

Cour des comptes



LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Octobre 2018

Sommaire

	Réponses
Avant-propos.....	1
Délibéré.....	3
Introduction générale	7
Première partie Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale.....	19 423
Chapitre I La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme	21 423
I - En 2017, une réduction du déficit de la sécurité sociale permise par une conjoncture économique favorable	24
II - En 2018, un retour anticipé à une situation proche de l'équilibre	48
III - À partir de 2019, une pluralité d'objectifs à concilier par un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale	58
Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles	65 423
I - L'ONDAM 2017 initial et révisé : une construction aux limites persistantes.....	68
II - L'exécution de l'ONDAM 2017 : un objectif globalement respecté grâce à une activité hospitalière notablement inférieure aux prévisions	77
III - Malgré le desserrement du taux d'évolution de l'ONDAM à partir de 2018, une maîtrise de la dépense à renforcer.....	90
Chapitre III Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence	101
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2017.....	104
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2017	114

	Réponses
Deuxième partie Prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé 127	425
Chapitre IV Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France 131	425
I - Des dispositifs de prise en charge soumis à des tensions croissantes mais inégales 134	
II - La mise en œuvre de réformes structurelles améliorant l'efficacité des systèmes de soins..... 153	
Chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital..... 169	426
I - Un virage ambulatoire engagé à l'hôpital en chirurgie, mais insuffisamment en médecine..... 172	
II - Une nécessaire réorganisation des activités médicales, en ville comme à l'hôpital 186	
Chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins..... 203	427
I - Un coût élevé et croissant pour notre système de santé..... 206	
II - Améliorer l'organisation des soins à l'hôpital au bénéfice des patients 211	
III - Accroître les chances de chacun, avant et à tous les stades de l'évolution des pathologies 227	
Chapitre VII Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser..... 241	428
I - Des besoins inégalement couverts malgré des dépenses croissantes 244	
II - Une politique d'ensemble des soins visuels à définir..... 259	
Troisième partie Réduire les risques professionnels 279	438
Chapitre VIII La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer 281	438
I - Un dispositif financièrement équilibré, mais complexe et lourd à gérer 284	
II - Engager de nouvelles réformes pour faire jouer à la tarification un rôle plus actif dans la prévention des risques professionnels 297	

	Réponses
Quatrième partie Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale..... 319	440
Chapitre IX La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire 321	440
I - Une généralisation en voie d'achèvement pour les entreprises du secteur privé..... 324	
II - Donner une nouvelle impulsion afin d'exploiter toutes les potentialités de la DSN 338	
Chapitre X Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif 355	449
I - Une organisation complexe de la sécurité sociale outre-mer face à des enjeux élevés..... 358	
II - Un service public de la sécurité sociale pour partie défaillant 364	
III - Des transformations structurelles à mettre en œuvre 378	
Annexe Récapitulatif des recommandations..... 393	
Liste des abréviations..... 403	
Réponses des administrations et des organismes concernés..... 409	

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 1997, 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 notamment 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. En outre, il comprend les avis par lesquels la Cour se prononce sur la cohérence des tableaux d'équilibre des comptes et sur celle du tableau patrimonial de la sécurité sociale. Par ailleurs, il rend compte des travaux effectués par les juridictions financières sur 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. 132-4 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 sujets 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 rapport sur *La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2018 (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.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, M. Briet, Mme Moati, M. Morin, Mme De Kersauson MM. Maistre, Andréani, Terrien, présidents de chambre, M. Durrleman, Mme Ratte, M. Piolé, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Racine, Pannier, Mme Morell, MM. Rameix, Barbé, Bertucci, Tournier, Mme Darragon, MM. Courtois, Ténier, Lair, Hayez, Mme Trupin, M. Selles, Mme Podeur, M. Guibert, Mme Saliou Monique, MM. Uguen, Guaino, Le Roy, Guédon, Zerah, Urgin, Antoine, Mousson, Guérault, Mmes Bouygard, Vergnet, MM. Rousselot, Laboureix, Mmes Latare, Dardayrol, MM. Perrin, De la Guéronnière, Aulin, Potton, Mmes De Coincy, Périn, MM. Ortiz, Cabourdin, Chatelain, Mmes Bouzanne des Mazery, Soussia, MM. Basset, Fulachier, Belluteau, Appia, Homé, Samaran, Dubois, Fialon, Mmes Toraille, Latournarie-Willems, Girardin, Mondoloni, M. Angermann, Mme Riou-Canals, MM. Levionnois, De Puylaroque, Mme Pailot-Bonnetat, M. Girardi, Mme Lemmet-Sévérino, MM. Saïb, Beaux, Sitbon, Montarnal, Boullanger, Mme Mercereau, conseillers maîtres, MM. Corbin de Mangoux, Jau, Cordet, Rol-Tanguy, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Morin, 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. Maistre, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Viola, conseiller maître, rapporteur général 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 26 septembre 2018.

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. Morin, président de chambre, et composée MM. Diricq, Selles, Mme Saliou, MM. Viola, Laboureux, Rabaté, Mme Latare, MM. de la Guéronnière, Brunner, Mmes Casas, Bouzanne des Mazery, MM. Fulachier, Appia, Strassel, de Vignes de Puylaroque, Feltesse, Saïb, Carcagno, Vallet, conseillers maîtres, M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire.

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

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 13 et 23 avril, les 4 et 25 mai, les 15, 26 et 27 juin, le 6 juillet, les 5 et 7 septembre 2018.

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

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

- en tant que rapporteurs, par Mme Saliou, MM. Viola, de la Guéronnière, Fulachier, Appia, Strassel et Saïb, conseillers maîtres, MM. Richard et Chapard et Mme Rouilleault, conseillers référendaires, Mme Luciolli, conseillère référendaire en service extraordinaire, Mme Favereau et M. Imberti, auditeurs, Mme Chambellan le Levier, M. Charrier, Mmes Crémault et Delpech, MM. Kersauze, Le Bras et Parneix, rapporteurs, avec le concours du Pr. Netter, conseiller expert, et de Mme Chabert, MM. Dardigna, Faltot et Pinatel, experts de certification.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, les 29 mai, 5 et 12 juin, 3, 10 et 17 juillet 2018, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, MM. Briet, Duchadeuil, Mme Moati, M. Morin, Mme de Kersauson, MM. Maistre, rapporteur général du comité, Andréani, présidents de chambre, et M. Johanet, Procureur général, entendu en ses avis.

Introduction générale

En 2017, le déficit de la sécurité sociale a continué à se réduire. Sous réserve de la réalisation de la hausse attendue des recettes, la sécurité sociale pourrait être presque à l'équilibre en 2018. En 2019, elle pourrait connaître un excédent pour la première fois depuis 2001. Mais la situation financière de la sécurité sociale n'est pas pour autant encore assainie.

L'assurance maladie a concentré à elle seule la quasi-totalité du déficit de la sécurité sociale en 2017. Si son déficit est appelé à fortement se réduire cette année, cette branche de la sécurité sociale est celle qui a connu les déficits les plus profonds et durables depuis les années 1990, sous l'effet d'une forte augmentation tendancielle des dépenses.

L'équilibre financier de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance certains avantages non contributifs de retraite, est quant à lui fragilisé par les incidences du vieillissement de la population ainsi que par des transferts de recettes à l'assurance maladie.

Au-delà, les dernières prévisions du Conseil d'orientation des retraites (juin 2018) font apparaître la perspective d'un déficit durable du système de retraite pris dans son ensemble, sous certaines hypothèses¹. Les voies d'un équilibre financier pérenne devront être définies en lien avec la réforme annoncée du système de retraite en 2019.

Comme le montre la Cour dans ce rapport, un équilibre durable de l'assurance maladie peut être obtenu en renforçant la prévention, en réorganisant l'offre de soins et en réduisant les surcoûts injustifiés. À cette fin, il convient aussi d'établir et d'exécuter de manière plus rigoureuse l'objectif annuel qui encadre l'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Par ailleurs, le service public de la sécurité sociale lui-même comporte d'importantes marges de progrès dans l'ensemble de ses champs d'activité, qu'il convient de mobiliser plus activement.

¹ À hauteur de 0,3 % du PIB au début des années 2040 avec un taux de croissance moyen des revenus d'activité de 1,5 % et un taux de chômage moyen de 7,0 % ; de 0,6 % avec un taux de croissance de 1,0 %.

Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Une nouvelle étape de réduction du déficit en 2017, une perspective de retour prochain à l'équilibre

En 2017, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a poursuivi sa réduction engagée en 2011. Après avoir atteint 29,6 Md€ en 2010, au plus fort des effets de la récession économique de 2009, il est ainsi revenu de 7 Md€ en 2016 à 4,8 Md€ en 2017. Le déficit du régime général et du FSV, qui concentre les principaux enjeux, s'est réduit de 7,8 Md€ à 5,1 Md€.

Malgré la réduction de certaines recettes (notamment la perte de recettes de TVA en décembre 2017 pour la branche maladie) et un surcroît imprévu de dépenses de prestations, l'évolution spontanée des recettes de prélèvements sociaux (+3,4 % contre +2,1 % en 2016), principalement assis sur la masse salariale, a permis au déficit de s'établir, en définitive, en 2017 à un niveau voisin de celui prévu par la loi de financement pour 2018 (5,2 Md€), lui-même rehaussé par rapport à la loi de financement pour 2017 (4,2 Md€).

Toutes les branches du régime général, ainsi que le FSV, ont vu leur solde s'améliorer, à l'exception de la branche maladie dont le déficit s'est établi à 4,9 Md€ (contre 4,8 Md€ en 2016). Elle représente désormais la quasi-totalité du déficit du régime général et du FSV. Tout en se réduisant (il s'élevait à 2,8 Md€ en 2016), le déficit agrégé de la branche vieillesse et du FSV (1,1 Md€) traduit la fragilité persistante de la situation financière des retraites de base, affectée de surcroît par des transferts de recettes en faveur de l'assurance maladie (à hauteur de 1,6 Md€ en 2017).

Selon les prévisions contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la sécurité sociale reviendrait à un quasi-équilibre en 2018. Pour la première fois depuis 2001, le régime général et la FSV dégageraient un léger excédent en 2019, estimé à 0,7 Md€.

Un équilibre financier à assurer dans la durée

Les prévisions de retour de la sécurité sociale à l'équilibre présentent des fragilités.

Si elle reste inférieure à la croissance prévisionnelle du PIB et des recettes, la progression des dépenses s'accélère (+2,4 % en 2018, après +2 % en 2017 et +1,6 % en 2016).

Par ailleurs, un retour durable de la sécurité sociale à l'équilibre financier dépend d'une résorption complète et pérenne de son déficit structurel, c'est-à-dire du déficit corrigé de l'impact de la conjoncture sur les recettes. À cet égard, la diminution du déficit constatée en 2017 avait une origine entièrement conjoncturelle, liée aux effets de l'amélioration de la situation économique sur les recettes et la composante structurelle du déficit représentait cette même année une part significative de ce dernier.

Pour l'avenir, il convient en effet d'éviter de reproduire l'orientation pro-cyclique des années 2002-2016, marquées par un déficit structurel récurrent en période de forte croissance et des hausses de prélèvements pour le réduire au moment où la conjoncture se dégrade.

Un dispositif de pilotage financier à même de prévenir l'installation de nouveaux déficits structurels de la sécurité sociale doit ainsi être défini. Il devrait comporter des modalités de traitement des variations conjoncturelles de recettes et un encadrement renforcé des possibilités d'endettement de l'ACOSS.

Une pluralité d'objectifs à concilier par un pilotage renforcé de la trajectoire financière de la sécurité sociale

Grâce à l'affectation chaque année de plus de 15 Md€ de prélèvements, la dette sociale transférée à la CADES a continué à se réduire (fin 2017, elle atteignait 120,8 Md€, contre 135,8 Md€ fin 2016). Elle est appelée à s'éteindre d'ici 2024.

En raison de la saturation du plafond de reprise de dette par la CADES, le déficit 2017 du régime général et du FSV a en revanche accru la dette financée à très court terme par l'ACOSS (21,6 Md€ fin 2017, contre 15,4 Md€ fin 2016).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 projetait des excédents croissants du régime général et du FSV, de nature à faire également disparaître la dette sociale maintenue à l'ACOSS d'ici 2024. Toutefois, ces perspectives étaient incompatibles avec le scénario, retenu par la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022, d'un

écrêtement au profit du budget de l'État des soldes des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale (ASSO).

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 rapproche la trajectoire financière de la sécurité sociale de celle de la loi de programmation des finances publiques. Il vise tout à la fois un équilibre financier du régime général et du FSV, un rééquilibrage des relations financières de la sécurité sociale avec l'État dans un sens favorable à ce dernier et une extinction de la dette sociale maintenue à l'ACOSS (23,4 Md€ prévus fin 2018).

Par comparaison avec les prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'augmentation tendancielle de l'excédent du régime général et du FSV serait contenue à un peu plus de 1 Md€ par la prise en charge croissante de certains allègements de cotisations par la sécurité sociale et le transfert par étapes de 5 Md€ de recettes de CSG à la CADES afin de financer l'amortissement par cet organisme de 15 Md€ de dette au plus, sans allonger sa durée de vie au-delà de son terme prévisionnel de 2024. Le solde de dette sociale conservé par l'ACOSS serait quant à lui amorti par les excédents laissés aux branches du régime général et au FSV.

La conciliation de ces différents objectifs est en grande partie tributaire de l'évolution du contexte macro-économique. Elle appelle un pilotage renforcé de la trajectoire financière de la sécurité sociale.

Un respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie qui doit également concerner les soins de ville

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil essentiel de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Sans qu'il constitue un plafond de dépenses au sens juridique, les pouvoirs publics s'attachent à le respecter en mettant en œuvre des économies qui pèsent sur la hausse tendancielle des dépenses et en annulant en exécution une partie de celles initialement prévues en cas de risque de dépassement.

En 2017, l'objectif global (190,7 Md€, soit une progression affichée de 2,2 % en exécution par rapport à 2016) a été respecté pour la huitième année consécutive. Comme les années précédentes, ce résultat a été obtenu malgré un important dépassement de l'enveloppe prévisionnelle de soins de ville, dont l'ampleur n'a été que partiellement reconnue par la prévision actualisée de la loi de financement pour 2018. À la différence des autres années, ce dépassement n'a cependant pas été couvert à titre principal par des annulations de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux, mais par le ralentissement imprévu de l'activité

hospitalière et donc du nombre de séjours facturés par les établissements de santé, dans le contexte de tarifs en baisse.

Cette progression des séjours hospitaliers moindre qu'attendu, qui pourrait être constatée à nouveau en 2018, a facilité la réalisation de l'objectif global de dépenses. Compte tenu des baisses des tarifs des séjours hospitaliers et de l'absence d'adaptation à due concurrence de leurs charges d'exploitation, elle a, en revanche, entraîné un quasi-doublement du déficit des hôpitaux publics (835 M€ en 2017, contre 439 M€ en 2016), malgré l'allocation de dotations mises en réserve juste avant la clôture des comptes de l'assurance maladie (en mars 2018). Pris ensemble, les déficits de l'assurance maladie et des hôpitaux publics ont augmenté en 2017 par rapport à 2016.

Le taux d'évolution de l'ONDAM a été assoupli à 2,3 % pour 2018, puis à 2,5 % pour 2019 afin de tenir compte des décisions arrêtées par les pouvoirs publics en matière de rémunération des professionnels de santé en ville et à l'hôpital, de reste à charge nul pour les patients au titre de certaines offres de prothèses dentaires et auditives et de réorganisation du système de soins dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », récemment annoncé. L'ONDAM sera néanmoins difficile à tenir. Une construction plus rigoureuse des prévisions de dépenses et d'économies est donc indispensable. En outre, l'ensemble des secteurs de l'offre de soins devraient contribuer en cours d'année au respect de l'objectif global, y compris les soins de ville qui en ont jusqu'à présent été exemptés.

Assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé

La nécessaire contribution de l'assurance maladie à un équilibre financier pérenne de la sécurité sociale, dans le cadre d'un objectif annuel de dépenses mieux établi et respecté, pose un dilemme apparent : elle peut être mobilisée soit en diminuant le niveau de prise en charge collective des dépenses de santé, ce qui pourrait réduire l'accès aux soins, soit en agissant sur la formation même des dépenses afin d'en limiter l'augmentation.

Toutefois, une efficience accrue de notre système de santé peut permettre de surmonter ce dilemme sans réduction notable de l'accès aux soins. Les marges d'efficacité qu'il recèle doivent être mobilisées en renforçant la prévention des pathologies évitables, en réorganisant les soins en fonction de critères de qualité et de sécurité des prises en charge, en structurant de manière plus efficace le premier recours aux soins et en mettant fin aux surcoûts injustifiés. Les réformes intervenues chez nos voisins européens apportent, à cet égard, d'utiles éléments de réflexion.

Des enseignements européens pour une réforme de notre système de soins

L'analyse de l'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé dans huit pays européens à laquelle s'est livrée la Cour montre en effet que nos voisins, au-delà des mesures draconiennes visant à réduire la part socialisée des dépenses que plusieurs d'entre eux ont dû engager, ont réformé largement l'organisation de leur système de soins.

Ces évolutions retiennent l'attention pour notre propre système de soins. En effet, si ce dernier affiche des réussites, il présente aussi une certaine inertie préjudiciable tant à l'accès aux soins qu'à la maîtrise des dépenses. La médecine de ville y est moins régulée qu'ailleurs. Les ressources de l'assurance maladie sont allouées en fonction de l'offre de soins existante, plutôt que des besoins de la population. La pénétration des médicaments génériques reste insuffisante. La numérisation de certains domaines de l'organisation des soins (dossier médical du patient, facturations des professionnels de santé) reste à concrétiser. La restructuration des hôpitaux n'est que partiellement engagée, malgré le développement des prises en charge ambulatoire, sans nuitée, en chirurgie.

Conduire une action plus résolue et de long terme visant à améliorer l'efficience de l'organisation des soins est indispensable pour préserver dans la durée un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé et le système de santé lui-même. Plusieurs évolutions sont nécessaires à cette fin.

Mieux prévenir les pathologies évitables

Les besoins croissants de prise en charge qui s'exercent sur notre système de santé sont étroitement liés au développement de pathologies chroniques en partie évitables. Si la mortalité qui leur est liée se réduit, les maladies cardio-neurovasculaires, dont le coût humain et financier s'accroît - 4,5 millions de patients traités, plus de 16 Md€ de dépenses d'assurance maladie -, en font à l'évidence partie. Leurs principaux agents

sont pourtant bien connus : le tabac, l'alcool, le surpoids sous l'effet d'une mauvaise alimentation et de la sédentarité.

Grâce à la forte hausse du prix du tabac programmée entre 2018 et 2020, de premiers succès, à amplifier, sont intervenus dans la lutte contre le tabagisme. Une action vigoureuse, utilisant le levier fiscal, s'impose désormais pour réduire les consommations d'alcool et de boissons sucrées.

Prévenir plus efficacement les maladies cardio-neurovasculaires, c'est aussi éviter qu'elles s'aggravent, en dégénérant en des épisodes aigus nécessitant une hospitalisation. Ainsi, le corps médical devrait être plus fortement mobilisé pour diagnostiquer à un stade précoce les risques cardio-neurovasculaires. Il convient aussi de mieux prendre en charge les accidents ischémiques précurseurs d'AVC, d'élargir le bénéfice des soins de suite et de réadaptation à un nombre accru de patients victimes d'accidents cardiaques ou neurovasculaires et de développer l'éducation des patients à l'observance des traitements médicamenteux.

Dans le domaine des soins visuels également, l'effort de prévention devrait être renforcé, par des actions de dépistage plus étendues, notamment chez les enfants, dont le parcours scolaire peut être fortement affecté par la non-détection des troubles et des pathologies de la vue, ainsi que chez les personnes âgées dépendantes.

Réorganiser les soins en fonction de critères de qualité et de sécurité

Le terme de virage ambulatoire désigne une double évolution des prises en charge des patients permise par le progrès des techniques médicales : une réduction des hospitalisations classiques avec nuitée au profit de celles de jour et une diminution des hospitalisations au profit des prises en charge en ville, en cabinet ou au domicile des patients.

Quand elle est justifiée sur le plan médical, la prise en charge des patients en ambulatoire à l'hôpital peut améliorer leur récupération et leur bien-être, tout en réduisant les ressources consacrées aux soins. Le développement du mode ambulatoire à l'hôpital est toutefois inégalement engagé. Sous l'effet d'incitations tarifaires puissantes, le mode ambulatoire a beaucoup progressé en chirurgie (il représente désormais la moitié des séjours), sans épuiser son potentiel de développement et avec des effets d'aubaine en voie de résorption. Devant la place encore très minoritaire du mode ambulatoire en médecine à l'hôpital (moins d'un quart des séjours), des incitations tarifaires doivent être mises en œuvre afin d'en favoriser le développement. Il est par ailleurs non moins indispensable de tirer l'ensemble des conséquences du virage ambulatoire à l'hôpital, qu'il s'agisse de l'évolution du nombre d'établissements autorisés à effectuer

des actes de chirurgie ou de celle du nombre de lits de chirurgie et de médecine.

De manière spécifique, l'organisation des prises en charge liées aux maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé fait apparaître d'autres marges d'efficience à mobiliser en fonction d'objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Alors que le maillage territorial des établissements intervenant en cardiologie reste dispersé en un nombre excessif de structures, il convient d'unifier les procédures d'autorisation d'activité, aujourd'hui dispersées, d'étendre les seuils d'activité aux domaines qui en sont dépourvus, de les relever quand ils sont trop faibles et, dans tous les cas, de les appliquer effectivement. De même, des seuils d'activité devraient être instaurés pour les soins visuels en établissement de santé.

Mieux structurer le premier recours aux soins

Le second volet du virage ambulatoire du système de santé, le basculement vers la ville d'une partie des prises en charge intervenant aujourd'hui à l'hôpital, se heurte au défaut d'organisation de la médecine de ville et à la place encore réduite des professions paramédicales dans la prise en charge des soins primaires.

La formation et les compétences reconnues aux infirmiers en ville doivent ainsi évoluer afin de leur faire jouer un rôle significatif dans le premier recours aux soins, en s'inspirant sur ce point des meilleures pratiques internationales. Cette extension du champ des soins infirmiers contribuerait non seulement à améliorer le suivi des patients atteints par des pathologies chroniques, mais aussi à réduire les difficultés d'accès aux soins, en permettant de réorienter du temps médical vers des actes à plus forte valeur ajoutée.

S'il y a un domaine dans lequel les difficultés d'accès aux soins sont ressenties de plus en plus vivement par nos concitoyens, c'est celui des soins visuels qui concernent une majorité d'entre eux (60 % sont équipés d'un dispositif de correction de la vue).

À compter de 2020, les difficultés d'accès aux soins visuels vont s'atténuer sur un point particulier : conformément à l'engagement pris par les pouvoirs publics, des offres d'optique sans reste à charge vont être déployées. En revanche, la difficulté liée à l'obtention d'une consultation auprès d'un ophtalmologue, ressentie dans de nombreux territoires, n'est pas traitée à ce stade. Or, la chute prévisible de la démographie des ophtalmologues d'ici à 2030 et celle, qui sera encore plus marquée, du

temps médical pouvant être consacré à chaque patient, vont l'exacerber à organisation inchangée des soins.

Afin de prévenir une dégradation de l'accès aux soins visuels, les orthoptistes qui approfondiraient leur formation devraient être admis à effectuer des consultations de premier recours. Sous la même condition, les opticiens-lunetiers devraient être habilités à prescrire des équipements de correction de la vue. Dans tous les cas, orthoptistes et opticiens-lunetiers adresseraient le patient à un ophtalmologue en cas de suspicion de situations pathologiques dépassant leurs champs de compétence ainsi élargis.

Mettre fin aux surcoûts injustifiés

S'agissant du financement à l'activité des prises en charge liées aux maladies cardio-neurovasculaires, il convient de mettre fin aux incohérences manifestes et aux effets d'aubaine, au regard des coûts de production, que comportent les grilles tarifaires applicables aux établissements de santé publics et privés.

La nomenclature médicale des actes d'ophtalmologie doit être adaptée afin d'incorporer plus rapidement et complètement l'incidence des gains de productivité liés au progrès des techniques de prise en charge.

Afin de recentrer sur le besoin médical l'intervention des contrats d'assurance complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, la prise en charge par ces derniers d'un renouvellement de lunettes (verres et monture), devrait être conditionnée à une dégradation de la vue et non plus à un critère temporel, comme c'est le cas aujourd'hui (deux ans en général).

Enfin, il convient d'engager une action volontariste de forte révision à la baisse des prix de l'ensemble des médicaments qui permettent de traiter la DMLA humide, ainsi que de large diffusion du médicament le moins coûteux.

