre de 2,1 Md€.

Il serait intéressant de noter que :

- gager cette dépense par une diminution des AF des familles nombreuses conduirait à les baisser de près de 150€/mois (cette baisse étant compensée par une augmentation du RSA pour les plus pauvres d'entre elles) ;

- l'octroi des AF de 63 € aux familles d'un enfant dont le revenu primaire est relativement élevé compte tenu du taux d'activité des mères n'aurait guère d'effet pour la majorité des familles en cause ;

- les développements sur « la perspective d'un retour à l'équilibre de la branche famille » (II,B,1 et suivantes) sont trop centrés sur la période actuelle. Cela masque le fait majeur que l'excédent de la branche à législation constante est structurel et qu'il croît avec le temps (et ce d'autant plus fortement que l'écart entre les prix et les assiettes des recettes est élevé) comme l'ont illustré les projections du HCF et du HCFIPS.

Il faudrait préciser quelles hypothèses pourraient « engendrer un déficit au-delà de 2017 ».

**CHAPITRE XII - LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES
ET MÉDICO-SOCIAUX DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE
MALADIE : UN IMPÉRATIF D'ÉQUILIBRE FINANCIER,
UNE STRATÉGIE À DÉFINIR**

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS (CNAMTS)**

S'agissant des perspectives d'évolution du Groupe UGECAM, la priorité des prochaines années sera de renforcer sa consolidation financière, au sein de l'assurance maladie, dans le cadre d'une organisation qui devra pouvoir évoluer afin de s'adapter aux enjeux internes du groupe et de son environnement. Cet objectif s'appuiera sur les progrès déjà réalisés au cours des dernières années par les UGECAM, et que la Cour reconnaît, au travers de la mise en place d'outils de pilotage tels que les CPG, d'outils informatiques communs, d'une mutualisation accrue des fonctions supports et de la certification des comptes.

Comme la Cour l'indique, l'appartenance des établissements UGECAM à l'assurance maladie est le fruit de l'histoire et je ne vois aucun argument qui viendrait contester la légitimité de principe de maintenir ces établissements au sein de notre institution. Cet adossement offre de surcroît la possibilité de connaître finement la réalité de la gestion opérationnelle d'établissements sanitaires et médicosociaux, entrant dans le champ global de la régulation de l'assurance maladie. Elle permet également d'y expérimenter des dispositifs innovants (ex : plateformes transports, ateliers lombalgies), mouvement que je souhaite amplifier lors de la prochaine COG. Je note enfin que les scénarii alternatifs présentés par la Cour poseraient des difficultés opérationnelles très sérieuses, liées à la taille du Groupe et à la diversité de ses établissements.

La pérennité du groupe UGECAM passe évidemment par l'atteinte d'un équilibre financier qui s'est dégradé depuis quelques années. Même si la Cour pointe l'élément de surcoût lié objectivement à la Convention Collective Sécurité Sociale qui s'applique aux salariés du Groupe UGECAM, d'autres leviers de retour à l'équilibre me semblent pouvoir être prioritairement mobilisés plutôt que sortir le groupe de ce cadre conventionnel. Je pense notamment au renforcement des outils de pilotage, à l'accompagnement des établissements fragilisés (par leur taille, leur localisation, la vétusté de leurs locaux), à la mobilisation des recettes annexes telles que les chambres à régime particulier et la taxe d'apprentissage notamment. De nouvelles actions doivent être également renforcées en matière de contrôle de gestion, de la mutualisation des

fonctions support notamment sur la paie et la mutualisation des outils informatiques mais aussi la réorganisation interne des établissements (travail sur les cycles de travail, les accords locaux, les effectifs cibles...). Enfin, le calibrage optimisé des projets d'investissement, auquel la CNAMTS veille particulièrement, est un levier essentiel d'amélioration de performance des établissements.

En revanche, contrairement à la Cour, je suis convaincu que, comme pour tout opérateur sanitaire et médicosocial, le retour à l'équilibre d'établissements peut passer par des opérations de développement maîtrisées, notamment dans le champ médicosocial, permettant des relais de croissance, des réallocations d'éventuels sureffectifs et des économies d'échelle sur les fonctions support.