Réduire les risques professionnels

Un renforcement des actions de prévention peut permettre de prévenir plus efficacement les accidents de santé et les pathologies, notamment chroniques. Dans un cas particulier, celui des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), les modalités même de financement des prestations sociales ont également vocation à y contribuer.

La branche AT-MP est exclusivement financée par la voie de cotisations à la charge des seuls employeurs de salariés, qui ont pour objet non seulement de couvrir ses dépenses et d'en mutualiser le financement

entre les employeurs, mais aussi d'inciter ces derniers à prévenir les accidents et pathologies d'origine professionnelle.

Cependant, les règles de fixation des taux de cotisation restent très complexes. Alors que le dispositif technique de calcul des taux entraîne des lourdeurs de gestion, l'incidence des taux sur la sinistralité est difficile à apprécier. En tout état de cause, plusieurs facteurs viennent amoindrir leur rôle préventif. Les règles de calcul des taux sont grevées par de multiples dérogations au bénéfice de certains secteurs d'activité. La fixation des taux au niveau de l'établissement - ou de la section d'établissement, en cas de pluralité d'activités - facilite les pratiques d'optimisation. Une part prépondérante des dépenses, notamment celles liées aux maladies professionnelles, est mutualisée entre tous les employeurs dans le cadre national, plutôt qu'imputée à ceux qui en sont à l'origine.

Afin de réduire les risques professionnels et les dépenses qui en résultent, il convient de réduire les biais et effets d'aubaine propres aux règles de calcul des taux de cotisation en revenant sur les dérogations et en déterminant les taux au niveau de l'entreprise elle-même, d'imputer une part accrue des dépenses aux employeurs ou aux secteurs d'activité concernés et de majorer les taux en cas de sinistralité anormalement élevée de l'entreprise au sein de son domaine d'activité. Il conviendra alors d'accepter les transferts de charge entre secteurs d'activité et entreprises qui pourraient résulter d'un rôle plus actif des taux de cotisation dans la prévention des sinistres professionnels.

Accroître l'efficacité du service public de la sécurité sociale

L'organisation et la gestion de la sécurité sociale et, plus généralement, de la protection sociale, présentent des aspects contrastés. L'instauration de la déclaration sociale nominative est une réforme prometteuse qui a enregistré de premiers succès, mais reste un chantier en devenir. En Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique, le fonctionnement des caisses de sécurité sociale présente des insuffisances graves et persistantes, qui ne sont que partiellement expliquées par le contexte économique et social spécifique de ces régions.

La déclaration sociale nominative : la nécessité d'une nouvelle impulsion

La déclaration sociale nominative (DSN) marque un progrès décisif pour la modernisation de la protection sociale. Cette déclaration mensuelle, extraite du fichier de la paie, simplifie les obligations déclaratives des entreprises en se substituant à 12 déclarations préexistantes dans le cas général. En outre, elle ouvre la possibilité de nouveaux services pour les

entreprises et les salariés. Enfin, elle peut contribuer à fiabiliser les déclarations de prélèvements sociaux des entreprises et l'attribution à bon droit des prestations et des aides sociales qui prennent en compte les ressources d'origine salariale.

Une première étape, celle de la conception technique de la DSN et de sa généralisation par palier à l'ensemble des entreprises employant des salariés entre 2015 et 2017, a été franchie avec succès. Mais d'autres doivent encore l'être.

S'il a imposé aux entreprises d'utiliser la DSN, l'État en a, à ce jour, dispensé les trois fonctions publiques, de l'État, hospitalière et territoriale. Les intégrer à la DSN d'ici à 2022, sans nouveau report, est non seulement une question d'équité, mais aussi d'efficacité, qu'il s'agisse de la fiabilité des déclarations de prélèvements sociaux ou du suivi des effectifs et de la masse salariale des collectivités publiques.

Les réseaux nationaux d'URSSAF, de CPAM et de CAF ont quant à eux pris du retard dans l'adaptation de leurs processus informatisés de gestion aux potentialités offertes par la DSN, que ce soit pour vérifier la cohérence des déclarations de prélèvements sociaux au regard des données individuelles de rémunération des salariés ou la complétude des ressources déclarées par les demandeurs de prestations et d'aides sociales.

Une nouvelle impulsion est ainsi nécessaire pour que l'ensemble des potentialités de la DSN soient pleinement exploitées.

*Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane
et à la Martinique : un redressement impératif*

L'organisation du service public de la sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique ne permet pas de relever le défi que pose le contexte économique et social particulier de ces régions d'outre-mer pour l'exercice de ses missions d'attribution de prestations et d'aides sociales et de recouvrement des prélèvements sociaux.

Dans chaque région d'outre-mer, une caisse générale de sécurité sociale (CGSS) concentre à elle seule la complexité de l'organisation de la sécurité sociale en métropole, à l'exception des prestations familiales et de solidarité, confiées à des CAF comme en métropole. Les CGSS sont ainsi tout à la fois URSSAF, CPAM et caisse de retraite et de santé au travail pour les salariés et MSA pour les exploitants agricoles. Chaque directeur de caisse doit répondre d'une multitude d'objectifs devant quatre organismes nationaux distincts. Pour autant, la gestion interne des CGSS est très cloisonnée, sans synergie véritable entre leurs missions.

Les CGSS et CAF sont dotées de moyens significatifs, qu'elles emploient imparfaitement. Les délais de versement des prestations sont inégaux. Lorsqu'il est objectivé, ce qui est le cas uniquement des retraites, le paiement à bon droit des prestations est compromis. Le recouvrement des prélèvements sociaux est gravement défaillant.

Améliorer le fonctionnement de la sécurité sociale dans les régions d'outre-mer présente un double enjeu d'équité pour les bénéficiaires de prestations et d'égale participation des cotisants à leur financement. Au-delà de mesures d'urgence, des évolutions institutionnelles sont à engager. Afin que chacune de ces deux missions soit mieux exercée, il convient notamment de spécialiser les CGSS dans la gestion des prestations et de confier le recouvrement des prélèvements à une URSSAF interrégionale compétente sur la zone Antilles-Guyane.

**

Un retour prochain à l'équilibre financier de la sécurité sociale, pour la première fois depuis 2001, est désormais possible.

Cependant, les effets favorables de l'embellie de la conjoncture économique ne doivent pas masquer les risques de remontée brutale des déficits en cas de ralentissement de la croissance et de l'emploi.

Parvenir à court terme à un équilibre structurel à caractère pérenne des finances sociales est indispensable afin d'éviter que ne se reconstitue une dette sociale, aujourd'hui en voie d'extinction, au détriment des générations futures.

L'objectif n'est pas comptable. Il s'agit de sauvegarder la fonction essentielle de solidarité que remplissent les dépenses de sécurité sociale (462,3 Md€ de prestations en 2017, soit 20,2 % du PIB), en réformant et en modernisant de manière continue les dispositifs qu'elles financent, au plus près des besoins comme des facultés contributives de nos concitoyens.

Mieux prévenir les accidents de santé et les maladies chroniques liées aux habitudes de vie et à l'organisation du travail, organiser les soins de manière plus efficiente en fonction de critères de qualité et de sécurité plus rigoureux et mieux appliqués, réduire les coûts injustifiés et accroître l'efficacité des organismes sociaux dans l'exercice de leurs missions constituent autant de leviers à mobiliser activement pour réaliser cet objectif.

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

Première partie

Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Chapitre I

**La situation et les perspectives
financières de la sécurité sociale :
un effort structurel toujours nécessaire,
une résorption de la dette sociale à
mener à terme**

PRÉSENTATION

Dans ce premier chapitre, la Cour analyse l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2017, au regard notamment des prévisions des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017 et pour 2018. Elle examine aussi les perspectives qu'ouvre, pour l'évolution de la dette sociale, la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes de la sécurité associée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ainsi que les indications rendues publiques par le Gouvernement le 25 septembre 2018 sur le contenu du PLFSS 2019.

En 2017, le déficit des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a continué à se réduire, grâce à la forte hausse de la masse salariale liée à l'amélioration de la situation économique. Contrairement aux autres branches, le déficit de la branche maladie s'est cependant légèrement détérioré.

En 2018, selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2018 et les premières annonces du Gouvernement sur les mesures du PLFSS 2019, le régime général et le FSV, pris ensemble, s'approcheraient de l'équilibre, à 1 Md€ près.

Au-delà, le PLFSS pour 2019 organise un cadre rénové de relations financières entre l'État et la sécurité sociale, conduisant à un partage du coût des baisses de prélèvements obligatoires, et prévoit un schéma d'amortissement de la dette sociale incluant une reprise de 15 Md€ de dette de l'ACOSS par la CADES.

Si le déficit des régimes de sécurité sociale et du FSV s'est à nouveau réduit en 2017, cette amélioration a une origine conjoncturelle et de la sécurité sociale doit effectivement contribuer à l'effort structurel de redressement des finances publiques (I). En 2018, la sécurité sociale serait désormais très proche de l'équilibre (II). À compter de 2019, un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale s'impose pour réaliser simultanément les objectifs de retour durable de la sécurité sociale à l'équilibre, de rééquilibrage de ses relations financières avec l'État et d'extinction de la dette sociale (III).

I - En 2017, une réduction du déficit de la sécurité sociale permise par une conjoncture économique favorable

En 2017, le déficit agrégé des régimes obligatoires de base et du FSV s'est établi à 4,8 Md€, contre 7,0 Md€ en 2016. Il a ainsi connu une nouvelle réduction (de 2,2 Md€), de moindre ampleur cependant que l'année précédente (où il avait baissé de 3,3 Md€).

Le déficit agrégé du régime général et du FSV a évolué de façon comparable, puisqu'il s'élève à 5,1 Md€ en 2017 contre 7,8 Md€ en 2016 (soit une réduction de 2,7 Md€, après 3 Md€ en 2016).

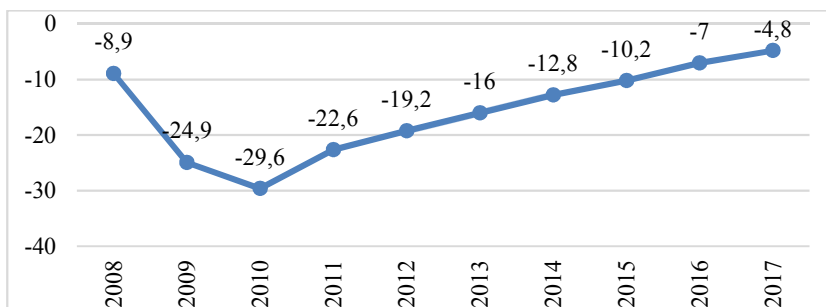
Contrairement à 2016, où le solde de toutes les branches s'était amélioré, celui de la branche maladie s'est légèrement détérioré (de 0,1 Md€).

A - Une nouvelle année de baisse des déficits des régimes obligatoires de base et du FSV

1 - Des déficits en réduction, à l'exception de la branche maladie

En 2017, le déficit agrégé des régimes obligatoires de base et du FSV a poursuivi sa trajectoire de réduction engagée en 2011, en s'établissant à 4,8 Md€, soit une baisse de 2,2 Md€ par rapport à 2016.

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (2008-2017, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

Cette évolution résulte principalement d'une baisse de 1,9 Md€ du déficit du régime général, qui s'établit à 2,2 Md€² et d'une réduction de 0,7 Md€ de celui du FSV, qui retrouve, à 2,9 Md€, son niveau de 2013.

En revanche, l'excédent des régimes de base autres que le régime général a nettement reculé, passant de 0,7 Md€ en 2016 à 0,2 Md€ en 2017, du fait principalement de la baisse de l'excédent du régime de retraites de base des professions libérales (0,3 Md€, contre 0,6 Md€ en 2016). Les soldes des autres régimes sont restés globalement stables.

Tableau n° 1 : évolution des déficits sociaux (2012-2017, en Md€)

	Résultat 2012	Résultat 2013	Résultat 2014	Résultat 2015	Résultat 2016	Résultat 2017
Maladie	-5,9	6,8	-6,5	-5,8	-4,8	-4,9
AT-MP	-0,2	0,6	0,7	0,7	0,8	1,1
Famille	-2,5	-3,2	-2,7	-1,5	-1,0	-0,2
Vieillesse	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3	0,9	1,8
Régime général	-13,3	-12,5	-9,7	-6,8	-4,1	-2,2
FSV	-4,1	-2,9	-3,5	-3,9	-3,6	-2,9
Vieillesse + FSV	-8,9	-6,0	-4,7	-4,2	-2,8	-1,1
Total régime général + FSV	-17,5	-15,4	-13,2	-10,8	-7,8	-5,1
Régimes obligatoires de base	-15,0	-13,1	-9,3	-6,4	-3,4	-1,9
Total régimes obligatoires de base et FSV	-19,1	-16,0	-12,8	-10,3	-7,0	-4,8

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis. La ligne relative aux régimes obligatoires de base inclut le régime général.

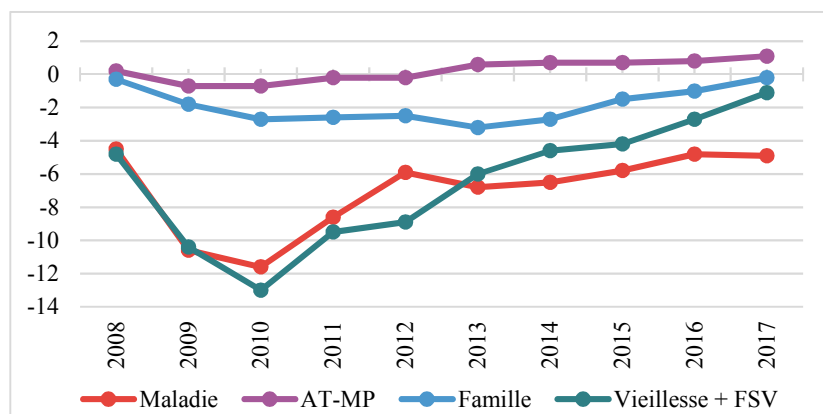
Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

Ont contribué à l'amélioration du solde agrégé du régime général et du FSV la branche vieillesse, dont l'excédent a atteint 1,8 Md€ (+0,9 Md€ par rapport à 2016) ; la branche AT-MP, dont l'excédent s'est lui aussi accru, pour atteindre 1,1 Md€ (+0,3 Md€) ; la branche famille, dont le solde, soit -0,2 Md€ (+0,8 Md€), approche l'équilibre ; le FSV, dont le déficit, soit 2,9 Md€ (-0,7 Md€), a baissé pour la deuxième année consécutive, tout en continuant à s'inscrire à un niveau élevé.

² L'analyse de l'évolution des soldes du régime général et de ses branches et du FSV repose, sauf mention particulière, sur les données du rapport de la CCSS de juin 2018, non corrigées des produits exceptionnels qui ont donné lieu à l'expression de réserves par la Cour dans ses rapports de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2016, juin 2017, p. 38 et 105, et pour l'exercice 2017, mai 2018, p. 94, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

En revanche, le déficit de la branche maladie s'est légèrement accru, à 4,9 Md€ (+0,1 Md€), alors qu'il avait diminué au cours de chacune des trois années précédentes.

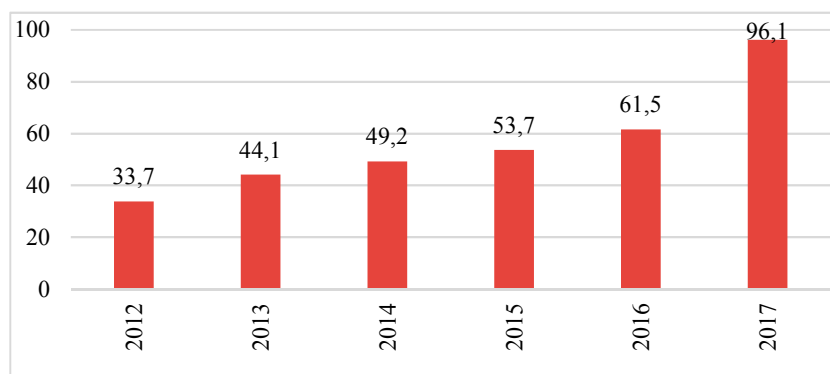
Graphique n° 2 : évolution par branche du déficit agrégé du régime général et du FSV (2008-2017, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

Au total, le déficit de la branche maladie, qui représentait environ un tiers du déficit agrégé du régime général et du FSV en 2012, en représente désormais la quasi-totalité.

Graphique n° 3 : contribution des déficits de la branche maladie au déficit du régime général et du FSV (2012-2017, en %)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

2 - Un déficit global conforme à la prévision révisée de la loi de financement 2018, mais plus élevé qu'en loi de financement 2017

La loi de financement pour 2017 prévoyait un déficit agrégé de 4,1 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et le FSV en 2017, en réduction de 2,8 Md€ par rapport au déficit estimé pour 2016. Quant au déficit agrégé du régime général et du FSV, il devait s'établir à 4,2 Md€, soit une baisse de 2,9 Md€ par rapport au solde estimé pour 2016.

Ces prévisions ont été dégradées dans la loi de financement pour 2018, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV pour 2017 étant porté à 4,9 Md€ (soit une hausse de 0,8 Md€ par rapport à la LFSS 2017) et celui du régime général et du FSV à 5,2 Md€ (+1 Md€).

**Tableau n° 2 : comparaison des soldes 2017 avec les prévisions
(en Md€)**

	Résultat 2016	LFSS 2017 (1)	LFSS 2018 (2)	Résultat 2017 (3)	Écart (3)-(2)
Maladie	-4,8	-2,6	-4,1	-4,9	-0,8
AT-MP	0,8	0,7	1,0	1,1	0,1
Famille	-1,0	0,0	0,3	-0,2	-0,5
Vieillesse	0,9	1,6	1,3	1,8	0,5
Régime général	-4,1	-0,4	-1,6	-2,2	-0,7
FSV	-3,6	-3,8	-3,6	-2,9	0,7
Vieillesse + FSV	-2,8	-2,2	-2,3	-1,1	1,2
Total régime général et FSV	-7,8	-4,2	-5,2	-5,1	0,1
Régimes obligatoires de base (ROB)	-3,4	-0,3	-1,3	-1,9	-0,6
ROB et FSV	-7,0	-4,1	-4,9	-4,8	0,1

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis. La ligne relative aux régimes obligatoires de base inclut le régime général.

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2017, la LFSS 2018 et les rapports de la CCSS.

Pour une part, cette détérioration de 1 Md€ du déficit prévisionnel du régime général et du FSV pour 2017 en loi de financement pour 2018 reflétait des recettes plus faibles que prévu : l'effet de base négatif de recettes 2016 en définitive moins élevées que le prévoyait la LFSS 2017 (-1,3 Md€) n'était qu'en partie compensé par l'incidence d'une révision favorable des hypothèses économiques pour 2017 (+1,0 Md€).

Tableau n° 3 : variations du PIB et de la masse salariale (en %)

	2016	Prévision 2017 en LFSS 2017	Prévision 2017 en LFSS 2018	2017
PIB en valeur	+1,4	-	-	+2,8
PIB en volume	+1,2	+1,4	+1,7	+2,2
Inflation (hors tabac)	+0,2	+0,8	+1,0	+1,0
Masse salariale (champ URSSAF)	+2,4	+2,7	+3,3	+3,5
<i>Effectifs moyens</i>	+1,0	+1,0	+1,7	+1,9
<i>Salaire moyen</i>	+1,4	+1,7	+1,6	+1,6

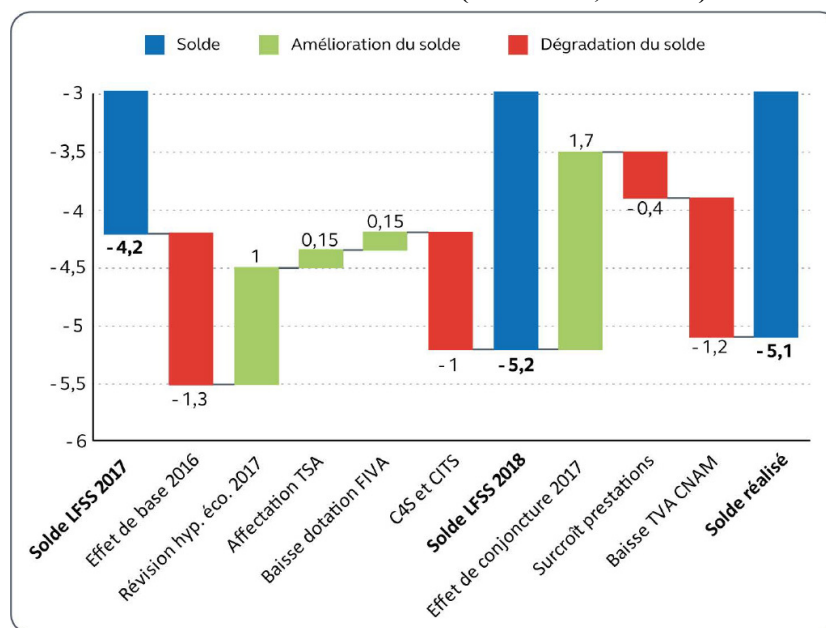
Source : Cour des comptes d'après les données de l'Insee (Insee Première mai 2018) et du rapport de la CCSS de septembre 2018.

La détérioration du déficit prévisionnel par rapport à la prévision initiale de la LFSS 2017 découlait par ailleurs de l'adoption en loi de financement pour 2018 de mesures nouvelles ayant un effet rétroactif sur 2017. Les suppressions de la contribution sociale supplémentaire de solidarité des sociétés (C4S) et de la compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) ont engendré un manque à gagner pour le régime général (soit de 1 Md€), compensé en partie seulement par la baisse de la dotation de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et la réaffectation d'une partie de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) du fonds CMU-C à la CNAM (soit 0,15 Md€ de recettes supplémentaires au titre de chacun de ces deux mouvements).

En définitive, le déficit agrégé du régime général et du FSV s'est établi à un niveau voisin de la prévision révisée de la LFSS 2018 (à 0,1 Md€ près), mais en raison de facteurs non anticipés au stade de l'élaboration de cette dernière. Ainsi, les dépenses de prestations ont dépassé de 0,4 Md€ la prévision. Surtout, le surcroît de dynamisme de la conjoncture économique de l'année 2017 par rapport aux hypothèses actualisées par la LFSS 2018 a neutralisé la baisse - non prévue par la LFSS 2018 - de 1,2 Md€ de recettes de TVA nette par la branche maladie du fait de la réduction de 6,69 points, en 2018, de la fraction attribuée à la CNAM, dont 5,59 points ont été réaffectés à l'ACOSS.

Pour la deuxième année consécutive, après un « produit exceptionnel » de CSG en 2016, l'absence de prise en compte dans les prévisions financières de la loi de financement de la sécurité sociale des impacts comptables des effets de dispositions législatives nouvelles a ainsi affecté de manière significative le solde agrégé du régime général et du FSV (voir B - 1 - *infra*).

Graphique n° 4 : passage des soldes prévisionnels des LFSS 2017 et 2018 au solde réalisé 2017 (RG + FSV, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

3 - Une amélioration des soldes d'origine conjoncturelle

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. Afin de les estimer, la Cour a appliqué la méthodologie utilisée dans l'article liminaire du projet de loi de règlement pour 2017 à l'ensemble constitué du régime général et du FSV. Compte tenu de ce champ restreint à une partie des administrations publiques, ces estimations sont à considérer avec une certaine précaution.

Méthodologie suivie pour l'évaluation du solde structurel

Le solde conjoncturel est constitué de la perte de recettes liée à l'écart de production, qui est égal à la différence accumulée entre la croissance effective et la croissance potentielle du PIB. Le calcul de ce solde repose sur l'hypothèse que l'évolution spontanée des recettes est fonction de la croissance du PIB en valeur avec une élasticité de 0,97³. Le solde conjoncturel, ainsi que les facteurs exceptionnels, sont ensuite déduits du solde effectif pour obtenir le solde structurel.

Ainsi, si l'on retient les hypothèses d'écarts de production du Gouvernement associées au projet de loi de règlement du budget de l'État de 2017, l'amélioration du solde conjoncturel (+3,1 Md€) explique la totalité de la réduction du déficit effectif du régime général et du FSV (+2,7 Md€) entre 2016 et 2017.

Tableau n° 4 : estimation du solde structurel du régime général et du FSV à partir des hypothèses du gouvernement (en Md€)

	2016	2017
Solde du régime général et du FSV	-7,8	-5,1
<i>(en point de PIB)</i>	-0,34	-0,22
Recettes	365,0	376,6
Écart de production	-1,5 %	-0,6 %
Solde conjoncturel	-5,3	-2,2
Facteurs exceptionnels	+1,3	+1,0
Solde structurel	-3,8	-3,9
<i>(en point de PIB)</i>	-0,17	-0,17

Source : Cour des comptes, d'après les données des rapports de la CCSS de juin 2018 et de juillet 2017, du rapport sur l'évolution de l'économie nationale et sur les orientations des finances publiques du 11 juillet 2017 (écart de production 2016 du Gouvernement) et du projet de loi de règlement de 2017 (écart de production 2017 du Gouvernement).

Les facteurs exceptionnels se succèdent pour des montants significatifs : après le produit exceptionnel de CSG (0,7 Md€) et l'effet résiduel de l'avancement du calendrier de versement aux URSSAF des cotisations sociales par les caisses de congés payés (0,6 Md€) en 2016, l'affectation à la branche maladie des réserves de la section III du FSV et le traitement comptable de la modification des modalités d'imposition à la

³ 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 dans l'annexe 2 de la loi de programmation des finances publiques du 22 janvier 2018 (soit 0,63 pour les cotisations sociales, 1,86 pour la CSG et 1 pour les autres prélèvements obligatoires).

taxe sur les véhicules de société (TVS)⁴ ont apporté 1 Md€ de recettes ponctuelles en 2017.

Après neutralisation de ces facteurs exceptionnels, la composante structurelle du déficit continuerait ainsi à s'inscrire à un niveau élevé et à représenter une part significative du déficit 2017. La nécessaire contribution de la sécurité sociale à la réduction du déficit structurel de l'ensemble des administrations publiques appelle dès lors un effort structurel en dépenses à même d'abaisser leur rythme d'augmentation à un niveau inférieur à celui de la croissance potentielle.

B - Des recettes et des dépenses plus dynamiques qu'en 2016

À périmètre constant, la croissance des recettes du régime général et du FSV s'est affermie par rapport à 2016, sous l'effet de l'amélioration de la conjoncture économique. Celle des dépenses, notamment d'assurance maladie, s'est également inscrite en hausse.

Tableau n° 5 : évolution des recettes et des dépenses du régime général et du FSV (en Md€)

	2016	Variation en %*	2017 dans la LFSS 2018	2017 réalisé	Variation en montant**	Variation en %
Produits nets	365,0	+1,1 %	376,1	376,6	+11,6	+3,2 %
Charges nettes	372,7	+0,2 %	381,3	381,7	+9,0	+2,4 %

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

** Variation nette de la mise en place en 2016 de la protection universelle maladie (PUMA), qui s'est accompagnée d'une extension du périmètre de la branche maladie de 22,7 Md€.*

*** Entre l'exécution 2016 et l'exécution 2017.*

Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS de juin 2016 et de juin 2018.

⁴ Qui a donné lieu au rattachement de cinq trimestres de produits à 2017.

1 - Une croissance des recettes qui s'affermirait par rapport à 2016

Les recettes du régime général et du FSV ont plus fortement augmenté en 2017 qu'en 2016, grâce au dynamisme accru de la masse salariale (+3,5 % en 2017 contre +2,4 % en 2016) et au moindre effet des mesures nouvelles en recettes.

Si les produits nets 2017 ont été affectés par un effet de base négatif, imputable à des produits inférieurs en 2016 de 1,3 Md€ à la prévision de la LFSS 2017, ce manque à gagner a été compensé en cours d'année par les effets favorables de l'amélioration de la conjoncture économique sur les assiettes de prélèvement.

La hausse des recettes, de 11,6 Md€ en 2017 par rapport à 2016, a ainsi dépassé de 500 M€ celle prévue par la LFSS 2018, sous l'effet d'une hausse de la masse salariale plus vive qu'anticipé (3,5 %, au lieu de 3,3 %).

Tableau n° 6 : recettes du régime général et du FSV (en Md€)

	2016	Variation en %*	2017 en LFSS 2018	Réalisé 2017	Variation en montant	Variation en %
Produits nets régime général + FSV	365,0	+1,1 %	376,1	376,6	+11,6	+3,2 %
Cotisations sociales brutes	205,5	+0,5 %	211,5	212,8	+7,3	+3,6 %
Cotisations prises en charge par l'État	3,4	+9,1 %	6,0	5,9	+2,5	+75,8 %
CSG brute	89,3	+2,2 %	90,4	91,1	+1,7	+2,0 %
Autres contributions sociales brutes	12,9	-6,6 %	13,1	13,4	+0,4	+3,2 %
Impôts et taxes bruts	46,1	-0,6 %	47,7	46,8	+0,7	+1,5 %
Charges liées au recouvrement	-1,7	-37,0 %	-1,9	-2,6	-0,9	+53,0 %
Transferts nets reçus	4,1	+7,3 %	4,1	3,7	-0,4	-10,1 %
Autres produits nets	5,3	+13,9 %	5,1	5,5	+0,3	+5,1 %

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

** Variation nette de la mise en place en 2016 de la protection universelle maladie (PUMA), qui s'est accompagnée d'une extension de 22,7 Md€ du périmètre des recettes de la branche maladie.*
Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS de juin 2016 et de juin 2018.

a) Un effet globalement négatif des mesures nouvelles en recettes

Les mesures nouvelles ont réduit les recettes du régime général et du FSV de 0,9 Md€ en 2017, malgré un effet net positif de 1,6 Md€ attendu au stade de la LFSS 2017.

Trois éléments expliquent l'essentiel de cet écart.

Tout d'abord, dans la partie relative à l'exercice 2017, la LFSS 2018 a procédé à la suppression de la contribution sociale de solidarité des sociétés supplémentaire (C4S)⁵ et a prévu la non-compensation par l'État du crédit d'impôt de taxe sur les salaires. Les réductions de recettes correspondantes, soit 0,4 et 0,6 Md€ respectivement, ont été intégrées à l'équilibre financier du régime général et du FSV prévu par la LFSS 2018.

En revanche, ce même équilibre financier n'a pas intégré le transfert, prévu par la loi de finances initiale pour 2018, d'une fraction de TVA nette affectée de la CNAM à l'ACOSS à compter de 2018, qui s'est traduit par une perte de 1,2 Md€ de produits de TVA pour le régime général en 2017.

Une prévision en LFSS non corrigée de l'effet sur 2017 d'une baisse de la fraction de TVA affectée à la branche maladie en 2018

La sécurité sociale bénéficie depuis 2013 d'une fraction de TVA nette. Dans le cadre des mesures visant à augmenter le pouvoir d'achat des actifs (hausse de la CSG, suppression des cotisations salariales maladie et chômage), la loi de finances pour 2018 a ramené la fraction de TVA nette affectée à la branche maladie de 7,03 % en 2017 à 0,34 % en 2018.

Dans la comptabilité budgétaire de l'État, les recettes d'un exercice correspondent aux encaissements portant sur les périodes d'activité de décembre N-1 à novembre N. Dans la comptabilité générale de la sécurité sociale, en droits constatés, les produits sont comptabilisés par période d'activité, de janvier à décembre N.

Le taux fixé en loi de finances pour la fraction de TVA affectée à la CNAM s'appliquant aux recettes budgétaires de l'exercice, les produits de TVA nette affectés à la sécurité sociale au titre de l'exercice N sont constitués des encaissements nets de février à décembre N, affectés au taux applicable à l'année N et des encaissements nets de janvier N+1, affectés au taux applicable à l'année N+1.

⁵ La Cour avait relevé que cette mesure visait à « intégrer dans les comptes prévisionnels de la sécurité sociale un produit supplémentaire sans créer de charge additionnelle pour les entreprises redevables ». *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre I La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre à accélérer, p. 70, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

En application de ce mécanisme, le produit à recevoir de TVA nette inscrit dans les comptes de 2017 de la branche maladie au titre des encaissements nets de janvier 2018 ne s'élève qu'à 60 M€, soit un montant inférieur de 1,2 Md€ à ce qu'il aurait été en l'absence de réduction de la fraction de TVA affectée à la CNAM en 2018.

Les montants de recettes prévus par le PLFSS 2018 ont repris les estimations tendanciennes du produit de TVA, sans tenir compte de la baisse de la fraction affectée à la branche maladie. En ne prenant pas en compte l'impact des dispositions soumises au Parlement dans le PLF 2018, les prévisions de recettes pour 2017 inscrites dans le PLFSS 2018, comme dans la LFSS 2018 en l'absence d'amendement, étaient surévaluées de 1,2 Md€.

Enfin, le surcroît de recettes prévu en LFSS 2017 au titre des mesures relatives à la lutte contre la fraude aux cotisations sociales et du plafonnement des niches sociales, soit 0,4 Md€, n'a pas été constaté.

Tableau n° 7 : effet des mesures en recettes sur les produits du régime général et du FSV en 2017 (en Md€)

Intitulé de la mesure	LFSS 2017	Réalisé
Mesures liées au « pacte de responsabilité »	-1,8	-1,7
Effet en année pleine de l'extension de la baisse des cotisations famille	-1,1	-1,0
Extinction de l'avancement du versement aux URSSAF des prélèvements par les caisses de congés payés	-0,5	-0,5
Baisse de cotisations des travailleurs indépendants	-0,2	-0,2
Autres mesures de baisse de prélèvements obligatoires	-0,9	-0,8
Création du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS)	-0,6	-0,5
Relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement	-0,3	-0,3
Mesures de financement non pérennes	+0,9	+1,0
Affectation des réserves de la section III du FSV	+0,8	+0,9
Modification des modalités d'imposition à la taxe sur les véhicules de société	+0,2	+0,2
Mesures de compensation en recettes	+3,2	+2,0
Augmentation de la compensation par dotations du budget de l'État	+2,7	+2,5
Ajustement de la fraction de TVA affectée en 2017 à la branche maladie	-0,7	-0,7
Réaffectation intégrale de la taxe sur les véhicules de société	+0,2	+0,2
Compensation du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires	+0,6	-*
Création de la contribution sociale de solidarité des sociétés supplémentaire	+0,4	-*
Autres mesures en recettes	+0,4	-1,2
Hausse du taux des cotisation d'assurance vieillesse (réforme de 2014 des retraites)	+0,5	+0,5
Relèvement des droits de consommation sur le tabac	+0,3	+0,3
Décalage du paiement de la contribution sur les stock-options et les actions gratuites	+0,1	+0,1

Intitulé de la mesure	LFSS 2017	Réalisé
Mesures de lutte contre la fraude aux cotisations	+0,3	-
Plafonnement de niches sociales	+0,1	-
Contrecoup du produit exceptionnel de CSG en 2016	-0,7	-0,7
Contrecoup de la taxation au fil de l'eau des produits d'assurance-vie	-0,2	-0,2
Incidence en 2017 de la baisse de la fraction de TVA attribuée à la sécurité sociale en 2018	-	-1,2
Transferts internes à la sécurité sociale	-0,2	-0,2
Réaffectation de TSA du Fonds CMU-C à la CNAM	0	+0,2*
Solde des autres mesures de transferts internes à la sécurité sociale	-0,2	-0,4
Total des mesures en recettes	+1,6	-0,9

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

* Effets de mesures décidées en LFSS 2018.

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2017, de la LFSS 2018 et du rapport de la CCSS de juin 2018.

b) Une croissance spontanée des recettes soutenue par l'évolution de la masse salariale

Hors l'effet des mesures nouvelles en recettes, l'augmentation spontanée des recettes du régime général et du FSV a atteint 3,4 % en 2017 (+12,5 Md€), contre 2,1 % en 2016, soit un niveau proche de la croissance de la masse salariale du secteur privé (+3,5 %).

Nettes des charges liées à leur recouvrement, les cotisations sur les salaires du secteur privé ont augmenté de 3,2 %⁶.

La CSG a augmenté moins rapidement (+2 %) que l'ensemble des produits, avec des mouvements contrastés par assiette : la CSG sur les revenus d'activité a été tirée par le dynamisme de la masse salariale, ce que masque l'effet du produit exceptionnel de CSG, mesure non pérenne de 2016 (+1,8 % au total) ; sur les revenus de remplacement, les produits ont crû moins rapidement qu'en 2016 (+1,4 %), du fait de la révision des seuils d'assujettissement⁷ ; sur les revenus du capital, les recettes ont été plus dynamiques (+4 %), du fait de la conjoncture économique.

⁶ L'augmentation plus élevée des cotisations brutes (+3,6 %) traduit l'incidence d'une réforme majorant les taxations d'office, dont l'incidence sur les produits bruts a été globalement compensée par une hausse concomitante des dépréciations sur créances.

⁷ Cette mesure, introduite par amendement au cours de la discussion parlementaire sur le PLFSS 2017, visait notamment à neutraliser les effets de la fiscalisation des majorations de pensions pour charges de famille, qui a augmenté le nombre de retraités assujettis à la CSG à taux réduit et à taux plein et accru ainsi de près de 0,4 Md€ le produit de la CSG assise sur les revenus de remplacement.

2 - Des compensations limitées en 2017 aux pertes de recettes du « pacte de responsabilité »

Les pertes de recettes issues de la dernière étape du « pacte de responsabilité » présenté au printemps 2014⁸ ont atteint 1,7 Md€ pour le régime général et le FSV en 2017. Elles ont été couvertes par 1 Md€ de recettes non pérennes (affectation des réserves de la section III du FSV et modification des modalités d'imposition à la TVS), soit un solde à compenser par l'État de 0,7 Md€.

Parallèlement, les transferts en recettes et en dépenses opérés par les textes financiers pour 2017 entre l'État et la sécurité sociale, qui incluent celui du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) vers l'assurance maladie, ont amélioré de 0,5 Md€ le solde du régime général et du FSV. À 0,2 Md€ près, ils ont ainsi compensé le solde des pertes de recettes 2017 liées au « pacte de responsabilité ».

Sur l'ensemble des mesures du « pacte de responsabilité » mises en œuvre entre 2015 et 2017 et des mesures associées de transferts de recettes depuis l'État, un bilan positif, pouvant être estimé à 0,6 Md€ en 2017, se dégage en faveur du régime général et du FSV.

Un bilan du « pacte de responsabilité » et de sa compensation globalement positif pour la sécurité sociale entre 2015 et 2017

Selon le rapport de la CCSS de juin 2018, le solde négatif précité de compensation sur 2017 (0,2 Md€) fait suite à un gain net de près de 0,8 Md€ pour la sécurité sociale sur 2015-2016, au titre des réductions de cotisations et contributions sociales et de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) prévues par le « pacte de responsabilité » du printemps 2014 et par la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques du 6 août 2015 et de leur compensation.

⁸ S'agissant des recettes sociales, le « pacte de responsabilité » prévoyait la suppression de toute cotisation sociale patronale au niveau du SMIC (à l'exception notamment des cotisations de retraites complémentaires et d'assurance chômage), une baisse de 5,25 % à 3,45 % du taux des cotisations familiales (patronales) sur la part des rémunérations salariales allant jusqu'à 3,5 fois le SMIC, une baisse de ces mêmes cotisations pour les travailleurs indépendants et la suppression de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). La LFSS 2017 est revenue sur cette dernière mesure, en contrepartie d'un renforcement du CICE et de la mise en place d'un crédit d'impôt de taxe sur les salaires, en maintenant la C3S pour la partie du chiffre d'affaires supérieure à 19 M€.

Ce gain cumulé de 0,6 Md€ sur 2015-2017 s'inscrit cependant en deçà de l'objectif initial du Gouvernement de fournir à la sécurité sociale et plus précisément au FSV, 1,2 Md€ de ressources supplémentaires, soit l'équivalent du rendement de la fiscalisation des majorations de pensions.

Enfin, ce bilan fin 2017 incorpore l'effet de deux mesures de financement non pérennes, pour 1 Md€ au total.

Au-delà du « pacte de responsabilité », les recettes du régime général ont été affectées en 2017 par le relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG des revenus de remplacement (-0,3 Md€) et par la mise en place du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (-0,5 Md€). Ces deux mesures n'ont pas donné lieu à compensation de la part de l'État en 2017 : la première devait être financée en 2017 par la création de la contribution sociale de solidarité des sociétés supplémentaire (C4S), finalement abandonnée en LFSS 2018 ; la seconde a été expressément exclue, pour 2017, du champ de la compensation par l'État par une disposition de la LFSS 2018. Elles conduisent, ensemble, à dégrader de 0,8 Md€ le solde du régime général et du FSV en 2017.

Au total, le bilan de ces opérations se solde par une perte nette de 1 Md€ pour le régime général et le FSV au titre de cette même année.

Tableau n° 8 : incidence pour le régime général et le FSV en 2017 des baisses de prélèvements obligatoires et des transferts de dépenses État-sécurité sociale et de leurs compensations par l'État (en Md€)

Montant à compenser au titre des mesures du « pacte de responsabilité », net des mesures de financement non pérennes	-0,7
Effet en année pleine de l'extension de la baisse des cotisations famille	-1,0
Extinction de l'avancement du versement aux URSSAF des prélèvements par les caisses de congés payés	-0,5
Baisse de cotisations des travailleurs indépendants	-0,2
Affectation des réserves de la section III du FSV	+0,9
Modification des modalités d'imposition à la TVS	+0,2
Transferts en recettes et en dépenses avec le budget de l'État	+0,5
Ajustement de la fraction de TVA affectée en 2017 à la branche maladie	-0,7*
Réaffectation intégrale de la taxe sur les véhicules de société	+0,2
Augmentation des compensations par dotations du budget de l'État	+2,5
Transferts de dépenses	-1,5**
Bilan net sur l'année 2017 du « pacte de responsabilité » et de sa compensation pour le régime général et le FSV (I)	-0,2
Création du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS)	-0,5
Relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement	-0,3
Mesures de baisses de prélèvements obligatoires non compensées, hors « pacte de responsabilité » (II)	-0,8
Solde de l'ensemble des mesures (I+II)	-1,0

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

* Hors 1,2 Md€ de perte constatée en 2017 au titre de la baisse de la fraction 2018.

** Dont transfert du financement des ESAT de l'État vers l'assurance maladie.

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2017 et le rapport de la CCSS de juin 2018.

3 - Une progression des dépenses plus soutenue qu'en 2016

En 2017, les dépenses du régime général et du FSV ont progressé plus rapidement qu'en 2016, de 2,4 % à périmètre courant, contre 0,2 % l'année précédente. L'ampleur de cet écart reflète l'incidence de transferts de dépenses entre l'État et la sécurité sociale en 2016 et en 2017.

Tableau n° 9 : charges nettes du régime général et du FSV (en Md€)

	2016	Variation en %	2017 dans la LFSS 2018	Réalisé 2017	Variation en %
Charges nettes	372,7	+0,2 %	381,3	381,7	+2,4 %
Prestations sociales nettes	343,7	+0,3 %	352,3	352,7	+2,6 %
dont prestations légales nettes	338,1	+0,3 %	344,8	346,8	+2,6 %
dont prestations extralégales nettes	5,5	+2,7 %	5,7	5,9	+6,1 %
Transferts nets versés	17,0	-1,4 %	17,0	16,9	-0,4 %
Charges de gestion courante	12,0	-0,9 %	11,8	12,0	+0,3 %
Autres charges	0,1	-	0,2	0,1	+0,8 %

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

Alors que leur croissance avait été fortement amoindrie en 2016 par l'intégration au budget de l'État des aides au logement jusque-là financées par la branche famille, les dépenses du régime général et du FSV ont été majorées de 1,5 Md€ de mesures de périmètre en 2017.

Tableau n° 10 : effet des mesures de périmètre sur les dépenses du régime général en 2017 (en Md€)

Intitulé de la mesure	LFSS 2017	Réalisé
Transferts du budget de l'État au régime général	+1,6	+1,6
Dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	+1,5	+1,5
Part État du fonds d'intervention régional (FIR)	+0,1	+0,1
Transferts du régime général au budget de l'État	-0,1	-0,1
Financement de l'agence nationale de santé publique (ANSP)	-0,1	-0,1
Incidence sur les dépenses du régime général	+1,5	+1,5

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2017 et du rapport de la CCSS de juin 2018.

À périmètre constant, les dépenses du régime général ont augmenté de 2 %, contre 1,6 % en 2016, sous l'effet notamment de la dynamique des dépenses d'assurance maladie, qui dépasse le taux affiché d'évolution de l'ONDAM. Si la croissance des dépenses reste inférieure à celle du PIB en valeur (+2,8 %), elle est comparable à celle de la croissance potentielle de ce dernier (près de 2 %). Dès lors, elle traduit une absence d'effort structurel en dépenses sur 2017 (voir A - 3 - *supra*).

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

C - Des déficits toujours élevés pour la branche maladie et le FSV

À l'exception de la branche maladie, les soldes des branches du régime général et du FSV se sont tous améliorés en 2017.

L'évolution des soldes de chaque branche résulte de trois facteurs : la variation spontanée des recettes, celle des dépenses à périmètre constant et les mesures nouvelles et de transferts en recettes et en dépenses. L'effet de ces mesures sur les branches du régime général et le FSV est le suivant.

Tableau n° 11 : répartition par branche des mesures nouvelles et des transferts en 2017 (en Md€)

	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	FSV	RG+FSV
Solde des mesures de baisses de prélèvements obligatoires, de transferts de dépenses État-sécurité sociale et de leurs compensations par l'État (I) *	-0,7	+0,0	-0,7	+0,4	+0,0	-1,0
Mesures de transfert internes à la sécurité sociale (II)	1,9	-0,3	+0,3	-2,2	+0,1	-0,2
Sous-total (III=I+II)	1,2	-0,3	-0,4	-1,8	+0,1	-1,2
Autres mesures en recettes (IV)**	-1,6	+0,0	-0,1	+0,5	+0,0	-1,2
Total (III+IV)	-0,4	-0,3	-0,5	-1,3	+0,1	-2,4

* Voir tableau n° 8 *supra*.

** Voir tableau n° 7 *supra*.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

La perte pour la sécurité sociale induite par les mesures de baisses des prélèvements obligatoires et de transferts de dépenses et de recettes avec l'État (soit 1 Md€, voir I – B – 2 - *supra*) apparaît de prime abord concentrée sur les branches maladie (-0,7 Md€) et famille (-0,7 Md€).

Des transferts internes à la sécurité sociale ont conduit à faire supporter cette perte pour l'essentiel à la branche vieillesse et, dans une moindre mesure, aux branches famille et AT-MP, au bénéfice de la branche maladie. Cette dernière a ainsi reçu 1,9 Md€ de transferts nets et dégagé un gain net de 1,2 Md€ au titre de l'ensemble de ces opérations complexes.

Toutefois, compte tenu d'autres mesures en recettes (notamment la baisse de 1,2 Md€ de la fraction de TVA affectée à la branche maladie en 2017), le solde de toutes les branches du régime général de sécurité sociale s'est en définitive détérioré (de 2,4 Md€ au total) sous l'effet des mesures nouvelles et de transferts intervenues en 2017.

1 - Branche maladie : un déficit en légère hausse malgré le dynamisme de la conjoncture économique

Le déficit de la branche maladie s'est établi en 2017 à 4,9 Md€, contre 4,8 Md€ en 2016, année où il s'était réduit de 1 Md€.

Cette légère détérioration s'explique par le fait que la croissance spontanée des recettes (+5,7 Md€), pourtant favorisée par le dynamisme de la conjoncture économique, a tout juste permis de financer la progression des dépenses de la branche à périmètre constant (+5,4 Md€), tandis que les mesures nouvelles et de transferts ont dégradé le solde à la marge (-0,4 Md€, voir tableau n° 11 *supra*).

**Tableau n° 12 : formation du résultat 2017 de la branche maladie
(en Md€)**

	2016	Variation 2016 en %*	2017	Variation 2017 en montant	Variation 2017 en %
Charges nettes, dont	199,4	+1,8 %	206,3	+6,9	+3,5 %
Prestations sociales nettes	187,0	+2,0 %	193,6	+6,6	+3,5 %
dont champ de l'ONDAM**	175,0	+2,1 %	181,3	+6,3	+3,6 %
dont hors ONDAM	12,0	-0,5 %	12,3	+0,3	+2,9 %
Transferts nets versés	5,6	-0,3 %	6,0	+0,4	+7,6 %
Charges de gestion courante	6,7	-0,3 %	6,6	-0,1	-0,9 %
Produits nets, dont	194,6	+2,4 %	201,4	+6,8	+3,5 %
Cotisations sociales brutes	87,3	+1,4 %	90,3	+3,0	+3,4 %
Cotisations prises en charge par l'État	1,6	+8,4 %	3,0	+1,5	+93,3 %
CSG brute	70,2	+6,8 %	71,2	+0,9	+1,3 %
Impôts, taxes et autres contributions sociales	29,6	-7,0 %	31,1	+1,4	+4,8 %
Transferts nets reçus	2,8	+0,5 %	2,8	-0,1	-2,4 %
Autres produits techniques	3,9	+1,6 %	4,1	+0,2	+6,4 %
Résultat net	-4,8		-4,9	-0,1	

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

* Variation nette de la mise en place en 2016 de la protection universelle maladie (PUMa), qui s'est accompagnée d'une extension du périmètre de la branche maladie de 22,7 Md€.