Enfin, concernant l'organisation du Groupe UGECAM, le renforcement du pilotage national est une priorité essentielle, que je souhaite continuer à porter tant en termes de procédures, d'outils communs que de moyens humains. Au niveau régional, la révision du périmètre géographique des ARS nous amènera à réexaminer dans la prochaine COG le périmètre de certaines UGECAM, comme le suggère la Cour, tout en tenant compte de la capacité effective de pilotage des établissements par les Directeurs d'UGECAM, dans une relation de proximité avec les directeurs d'établissements. L'idée proposée par la Cour de constituer une entité juridique unique du Groupe UGECAM pourrait certes présenter un intérêt mais ne saurait être envisagée sans tenir compte du contexte de gouvernance institutionnelle des UGECAM et de leurs Conseils. Elle nécessite donc une instruction approfondie pour mesurer les conséquences de ce type de décision dans l'ensemble de ses dimensions (juridiques, financières, sociales et de gouvernance) et ne saurait constituer, à elle seule, une réponse pertinente à l'équilibre économique du Groupe UGECAM.

**CHAPITRE XIII - LES RETRAITES VERSÉES À DES RÉSIDENTS
À L'ÉTRANGER : DES RISQUES SPÉCIFIQUES
INSUFFISAMMENT PRIS EN COMPTE, DES OUTILS À
ADAPTER**

**RÉPONSE DU MINISTRE DE L'EUROPE ET DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES**

Compte tenu de l'importance des enjeux financiers, le MEAE apporte autant que possible son appui et celui des postes consulaires au ministère des solidarités et de la santé.

Ce ministère approuve les pistes de sécurisation du processus de vérification de l'existence envisagées par la direction de la sécurité sociale (DSS). Elles correspondent d'ailleurs aux recommandations faites par la Cour à savoir :

- développer la coopération institutionnelle (échange automatisé de données d'état civil avec les autorités algériennes) et intensifier la coopération administrative entre les organismes de sécurité sociale algériens et français (dans le cadre de la commission mixte franco-algérienne) ;*
- contrôler certains pensionnés via un intermédiaire sur place (via un opérateur public ou une entreprise privée).*

La Cour souligne la bonne coopération de la DSS, de la CNAVTS et de ce ministère (II,B,3). Je souhaite préciser que la pérennisation de cette coopération ne peut s'inscrire que dans un dispositif où la part des effectifs consacrée à conduire ces missions nouvelles serait décomptée des réductions prévues par les schémas d'emplois des années à venir pour mon ministère.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS
(CNAVTS)**

Je me félicite des avancées significatives de la Branche Retraite du Régime Général en matière de paiement des retraites versées à des résidents à l'étranger, qui ont été soulignées par la Cour : l'initiative de la mise en place d'échanges d'informations décès automatisés avec certains pays, les actions de contrôles sur place de l'existence via les consulats, la

lutte contre les comptes de collectage, le croisement des données d'identification fiscale avec la DGFIP, la spécialisation du traitement par Pôles de Compétence par pays, l'envoi de certificats d'existence multilingues, l'envoi systématique d'un certificat d'existence en cas de changement d'adresse vers un pays étranger. La CNAV entend bien approfondir et renforcer l'ensemble de ces actions.

Comme toute action visant la prévention de la fraude aux prestations sociales, la qualité des contrôles réalisés par la Branche Retraite peut être perfectible mais reste néanmoins efficace. La Cour des Comptes qualifie de restreinte la portée des actions de lutte contre la fraude s'agissant des paiements à l'étranger, alors que la CNAV a pour préoccupation constante d'améliorer ses contrôles en la matière, comme le montrent ses actions menées sur les comptes de collectage ou la prestation de contrôle sur place demandée à son partenaire financier dans le dernier marché bancaire attribué.

Forte de son expérience et de ses initiatives en matière de contrôle des paiements de retraite à l'étranger, la CNAV s'est positionnée comme opérateur des contrôles qui seront menés dans le cadre du projet de Mutualisation des Certificats d'Existence coordonné par le GIP Union Retraite. Ce projet sera l'occasion pour la Branche Retraite de revisiter sa politique de maîtrise des risques en la matière.

Ces travaux sont en cours et intègrent d'ores et déjà certaines suggestions portées dans le rapport de la Cour des Comptes (croisement des assurés très âgés entre régimes, croisement avec les tables d'existence par pays, développement de contrôles sur place délégués à notre partenaire bancaire, poursuite des actions menées sur les comptes de collectage) : nous avons donc commencé, d'ores et déjà, à tirer profit de l'enquête de la Cour, inscrivant ainsi pleinement la CNAV dans un dialogue, exigeant mais fécond, avec la Cour.

Concernant « une coopération internationale à approfondir », la CNAV souhaite poursuivre activement ses discussions avec plusieurs pays, afin de déployer les échanges automatisés d'informations décès à des populations de retraités plus importantes, échanges qui bénéficient ensuite à l'ensemble de la communauté des régimes et de la Protection Sociale, grâce à l'alimentation du SNGI (Système National de Gestion des Identités). Elle a sollicité l'appui de la tutelle pour intensifier une démarche d'abord initiée par la seule CNAV.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION
GÉNÉRALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE DES CADRES ET
DE L'ASSOCIATION POUR LE RÉGIME DE RETRAITE
COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS (AGIRC ARRCO)**

Dans le chapitre concernant les retraites versées à des résidents à l'étranger, vous évoquez 4 recommandations :

Fixer des objectifs et un échéancier de dématérialisation des échanges d'informations d'état civil avec les organismes étrangers de sécurité sociale en privilégiant les pays avec lesquels la France a les plus importants flux financiers

L'échange d'état civil avec les autorités étrangères doit, en effet, être la voie privilégiée ; la mise en place d'échanges réciproques avec les pays membres de l'espace européen permettrait de se dispenser d'enquêtes jusqu'à 50 % des allocataires résidant hors de France.

Mettre rapidement en place un certificat d'existence sur support papier commun aux différents régimes de retraite, traduit dans les langues des principaux pays de destination (...)

Le circuit de mutualisation des certificats d'existence et de non remariage (pour les réversions) en cours de chiffrage dans le cadre du GIP Union Retraite prévoit la mise en place d'une solution avec téléchargement de formulaires communs qui pourraient être traduits en plusieurs langues.

Renforcer les contrôles sur pièces a posteriori de l'existence des assurés et ayants droits, mettre en place ou reconduire des contrôles réguliers d'existence sur place dans les pays qui concentrent les principaux enjeux financiers et mutualiser l'information sur les résultats de ces contrôles entre régimes de base et complémentaire

Le partage en inter-régime des résultats des contrôles a posteriori sur place réalisés par des agents assermentés de la CNAV notamment, devrait être intégré à la solution de mutualisation en cours d'étude.

Mettre en œuvre un marché mutualisé de prestations bancaires entre les principaux régimes, en prévoyant des clauses relatives à la vérification de l'existence des titulaires de prestations et à la récupération des sommes indûment versées après décès.

En 2016, les régimes AGIRC et ARRCO ont opéré une mutualisation des prestations bancaires entre tous les groupes de protection sociale (GPS). Ils ne peuvent qu'être favorables à l'élargissement de cette initiative à l'ensemble des régimes de retraite. De plus, dans le cadre de ce marché, des études sont en cours pour faire bénéficier aux régimes de

services du prestataire bancaire autour de la vérification de l'existence et de la récupération des sommes indûment versées.

Enfin, concernant le « regroupement dans des unités spécialisées du traitement des demandes de retraite émanant d'assurés résidant à l'étranger », il apparaît que le nombre d'allocataires résidant à l'étranger dès leur demande de retraite est très faible. Les allocataires résidant hors de France dès leur demande de retraite peuvent être identifiés au niveau des fédérations AGIRC et ARRCO, où il existe un service de coordination européenne pour le traitement des demandes de retraite effectuées depuis un autre pays de l'espace européen.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT
PUBLIC UNION-RETRAITE (GIP UNION-RETRAITE)**

Je partage les conclusions de ce rapport, qui préconise à la fois la mutualisation du contrôle d'existence et la création d'une version dématérialisée de celui-ci, au bénéfice des assurés. C'est, de fait, dans cette voie que s'est engagée l'Union retraite depuis sa création, comme en atteste le contrat d'objectifs pluriannuels 2015-2018, dont ce point constitue l'objectif n° 10.

Les développements du rapport appellent toutefois de ma part un certain nombre d'observations que je vous prie de bien vouloir trouver ci-après.