** Par rapport à celui de l'ONDAM, ce périmètre n'intègre pas les dépenses de prestations maladie hors PUMa comptabilisées exclusivement par les autres régimes, celles des prestations AT-MP de l'ensemble des régimes et les prises en charge de cotisations des professionnels de santé. Par ailleurs, les remises sur les produits de santé versées par les entreprises pharmaceutiques et la contribution des organismes complémentaires, présentées en minoration des dépenses de l'ONDAM, sont retracées au plan comptable en produits (impôts et taxes affectés). Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

En 2017, la hausse des produits nets (+6,8 Md€, soit +3,5 %) s'est en apparence modérée par rapport à 2016 (+16,2 %). À périmètre constant des produits, elle s'est néanmoins accélérée (+2,7 % contre +2,4 %).

L'augmentation des produits nets de la branche en 2017 s'explique principalement par les effets favorables de la conjoncture sur les bases de prélèvements obligatoires, dont la croissance spontanée a atteint 2,9 %, tandis que les mesures nouvelles et de transferts ont engendré un surcroît de recettes de 1,1 Md€⁹.

⁹ Compte tenu des transferts de dépenses de l'État vers la branche maladie, soit 1,5 Md€, les mesures nouvelles et de transferts ont toutefois conduit à une perte de 0,4 Md€ sur le solde de la branche, comme indiqué au tableau n° 11 *supra*.

Les produits de la branche maladie ont subi le contrecoup du produit exceptionnel de CSG de 2016 (-0,7 Md€) et l'effet sur les comptes 2017 du transfert en 2018 d'une part de TVA de la CNAM à l'ACOSS (-1,2 Md€). En revanche, la branche maladie a notamment bénéficié d'un relèvement des droits de consommation sur le tabac (+0,3 Md€) et, surtout, d'importants transferts de recettes interne à la sécurité sociale (à hauteur de 1,9 Md€), en provenance des branches AT-MP et vieillesse.

Les charges nettes ont pour leur part augmenté de 6,9 Md€ (+3,5 %), sous l'effet de mesures de périmètre, mais aussi d'une hausse à périmètre constant qui s'est affirmée par rapport à 2016 (+2,7 % contre +1,8 %).

Les prestations nettes de la branche maladie entrant dans le champ de l'ONDAM¹⁰ ont atteint 181,3 Md€ (+3,6 % par rapport à 2016).

À périmètre constant, hors transfert à la branche des dépenses liées aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT, soit 1,5 Md€), les dépenses de prestations entrant dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de 2,7 %. L'écart avec le taux de progression de l'ONDAM prévu en LFSS 2017, soit 2,2 %, s'explique principalement par des mesures de présentation : contraction des charges pour la branche maladie liées à la prise en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés avec les produits liés à ces mêmes prises en charge ; externalisation d'une partie des dépenses de médicaments dans le cadre du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. Par ailleurs, des dotations hospitalières à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ont fait l'objet, à tort, d'une double comptabilisation.

À titre principal, l'augmentation par rapport à 2016 (+2,9 %) des prestations nettes extérieures à l'ONDAM (12,3 Md€) reflète la hausse des dépenses relatives aux pensions d'invalidité, du fait notamment du recul de l'âge légal de départ en retraite, tandis que les indemnités journalières pour la maternité sont demeurées stables.

¹⁰ Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles, p. 65.

2 - Branche AT-MP : un excédent croissant grâce à la conjoncture, malgré la baisse du taux moyen de cotisation

Après une relative stabilité au cours des années précédentes, le résultat excédentaire dégagé par la branche AT-MP depuis 2013 s'est accru pour atteindre 1,1 Md€ en 2017, contre 0,8 Md€ en 2016.

Trois facteurs se sont conjugués : la stabilité globale des dépenses de prestations, le dynamisme des indemnités journalières étant compensé par l'atonie des autres prestations (rentes) ou leur baisse (soins en ville et en établissement, allocation pour cessation anticipée d'activité) ; la diminution de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ; et, surtout, le dynamisme des produits de cotisations (+0,3 Md€, soit +2,5 %), dont la croissance spontanée (+4,8 %) a été atténuée par la baisse du taux moyen de cotisation, au bénéfice d'une hausse équivalente du taux de cotisation maladie.

Toutes choses égales par ailleurs, ce transfert de recettes interne à la sécurité sociale a réduit de 0,3 Md€ le résultat excédentaire de la branche AT-MP en 2017 (voir tableau n° 11 *supra*).

**Tableau n° 13 : formation du résultat 2017 de la branche AT- MP
(en Md€)**

	2016	Variation 2016 en %	2017	Variation 2017 en montant	Variation 2017 en %
Charges nettes, dont	11,8	-0,5 %	11,7	-0,1	-0,6 %
Prestations sociales nettes	8,8	-0,6 %	8,8	0	+0,1 %
<i>dont prestations légales</i>	<i>8,6</i>	<i>-0,5 %</i>	<i>8,5</i>	<i>0</i>	<i>-0,3 %</i>
Transferts nets versés	2,2	+1,0 %	2,1	-0,1	-4,9 %
Charges de gestion courante	0,9	-2,9 %	0,9	0	+2,8 %
Produits nets, dont	12,6	-0,4 %	12,9	+0,3	+2,4 %
Cotisations sociales brutes	12,4	+0,6 %	12,7	+0,3	+2,5 %
Impôts et taxes affectés bruts	0,0	-5,4 %	0,0	0,0	-100,0 %
Résultat net	0,8		1,1	+0,4	

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

3 - Branche famille : un solde désormais proche de l'équilibre grâce à la conjoncture et à une progression limitée des dépenses

Avec un déficit limité à 0,2 Md€, contre 1,0 Md€ en 2016, la branche famille a presque atteint l'équilibre en 2017.

Tableau n° 14 : formation du résultat 2017 de la branche famille (en Md€)

	2016	Variation 2016 en %	2017	Variation 2017 en montant	Variation 2017 en %
Charges nettes, dont	49,6	-8,7 %	50,0	+0,4	+0,7 %
Prestations légales nettes	31,4	-13,6 %	31,3	-	-0,2 %
Prestations extra-légales nettes	5,1	+3,1 %	5,4	+0,3	+6,3 %
Transferts nets versés	10,2	+0,4 %	10,2	-	+0,1 %
Charges de gestion courante	2,9	-0,1 %	3,0	+0,1	+2,8 %
Produits nets, dont	48,6	-7,9 %	49,8	+1,2	+2,4 %
Cotisations sociales brutes	30,2	-8,1 %	30,2	-	+0,1 %
CSG brute	9,9	-10,6 %	10,2	+0,3	+2,6 %
Impôts et taxes affectés bruts	6,9	-12,1 %	7,6	+0,7	+10,2 %
<i>dont taxe sur les salaires</i>	2,6	+9,5 %	5,2	+2,6	+102,0 %
<i>dont taxe spéciale sur les contrats d'assurance</i>	2,3	+3,7 %	1,0	-1,3	-55,9 %
Résultat net	-1,0		-0,2	+0,8	

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

En 2017, les produits nets ont augmenté de 1,2 Md€ (+2,4 %), après avoir diminué de 4,2 Md€ en 2016, sous l'effet de la baisse au 1^{er} avril 2016 du taux de cotisation patronale pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 fois le salaire minimum. L'incidence sur le solde de la branche famille de la croissance spontanée des produits, sous l'effet du dynamisme de la conjoncture économique (+1,7 Md€, soit +3,5 %), a été atténuée par des mesures nouvelles et de transfert (-0,5 Md€, voir tableau n° 11 *supra*), dont l'effet en année pleine de la baisse du taux de cotisation en 2016.

Les charges nettes ont pour leur part augmenté de 0,4 Md€ (+0,7 %), après une baisse de 8,7 % en 2016 suscitée par des mesures de périmètre (transfert du financement des aides au logement au budget de l'État), mais aussi d'économie (effet en année pleine de la modulation des allocations

familiales en fonction des ressources au 1^{er} juillet 2015, poursuite de la réforme de la prestation d'accueil du jeune enfant).

En 2017, l'augmentation des dépenses provient pour l'essentiel des prestations extra-légales (+0,3 Md€, soit +6,3 %), qui financent notamment les modes de garde collectifs, tandis que les prestations légales ont diminué pour la troisième année consécutive (-0,2 %), du fait principalement du moindre recours au congé parental, à la suite de la réforme du complément de libre choix d'activité pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015, qui impose un partage du congé entre les deux parents ; le nombre de bénéficiaires de cette prestation de la PAJE a chuté de 480 000 en 2014 à 270 000 fin 2017.

4 - Branche vieillesse et FSV : un déficit persistant

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.

En 2017, le déficit agrégé de la branche vieillesse et du FSV a continué à se réduire, mais n'a pas disparu. Il s'est ainsi établi à 1,1 Md€, contre 2,8 Md€ en 2016, soit une amélioration de 1,7 Md€, proche de celle de 2016 (1,5 Md€). Cette amélioration concerne tant le FSV, dont le déficit s'est réduit de 0,7 Md€, que la branche vieillesse, dont l'excédent s'est accru de 0,9 Md€.

L'amélioration des soldes de la branche vieillesse et du FSV découle pour l'essentiel d'une progression modérée des dépenses de la branche vieillesse (+2,0 Md€) comparée à une croissance spontanée des recettes très soutenue (+4,9 Md€, soit +3,5 %), grâce au dynamisme de la conjoncture économique. En revanche, les mesures nouvelles et de transferts ont dégradé de 1,2 Md€ le solde agrégé de la branche vieillesse et du FSV (voir tableau n° 11 *supra*).

a) Branche vieillesse : un nouvel accroissement de l'excédent malgré des mesures de transferts internes à la sécurité sociale défavorables

Entre 2016 et 2017, le résultat excédentaire de la branche vieillesse a été porté de 0,9 Md€ à 1,8 Md€, sous l'effet d'une accélération spontanée des recettes permise par l'embellie de la conjoncture économique et d'une progression modérée des dépenses.

**Tableau n° 15 : formation du résultat 2017 de la branche vieillesse
(en Md€)**

	2016	Variation 2016 en %	2017	Variation 2017 en montant	Variation 2017 en %
Charges nettes, dont	122,8	+1,9 %	124,8	+2,0	+1,6 %
Prestations légales nettes	113,1	+2,2 %	115,2	+2,1	+1,9 %
Prestations extralégales	0,3	+6,6 %	0,3	-	+2,7 %
Transferts versés	8,1	-1,7 %	7,9	-0,1	-1,7 %
<i>dont RSI</i>	1,3	+17,6 %	1,3	-	+0,7 %
<i>dont adossement IEG</i>	1,6	+1,2 %	1,7	-	+1,2 %
Produits nets, dont	123,7	+2,9 %	126,6	+2,9	+2,4 %
Cotisations sociales	77,5	+3,2 %	81,4	+3,9	+5,1 %
Impôts et taxes affectés	9,8	+9,3 %	8,8	-1,0	-9,8 %
<i>dont taxe sur les salaires</i>	8,3	+17,2 %	5,2	-3,1	-36,9 %
<i>dont C3S</i>	1,5	-20,1 %	3,6	+2,1	+140,2 %
Contributions sociales	5,4	-3,5 %	5,9	+0,5	+9,1 %
<i>dont forfait social</i>	5,2	+30,4 %	5,5	+0,3	+4,8 %
Transferts reçus	30,1	+0,7 %	29,2	-0,8	-2,7 %
Résultat net	0,9		1,8	+0,9	

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

Malgré une conjoncture économique plus favorable, la croissance des produits nets (+2,9 Md€, soit +2,4 %) s'est ralentie en 2017 par rapport à 2016 (+3,5 Md€, soit +2,9 %).

La branche vieillesse a en effet supporté des mesures de transferts internes à la sécurité sociale à hauteur de 2,2 Md€, que les mesures nouvelles en recettes, notamment le relèvement de 0,1 point des taux de cotisations déplafonnées (soit 0,5 Md€) et l'évolution des relations financières avec l'État (soit un gain de 0,4 Md€) n'ont qu'en partie compensées (voir tableau n° 11 *supra*).

Les charges nettes ont pour leur part augmenté de 2,0 Md€ (+1,6 %), soit une progression plus faible qu'en 2016 (+1,9 %).

Ce ralentissement s'explique par le fléchissement des prestations légales (+1,9 % contre +2,2 % en 2016), malgré une forte hausse (+20 %) des prestations versées au titre de la retraite anticipée, qui ont atteint 1,5 Md€. Le relèvement de l'âge légal de départ en retraite a en effet entraîné une réduction des départs en fin d'année 2016, ce qui a eu pour effet de limiter le nombre de nouveaux mois de pensions en paiement en 2017. Par ailleurs, la revalorisation des pensions en fonction de l'inflation

constatée a eu une incidence limitée sur l'évolution des dépenses de prestations (+0,2 % en moyenne annuelle¹¹).

b) Fonds de solidarité vieillesse : un déficit toujours élevé, malgré le dynamisme de la conjoncture et une hausse modérée des dépenses

La réduction du déficit du FSV, de 3,6 Md€ en 2016 à 2,9 Md€ en 2017, reflète les effets favorables de la conjoncture sur les recettes de CSG sur les revenus du capital qui lui est affectée (+4,4 %) et une hausse plus modérée des dépenses liées aux prises en charge de cotisations au titre du chômage (+2,5 %¹²). Au total, les mesures nouvelles et de transferts ont eu un effet marginal (+0,1 Md€, voir tableau n° 11 *supra*) : poursuite du report sur la branche vieillesse du financement du minimum contributif (-1 Md€) et, dans un sens inverse, réaffectation au détriment du fonds d'une partie du prélèvement sur les revenus du capital, des contributions sur les retraites « chapeau » et les préretraites et d'une fraction de la taxe sur les salaires.

Tableau n° 16 : formation du résultat 2017 du FSV (en Md€)

	2016	Variation 2016 en %	2017	Variation 2017 en montant	Variation 2017 en %
Charges nettes, dont transferts	20,3	-1,0 %	19,6	-0,8	-3,7 %
Aux régimes de base	19,8	-1,1 %	19,1	-0,7	-3,8 %
<i>dont prises en charge de cotisations</i>	<i>13,2</i>	<i>+1,5 %</i>	<i>13,5</i>	<i>+0,3</i>	<i>+2,4 %</i>
<i>dont prises en charge de prestations</i>	<i>6,7</i>	<i>-6,0 %</i>	<i>5,6</i>	<i>-1,1</i>	<i>-16,0 %</i>
Aux régimes complémentaires	0,4	+8,6 %	0,4	-	-0,3 %
Produits nets, dont	16,7	+0,4 %	16,6	-	-0,3 %
CSG brute	9,5	-12,4 %	10,1	+0,6	+6,0 %
Contributions sociales brutes	7,0	+460,9 %	6,8	-0,2	-2,5 %
Impôts et taxes affectés bruts	0,4	-92,2 %	-	-0,3	-96,1 %
Résultat net	-3,6		-2,9	+0,7	

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : Cour des comptes, d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

¹¹ Les pensions ont été revalorisées de 0,8 % au 1^{er} octobre 2017.

¹² Dont +1,5 % au titre de la cotisation forfaitaire et +1,0 % au titre de la hausse du nombre de chômeurs pris en compte pour le calcul de ces prises en charge.

II - En 2018, un retour anticipé à une situation proche de l'équilibre

Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2018, le déficit tendanciel du régime général et du FSV s'établirait à 0,4 Md€ en 2018, soit une réduction de 4,7 Md€ par rapport au déficit 2017 et de 1,8 Md€ par rapport à celui prévu par la loi de financement pour 2018.

Ces prévisions se fondent notamment sur les hypothèses économiques associées au PLFSS pour 2019, qui affichent une progression de la masse salariale plus forte que celle sur laquelle reposait la LFSS 2018, mais en retrait par rapport à la progression retenue en avril dernier dans le Programme de stabilité (+3,9 %). Le Haut Conseil des finances publiques a estimé l'hypothèse du Gouvernement (+3,5 %) cohérente avec les informations disponibles jusqu'à l'été. Il considère par ailleurs que la prévision d'inflation, sensiblement plus élevée que précédemment, est raisonnable¹³.

Tableau n° 17 : principales hypothèses économiques pour 2018

	LFSS 2018	CCSS de juin 2018	CCSS de septembre 2018
Taux d'évolution de la masse salariale en valeur	+3,1 %	+3,9 %	+3,5 %
Taux d'évolution de l'indice des prix hors tabac	+1,0 %	+1,1 %	+1,6 %
Taux d'évolution du PIB en volume	+1,7 %	+2,0 %	+1,7 %

Sources : LFSS 2018 et rapports de la CCSS de juin et de septembre 2018.

L'amélioration du solde de la sécurité sociale en 2018 serait essentiellement portée par la branche maladie, sous l'effet des mesures nouvelles dont elle bénéficie.

Inversement, le solde de la branche vieillesse se détériorerait du fait notamment d'une accélération des dépenses de pensions et de la fin des hausses de taux de cotisation prévues par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Toutefois, le solde agrégé de la branche vieillesse et du FSV se stabiliserait en raison du dynamisme des recettes du FSV.

¹³ Cf. avis n° HCFP-2018-3 du 19 septembre 2018 relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2019.

**Tableau n° 18 : soldes du régime général et du FSV
(CCSS de septembre 2018, en Md€)**

	2017 (1)	2018 prévision LFSS 2018 (2)	2018 prévision de septembre 2018 (3)	2018 écart à la LFSS (3)-(2)	Variation 2018/2017 (3)-(1)
Maladie	-4,9	-0,7	-0,9	-0,2	+4,0
AT-MP	+1,1	+0,4	+0,8	+0,4	-0,3
Famille	-0,2	+1,3	+0,7	-0,6	+0,9
Vieillesse	+1,8	+0,2	+1,1	+0,9	-0,7
Régime général	-2,2	+1,2	+1,8	+0,6	+4,0
FSV	-2,9	-3,5	-2,1	+1,4	+0,8
Vieillesse + FSV	-1,1	-3,3	-1,1	+2,2	+0,0
Solde tendanciel CCSS du RG+FSV	-5,1	-2,2	-0,4	+1,8	+4,7
Solde après mesures du PLFSS 2019	-5,1	-2,2	-1,0	+1,2	+4,1

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : rapport de la CCSS de septembre 2018.

Selon la présentation du PLFSS 2019 faite le 25 septembre 2018 par le Gouvernement, le déficit 2018 après mesures du PLFSS 2019 serait de 1,0 Md€. Cet écart par rapport au déficit tendanciel de 0,4 Md€ correspond au coût du crédit d'impôt de taxe sur les salaires, qui ne serait en définitive pas compensé en 2018.

A - Des recettes plus fortes que prévu en LFSS 2018, malgré une hypothèse de progression de masse salariale moindre qu'en juin dernier

La CCSS de septembre 2018 retient une prévision de recettes de 395,3 Md€ en 2018 pour le régime général et le FSV, soit 2,8 Md€ de plus que la prévision de la LFSS 2018 et une hausse de +3,6 % par rapport aux recettes 2017 *pro forma*¹⁴. Selon la présentation du PLFSS 2019, la progression ne serait plus que de +3,5 %. L'écart correspondant reflète la non-compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires.

¹⁴ En 2018, la suppression du RSI entraîne l'intégration de toutes les recettes et dépenses de ce régime aux comptes du régime général. Sont ainsi nouvellement intégrées les cotisations finançant les indemnités journalières des indépendants (230 M€ en 2017) et l'ensemble des recettes de la branche vieillesse (4,6 Md€ hors transferts en 2017).

**Tableau n° 19 : recettes du régime général et du FSV
(CCSS de septembre 2018, en Md€)**

	2017	2017 <i>pro forma</i>	2018 prévision de septembre 2018	Variation 2018/2017 <i>pro forma</i>
Maladie	201,4	201,7	210,4	+4,3 %
AT-MP	12,9	12,9	12,8	-0,4 %
Famille	49,8	49,8	50,8	+2,1 %
Vieillesse	126,6	131,6	134,8	+2,4 %
Régime général	377,7	382,8	395,9	+3,4 %
FSV	16,6	16,6	16,8	+0,9 %
Total tendanciel CCSS du RG+FSV	376,6	381,5	395,3	+3,6 %
Total après mesures du PLFSS 2019			394,7	+3,5 %

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : rapport de la CCSS de septembre 2018.

L'amélioration de la prévision de recettes résulte tout d'abord pour plus de 1 Md€ de l'effet base favorable du rendement meilleur que prévu des recettes en 2017 par rapport à la prévision de la loi de financement pour 2018.

Au-delà, l'hypothèse retenue par la CCSS de septembre 2018 pour la progression de la masse salariale du secteur privé, de +3,5 %, soit 0,4 point de plus que l'hypothèse associée à la LFSS 2018, majore de 0,9 Md€ les recettes par rapport à la prévision de la LFSS 2018. Cette progression serait moindre que celle anticipée lors de la CCSS de juin dernier (+3,9 %). En revanche, le rendement des prélèvements sur les revenus du capital serait supérieur de 0,6 Md€ à celui prévu en LFSS 2018 et lors de la CCSS de juin.

1 - Une contribution modérée des mesures nouvelles à la progression des recettes

L'impact en recettes des mesures nouvelles s'élèverait à 0,7 Md€ en 2018, sous l'hypothèse de l'absence de compensation du CITS en 2018. Compte tenu de ces mesures, la progression tendancielle des recettes atteindrait 3,3 % en 2018. Elle apparaît cohérente avec la nouvelle hypothèse de progression de la masse salariale¹⁵.

Les mesures de la LFSS 2018 en faveur du pouvoir d'achat dégageraient pour la sécurité sociale un solde positif de 15 Md€, en grande partie neutralisé par les mesures de transferts avec l'État (-13,6 Md€) et la

¹⁵ Cette progression correspond à une élasticité des recettes de 0,93 par rapport à la masse salariale du secteur privé, inférieure à celle constatée en 2017 (0,97).

perte de recettes non pérennes 2017 (-1,0 Md€).

Les autres mesures auraient un effet modéré (+0,3 Md€) sur les recettes du régime général et du FSV, proche de l'effet attendu de la hausse des prix du tabac.

Tableau n° 20 : impact 2018 des mesures nouvelles sur les recettes nettes du régime général et du FSV (en Md€)

Intitulé de la mesure	Prévision 2018
Impact des mesures en faveur du pouvoir d'achat	+15,0*
Hausse de 1,7 point de la CSG	+22,6
Suppression de la part salariale des cotisations maladie	-4,9
Baisse des cotisations maladie et famille des indépendants	-1,8
Baisse des cotisations maladie des employeurs des fonctions publiques territoriale et hospitalière (FPT/FPH)	-0,9
Contrecoups de mesures ponctuelles en 2017	-1,0
Affectation des réserves de la section III du FSV	-0,9
Modification des modalités d'imposition à la TVS	-0,2
Mesures de transferts de recettes avec d'autres administrations	-13,6
Réduction de la fraction de TVA affectée à la branche maladie	-10,3**
Rétrocession à l'État du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	-2,5
Fin de la prise en charge par l'État des cotisations des détenus	-0,1
Hausse des frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes	-0,1
Suppression de la compensation de la réduction de cotisations maladie des exploitants agricoles par le budget de l'État	-0,5
Autres mesures	+0,3
Hausse des prix du tabac	+0,5
Suppression de la 4 ^{ème} tranche de taxe sur les salaires	-0,2
Suppression de la cotisation maladie des étudiants	-0,2
Réaffectation de la TSA	+0,2
Contrecoup de la taxation au fil de l'eau de certains contrats d'assurance vie	-0,2
Autres mesures ¹⁶	+0,2
Total	+0,7

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

** Impact sur la seule sécurité sociale, à l'exclusion de l'assurance chômage.*

*** Hors perte de 1,2 Md€ de TVA déjà enregistrée par la branche maladie en 2017 au titre de la TVA encaissée en janvier 2018 mais rattachée en droits constatés aux comptes 2017.*

Source : Cour des comptes d'après données de la LFSS 2018 et de la CCSS de septembre 2018.

¹⁶ Modification du barème de la TVS (+0,11), modification de la taxation des actions gratuites et stock-options (+0,16), modification de l'assiette de la taxe sur les salaires acquittée par la SNCF (+0,1), transfert du produit de la taxe sur les farines au régime complémentaire des exploitants agricoles (-0,07), hausse de la taxe sur les boissons avec sucres ajoutés (+0,07), abattement sur les plus-values sur terrain à bâtir (-0,15).

2 - Des points d'attention sur certaines mesures

Nonobstant ses effets positifs sur la santé publique¹⁷, la hausse des prix du tabac, par son ampleur, fait peser une incertitude sur l'évolution des volumes de vente en 2018. Si ces derniers reculaient plus que prévu, ce qui n'est pas à ce stade constaté, elle aurait un effet net sur le produit des droits de consommation sur le tabac inférieur aux 0,5 Md€ attendus par la CCSS de septembre 2018¹⁸.