En ce qui concerne le certificat d'existence unique, le Conseil d'administration de l'Union Retraite, n'a suspendu les travaux, dans leur version d'origine, que pour étudier les alternatives possibles, compte tenu des coûts et de la complexité du dispositif qui lui était présenté, et dans un contexte dans lequel les échanges d'état civil pouvaient faire espérer, pour certains administrateurs, une baisse importante des volumes. En aucun cas, ni à aucun moment, l'objectif de mutualisation n'a été abandonné par le Conseil qui a débattu de ce projet les 13 juin 2016, 19 décembre 2016, 20 mars 2017 et 12 juin 2017 (cf. extraits de PV joints en annexe I). Ainsi ont été étudiées, suite à la séance du Conseil d'administration du 13 juin 2016 la possibilité de privilégier des voies potentiellement moins coûteuses comme les échanges d'état civil entre États ou le renforcement des contrôles via les marchés bancaires des organismes ou encore un système allégé d'abonnement en ligne avec authentification par SMS.

Les études qui ont été réalisées ayant montré que ces différentes modalités ne constituaient pas une alternative viable et complète au projet initial, notamment au regard des objectifs de celui-ci, l'ensemble des régimes s'est accordé sur l'opportunité de reprendre les travaux du projet initial, moyennant quelques amodiations. Le Conseil d'administration a confirmé cette orientation lors de ses séances du 20 mars et du 12 juin 2017. C'est en particulier au cours de cette réunion du Conseil que la décision permettant de confier à la Cnavts le contrôle des certificats en retour a été prise, cette disposition ne figurant pas dans le projet initial.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE DES LIAISONS
EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES
DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Au préalable, je tiens à souligner que le directeur du CLEISS souscrit à l'essentiel des observations formulées par la Cour et a prévu de proposer, avant la fin de l'année 2017, aux organismes de sécurité sociale une convention portant sur les statistiques, comme la Cour le recommande. Il est relevé dans le rapport que le contrat de service, qui couvre les années 2016 et 2017, prévoit des engagements réciproques visant à améliorer la qualité des données statistiques. Je précise que cette question avait été évoquée dès 2015 lors de rencontres organisées par le CLEISS avec l'ensemble des principaux organismes partenaires.

Une convention pourra constituer un moyen de sécuriser les données statistiques que les organismes transmettent au CLEISS, dès lors que les systèmes d'information mis en œuvre dans les organismes sont développés et déployés de manière adaptée et cohérente au regard des besoins, qui restent sans aucun doute à préciser. Cela supposera un travail réunissant à la fois les services juridiques des organismes, leurs services statistiques et, si possible, financiers.

Sur le plan technique et organisationnel, je tiens à formuler quelques observations pour bien éclairer les procédures existantes sur la remontée et le traitement des données.

1. S'agissant du manque de fiabilité des données.

En matière de pensions de retraites, le CLEISS collecte actuellement des informations auprès des régimes ou institutions suivants : la CNAV pour le régime général, la CCMSA pour le régime agricole, le régime minier, les régimes spéciaux, les caisses des professions libérales, le RSI pour le régime des indépendants et enfin le GIE Agirc-Arrco pour les

retraites complémentaires. Les données relatives à la retraite sont principalement remontées au CLEISS sous forme de fichiers informatiques centralisés : c'est le cas pour la CNAV, la CCMSA, le RSI et l'Agirc-Arrco, régimes concernés par le contrôle de la Cour.

Il m'apparaît que l'appréciation portée par la Cour aux termes de laquelle « le CLEISS n'avait en effet pas défini la nature des informations attendues des régimes... » est à nuancer. En effet, il existe une définition de ces informations dans le document « Dispositions communes », document détenu par les régimes et institutions ainsi que dans les différents tableaux actualisés et transmis annuellement lors du lancement de chaque nouvelle collecte de données.

La distinction des modes de paiement y est bien décrite :

- transfert à l'étranger : mode de paiement des rentes, pensions et allocations. Les versements sont effectués directement sur un compte à l'étranger ou par mandat international ;
- versement sur un compte de non-résident : mode de paiement des rentes, pensions et allocations. Les versements sont effectués sur un compte ouvert dans un établissement financier français au nom du bénéficiaire résidant à l'étranger.

De plus, les régimes qui nous adressent des fichiers informatiques (cas des régimes qui nous intéressent ici) sont destinataires du document « Normes et spécifications pour le transfert des états statistiques vers l'application CASSIS ». Ce document, réalisé en collaboration avec la direction des systèmes d'information du CLEISS, regroupe tous les aspects techniques nécessaires au transfert de fichiers.

Le contrôle de la Cour des Comptes a permis de constater que les définitions contenues dans le document intitulé « dispositions communes » ne sont pas assez précises. Le contenu de ce document a vocation à être repris sans aucun doute dans les futures conventions ; elles devront certainement faire l'objet d'une expertise et de compléments pour bien préciser la nature des données devant donner lieu à un travail statistique. Par exemple, il faudra préciser la notion de bénéficiaire qui doit être retenue dans les statistiques et la manière de les comptabiliser, ne serait-ce que pour faire des comparaisons avec les statistiques portant sur les pensions versées par les organismes français à des résidents en France.

2. S'agissant du caractère sommaire des données financières retracées dans le rapport.

Il est vrai que le rapport annuel est très factuel et son format n'a jamais été remis en cause par les organismes et les tutelles. Cela n'est pas

totallement satisfaisant c'est pourquoi le CLEISS a pris l'initiative de réaliser et de diffuser d'autres études. Comme indiqué en préambule de ma réponse, il faut déterminer aussi les besoins auxquels des études financières doivent répondre. Et il faut notamment savoir si les études à conduire ont uniquement vocation à mesurer les évolutions et à en expliquer les déterminants, ce qui est déjà très important. Il faut aussi savoir si elles peuvent contribuer à une forme de contrôle de gestion, i.e. plus précisément de la gestion des droits et à la définition de la cartographie des risques, et donc contribuer à la maîtrise des risques. Dans ce dernier cas, elles n'ont pas vocation à être diffusées intégralement dans le rapport public que le CLEISS produit annuellement. Il est précisé que le CLEISS a communiqué aux organismes et à la direction de la sécurité sociale les études transmises à la Cour accompagnées d'observations sur les écarts, en particulier sur le nombre respectif de bénéficiaires d'une pension de retraite de base et de bénéficiaires d'une pension de retraite complémentaire, ainsi que d'hypothèses d'évolutions.

La conclusion d'une convention pourra être l'occasion de mieux définir les besoins et le mode de coopération entre le CLEISS et les organismes de sécurité sociale, travail auquel la direction de la sécurité sociale sera associée bien évidemment.

3. Pour ce qui concerne plus précisément les chiffres.

- Relatifs au nombre de bénéficiaires d'une pension de retraite (cf. présentation)*

Les données collectées (nombre de bénéficiaires et montants versés) auprès des différents régimes sont consolidées dans de nouveaux tableaux. Le rapport indique que « Le recueil du CLEISS mentionne des effectifs de bénéficiaires de prestations de retraite, alors qu'il s'agit en réalité de nombres de prestations de retraite » ; il est vrai qu'aujourd'hui un poly-pensionné (au régime général et au régime agricole par exemple) est comptabilisé deux fois. Le CLEISS comptabilise ainsi un nombre de pensions mais pas le nombre réel de bénéficiaires ; les libellés des tableaux devront ainsi être modifiés.

Le problème mérite évidemment d'être traité mais en l'état, il ne peut pas l'être par le CLEISS seul car ce dernier ne dispose pas d'un fichier unique mais seulement de fichiers par régime. Une solution consisterait à le rendre destinataire des fichiers de gestion ou du moins à certaines informations de ces fichiers qui relèvent d'organismes différents. Si cette solution devait être retenue, cela impliquerait d'accroître certains moyens informatiques alloués à l'établissement ; cela renvoie donc à des échanges

avec les organismes sur le plan technique et à des décisions des tutelles sur les moyens.

- *Relatifs aux écarts entre le CLEISS et la CNAV, écarts non expliqués*

Au préalable, je tiens à souligner que le CLEISS a découvert ces écarts en même temps que la Cour sur le nombre de bénéficiaires ainsi que sur le montant des prestations versées, écarts qui conduisent donc à s'interroger sur le contenu précis des données communiquées au CLEISS. A la suite du contrôle de la Cour des Comptes, plusieurs échanges ont eu lieu entre le CLEISS et la CNAV afin d'expliquer les écarts observés entre les données transmises par celle-ci au CLEISS courant mars 2016 (collecte des données de l'exercice 2015) et les données remises à la Cour par la CNAV lors du contrôle en 2017.

Le CLEISS a émis diverses hypothèses afin d'expliquer les divergences observées hypothèses qui ont été adressées à la CNAV :

- *les scripts d'interrogation (en particulier sur les versements sur les comptes de non résident) pour les besoins du CLEISS et pour les besoins internes de la CNAV sont peut-être différents ?;*
- *la base a été interrogée à des dates différentes : y aurait-il un effet « actualisation des données » ?*