Par ailleurs, la prise en charge par l'ACOSS du coût de la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage s'accompagne d'une incertitude sur le solde de cette opération pour le régime général. En effet, le solde, positif ou négatif, de l'affectation de 5,59 points de TVA à l'ACOSS pour financer cette suppression et du coût effectif de cette dernière sera imputé aux branches du régime général. La CCSS n'a pas présenté à ce stade de prévision actualisée du bilan de cette opération.

Les modes de comptabilisation des produits de TVA affectés à l'ACOSS font peser une incertitude sur leur montant définitif en 2018. De manière générale, le niveau des recettes du régime général en 2018 pourrait être indirectement affecté par des mesures des lois de finances et de financement pour 2019. Les modifications des affectations de recettes fiscales à la sécurité sociale ont, en effet, entraîné au cours des dernières années des effets de bord qui n'ont pas systématiquement été intégrés aux équilibres financiers prévisionnels des lois de financement.

¹⁷ Voir le chapitre VI du présent rapport : la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins, p. 203.

¹⁸ Sur la période allant de janvier à août 2018, les volumes de ventes de cigarettes et de tabacs à fumer ont reculé de près de 10 % par rapport à la période équivalente 2017, ce qui n'invalide pas l'hypothèse d'élasticité-prix retenue pour la préparation du PLFSS 2018 (-0,75).

B - Des mesures de transferts qui pèsent sur la sécurité sociale, tout en préservant la branche maladie

1 - Un impact négatif des mesures de prélèvements obligatoires et de transferts avec l'État en 2018

Selon l'étude d'impact du PLFSS 2018, les transferts opérés par les textes financiers pour 2018 entre l'État et la sécurité sociale visaient, d'une part à assurer la compensation de différentes pertes de recettes non pérennes et, d'autre part, à faire bénéficier l'État de la totalité du gain financier dégagé en 2018 par les mesures en faveur du pouvoir d'achat.

Les mesures en faveur du pouvoir d'achat conduisent à un gain initial pouvant être estimé à 5,5 Md€ pour le régime général et le FSV en 2018, réduit à 4,5 Md€ après prise en compte de la perte de recettes de compensation non pérennes de 2017 (affectation des réserves de la section III du FSV, modification des modalités d'imposition à la TVS, soit 1 Md€ au total).

À l'inverse, les transferts mis en œuvre par les lois financières pour 2018 au bénéfice de l'État occasionneraient 5,3 Md€ de moindres recettes ou de dépenses supplémentaires pour le régime général et le FSV.

Au-delà, de nouvelles mesures de baisse des prélèvements obligatoires non compensées interviennent pour 0,4 Md€ en 2018 (suppression de la 4^{ème} tranche de la taxe sur les salaires et de la cotisation maladie des étudiants).

En définitive, l'ensemble des mesures de baisses de prélèvements obligatoires et de transferts avec l'État intégrées à la prévision de la CCSS de juin 2018 dégraderait de 1,2 Md€ le solde agrégé du régime général et du FSV en 2018.

**Tableau n° 21 : impact sur le régime général et le FSV en 2018
des mesures de prélèvements obligatoires et de transferts
avec l'État (en Md€)**

Hausse de 1,7 point de la CSG	22,6
Suppression de la part salariale des cotisations maladie	-4,9
Baisse des cotisations maladie et famille des indépendants	-1,8
Baisse des cotisations maladie des employeurs des fonctions publiques territoriale et hospitalière (FPT/FPH)	-0,9
Prise en charge par l'ACOSS de la baisse des cotisations salariales d'assurance chômage	-9,5
Impact en 2018 des mesures en faveur du pouvoir d'achat (I)	5,5
Contrecoup de l'affectation des réserves de la section III du FSV	-0,9
Contrecoup de la modification des modalités d'imposition à la TVS	-0,2
Perte de recettes de compensation non pérennes de 2017 (II)	-1,0
Baisse de la fraction de TVA affectée à la branche maladie	-2,0*
Rétrocession à l'État du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	-2,5
Suppression de la compensation de la réduction de cotisations maladie des exploitants agricoles par le budget de l'État	-0,5
Autres mesures (frais d'assiette et de recouvrement, cotisations maladie des détenus)	-0,3
Solde des transferts de recettes et de dépenses avec l'État mis en œuvre par les lois financières pour 2018 (III)	-5,3
Autres mesures de baisse de prélèvements obligatoires en 2018, non compensées (IV)	-0,4
Bilan net pour le régime général et le FSV (I+II+III+IV)	-1,2

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

** Dont -1,2 Md€ déjà comptabilisé par la branche maladie en 2017.*

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de septembre 2018.

2 - Une répartition des impacts des mesures de prélèvements obligatoires et des transferts qui bénéficie à la branche maladie

La répartition de cette perte globale de 1,2 Md€ pour le régime général et le FSV au titre des mesures de prélèvements obligatoires et de transferts avec l'État s'accompagnerait d'un gain de 1,4 Md€ pour la branche maladie.

En outre, la branche maladie bénéficie en 2018 d'une nouvelle hausse de taux de cotisations des employeurs du secteur privé (+0,11 point, soit 0,6 Md€) en contrepartie d'une baisse de 0,1 point du taux moyen de cotisations AT-MP et de la suppression des cotisations spécifiques au titre de la pénibilité.

En sens inverse, la modification des clés de répartition de la taxe sur les salaires, votée en LFSS 2018, transfère 1,4 Md€ de recettes de la branche maladie vers la branche famille.

En définitive, l'ensemble des mesures de prélèvements obligatoires et de transferts procurerait un gain net de 0,6 Md€ pour la branche maladie, tandis que la perte globale de 1,2 Md€ serait concentrée sur les autres branches et le FSV.

Tableau n° 22 : estimation de la répartition par branche des mesures de prélèvements obligatoires et de transferts en 2018 (en Md€)

	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	FSV	RG+FSV
Solde des mesures de prélèvements obligatoires et de transferts avec l'État	+1,4	-	-1,9	-0,1	-0,6	-1,2
Évolution des taux de cotisations maladie et AT-MP	+0,6	-0,6	-	-	-	-
Modification de l'affectation de la taxe sur les salaires	-1,4	-	+1,4	-	-	-
Solde final	+0,6	-0,6	-0,5	-0,1	-0,6	-1,2

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de septembre 2018.

C - Une progression des dépenses à champ constant plus forte qu'en 2017

La CCSS de septembre 2018 a évalué à 395,7 Md€ les dépenses du régime général et du FSV pour 2018, soit une augmentation de 2,4 % par rapport à 2017 *pro forma* et 0,9 Md€ de plus que prévu en LFSS 2018.

Étant inférieure de 0,9 point à l'évolution spontanée des recettes qui leur sont affectées (et de 0,1 point à l'hypothèse de croissance en valeur du PIB), cette hausse ne remettrait pas en cause l'amélioration tendancielle du solde du régime général et du FSV. Elle s'accélérerait cependant par rapport à 2017, où les dépenses avaient augmenté de 2 % à périmètre constant, après 1,6 % en 2016.

**Tableau n° 23 : dépenses du régime général et du FSV
(CCSS de septembre 2018, en Md€)**

	2017	Variation 2017/2016 à périmètre constant	2017 <i>pro forma</i>	2018 prévision de septembre 2018	Variation 2018/2017 <i>pro forma</i>
Maladie	206,3	+2,7 %	206,6	211,3	+2,3 %
AT-MP	11,7	-0,6 %	11,7	12,0	+2,0 %
Famille	50,0	+0,7 %	50,0	50,1	+0,3 %
Vieillesse	124,8	+1,6 %	129,8	133,7	+3,0 %
Régime général	379,8	+2,0 %	384,9	394,1	+2,4 %
FSV	19,6	-3,7 %	19,6	18,9	-3,4 %
Total régime général et FSV	381,7	+2,0 %	386,6	395,7	+2,4 %

Note : les additions ne fournissent pas toujours le montant exact de l'agrégat correspondant du fait d'arrondis.

Source : rapport de la CCSS de septembre 2018.

Le surcroît de dépenses par rapport à la prévision de la LFSS 2018 (soit 0,9 Md€) serait lié à l'effet base 2017 des prestations légales et extra-légales de la branche famille et au dynamisme des prestations d'assurance maladie hors ONDAM, qui ont dépassé la prévision.

Sous l'hypothèse d'une progression de l'ONDAM conforme à la prévision de la LFSS, soit +2,3 %, les dépenses de la branche maladie progresseraient en 2018 dans une mesure plus limitée qu'en 2017, soit +2,3 %. Les prestations hors ONDAM seraient encore dynamiques (+3,2 % contre +2,9 % en 2017). En revanche, les charges de gestion courante diminueraient (-0,9 %).

Les dépenses de pensions de retraite connaîtraient une accélération significative en 2018 (+3,0 % contre +1,8 % en 2017). Cette évolution reflète notamment l'augmentation des effectifs de pensionnés (pour un effet de +1,9 % sur les dépenses), que le relèvement à 62 ans de l'âge légal de départ à la retraite à taux plein par la réforme de 2010 ne vient plus freiner. Par ailleurs, les revalorisations de pensions auront en 2018 une incidence nettement plus forte sur les dépenses (+0,6 %) que les trois années précédentes¹⁹.

Comme en 2017, les dépenses de prestations de la branche famille se réduiraient en volume, du fait notamment de la baisse du nombre de naissances et d'un moindre recours au congé parental.

Au total, la progression des dépenses du régime général et du FSV, à +2,4 %, serait supérieure à la croissance potentielle prévue en 2018 selon les estimations du Gouvernement²⁰. Elle ne permettrait donc pas de dégager un effort structurel positif en dépenses.

D - Une dette accumulée à l'ACOSS qui continuerait à s'accroître en 2018

Avec une capacité d'amortissement de la CADES dépassant 15 Md€ et un déficit du régime général, hors AT-MP et du FSV en réduction, la dette sociale a baissé de près de 9 Md€ en 2017. En 2018, elle reculerait de plus de 13 Md€. Néanmoins, la part de la dette sociale non reprise par la CADES et conservée par l'ACOSS, continue d'augmenter et dépasse à nouveau 20 Md€ depuis 2017.

¹⁹ Cette incidence traduit exclusivement l'effet en année pleine de la revalorisation d'octobre 2017. En effet, la LFSS 2018 a repoussé la prochaine revalorisation au 1^{er} janvier 2019, pour une économie attendue de 0,3 Md€ sur 2018.

²⁰ Soit moins de 2,2 % avec une croissance potentielle estimée à 1,25 % dans le programme de stabilité et de croissance d'avril 2018 et un déflateur du PIB revu à 0,9 % en PLF 2019.

Tableau n° 24 : évolution de la dette sociale (2014-2018, en Md€)

	2014	2015	2016	2017	2018
(1) Situation nette négative de la CADES	130,1	126,7	135,8	120,8	105,4
(2) Cumul à l'ACOSS des déficits maladie, vieillesse et famille non repris par la CADES	28,2	29,7	15,4	21,6	23,4
Endettement financier net de l'ACOSS (p.m.)	30,1	31,2	20,9	27,2	
(1)+(2) Dette sociale totale en fin d'année *	158,3	156,4	151,2	142,4	128,8

* Hors dette accumulée par le régime de retraite des exploitants agricoles (plus de 3,5 Md€) et par le régime des mines (près de 1 Md€).

Note : l'écart en 2017 entre le cumul des déficits maladie, vieillesse et famille non repris par la CADES et l'endettement net de l'ACOSS (soit 5,6 Md€) s'explique par le solde des dettes et créances vis-à-vis des autres régimes (2,3 Md€), le solde en trésorerie de la branche AT-MP (1,1 Md€) et le décalage temporel entre trésorerie et droits constatés pour les autres branches (4,4 Md€).

Source : Cour des comptes d'après les données de la CCSS.

III - À partir de 2019, une pluralité d'objectifs à concilier par un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale

Le PLFSS 2019 affiche une prévision d'excédent de 0,7 Md€ pour le régime général et le FSV en 2019, en légère augmentation au cours des années suivantes. Par ailleurs, il rapproche la trajectoire financière de la sécurité sociale de celle de la loi de programmation des finances publiques et modifie le cadre des relations financières avec l'État en instaurant de nouvelles règles de partage du financement des baisses de prélèvements obligatoires. Enfin, il organise le transfert à la CADES pour amortissement d'une part majoritaire de la dette financée à court terme par l'ACOSS.

La réalisation concomitante de ces objectifs d'équilibre financier de la sécurité sociale, de rééquilibrage de ses relations financières avec l'État et d'extinction de la dette sociale maintenue à l'ACOSS appelle un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale.

A - En loi de financement pour 2018, une trajectoire pluriannuelle incompatible avec la LPFP 2018-2022

La trajectoire pluriannuelle de solde de la sécurité sociale annexée à la LFSS 2018 affichait des excédents croissants à partir de 2019, qui atteignaient 9,5 Md€ en 2021. Elle se fondait sur les hypothèses macroéconomiques de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 et, en matière de dépenses, sur une progression de l'ONDAM limitée à +2,3 % par an sur toute la période.

Tableau n° 25 : évolution du solde agrégé du régime général et du FSV de 2018 à 2021 selon la LFSS 2018

	2018	2019	2020	2021
Progression de la masse salariale (en %)	+3,1	+3,2	+3,6	+3,8
Taux d'inflation (en %)	+1,0	+1,1	+1,4	+1,8
Solde du régime général et du FSV (en Md€)	-2,2	0,8	5,1	9,5
<i>Maladie</i>	-0,7	1,1	3,9	6,7
<i>AT-MP</i>	0,4	0,8	1,2	1,7
<i>Famille</i>	1,3	2,4	3,5	4,9
<i>Vieillesse + FSV</i>	-3,3	-3,4	-3,5	-3,8

Source : LFSS 2018.

Moyennant ces hypothèses, le cumul des excédents tendanciels sur 2019-2021 aurait représenté près de 15 Md€, soit un montant permettant d'envisager, de façon tendancielle, une résorption complète d'ici 2024 de la dette accumulée à l'ACOSS fin 2018 (23,4 Md€).

Or, cette trajectoire financière annexée à la LFSS 2018 n'était pas compatible avec celle de la loi du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour 2018-2022. Cette dernière prévoit en effet un écrêtement des soldes des administrations de sécurité sociale au sens de la comptabilité nationale (ASSO) au profit de l'État. Cet écrêtement, comme la Cour l'a signalé, résulterait de transferts visant à stabiliser à 0,8 point de PIB l'excédent global des ASSO à partir de 2019. Ce niveau d'excédent représenterait environ 20 Md€ en 2021. Intégrant au moins 16 Md€ de capacité d'amortissement de la CADES, il ne laisserait donc pas plus de 4 Md€ d'excédent annuel, toutes choses égales par ailleurs à cette date, pour l'ensemble des autres ASSO, dont le régime général et le FSV.

B - En PLFSS pour 2019, une évolution des relations financières avec l'État et la reprise programmée d'une partie de la dette de l'ACOSS par la CADES

Conformément à l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022, le Gouvernement a remis au Parlement fin juillet un rapport sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Le Gouvernement y envisage de faire évoluer les règles de compensation des mesures de baisses de prélèvements sociaux. Ainsi, à l'avenir, c'est-à-dire à compter de 2019, les mesures nouvellement adoptées seraient supportées par la seule sécurité sociale quand elles concernent des prélèvements qui lui sont affectés. S'agissant du coût de la transformation du CICE en des allègements généraux de cotisations, celui-ci ferait l'objet d'un partage sur le moyen terme entre l'État et la sécurité sociale, conduisant à compter de 2020 à réduire progressivement la charge de l'État dans le contexte du retour à l'équilibre de la sécurité sociale et du maintien d'un déficit élevé du budget de l'État.

Le PLFSS 2019 met en application ces nouveaux principes en ne prévoyant pas de compensation pour les nouvelles exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires, ce qui représenterait 0,6 Md€ de moindres recettes en 2019 et 2 Md€ en 2020.

Par ailleurs, le PLFSS 2019 organise la reprise par la CADES d'une part majoritaire de la dette sociale encore portée par l'ACOSS fin 2018. Cette reprise portera au maximum sur 15 Md€ et interviendra en trois tranches annuelles de 2020 à 2022. Afin de permettre l'amortissement de ces 15 Md€ par la CADES d'ici 2024, 5 Md€ de produits annuels de CSG seront, d'ici 2022, transférés du régime général à la CADES.

Compte tenu de ces éléments, et des autres mesures nouvelles annoncées en dépenses et en recettes, la nouvelle trajectoire financière de la sécurité sociale affiche pour 2019 un léger excédent de 0,7 Md€ au titre du régime général et du FSV, qui dépasserait de peu 1 Md€ jusqu'en 2022 (1,2 Md€ en 2020 et 1,3 Md€ en 2022 et en 2023).

C - Une extinction effective de la dette de la sécurité sociale à mener à bien d'ici 2024

La Cour a régulièrement recommandé, et en dernier lieu dans son précédent rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2017), de mettre en œuvre un schéma global d'amortissement complet de la dette sociale compatible avec une extinction de cette dernière à l'horizon 2024. Le PLFSS 2019 présente un tel schéma.

1 - Un horizon d'amortissement qui se confirme pour la dette portée fin 2018 par la CADES

Selon les prévisions du rapport de la CCSS de septembre 2018, la dette sociale portée par la CADES passerait sous les 90 Md€ fin 2019. En l'état des estimations de cet organisme, sa situation nette deviendrait positive en 2024. Les 260,5 Md€ de déficits sociaux qui lui ont été transférés depuis 1996 seraient ainsi intégralement amortis.

Les incertitudes entourant l'horizon d'amortissement de la dette sociale transférée à la CADES et donc son coût définitif, sont en grande partie liées aux hypothèses économiques relatives à l'évolution des recettes de CSG et de CRDS affectées à cet organisme pour l'amortir, soit 15,3 Md€ en 2017²¹. Leur non-réalisation éventuelle n'est cependant susceptible que de décaler de quelques mois l'achèvement de l'amortissement de la dette. La CADES s'attache par ailleurs à limiter les risques résiduels de taux auxquels elle est exposée, en réduisant l'encours de son endettement financier à taux révisable.

2 - Un schéma de résorption de la dette portée par l'ACOSS dont la réalisation dépend de l'évolution du contexte économique

Le PLFSS 2019 prévoit la résorption de la dette encore portée par l'ACOSS fin 2018 selon deux modalités complémentaires. Une partie, de 15 Md€ au plus, serait transférée sur trois ans à la CADES (voir B – *supra*). Le solde serait conservé par l'ACOSS et progressivement amorti par la séquence des excédents des années 2019 et suivantes.

²¹ S'y ajoute le versement annuel de 2,1 Md€ par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total.

Le transfert de 15 Md€ de dettes à la CADES, selon les dispositions organiques en vigueur, nécessite l'affectation de ressources supplémentaires à cet organisme, qui lui permettent d'amortir la totalité de cette nouvelle dette sans que sa durée de vie actuellement prévisible - qui a pour échéance 2024 - s'en trouve allongée.

À cette fin, le PLFSS 2019 prévoit que seront transférées 5 Md€ de recettes annuelles de CSG à la CADES d'ici 2022, dont 1,5 Md€ en 2020, 2 Md€ en 2021 et 1,5 Md€ en 2022. Ces transferts de recettes, toutes choses égales par ailleurs, dégraderont d'autant les soldes annuels du régime général et du FSV. Or, le Conseil constitutionnel a considéré, dans sa décision n°2010-620 DC sur la LFSS 2011, que « les lois de financement de la sécurité sociale ne [pouvaient] pas conduire, par un transfert sans compensation au profit de ladite caisse d'amortissement de recettes affectées aux régimes de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement, à une dégradation des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale de l'année à venir ». Il importe donc que ces transferts de CSG ne provoquent pas l'apparition de nouveaux déficits du régime général et du FSV à partir de 2020.

En tout état de cause, l'amortissement complet de la dette laissée par ailleurs à l'ACOSS suppose la réalisation effective de la trajectoire d'excédents tendanciels pour les années 2019 et suivantes, qui permettent à la fois de maintenir la sécurité sociale à l'équilibre, de financer les transferts de CSG à la CADES et d'assumer la prise en charge croissante par la sécurité sociale du coût de certains allègements de cotisations. Au-delà des risques financiers que la dette maintenue à l'ACOSS, financée à court terme, continuera entretemps à faire peser sur le régime général, les incertitudes relatives à l'évolution du contexte macro-économique créent un risque pour la réalisation de cette trajectoire prévisionnelle d'excédents tendanciels, et donc pour l'extinction d'ici 2024 de la dette sociale maintenue à l'ACOSS.

3 - Des modalités de pilotage financier de la sécurité sociale à compléter

Compte tenu de la sensibilité des recettes sociales à la situation économique, à travers notamment l'évolution de la masse salariale, la fixation de transferts de la sécurité sociale à l'État, dans le cadre de la rénovation de leurs relations financières, devrait être complétée par la définition d'un dispositif précis de pilotage financier de la sécurité sociale à même de prévenir l'installation de nouveaux déficits structurels.

Ainsi que la Cour l'a rappelé dans son précédent rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale²², un tel pilotage appellerait un encadrement plus strict des possibilités d'endettement de l'ACOSS, des modalités de traitement des variations conjoncturelles de recettes et une priorité affirmée à la maîtrise de l'évolution de l'ensemble des dépenses de sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'année 2017 et les prévisions pour 2018 et 2019 contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 confirment la perspective d'un retour prochain à l'équilibre nominal des comptes de la sécurité sociale.

Toutefois, ce mouvement a procédé en 2017 avant tout du dynamisme conjoncturel des recettes sociales, tirées notamment par une forte progression de la masse salariale. À périmètre constant, la hausse des dépenses est restée proche de la croissance potentielle, ce qui a contribué à maintenir un déficit structurel du régime général et du FSV.

Alors que la croissance économique pourrait avoir connu un point haut en 2017, il importe dès lors de poursuivre les efforts de maîtrise des dépenses, seuls à même d'assurer un équilibre durable des comptes sociaux, en particulier sur l'assurance maladie, où de nombreux gisements d'économies structurelles restent inexploités, ainsi que sur les retraites de base, dont les perspectives financières appellent une vigilance particulière.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 rapproche la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle des régimes de sécurité sociale annexée en LFSS de la trajectoire de solde de l'ensemble des administrations de sécurité sociale au sens de la comptabilité nationale affichée par la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022. Il prévoit en effet de nouvelles règles de compensation des allègements de cotisations sociales par l'État qui visent à faire contribuer la sécurité sociale à la réduction des déficits publics pris dans leur ensemble. Par ailleurs, il engage de nouveaux transferts de dette et de ressources à la CADES en vue d'éteindre d'ici le terme aujourd'hui prévu aux missions de cet organisme, soit 2024, la dette sociale maintenue à l'ACOSS fin 2018 et financée à court terme.

²² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre IV Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163-210, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La réalisation simultanée des objectifs de maintien à l'équilibre de la sécurité sociale, de rééquilibrage de ses relations financières avec l'État en faveur de ce dernier et d'extinction de la dette sociale affirmés par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 est fortement tributaire de l'évolution de la conjoncture économique. Elle nécessitera un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale et des efforts de maîtrise des dépenses dans la durée.

Au-delà, il importe qu'une réflexion soit engagée sur les outils du pilotage financier de la sécurité sociale eux-mêmes, afin de prévenir l'installation de nouveaux déficits et garantir un équilibre financier durable de la sécurité sociale, par-delà les aléas de la conjoncture.

Enfin, les équilibres financiers prévus par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2017 et 2018 n'ont pas intégré l'ensemble des conséquences comptables des dispositions qu'elles prévoyaient par ailleurs. Il convient dès lors, pour éviter que de nouveaux écarts en exécution apparaissent à ce titre, d'évaluer dans les prochains projets de loi de financement tous les effets comptables des prochaines mesures de réaffectation de recettes entre la sécurité sociale et l'État et au sein de la sécurité sociale et de les traduire dans les équilibres financiers prévisionnels soumis au vote du Parlement.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

1. consolider le retour à l'équilibre de la sécurité sociale par des mesures d'économies structurelles en dépenses sur l'assurance maladie et des mesures de redressement de la trajectoire financière des régimes de retraite de base et du FSV ;

2. compléter le cadre rénové des relations financières entre l'État et la sécurité sociale par la définition de modalités de traitement des variations conjoncturelles de recettes de la sécurité sociale et par un encadrement renforcé des possibilités d'endettement de l'ACOSS ;

3. veiller à prendre en compte dans les prévisions financières des projets de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences comptables des mesures ayant trait aux recettes de la sécurité sociale.

Chapitre II

L'objectif national de dépenses

d'assurance maladie : une construction

et une exécution fragiles

PRÉSENTATION

Instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil essentiel de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. S'il n'est pas, sur un plan juridique, un plafond de dépenses, les pouvoirs publics s'attachent depuis 2010 à le respecter par la mise en œuvre de mesures d'économies. Celles-ci sont tout d'abord prévues et soumises à l'approbation du Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. En cours d'année, un comité d'alerte²³ suit l'exécution de l'ONDAM et les risques de dépassement de l'objectif sont couverts par la mise en réserve de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017, l'ONDAM total a été fixé à 190,7 Md€²⁴. Cette enveloppe prévisionnelle correspondait à un taux d'augmentation de 2,1 %, plus élevé que celui de l'ONDAM exécuté de 2016 (+1,8 %) et proche de ceux des années antérieures (+2,1 % en 2013, +2,4 % en 2014, +2 % en 2015). Dans la partie rectificative pour 2017 de la loi de financement pour 2018, cet objectif a été reconduit, avec des redéploiements internes.

La Cour a analysé l'exécution de l'ONDAM par rapport à l'objectif initial et à l'objectif rectifié. Pour 2017, l'ONDAM exécuté s'établit, selon des données encore provisoires, à 190,68 Md€, soit un montant légèrement inférieur, à 51 M€ près, à la prévision révisée en LFSS 2018. L'ONDAM a ainsi été respecté pour la huitième année consécutive.

La construction de l'ONDAM 2017, initial comme révisé, a présenté des limites persistantes (I). Alors que la prévision de dépenses de soins de ville, même rectifiée à la hausse, a de nouveau été dépassée, l'objectif global n'a pu être respecté que grâce au ralentissement inopiné des dépenses d'assurance maladie liées à l'activité des établissements de santé, au prix d'un doublement du déficit de ces derniers (II). L'assouplissement de l'objectif pour les années 2018 et suivantes n'atténue pas l'exigence d'une construction rigoureuse et d'un pilotage infra-annuel faisant participer l'ensemble des secteurs de la dépense au respect de l'objectif fixé (III).

²³ Article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif, avec une ampleur supérieure à 0,5 % des dépenses prévisionnelles, il notifie un avis d'alerte au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Ces dernières doivent proposer des mesures de redressement.

²⁴ Le Parlement adopte un objectif de dépenses exprimé en valeur absolue. L'évolution des dépenses en pourcentage constitue néanmoins un point d'attention déterminant.

I - L'ONDAM 2017 initial et révisé : une construction aux limites persistantes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a fixé l'ONDAM 2017 à 190,7 Md€. Tout en conservant le même objectif global, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a redéployé une partie des dépenses entre ses sous-objectifs²⁵. L'actualisation comme la construction initiale de l'ONDAM font apparaître des limites persistantes.

A - L'application de tendancielles fragiles à un périmètre de dépenses plus réduit que celui de l'assurance maladie

Les étapes de la construction de l'ONDAM

Lorsque l'objectif de l'année N est élaboré par la direction de la sécurité sociale, soit à l'été de l'année N-1, les données disponibles les plus récentes sur les dépenses constatées portent sur l'exercice N-2 et les cinq premiers mois de l'exercice N-1 extrapolés sur douze mois. Du fait 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-objectif, de l'année N-1 corrigé d'éventuelles révisions de dépenses estimées pour l'exercice N-1 et de l'évolution éventuelle du périmètre des dépenses prises en considération.

À ce socle de dépenses (ou « base »), s'ajoutent l'évolution spontanée des dépenses, dite « tendanciel », les effets reports en année pleine des mesures d'augmentation des dépenses ou d'économies introduites l'année précédente et les mesures nouvelles. Il en résulte un taux d'évolution avant économies. Puis, les économies nécessaires à l'atteinte du taux - cible retenu de progression des dépenses sont alors déterminées.

²⁵ Au nombre de six : soins de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux - personnes âgées, établissements médico-sociaux - personnes handicapées, fonds d'intervention régional (FIR) et autres prises en charge.

1 - L'absence d'intégration à l'ONDAM de certaines prestations

S'il est constitué pour l'essentiel de dépenses de prestations d'assurance maladie, le périmètre de l'ONDAM ne les couvre pas en totalité. En 2017, 17,2 Md€ de dépenses de prestations en restaient exclues.

Ainsi, ne sont pas intégrées à l'ONDAM quatre types de prestations en espèces : les pensions d'invalidité, les rentes d'accident du travail et maladies professionnelles (AT-MP), les indemnités journalières de maternité et les capitaux décès.

Par ailleurs, les dépenses de prestations de l'ONDAM ne tiennent pas compte de charges accessoires qui viennent les majorer (dépréciations et admissions en non-valeur de créances d'indus, au titre notamment des participations financières et franchises venant en réduction des dépenses).

Enfin, l'ONDAM comprend uniquement la part des dépenses liées aux établissements médico-sociaux qui est financée par des transferts des régimes d'assurance maladie à la CNSA. Celle financée sur les ressources propres de cet organisme (une partie des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie et, le cas échéant, des prélèvements sur les fonds propres de la caisse) n'y est pas intégrée.

De ce fait, la dépense médico-sociale fait l'objet d'un double suivi : de manière partielle dans le cadre de l'ONDAM ; de manière exhaustive, dans celui de l'objectif global de dépense (OGD), qui intègre les dépenses financées par l'ONDAM et par les ressources propres de la CNSA (20 Md€ et 1,3 Md€ respectivement en exécution en 2017). Or ces deux catégories de ressources sont fongibles et l'ensemble des dotations aux établissements médico-sociaux qu'elles financent sont exécutées et comptabilisées par les régimes d'assurance maladie. De plus, les fonds propres de la CNSA sont alimentés par des excédents constitués sur la section consacrée au financement des établissements médico-sociaux, principalement financée par l'ONDAM.

2 - L'absence de neutralisation de certains changements de méthode

En 2017, le périmètre des dépenses intégrées à l'ONDAM a été majoré de 1,54 Md€, principalement sous l'effet de l'intégration des dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT, soit 1,47 Md€) et de dépenses de prévention (116 M€), auparavant financées par le budget de l'État.

En principe, les changements de méthode affectant les dépenses sont évalués et neutralisés de manière à ne pas affecter le taux d'évolution de l'ONDAM. Or plusieurs éléments liés à des changements de méthode de calcul n'ont pas été neutralisés dans l'ONDAM 2017.

En premier lieu, le comité économique des produits de santé (CEPS) a procédé à un changement de méthode ayant trait aux remises de la clause de sauvegarde à compter de l'exercice 2017, en application de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017²⁶. L'effet de ce changement n'a pas été évalué par la direction de la sécurité sociale.

La « clause de sauvegarde »

Le mécanisme dit de la « clause de sauvegarde » vise à encadrer l'évolution du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au titre des ventes de médicaments remboursables par l'assurance maladie.

La LFSS 2015 avait introduit le taux dit « L » fixé à 1 % d'évolution du chiffre d'affaires, la base de calcul étant déterminée à partir d'une évolution du chiffre d'affaires net des remises déjà versées.

La LFSS 2017 a scindé ce taux entre un taux « LV » de 0 % pour les médicaments d'officine et un taux « LH » de 2 % pour les médicaments délivrés à l'hôpital. En outre, elle a opéré un changement de la méthodologie de calcul du déclenchement des taux LV et LH, dorénavant effectué à partir de l'évolution du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques avant déduction des remises sur le prix fabricant hors taxes accordées par les entreprises précitées dans le cadre de conventions avec le CEPS. Enfin, le chiffre d'affaires s'apprécie désormais à périmètre courant, sans correction des variations liées à des acquisitions ou des cessions de droits de propriété.

De même, s'agissant des dépenses relatives aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, la modification du calcul de la provision relative aux séjours facturés au prix de journée, effectuée depuis 2017 sur la base des dates de soins et non plus des dates de remboursement, n'a été ni évaluée, ni neutralisée.

²⁶ Codifié aux articles L. 138-12 et suivants du code de la sécurité sociale.

3 - Des modalités de calcul des tendanciels de dépenses qui demeurent fragiles

Les estimations de l'évolution tendancielle des dépenses constituent le socle de la détermination du montant des économies nécessaires à la réalisation de l'objectif fixé.

À cet égard, le taux prévisionnel d'évolution des dépenses avant économies a fortement augmenté en 2017 (+4,3 %) par rapport à 2016 (+3,6 %). Au moment de la construction de l'ONDAM 2017, la progression tendancielle des dépenses a dû, en effet, intégrer l'impact financier de la convention médicale de l'automne 2016, soit un surcroît de dépenses de 400 M€ en 2017, ainsi que la revalorisation du point d'indice de la fonction publique et les mesures du plan « parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR), soit 370 M€ de dépenses en plus.

a) L'objectif « soins de ville » : des données insuffisamment actualisées

Le tendanciel de dépenses de soins de ville est construit en mai N-1, sur la base des données en date de soins de janvier N-1. Les variations conjoncturelles de l'exercice N-1, susceptibles de conduire à un retournement de tendance, ne sont pas prises en compte. Or la comparaison entre l'objectif initial et l'évolution réelle des dépenses fait apparaître des écarts significatifs à caractère récurrent, relatifs notamment aux médicaments, aux honoraires médicaux et aux indemnités journalières.

Par ailleurs, les prévisions relatives aux remises accordées par les entreprises pharmaceutiques sur le prix fabricant hors taxes des médicaments pour l'année N, en application des conventions passées avec le comité économique des produits de santé (CEPS)²⁷, correspondent à la reconduction de l'estimation effectuée au titre de N-1 dans la partie rectificative du PLFSS de l'année N²⁸.

²⁷ Sur les remises conventionnelles, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, 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. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁸ La partie rectificative du PLFSS de l'année N ajuste les prévisions d'exécution de l'année en cours (N-1).

b) Les enveloppes de dépenses des établissements : des tendanciels insuffisamment fiables

Le sous-objectif relatif aux établissements de santé est établi en estimant l'évolution de leurs charges, puis en déterminant en fonction de ces dernières les différentes enveloppes de financement (séjours hospitaliers tarifés à l'activité, dotations annuelles de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie), ainsi que les économies à réaliser pour atteindre le sous-objectif.

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé est encore appréciée de manière imprécise, puisqu'elle ne distingue pas les effets reports, les mesures nouvelles et les évolutions de la structure des dépenses. Par ailleurs, les déterminants d'évolution de la masse salariale des établissements de santé ne sont pas systématiquement actualisés. À cet égard, une analyse approfondie des écarts constatés entre les tendanciels utilisés en construction initiale et leur réalisation permettrait d'améliorer la fiabilité des prévisions.

Enfin, le taux d'évolution des dépenses des établissements médico-sociaux ne s'appuie pas sur un tendanciel. Il reste estimé par approximation, en majorant les dépenses constatées des mesures nouvelles et de la prise en compte de l'inflation.

B - L'objectif initial 2017 : une progression rehaussée

1 - Un taux d'évolution prévisionnel de 2,1 %

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a prévu un taux de progression de l'ONDAM 2017 de 2,1 %. Ce taux correspondait à l'arrondi d'une progression de 2,15 %, contre 1,75 % en 2016. L'écart correspondant a ménagé 90 M€ de dépenses supplémentaires par rapport à l'application d'un taux de 2,1 % *stricto sensu*.

Tableau n° 26 : montants et taux d'évolution de l'ONDAM dans les lois de financement de la sécurité sociale (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ONDAM adopté (en Md€)	171,1	175,4	178,3	182,3	185,2	190,7
Taux d'évolution	+2,5 %	+2,7 %	+2,4 %	+2,1 %	+1,75 %	+2,1 %

Source : Cour des comptes à partir des lois de financement 2012 à 2017.

Fixé à un niveau identique au taux de progression globale de l'ONDAM, le taux de progression des dépenses de soins de ville (+2,1 %) s'inscrivait à un niveau plus élevé que l'objectif 2016 révisé dans la loi de financement pour 2017 (+1,8 %).

Le taux de progression de « l'ONDAM hospitalier » (+2 %) reconduisait l'objectif révisé de 2016.

La progression prévisionnelle des dépenses relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (+2,9 %) était relevée par rapport à l'objectif révisé de 2016 (+1,6 %).

Les progressions retenues pour les deux autres sous-objectifs dépassaient également celles prises en compte dans la révision de l'objectif de 2016 (+2,1 % pour le fonds d'intervention régional - FIR - contre +0,1 % ; +4,6 % pour les autres prises en charge²⁹ contre +2,8 %).

2 - Une progression minorée par divers biais de présentation

L'annexe n° 7 au PLFSS 2017 relative à l'ONDAM mentionne au titre des économies de simples ajustements du périmètre des dépenses.

Ainsi, comme en 2016, la poursuite de la réforme des cotisations des professionnels de santé, dont l'impact sur l'année 2017 était chiffré à 270 M€, était présentée à tort en économie, alors qu'elle n'a pas d'incidence sur le résultat des régimes d'assurance maladie³⁰.

²⁹ Qui comprennent notamment les dépenses de soins des assurés français à l'étranger et des dotations de l'assurance maladie à des établissements publics.

³⁰ Les LFSS 2016 et 2017 ont réduit à due concurrence les taux de cotisation des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés 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 constitue une dépense pour cette dernière).

Il en allait de même, d'une part, du prélèvement de 220 M€ sur les réserves du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFiP), nouvellement créé, qui retire une partie des dépenses de médicaments de l'ONDAM³¹ et, d'autre part, d'un prélèvement prévisionnel de 230 M€ sur les réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui redéploie en dehors de l'ONDAM le financement d'une partie des dotations aux établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, sans que ces opérations soient présentées en économie, l'enveloppe de dépenses de l'ONDAM était minorée de 220 M€ au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ce montant de dépenses étant financé par des prélèvements de 70 M€ et de 150 M€ respectivement sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

Ces biais de présentation de l'évolution prévisionnelle des dépenses ont conduit le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie à émettre « une réserve de méthode sur les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif de dépenses en 2017 »³².

Leur neutralisation aurait conduit à afficher dans le cadre du PLFSS 2017 un taux prévisionnel de progression de l'ONDAM de 2,4 %, au lieu de 2,15 % arrondis à 2,1 %. L'ampleur des biais de présentation était comparable à celle affectant la construction de l'ONDAM 2016 (soit 0,25 point de progression non pris en compte).

³¹ Le FFiP conduit à minorer à la fois les dépenses de médicaments relevant de l'enveloppe de soins de ville et celles de la « liste en sus » des établissements publics de santé financées dans le cadre des MIGAC (soit 100 M€ et 120 M€ respectivement en 2017). Sur les observations qu'appellent le FFiP et son traitement dans les comptes de l'assurance maladie, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre II L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : en 2016, de nombreux biais, en 2017 et au-delà des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 124 et 125, et *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, p. 33 et 34, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

³² Avis n° 2016-3 du 12 octobre 2016.

**Tableau n° 27 : progression des dépenses entrant dans le champ des
ONDAM 2016 et 2017 prévisionnels selon la Cour (en M€)**

	ONDAM prévisionnel 2017	ONDAM prévisionnel 2016
ONDAM voté en LFSS	190 735	185 196
Taux de progression affiché	+2,1 %	+1,75 %
Correction de mesures présentées en économies dans la LFSS :		
Neutralisation des effets comptables de la réforme des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux	+270	+270
Variation des prises en charge par la CNSA par rapport à l'année précédente*	+30	-32
Financement de dépenses de médicaments dans le cadre du FFiP	+220	-
+ Variation des prises en charge par d'autres financeurs (ANFH et FEH) par rapport à l'année précédente*	-80	+40
Dépenses relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon la Cour)	191 175	185 474
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon la Cour)	+2,4 %	+2,0 %

* Les variations de prises en charge sont calculées à partir de l'exécution N-1.

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

C - La prévision rectifiée par la loi de financement pour 2018 : une reconnaissance partielle du dépassement de l'enveloppe initiale de soins de ville

1 - Un objectif inchangé

La partie rectificative du projet de loi de financement pour l'année suivante permet d'ajuster l'ONDAM de l'année en cours. La connaissance de l'exécution définitive de l'année précédente peut justifier une modification de la référence initiale (ou « base ») à partir de laquelle le taux de progression de l'ONDAM a été arrêté ; de même, les dépenses constatées au cours des premiers mois de l'année peuvent conduire à actualiser les prévisions d'exécution de l'objectif.

Dans la partie rectificative pour 2017 de la LFSS 2018, l'ONDAM pour 2017 a été maintenu à 190,735 Md€. Par ailleurs, son taux de progression a été ajusté de 2,1 % à 2,2 % par un effet d'arrondi³³, afin de tenir compte d'un écart négatif d'exécution de 0,1 Md€ des dépenses par rapport à l'ONDAM 2016 prévisionnel³⁴.

2 - Une majoration incomplète des dépenses de soins de ville

Dans la prévision rectifiée de la LFSS 2018, les montants de référence de 2017 ont été modifiés pour prendre en compte l'exécution 2016 (+585 M€ pour les soins de ville, -414 M€ pour les établissements de santé » et -122 M€ pour les établissements médico-sociaux).

Toutefois, ces ajustements de la base de dépenses n'ont été que très partiellement traduits dans les montants révisés de chacun des sous-objectifs. Ainsi, la majoration des dépenses de soins de ville a été limitée à 278 M€ et la réduction des dépenses hospitalières à 145 M€.

**Tableau n° 28 : montants et taux d'évolution initiaux et rectifiés
(en Md€)**

	Base initiale 2017	Évolution en %	Objectif 2017 initial (LFSS 2017)	Base corrigée 2017	Évolution en %	Objectif 2017 révisé (LFSS 2018)	Variation base corrigée/ base initiale	Variation LFSS 2018/2017
Soins de ville	84 759	+2,1 %	86 558	85 344	+1,7 %	86 836	+585	+278
Établissements de santé	77 654	+2,0 %	79 172	77 241	+2,3 %	79 027	-414	-145
Établissements tarifés à l'activité		+2,8 %	59 533			59 407		-126
Autres dépenses relatives aux établissements		-0,6 %	19 639			19 621		-19
Établissements médico-sociaux	19 514	+2,9 %	20 071	19 392	+3,0 %	19 971	-122	-100
Personnes âgées		+3,2 %	9 087		+3,0 %	9 040		-47
Personnes handicapées		+2,6 %	10 984		+2,9 %	10 931		-53
FIR	3 219	+2,1 %	3 285	3 165	+3,0 %	3 260	-54	-25
Autres prises en charge	1 578	+4,6 %	1 650	1 554	+5,6 %	1 641	-24	-10
Total ONDAM	186 725	+2,1 %	190 735	186 696	+2,2 %	190 735	-29	0

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

³³ Ce taux de 2,2 % correspond à l'arrondi supérieur d'une progression de 2,162 %.

³⁴ Dans le constat provisoire des dépenses relevant de l'ONDAM 2016 effectué en juin 2017, le montant des dépenses s'établit à 185,06 Md€ au total. La construction initiale de l'ONDAM 2017 avait pris en compte 185,16 Md€ de dépenses prévisionnelles 2016.

À titre principal, la révision de la prévision de dépenses du sous-objectif de soins de ville (+278 M€) recouvrait une sur-exécution de celle de médicaments, sous l'effet d'un volume de prescriptions plus important, d'une moindre diffusion des médicaments génériques et d'une dynamique plus forte des médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières. D'autres dépenses de soins de ville ont également été réajustées à la hausse par rapport à la prévision initiale (+160 M€ pour les indemnités journalières, +50 M€ pour les dépenses de transports, +65 M€ pour les honoraires médicaux). En revanche, les honoraires paramédicaux étaient inférieurs à la prévision initiale (-95 M€), tandis que l'absence de conclusion de la convention des chirurgiens-dentistes à la date prévue diminuait la dépense prévisionnelle pour 2017 (-145 M€).

L'orientation à la baisse de la prévision de dépense des établissements de santé (à hauteur de 80 M€) couvrait une partie seulement du dépassement prévisionnel de l'enveloppe initiale de soins de ville. Afin de la compenser totalement, 200 M€ de dépenses prévisionnelles ont été annulées au titre des établissements de santé (pour 65 M€, ce qui a ainsi porté à 145 M€ la réduction du sous-objectif relatif aux établissements de santé), des établissements médico-sociaux (100 M€), du FIR (25 M€) et des autres prises en charge (10 M€). Hors ONDAM, le prélèvement sur le FEH a par ailleurs été ramené de 70 à 40 M€, les réserves de ce fonds ne permettant pas le prélèvement initialement prévu.

II - L'exécution de l'ONDAM 2017 : un objectif globalement respecté grâce à une activité hospitalière notablement inférieure aux prévisions

Les dépenses d'assurance maladie comprises dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de 4,1 Md€ à périmètre constant, soit une hausse de 2,2 % (contre +1,8 % en 2016). En juin 2018, le constat provisoire de l'exécution de l'ONDAM 2017 s'établissait à 190,68 Md€, soit un montant légèrement inférieur (à 51 M€ près) à l'objectif initial et révisé de 2017. L'objectif global est ainsi respecté pour la huitième année consécutive ; depuis trois ans, l'écart d'exécution est inférieur à 100 M€.

Tableau n° 29 : ONDAM voté et exécuté (2011-2017, en Md€)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
ONDAM voté	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9	185,2	190,7
ONDAM exécuté	166,3	170,0	173,7	177,9	181,8	185,1	190,7
Écart par rapport à l'objectif	-0,8	-1,2	-1,8	-0,4	-0,1	-0,1	-0,1
Taux de progression voté*	+2,9 %	+2,4 %	+2,5 %	+1,7 %	+2,0 %	+1,75 %	+2,1 %
Taux de progression exécuté	+2,7 %	+2,3 %	+2,2 %	+2,4 %	+2,0 %	+1,8 %	+2,2 %

* LFSS initiale.

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

A - Des évolutions divergentes des dépenses de soins de ville et de celles relatives aux établissements de santé

1 - Une exécution contrastée selon les secteurs de dépenses

Comme en 2016, les dépenses de soins de ville ont dépassé en 2017 non seulement les objectifs initiaux, mais aussi ceux révisés dans la partie rectificative de la nouvelle loi de financement. À l'inverse, les dépenses relatives aux établissements de santé se sont inscrites en net retrait par rapport aux prévisions rectifiées comme initiales, du fait d'une progression des séjours facturés à l'assurance maladie moindre que celle attendue.

Tableau n° 30 : comparaison des dépenses exécutées en 2017 par rapport aux objectifs initiaux et révisés (en M€)

	Objectif 2017 (LFSS 2017)	Objectif 2017 révisé (LFSS 2018)	Réalisé provisoire 2017	Taux d'évolution (réalisé provisoire 2017)	Écart à la prévision 2017 initiale	Écart à la prévision 2017 révisée
Soins de ville	86 558	86 836	87 174	+2,2 %	+616	+338
Établissements de santé	79 172	79 027	78 612	+1,8 %	-560	-415
Tarifès à l'activité	59 533	59 407	58 972	+1,8 %	-561	-435
Autres dépenses	19 639	19 621	19 640	+2,0 %	+1	+19
Établissements médico- sociaux	20 071	19 971	20 000	+3,1 %	+ 71	+29
Personnes âgées	9 087	9 040	9 050	+3,2 %	-37	+10
Personnes handicapées	10 984	10 931	10 950	+3,1 %	-34	+19
FIR	3 285	3 260	3 240	+2,4 %	-45	-20
Autres prises en charge	1 650	1 641	1 658	+6,6 %	+8	+17
Total ONDAM	190 735	190 735	190 683	+2,2 %	-52	-52

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

Les dépenses de soins de ville ont augmenté à un rythme proche de celui de 2016 (+2,2 % en 2017 contre +2,3 % en 2016). Les dépenses relatives aux établissements de santé publics et privés tarifés à l'activité³⁵ se sont nettement ralenties (+1,8 % contre +2,3 % en 2016). Après avoir baissé en 2016 (-0,6 %), les « autres dépenses relatives aux établissements de santé »³⁶ ont à nouveau augmenté (+2 %). Enfin, la part des dépenses relatives aux établissements médico-sociaux intégrées à l'ONDAM a augmenté plus rapidement (+3,1 % contre +1 % en 2016).

L'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD)

L'OGD retrace les dépenses liées aux établissements sociaux et médico-sociaux, quelle qu'en soit la source de financement (dotations des régimes d'assurance maladie intégrées à l'ONDAM et ressources propres de la CNSA). L'exécution 2017 atteint 10,01 Md€ pour les établissements accueillant des personnes âgées et 11,28 Md€ pour ceux accueillant des handicapés, soit 21,3 Md€ au total et 211 M€ de moins que l'objectif initial.

Les mesures de régulation des dotations comprises dans l'ONDAM n'ont pas eu d'incidence sur le nombre de places à ouvrir en cours d'année, les ressources disponibles ayant suffi pour financer les ouvertures de places prévues en début d'année par les ARS. En 2017, 2 898 places ont été créées pour les personnes âgées et 2 568 pour les personnes handicapées.

Tableau n° 31 : dépenses de l'ONDAM 2017 exécuté par sous-objectif par rapport à l'exécution de 2016 (en M€)

	Réalisé 2016 (au périmètre 2017)	Réalisé provisoire 2017	Variation 2017/2016 en M€	Variation 2017/2016 en %	Variation 2016/2015 en %*
Soins de ville	85 291	87 174	+1 883	+2,2 %	+2,2 %
Établissements de santé	77 190	78 612	+1 422	+1,8 %	+1,8 %
Tarifés à l'activité	57 944	58 972	+1 028	+1,8 %	+1,8 %
Autres dépenses	19 246	19 640	+394	+2,1 %	+2,0 %
Établissements médico-sociaux	19 392	20 000	+608	+3,1 %	+3,1 %
Personnes âgées	8 772	9 050	+278	+3,2 %	+3,2 %
Personnes handicapées	10 620	10 950	+330	+3,1 %	+3,1 %
FIR	3 165	3 240	+75	+2,4 %	+2,4 %
Autres prises en charge	1 555	1 658	+103	+6,6 %	+5,8 %
Total	186 593	190 683	+4 090	+2,2 %	+2,2 %

* Variation au périmètre de 2016.

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

³⁵ Tarification à l'activité (T2A), dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

³⁶ Dotations annuelles de financement (DAF) aux activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, qui ne sont pas tarifées à l'activité.

2 - Un nouveau dépassement de l'enveloppe de soins de ville

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

Le constat provisoire relatif aux dépenses de soins de ville fait apparaître un dépassement du sous-objectif de 616 M€ (contre +767 M€ en 2016) par rapport à l'objectif initial de la LFSS 2017 et de 338 M€ par rapport à l'objectif rectifié dans la LFSS 2018 (contre +522 M€ en 2016).

Ce dépassement par rapport à l'objectif révisé provient pour l'essentiel des honoraires médicaux et dentaires (+285 M€), sous l'effet d'une forte dynamique des actes techniques des spécialistes et d'un volume de consultations dentaires supérieur aux années précédentes. Les dépenses de médicaments, nettes des remises conventionnelles, ont, elles aussi, dépassé l'objectif révisé, quoique modestement (+6 M€). Les principaux autres postes de dépenses de soins de ville en dépassement par rapport à l'objectif rectifié concernent les dépenses de biologie médicale (+ 35 M€), les indemnités journalières (+22 M€) et les transports sanitaires (+20 M€).

Tableau n° 32 : dépenses de soins de ville prévues et exécutées en 2017 (en M€)

	Objectif 2017 initial (LFSS 2017)	Objectif 2017 révisé (LFSS 2018)	Constat provisoire des dépenses 2017 (juin 2018)	Écart à l'objectif initial	Écart à l'objectif révisé
Soins de ville	86 558	86 836	87 174	+616	+338
dont produits de santé	29 003	29 313	29 296	+293	-17
Médicaments net des remises conventionnelles	22 184	22 456	22 462	+278	+6
Médicaments	23 046	23 474	23 091	+45	-383
Remises conventionnelles	-862	-1 018	- 629	+233	+389
Dispositifs médicaux	6 819	6 857	6 834	+15	-23
dont hors produits de santé	57 555	57 522	57 877	+322	+355
dont dépenses hors indemnités journalières et prises en charge des cotisations	44 048	43 889	44 241	+193	+352
dont indemnités journalières	11 058	11 220	11 242	+184	+22
dont prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux	2 449	2 413	2 394	-55	-19

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

b) Une dynamique de dépense toujours forte

La quasi-stabilité de la progression des dépenses de soins de ville en 2017 (+2,2 % contre +2,3 % en 2016) recouvre deux évolutions distinctes.

Contrairement à 2016, les dépenses relatives aux médicaments, nettes de remises, ont augmenté (+0,4 % contre -0,4 % en 2016). Elles ont significativement dépassé l'objectif initial (à hauteur de 278 M€).

À l'exception des dépenses de biologie (+1 %), couvertes par un accord avec la profession³⁷, la plupart des postes hors médicament ont continué à croître à un rythme rapide, quoique moins élevé qu'en 2016 : dispositifs médicaux (+3,9 % contre +5,6 % en 2016), transports sanitaires (+3,9 % contre +4,5 %), soins infirmiers (+3,9 % contre +4,3 %) et de masso-kinésithérapie (+2,6 % contre +4,5 %), indemnités journalières (+3,6 % contre +4,1 %) et médecins spécialistes (+3,6 % contre +4,2 %). Les revalorisations de la convention médicale du 25 août 2016 représentent environ les deux tiers de la hausse des dépenses d'honoraires médicaux.

Tableau n° 33 : dépenses de soins de ville 2016 et 2017 (en M€)

	Exécuté 2016 à périmètre 2017	2017 provisoire	Variation 2017/2016	Variation 2017/2016 en %	Variation 2016/2015 en %*
Médicaments nets des remises	22 367	22 462	+95	+0,4 %	-0,4 %
Médicaments	23 350	23 091	-259	-1,1 %	+0,6 %
Remises conventionnelles	-983	-629	+354	-36,0 %	+22,3 %
Dispositifs médicaux	6 577	6 834	+257	+3,9 %	+5,6 %
Honoraires médicaux	18 442	19 041	+599	+3,3 %	+3,5 %
dont médecins généralistes	6 589	6 746	+157	+2,4 %	+2,0 %
dont médecins spécialistes	11 580	11 995	+415	+3,6 %	+4,2 %
Honoraires des chirurgiens-dentistes	3 593	3 669	+76	+2,1 %	+2,5 %
Honoraires paramédicaux	11 920	12 371	+451	+3,8 %	+4,6 %
dont infirmiers	7 255	7 536	+281	+3,9 %	+4,3 %
dont masseurs-kinésithérapeutes	3 897	3 998	+101	+2,6 %	+4,5 %
Transports des malades	4 439	4 611	+172	+3,9 %	+4,5 %
Biologie	3 478	3 512	+34	+1,0 %	+2,2 %
Indemnités journalières	10 848	11 242	+394	+3,6 %	+4,1 %
Prises en charge de cotisations PAM	2 589	2 394	-195	-7,5 %	-9,0 %
Autres dépenses	1 038	1 037	-1	-0,0 %	+5,2 %
Total soins de ville	85 291	87 174	+1 883	+2,2 %	+2,4 %
Total soins de ville hors cotisations PAM	82 702	84 780	+2 078	+2,5 %	+2,8 %

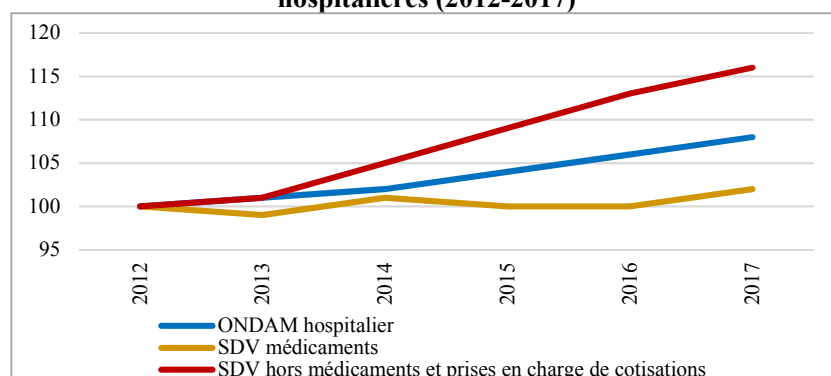
* Variation au périmètre de 2016.

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

³⁷ Dont les dispositions couvrant la période 2016-2019 prévoient une reconduction de la valeur de la lettre clé (« B ») de facturation (0,27 €), une progression de l'enveloppe autorisée de dépenses de 0,25 % par an et, au-delà, un « crédit » de dépenses de 20 M€ annuels (soit 60 M€ au total). Ce dernier a notamment pour objet de compenser une baisse temporaire de 2 centimes d'euro de la valeur de la lettre « B » de la mi-novembre à fin décembre 2016 (soit 35 M€ d'économies sur l'ONDAM 2016).

Depuis 2013, la dynamique des dépenses de soins de ville, qui, en dehors des médicaments et de la biologie, ne font pas l'objet d'une régulation infra-annuelle et augmentent de 2,6 % en moyenne annuelle, a entraîné des dépassements systématiques du sous-objectif correspondant.

Graphique n° 5 : évolution comparée des dépenses de soins de ville et hospitalières (2012-2017)



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

3 - Un ralentissement non anticipé des dépenses relatives aux établissements de santé

La réalisation du sous-objectif relatif aux établissements de santé est inférieure aux prévisions révisées (-415 M€) comme initiales (-560 M€).

a) Une progression limitée des dépenses relatives aux séjours hospitaliers

La progression des dépenses relatives aux établissements publics et privés non lucratifs tarifés à l'activité s'est réduite en 2017 (+2 % contre +2,4 % en 2016), sous l'effet de la poursuite du ralentissement des dépenses de séjours hospitaliers facturées dans le cadre de la tarification à l'activité (+1,9 % après +2 % en 2016 et +2,6 % en 2015). Les dépenses liées aux dotations MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) ont quant à elles progressé à un rythme soutenu, quoiqu'inférieur à celui de 2016 (+3,1 % contre +4,9 % en 2016).

Pour l'essentiel, l'augmentation des dépenses relatives aux établissements privés lucratifs tarifés à l'activité (+2,2 % contre +2 % en 2016) reflète une hausse des MIGAC (+ 186 M€ contre +27 M€ en 2016).

En revanche, les dépenses liées à la tarification à l'activité ont stagné (+0,4 % par rapport à 2016, contre +1,8 % en 2016).

Enfin, les dotations aux établissements de psychiatrie (PSY) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont stagné pour les établissements publics et privés non lucratifs (comme en 2016) et ont accéléré pour les établissements privés lucratifs (+4,5 % contre +1,3 % en 2016).

**Tableau n° 34 : évolution de l'« ONDAM hospitalier » de 2016 à 2017
(en M€)**

	Exécuté 2016 (à périmètre 2017)	Exécuté 2017	Variation 2017/2016 (en M€)	Variation 2017/2016 (en %)	Variation* 2016/2015 (en %)
Établissements de santé	77 190	78 612	+1 422	+1,8 %	+1,6 %
Établissements publics et privés non lucratifs (a) + (b) + (c)	63 047	64 010	+963	+1,5 %	+1,8 %
Établissements publics et privés non lucratifs tarifés à l'activité (a)	47 338	48 293	+955	+2,0 %	+2,4 %
MCOO (tarification à l'activité)	40 971	41 729	+758	+1,9 %	+2,0 %
MIGAC	6 367	6 563	+196	+3,1 %	+4,9 %
Dotations annuelles de financement (SSR) (b)	14 710	14 716	+6	+0,0 %	+0,3 %
Unités de soins de longue durée (PSY) (c)	999	1 001	+2	+0,2 %	+0,4 %
Établissements privés lucratifs (d) + (e)	13 942	14 323	+381	+2,7 %	+1,8 %
Établissements privés lucratifs tarifés à l'activité (d)	10 606	10 837	+231	+2,2 %	+2,0 %
MCOO (tarification à l'activité)	10 468	10 513	+45	+0,4 %	+1,8 %
MIGAC	138	324	+186	+134,8 %	+28,1 %
Soins psychiatriques (PSY) et de suite et de réadaptation (SSR) (e)	3 336	3 486	+150	+4,5 %	+1,3 %
Dotations non régulées	198	220	+22	+11,1 %	-
FMESPP	2	59	+57	Ns	-99,2 %

* Variation au périmètre de 2016.

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

b) Un volume de séjours moindre que prévu

S'agissant des activités de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie (MCOO) tarifées à l'activité des établissements publics et privés non lucratifs, les dépenses sont inférieures de 542 M€ à la prévision initiale et de 442 M€ à la prévision révisée de 2017.

Comme les années précédentes, des baisses de tarifs visaient à contenir la progression des dépenses de l'ONDAM hospitalier en compensant une partie de l'incidence de la hausse du volume des séjours

en établissement de santé. Cependant, les séjours ont été moins nombreux que prévu. L'augmentation du nombre de séjours (séances comprises) a en effet atteint 1,2 % en 2017, contre 3,2 % en 2016 (et 2 % en moyenne annuelle de 2013 à 2015). Pour les seuls établissements publics et privés non lucratifs, cette progression a été de 1,4 % en 2017, contre 3,4 % en 2016 (et 2,4 % en moyenne annuelle de 2013 à 2015).

L'absence de correction dans les prévisions 2017 de la réduction du nombre de jours ouverts en 2017 par rapport à 2016 et de l'incidence du changement de modalité de dénombrement des séjours facturés par l'assurance maladie en 2016 par les établissements publics de santé³⁸, ainsi qu'un retard de facturation de l'AP-HP en 2017 expliquent une partie des écarts d'activité constatés par rapport aux prévisions. Corrigée de ces éléments conjoncturels et exceptionnels, la progression des recettes des établissements publics et privés à but non lucratif liées à leur activité en 2017 (+2 %) aurait été proche de celle de 2016 (+2,5 % contre + 2,6 % en 2016). À ce stade, les éléments explicatifs de cette moindre activité par rapport à la prévision restent néanmoins partiels.

En l'absence d'un ajustement concomitant de leurs charges, la moindre activité des hôpitaux publics par rapport à la prévision a entraîné un doublement de leur déficit global par rapport à 2016.

Un quasi-doublement du déficit total des hôpitaux publics en 2017

En 2017, le déficit des établissements publics de santé, pour leurs activités de soins *stricto sensu*, regroupées dans leur budget principal, s'est considérablement aggravé : malgré l'attribution tardive de dotations par des arrêtés ministériels en mars 2018 (voir *infra*), il a atteint 835 M€³⁹, contre 439 M€ en 2016. À lui seul, le déficit de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris est passé de 43,5 M€ à 199 M€.

Selon de premiers éléments d'analyse, la dégradation des comptes des hôpitaux publics s'expliquerait principalement par un ralentissement de leurs produits d'activité (+1,3 % contre +1,9 % en 2016), lié à la moindre progression du nombre de séjours par rapport à 2016, conjugué à une progression plus élevée de la masse salariale (+2,3 % contre +1,4 % en 2016) et à une hausse des dépenses liées au recrutement de personnels temporaires (+ 141 M€).

³⁸ Depuis 2016, pour les établissements publics de santé comportant plusieurs sites géographiques, chaque séjour dans un site donne lieu à la facturation d'un séjour. La segmentation d'un séjour sur plusieurs sites conduit ainsi à autant de facturations, ce qui a mécaniquement accru le nombre de séjours de 2016 par rapport à 2015.

³⁹ Sur la base des données comptables de 98 % des établissements.

L'exécution 2017 de l'ONDAM fait ainsi apparaître que le respect de l'objectif global peut s'accompagner d'une dégradation de la situation financière des établissements publics de santé, principalement financés par l'assurance maladie. Afin d'appréhender cette situation, l'annexe au projet de loi de financement annuel relative à l'ONDAM devrait comprendre deux indicateurs complémentaires relatifs respectivement au résultat et à l'endettement constatés (dernier exercice comptable clos) et prévisionnels (exercice en cours et exercice à venir) des établissements publics de santé.

B - Une tenue de l'objectif global facilitée par le ralentissement des dépenses liées aux séjours facturés par les établissements de santé

Par rapport aux années précédentes, la compensation d'une grande partie du dépassement des dépenses de soins de ville (+616 M€ par rapport à la prévision initiale) par le ralentissement des dépenses liées à l'activité des établissements de santé publics et privés (-546 M€ par rapport à la prévision initiale) a conduit à limiter le recours à des mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux et à des reports de dépenses vers d'autres financeurs en vue de respecter l'objectif global.

1 - Des mesures de gestion d'un montant plus faible que les exercices précédents

Afin de respecter l'objectif global de dépenses, 346 M€ de dépenses prévisionnelles relatives aux autres sous-objectifs que les soins de ville n'ont *in fine* pas été exécutées par rapport à la prévision initiale. Ce montant s'inscrit sensiblement en retrait par rapport aux mesures de régulation mises en œuvre au cours des années précédentes (797 M€ en 2016 et 736 M€ en 2015).

Les mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et, dans une moindre mesure, aux établissements médico-sociaux ont ainsi eu une ampleur limitée par rapport à celles mises en œuvre au titre de 2016 (81 M€ contre 446 M€ pour les établissements de santé et 175 M€ contre 283 M€ pour les établissements médico-sociaux).

2 - Des déports de dépenses moins élevés sur d'autres financeurs

L'arrêté du 30 mars 2018 fixant le montant de la dotation des régimes d'assurance maladie au FFiP, publié après la clôture des comptes de l'assurance maladie (15 mars 2018), a conduit à mobiliser intégralement le financement de dépenses de médicaments en marge de l'ONDAM prévu dans la construction initiale de l'objectif 2017, soit 220 M€.

Les prélèvements sur les réserves du FEH et de l'ANFH destinés à financer le FMESPP en remplacement de dotations de l'assurance maladie prises en compte dans l'ONDAM, soit 180 M€, se sont quant à eux inscrits à un niveau moins élevé que la prévision rectificative (190 M€) comme initiale (220 M€), tandis que la contribution de l'assurance-maladie au FMESPP a finalement été portée à 59 M€ (contre 44 M€ dans la construction initiale de l'ONDAM).

Surtout, le prélèvement sur les réserves de la CNSA, prévu à 230 M€ dans la construction initiale de l'ONDAM, a été ramené à 72 M€ en exécution.

En définitive, le taux d'augmentation des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, après correction des biais affectant leur présentation, ne diffère qu'à la marge de celui affiché (+2,3 %, contre +2,2 %). Ce même écart était au contraire significatif en 2016 (la progression recalculée par la Cour atteignait +2,2 %, contre +1,8 % affichés).

Tableau n° 35 : progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM 2017 selon la Cour (en M€)

	Réalisé provisoire 2017	Réalisé provisoire 2016
ONDAM exécuté affiché	190 683	185 158
Taux de progression affiché	+2,2 %	+1,8 %
Correction de mesures présentées en économies dans la LFSS et d'autres mesures :		
Neutralisation des effets comptables de la réforme des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux	+270	+270
Variation des prises en charge par d'autres financeurs (CNSA, ANFH et FEH)*	-120	+300
Autres effets	-	+105
Dépenses relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon la Cour)	190 925	185 841
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon la Cour)	+2,3 %	+2,2 %

* Les variations de prises en charge sont calculées à partir de l'exécution n-1.

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

C - Un dénouement très tardif et encore incertain de l'ONDAM 2017

1 - Des mesures de gestion définitivement arrêtées en mars 2018

Les informations disponibles fin 2017 laissaient présager une exécution tendue pour les soins de ville, conjuguée à un ralentissement des dépenses liées à l'activité des établissements de santé.

Cette analyse a conduit, d'une part, à annuler 60 M€ de dépenses par arrêté du 5 décembre 2017, dont 20 M€ au titre des établissements de santé et, d'autre part, à verser à ces derniers, dans le même calendrier, 166 M€ de dotations initialement mises en réserve (dont 106 M€ au titre du « coefficient prudentiel » et 15 M€ dans le cadre du FMESPP).

Compte tenu des premières données disponibles sur l'évolution de l'activité des établissements de santé, des dotations complémentaires ont été attribuées aux établissements de santé (250 M€) en mars 2018. Elles comprenaient 161 M€ de MIGAC et 51 M€ de DAF, soit 212 M€ au total, pour les établissements publics de santé et privés à but non lucratif, ainsi que 38 M€ de MIGAC pour les établissements privés à but lucratif. Du fait du caractère tardif de ces attributions, seuls 180 M€ de produits supplémentaires (sur 212 M€) auraient été enregistrés par les établissements publics et privés non lucratifs dans leurs comptes 2017.

Par ailleurs, 100 M€ de dotations complémentaires ont été attribués aux établissements médico-sociaux. Elles ont permis de réduire le prélèvement sur les réserves de la CNSA (72 M€ contre 230 M€ prévus).

Tableau n° 36 : mesures de régulation de l'ONDAM en 2017 (en M€)

	Soins de ville	Établissements de santé	Établissements médico- sociaux	FIR	Autres	Total
Diminution du sous-objectif 2017 (LFSS 2018) (a)	-	-65	-100	-25	-10	-200
Mises en réserve initiales (b)	-	-412	-145	-35	-10	-602
Annulation supplémentaire de dotations (c)	-	-20	-30	-10	-	-60
Versement sur réserve de fin d'année (décembre 2017) (d)	-	+166	-	-	-	+166
Versement sur réserve après le 31 décembre 2017 (mars 2018) (e)	-	+250	+100	-	-	+350
Impact total (a)+(b)+(c)+(d)+(e)	-	-81	-175	-70	-20	-346

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

2 - Un écart d'exécution par rapport à la prévision encore incertain

L'exécution de l'ONDAM 2016 : un constat définitif légèrement inférieur au constat provisoire de septembre 2017

Le constat définitif de l'ONDAM 2016 effectué en juin 2018 est inférieur de 101 M€ au constat provisoire de juin 2017 (185,06 Md€ contre 185,16 Md€), soit une sous-exécution de 125 M€ par rapport à l'objectif 2016. Elle a pour origine une révision à la hausse du rendement des remises pharmaceutiques (à hauteur de 50 M€), qui viennent en réduction des dépenses de médicaments et un excès de provisions comptabilisées par l'assurance maladie au 31 décembre 2016 au titre des établissements de santé publics tarifés à l'activité par rapport aux dépenses que ces provisions avaient pour objet de couvrir (à hauteur de 42 M€).

Fin juin 2018, la sous-exécution constatée de l'ONDAM 2017 restait provisoire, dans la mesure où une partie des dépenses que les provisions comptabilisées par l'assurance maladie au 31 décembre 2017 ont pour objet de couvrir restaient encore à constater et où les montants pris en compte au titre des remises des laboratoires pharmaceutiques n'avaient pas un caractère définitif.

Postérieurement à la clôture des comptes 2017 de l'assurance maladie, la direction de la sécurité sociale a effectué par ailleurs plusieurs ajustements représentant au total 6 M€ de dépenses supplémentaires.

À ce titre, les soins de ville, hors remises conventionnelles sur les médicaments, ont été majorés de 80 M€, du fait d'une ré-estimation de la provision qui s'y rapporte.

Les remises, qui viennent, elles, en réduction des dépenses de médicaments, ont été majorées de 59 M€ afin de tenir compte d'accords avec les entreprises pharmaceutiques conclus postérieurement à la clôture des comptes de l'assurance maladie où elles sont enregistrées. Fin juin 2018, le montant net des remises justifiées par le CEPS et prises en compte dans l'exécution de l'ONDAM 2017 s'élevait ainsi à 1 426 M€ (voir tableau *infra*) au regard de 1 367 M€ comptabilisés par l'assurance maladie. Depuis lors, la direction de la sécurité sociale a ré-estimé à la hausse le montant des remises (à hauteur de 20 M€).

À l'inverse, le montant des avoirs sur remises, qui viennent en réduction des remises et majorent ainsi les dépenses (139 M€ dans le constat provisoire des dépenses de l'ONDAM 2017 effectué en juin 2018) incorpore des avoirs identifiés courant 2017 et 2018 qui relèveraient en réalité du constat définitif de l'ONDAM 2016 (à hauteur de 25 M€).

**Tableau n° 37 : produits à recevoir de remises conventionnelles
au 31 décembre 2017 estimés par le CEPS à fin juin 2018 (en M€)**

	ONDAM 2017
Remises liées aux médicaments durant les périodes précédant et suivant leur autorisation temporaire d'utilisation	116
Remises conventionnelles	1 142
Remises liées à la clause de sauvegarde (taux « LV et LH »)	64
Remises liées au VHC	233
Remises liées aux dispositifs médicaux	10
Total des remises (a)	1 565
Avoirs sur remises alloués (b)	139
Total (a) - (b)	1 426

Source : Cour des comptes d'après les informations du CEPS et de l'ACOSS.

Dans l'attente des déclarations définitives de chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques nécessaires à leur calcul, les remises dites « de sauvegarde » revêtent un caractère incertain.

En effet, les contrôles effectués par le CEPS sur les déclarations des entreprises pharmaceutiques⁴⁰ ont fait apparaître de fréquentes erreurs appelant, pour près d'un tiers d'entre elles, des déclarations rectificatives. Ces déclarations n'ont cependant pas été produites dans des délais permettant leur enregistrement dans les comptes de l'assurance maladie pour l'exercice 2017⁴¹. L'effet des corrections à venir sur le montant des remises de la clause de sauvegarde n'est pas évalué à ce jour.

⁴⁰ Les modalités de transmission des informations nécessaires au calcul des contributions mentionnées à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont prévues par le décret n° 2018-317 du 27 avril 2018.

⁴¹ De ce fait, la Cour a, dans son opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2017, reconduit une composante de réserve liée à la comptabilisation, non conforme aux règles comptables, de produits à recevoir de remises conventionnelles ne pouvant être évalués avec une fiabilité suffisante (Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes de la sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, p 96, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr).

3 - Un alignement souhaitable des calendriers de constat définitif de l'ONDAM et de clôture des comptes des hôpitaux publics sur celui des comptes de l'assurance maladie

Par définition, les ajustements des dépenses prises en compte dans le cadre de l'ONDAM effectués postérieurement à la clôture des comptes de l'assurance maladie (15 mars de l'année N+1), comme cela a été encore le cas en 2017, n'améliorent en rien le pilotage infra-annuel des dépenses. De surcroît, ils s'écartent du principe comptable d'indépendance des exercices et peuvent recouvrir des pratiques opportunistes d'ajustement des dépenses, certains postes étant actualisés, d'autres non. Dans ces conditions, les dépenses de l'ONDAM de l'année écoulée devraient être constatées à titre définitif dès la clôture des comptes de l'assurance maladie.

Par ailleurs, les calendriers de clôture définitive des comptes des établissements publics de santé et de l'assurance maladie sont aujourd'hui désaccordés (25 avril et 15 mars, respectivement). L'alignement du calendrier de clôture des comptes des établissements publics de santé sur celui de l'assurance maladie permettrait de faire coïncider plus étroitement la période d'exécution de l'ONDAM avec l'année civile à laquelle il se rapporte, de progresser dans l'analyse comparée des états financiers des hôpitaux publics et de ceux de l'assurance maladie et d'améliorer la qualité des tendancielles de dépenses pris en compte pour la construction initiale et la révision de l'ONDAM.

III - Malgré le desserrement du taux d'évolution de l'ONDAM à partir de 2018, une maîtrise de la dépense à renforcer

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a fixé à 195,2 Md€ l'objectif de dépenses pour 2018, soit une progression de 2,3 %, et retenu ce même taux d'augmentation pour les années 2019 à 2021. La loi de programmation des finances publiques 2018-2022 a confirmé ce léger assouplissement de moyen terme de la trajectoire de l'ONDAM, en prévoyant une progression annuelle de 2,3 % en 2019 et en 2020.

Le projet de loi de financement pour 2019 prévoit un nouvel assouplissement de l'objectif, à 2,5 %, afin d'accompagner le plan « Ma santé 2022 » de réorganisation des soins, récemment annoncé par le Gouvernement. En 2019, les dépenses comprises dans le champ de

l'ONDAM augmenteraient ainsi de 4,9 Md€, après 4,5 Md€ en 2018. Entre 2020 et 2022, le taux annuel de progression des dépenses serait de 2,3 %.

A - Des fragilités de construction et d'exécution reconduites en 2018

1 - Un taux de progression de 2,3 %

Le sous-objectif relatif aux soins de ville augmente à un rythme légèrement plus élevé (+2,4 %) que celui de l'ONDAM global. La progression prévisionnelle du sous-objectif relatif aux établissements de santé est au contraire en retrait (+2 %). Celle des sous-objectifs relatifs aux établissements médico-sociaux (+2,6 %) est quant à elle moins élevée que l'objectif initial (+2,9 %) et révisé pour 2017 (+3 %).

**Tableau n° 38 : évolution prévisionnelle de l'ONDAM 2018,
globale et par sous-objectif (en M€)**

	Objectif 2017 à périmètre 2018	LFSS 2018	Taux d'évolution (en %)
Soins de ville	86,8	88,9	+2,4 %
Établissements de santé	79,1	80,7	+2,0 %
Établissements médico-sociaux	20,0	20,5	+2,6 %
FIR	3,3	3,4	+3,1 %
Autres prises en charge	1,7	1,8	+4,3 %
Total ONDAM	190,8	195,2	+2,3 %

Source : LFSS 2018

La réalisation de l'ONDAM 2018 repose sur un objectif d'économies par rapport au tendanciel comparable à celui de 2017 (4,16 Md€ contre 4,05 Md€ en 2017).

Or le montant des mesures à financer d'ores et déjà décidées est significatif pour 2018 et les années suivantes, du fait notamment des accords conventionnels passés avec les professionnels libéraux de santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, opticiens, prothésistes) et de la poursuite de la mise en œuvre de mesures de revalorisation des salaires dans la fonction publique hospitalière (protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations »).

Les économies sont présentées dans le cadre de nouveaux regroupements : la pertinence et l'efficacité des produits de santé (1 490 M€), la structuration de l'offre de soins (1 465 M€), dont les gains d'efficacité attendus des établissements de santé et médico-sociaux représentent l'essentiel (1 215 M€), la qualité et la pertinence des actes (335 M€), la pertinence des prescriptions de transport et d'arrêts de travail (240 M€), la lutte contre la fraude (90 M€, soit un montant inférieur à celui mentionné dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général pour les années 2018-2022) et diverses mesures (545 M€), dont l'augmentation du forfait hospitalier (200 M€).

Les économies programmées ne sont pas davantage documentées que les années précédentes et s'avèrent d'emblée incertaines quand elles reconduisent (75 M€ pour les transports) ou majorent (165 M€ au lieu de 100 M€ en 2017 pour les indemnités journalières) des économies prévues pour 2017 qui n'ont pas été réalisées.

Une « charte de l'ONDAM » à compléter

Dans son précédent rapport sur la sécurité sociale⁴², la Cour soulignait que les méthodes d'établissement de l'ONDAM comportaient des distorsions affectant la mesure de l'évolution effective de la dépense.

Le cadre de référence de l'ONDAM annexé à la loi de programmation des finances publiques pour les exercices 2018 à 2022 apporte une réponse partielle à l'enjeu de sincérité du taux d'évolution affiché des dépenses. Pour sa détermination, les transferts de dépenses accompagnés de transferts de recettes entre la sécurité sociale et d'autres entités et l'intégration dans l'ONDAM d'une nouvelle dépense assortie d'une nouvelle recette sont neutralisés.

En revanche, il n'a pas été prévu de neutraliser l'incidence sur le taux d'évolution des intégrations de dépenses ou des reports de dépenses sur d'autres financeurs non compensés par des transferts de recettes, non plus que la contraction de recettes et de dépenses. Par ailleurs, la qualification d'économie n'est pas réservée à une diminution nette de la dépense. La « charte de l'ONDAM » devrait ainsi être complétée sur ces deux points.

⁴² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre II L'objectif national des 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. 124 et 125, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Une progression des dépenses atténuée par le report de dépenses à l'extérieur du champ de l'ONDAM

a) De nouvelles dépenses

Le sous-objectif « soins de ville » a été arrêté à 88,9 Md€ pour 2018. La hausse tendancielle des dépenses serait plus dynamique qu'en 2017 (+4,3 % contre +3,9 %). Les revalorisations tarifaires déjà prévues (761 M€) concernent l'application de la convention médicale du 25 août 2016 et de ses avenants (460 M€ supplémentaires en 2018), le forfait structure (90 M€)⁴³, d'autres mesures intéressant les professionnels de santé (pour 166 M€ environ) et le transport des patients (20 M€).

Pour les établissements de santé, le taux d'évolution avant économies a été reconduit au même niveau que celui de 2017, soit 4 %. Cette progression soutenue reflète notamment une hausse attendue des dépenses de médicaments inscrits sur la « liste en sus », la transposition de la convention médicale aux actes et consultations externes en établissement et un ressaut de financement du FMESPP par l'assurance maladie⁴⁴.

b) Un taux de progression minoré à la marge par des biais de présentation

Comme en 2016 et 2017, une partie des mesures présentées en économies résulte de la mobilisation d'autres sources de financement.

D'une part, une partie des dépenses médico-sociales est financée par un prélèvement sur les réserves de la CNSA (de 200 M€).

D'autre part, la hausse de la participation des organismes complémentaires au financement du « forfait patientèle » des médecins traitants (de 150 M€ à 250 M€) est présentée en économie. Or la dépense liée au « forfait patientèle » résulte d'un accord conventionnel de la CNAM avec les représentants de la profession médicale qui s'impose à l'assurance maladie indépendamment de ses modalités de financement. Par ailleurs,

⁴³ Il s'agit d'une aide à l'organisation et à l'informatisation du cabinet médical, prévue par la convention médicale en 2016, qui remplace une aide auparavant comprise dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

⁴⁴ En 2016 et en 2017, le FMESPP a été financé pour l'essentiel par des prélèvements sur les réserves de deux organismes hospitaliers (FEH et ANFH). Limitée à 59 M€ en 2017, la participation de l'assurance-maladie à son financement est portée à 300 M€ dans la construction de l'ONDAM 2018.

cette imposition à la charge des organismes complémentaires n'est pas affectée au financement du forfait précité dans les comptes de l'assurance maladie, mais concourt à celui de l'ensemble de ses dépenses.

Corrigé de ces mesures, l'ONDAM 2018 s'élèverait en réalité à 195,4 Md€, soit une progression de 2,4 %, au lieu de celle de 2,3 % affichée. Cet écart s'est sensiblement réduit par rapport à celui affectant l'ONDAM 2017 prévisionnel (+2,4 % après correction des biais de présentation, contre +2,1 % affiché, voir I - B - 2 - *supra*).

Tableau n° 39 : progression des dépenses relevant du champ de l'ONDAM 2018 selon la Cour (en M€)

ONDAM 2018	195 209
Taux d'évolution cible	+2,28 %
<i>Correction de mesures présentées en économies dans la LFSS :</i>	
Variation du prélèvement sur les réserves de la CNSA*	+128
Augmentation de la contribution à la charge des organismes complémentaires	+100
Dépenses 2018 relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon la Cour)	195 437
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon la Cour)	+2,40 %

* Les variations de prises en charge sont calculées à partir de l'exécution N-1.

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

3 - Des risques d'exécution couverts, un périmètre de régulation toujours étroit

Pour les soins de ville, le risque provient de dépenses de 2017 dont les effets reports sur 2018 ne sont pas pris en compte dans le tendanciel de l'ONDAM 2018. En outre, les données en date de remboursement des premiers mois de 2018 présentent une dynamique supérieure à la dynamique de moyen terme, qu'il s'agisse des indemnités journalières, des honoraires médicaux ou des produits de santé.

En septembre, le risque de dépassement était estimé par le ministère chargé de la santé à 560 M€ pour les soins de ville, dont 375 M€ au titre des effets reports estimés et 185 M€ au titre d'une dynamique plus forte que prévu des dépenses de médicaments, de dispositifs médicaux et d'indemnités journalières. Compte tenu par ailleurs de la prévision d'une légère sous exécution de l'enveloppe prévisionnelle de dépenses relatives aux établissements de santé (à hauteur de 105 M€), le risque de dépassement de l'objectif global atteindrait 455 M€. Il est gagé par des mesures de régulation appliquées aux établissements de santé (415 M€), dont 302 M€ au titre du « coefficient prudentiel » de mise en réserve

initiale d'une partie des dotations, et aux établissements médico-sociaux (152 M€). Au total, les dotations mises en réserve atteignent 625 M€ contre 602 M€ en 2017.

Tableau n° 40 : dotations mises en réserve au titre de l'ONDAM 2018 pour gager des dépassements (en M€)

Mises en réserve initiales	Exercice 2017	Exercice 2018
Établissements de santé	412	415
Établissements médico-sociaux	145	152
FIR	35	45
Autres prises en charge	10	13
Total	602	625

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

La régulation infra-annuelle des dotations allouées aux établissements de santé et médico-sociaux n'est pas de nature à peser sur la dynamique rapide (+4 % par an en moyenne depuis 2013, hors médicaments) des dépenses de soins de ville, mais seulement de couvrir leur dérapage récurrent. En outre, elle peut inciter les établissements de santé, au rebours de l'objectif d'une pertinence accrue des soins, à accroître le nombre des séjours. Enfin, elle les met en difficulté lorsque cet ajustement par les volumes ne se produit pas, comme on l'a vu en 2017.

Comme la Cour l'a souligné, le périmètre de la régulation infra-annuelle des dépenses devrait être élargi aux dépenses de soins de ville. Au-delà de l'ajustement infra-annuel, la question d'une régulation accrue de la médecine de ville est posée. D'autres pays européens se sont dotés d'instruments permettant de peser effectivement sur la dynamique des dépenses en fonction des ressources disponibles pour les financer⁴⁵.

Par ailleurs, un point de fragilité de la construction de l'ONDAM 2018 pourrait résider dans l'absence de prise en compte d'un possible effet base négatif de la moindre activité des établissements publics et privés non lucratifs en 2017 par rapport à la prévision, *a fortiori* si la modération de l'activité observée en 2017 se confirme cette année.

⁴⁵ Voir le chapitre IV du présent rapport : dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France, p. 131.

B - Un effort d'économies nécessaire pour financer les décisions des pouvoirs publics à partir de 2019

La progression annuelle de l'ONDAM de 2,3 % prévue par la trajectoire pluriannuelle associée à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 autorise une progression de la dépense de 4,5 Md€ par an en moyenne. Compte tenu du taux d'évolution de 2,5 % retenu pour 2019, cette marge atteint 4,9 Md€ pour cette même année. Une part significative de la marge de progression des dépenses est d'ores et déjà préemptée par des décisions de revalorisation des rémunérations des acteurs du système de santé.

La CNAM a évalué à 476 M€ le coût des dépenses nouvelles de soins de ville liées à des décisions arrêtées pour la période 2019-2021 pour les médecins libéraux et les autres professions de santé, sans préjudice de l'incidence des négociations à venir. De plus, le coût de la convention dentaire pour l'assurance maladie est estimé à 601 M€ pour 2018-2023.

Tableau n° 41 : dépenses supplémentaires relatives à certains professionnels de santé libéraux, avant nouveaux accords et du reste à charge « 0 » (2019-2021, en M€)

	2019	2020	2021
Médecins libéraux (convention de 2016)	103	16	-
Autres professions de santé*	196	127	35
Chirurgiens-dentistes (convention de 2018)	159	232	128

* Pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, centres de santé.

Source : CNAM.

En outre, les protocoles d'accord pour l'accès aux soins (reste à charge « 0 ») en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'audioprothèses conclus ou en voie de l'être avec les représentants des professionnels de santé concernés engendreront pour l'assurance maladie des dépenses supplémentaires évaluées à 700 M€ par la direction de la sécurité sociale pour la période 2019-2021.

Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à ce que les dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie connaissent un plancher d'augmentation de 1 % par an entre 2019 et 2021 et de 3 % pour les médicaments innovants⁴⁶. Cet engagement rompt avec l'orientation jusque-là suivie qui tendait à faire porter sur les dépenses de médicaments une part prépondérante de l'effort de maîtrise de l'enveloppe de dépenses de soins de ville⁴⁷. À ce stade, il laisse entière la question des moyens qui pourraient être mobilisés afin d'accroître la contribution des autres secteurs de dépenses à ce même effort.

Enfin, l'application différée d'une partie de la réforme des « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR)⁴⁸ conduit à reporter à 2019 environ 170 M€ de dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé.

Dans le contexte d'un tendancier de dépenses de soins de ville toujours très dynamique, le respect de l'objectif de progression des dépenses, même desserré à 2,3 % en 2018 et entre 2020 et 2022 et à 2,5 % en 2019, appelle la réalisation effective des économies prévisionnelles et, en cas de risque de dépassement, la mise en œuvre de dispositifs nouveaux de régulation infra-annuelle associant les dépenses de soins de ville (accords prix-volume, à l'instar du protocole d'accord de biologie médicale précité, mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires aux professionnels libéraux de santé⁴⁹). Ces dispositifs restent à définir.

⁴⁶ Discours du Premier ministre devant le conseil stratégique des industries de santé (10 juillet 2018).

⁴⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, 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. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ Rémunération sur objectifs de santé publique versée aux médecins et aux pharmaciens en fonction de l'atteinte de certains indicateurs.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Avec un taux de progression affiché à 2,2 % et un montant exécuté de 190,7 Md€, l'ONDAM 2017 respecte formellement l'objectif global fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Dans le contexte d'un dépassement récurrent de l'enveloppe de dépenses de soins de ville, de fait sous-évaluée au stade de la construction initiale comme de l'actualisation de l'objectif, la réalisation de l'ONDAM 2017 au plus près de ce dernier (avec une sous-exécution de 51 M€) a été permise par un ralentissement inopiné de l'activité des établissements de santé et, à moindre degré qu'en 2016, par des mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux et de report de dépenses vers d'autres financeurs extérieurs au champ de l'objectif (CNSA, fonds hospitaliers et fonds de financement de l'innovation pharmaceutique [FFiP], nouvellement créé en 2017).

La moindre activité des établissements publics de santé par rapport aux prévisions a engendré un quasi-doublement du déficit de leur budget principal (à 835 M€). Compte tenu par ailleurs de la quasi-stabilité du déficit de l'assurance maladie (soit 4,9 Md€), le respect de l'ONDAM, pour la première fois depuis 2011, ne s'accompagne pas d'une réduction des déficits combinés de l'assurance maladie et des hôpitaux publics. Pris ensemble, ils dépassent ceux de 2016 (5,7 Md€ contre 5,2 Md€).

Le déficit global des hôpitaux publics a presque doublé par rapport à 2016 en dépit de délégations de dotations initialement mises en réserve (250 M€) qui ont précédé de quelques jours seulement la clôture des comptes de l'assurance maladie (en mars 2018).

Si ces dotations ont permis de limiter quelque peu le déficit des hôpitaux, le caractère très tardif de ces versements, à quelques jours seulement de la clôture des comptes de l'assurance maladie, met en évidence les limites d'un pilotage des dépenses d'assurance maladie dont le dénouement est de fait postérieur à l'année à laquelle il se rapporte.

Il souligne aussi les limites de la régulation de l'ONDAM telle que pratiquée depuis 2010. Pour l'avenir, le financement des priorités fixées par les pouvoirs publics en matière de rémunération des professionnels de santé libéraux et hospitaliers et d'accès aux équipements médicaux à l'origine de restes à charge élevés pour les patients nécessite une construction plus rigoureuse de l'ONDAM. Celle-ci implique une évaluation plus fiable du tendanciel de dépenses, la définition d'économies réalistes et une intégration à l'objectif, ou la neutralisation sur son taux de progression, des dépenses aujourd'hui transférées à d'autres financeurs afin de faciliter sa réalisation nominale. S'ils réduisent la dépense

comprise dans le champ de l'ONDAM, ces transferts n'ont en effet pas d'incidence sur le solde global des administrations publiques.

Au stade de l'exécution de l'ONDAM, les risques de dépassement de ce dernier appellent par ailleurs une mise à contribution de l'ensemble des secteurs de l'offre de soins afin d'en assurer le respect, y compris les soins de ville qui en ont été à ce jour exemptés pour l'essentiel.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

4.pour les soins de ville, instaurer une réserve prudentielle infra-annuelle permettant de maîtriser les dépassements et mettant en jeu plusieurs mécanismes possibles en fonction de la nature des dépenses de ville concernées (accords prix-volume, mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires) ;

5.annexer à l'ONDAM un objectif de maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé ;

6.compléter la « charte de l'ONDAM » afin de neutraliser l'incidence sur le taux d'évolution de l'objectif de l'ensemble des mesures de périmètre (transferts de dépenses et de recettes non compensés avec d'autres financeurs, contractions de recettes et de dépenses) et de réserver la qualification d'économies aux diminutions nettes des dépenses ;

7.supprimer le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique et réintégrer dans l'ONDAM l'intégralité de la dépense de médicaments (recommandation réitérée) ;

8.aligner les calendriers du constat définitif de l'ONDAM et de la clôture des comptes des établissements publics de santé sur celui des comptes de l'assurance maladie (soit le 15 mars de l'année suivante).

Chapitre III

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2017. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultat combinés⁵⁰ couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général, ainsi que les organismes concourant au financement des régimes précités. Cette dernière catégorie comprend un seul organisme : le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Depuis l'exercice 2016, le tableau d'équilibre du régime général intègre, à la suite de la mise en place de la protection universelle maladie, la plupart des charges et des produits de l'ensemble des branches maladie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En 2017, le déficit agrégé du régime général et du FSV s'établit à 5,1 Md€, contre 7,8 Md€ en 2016. Celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV atteint 4,8 Md€, contre 7 Md€ en 2016.

Le tableau patrimonial correspond à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale 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 des retraites - FRR -). Les capitaux propres ainsi retracés (-88,5 Md€ au 31 décembre 2017) s'améliorent de 12,8 Md€ en 2017 (après 8,1 Md€ en 2016) et l'endettement financier net de la sécurité sociale (103,9 Md€ fin 2017) s'est réduit de 14 Md€ par rapport à 2016.

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) ou, sauf exception, par des commissaires aux comptes (autres entités).

Les avis exprimés par la Cour portent sur les projets de tableaux d'équilibre, de tableau patrimonial et d'annexes relatives à ces derniers communiqués à la mi-septembre par la direction de la sécurité sociale. Sous certaines observations portant sur la fiabilité des données comptables qui leur sont intégrées et, sur un point particulier, leur présentation, les tableaux soumis à l'avis de la Cour fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde (tableaux d'équilibre) et des actifs et passifs (tableau patrimonial) des entités comprises dans leurs champs respectifs.

⁵⁰ Le terme de combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités qui n'ont pas de liens capitalistiques entre elles, mais qui entretiennent des relations suffisamment étroites pour justifier l'établissement de comptes communs dans lesquelles sont éliminées leurs opérations réciproques.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2017

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 2018, 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 se limitant au fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Depuis 2016, conformément à une recommandation de la Cour, l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale intègre le FSV au sein du tableau d'équilibre du régime général et de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

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. Les règles retenues pour leur élaboration sont mentionnées à l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Les tableaux d'équilibre 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 ».

Bien que conforme aux dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, cette terminologie n'a pas le même sens que pour la comptabilité budgétaire de l'État. Ces « recettes » et ces « 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 constatés⁵¹, auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde » correspond à un résultat de comptabilité générale et non à un solde de trésorerie.

Par nature, la mention de montants globaux de produits et de charges fournit une information réduite sur la formation des soldes soumis à l'approbation du Parlement. L'annexe 4 au projet de loi de financement détaille ces produits et charges par nature et en commente l'évolution par rapport à l'exercice précédent et aux prévisions.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2017

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 soumis à l'approbation du Parlement.

Depuis l'exercice 2016 et à la suite de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa), le tableau d'équilibre de la branche maladie du régime général est élaboré en consolidant les charges et produits liés aux droits de base des régimes financièrement intégrés au régime général (qui correspondent aux prestations servies par le régime général).

À compter de l'exercice 2017, les tableaux d'équilibre des branches maladie du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base intègrent en produits et en charges ceux du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFiP) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Au titre de l'exercice 2017, les projets de tableaux d'équilibre transmis à la Cour font apparaître un déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV de 4,8 Md€, contre 7 Md€ en 2016. Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'est établi à 1,9 Md€, contre 3,4 Md€ en 2016.

⁵¹ Depuis 1996, la comptabilité des organismes de sécurité sociale doit être tenue en droits constatés.

Le sous-ensemble constitué par le régime général et du FSV a dégagé un déficit de 5,1 Md€, contre 7,8 Md€ en 2016⁵². Le déficit du régime général s'est contracté à 2,2 Md€, contre 4,1 Md€ en 2016, tandis que celui du FSV se réduisait à 2,9 Md€, contre 3,6 Md€ l'année précédente.

Tableau n° 42 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2017 (en Md€)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,1	208,0	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,4	13,2	1,2
Vieillesse	232,7	230,7	2,0
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	486,2	488,1	-1,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) et FSV	483,7	488,6	-4,8

Source : direction de la sécurité sociale.

Conformément à l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale, la liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale a été mise à jour et annexée au projet de loi de financement pour 2018. Cette liste, dont le détail est récapitulé en annexe, mentionne 35 régimes obligatoires, contre 39 précédemment, parmi lesquels figure désormais le régime de retraite de l'Assemblée nationale.

En dehors du régime général, les régimes obligatoires de base comprennent 13 régimes d'assurance vieillesse, 2 régimes d'assurance maladie, 7 régimes d'accidents du travail-maladies professionnelles, 3 régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, 3 régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles ainsi que 6 régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail-maladies professionnelles.

⁵² Le solde du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est supérieur à celui du régime général, en raison notamment de l'excédent dégagé par certains régimes de retraite de base.

Tableau n° 43 : tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale (en Md€)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,3	206,2	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,7	1,1
Vieillesse	126,6	124,8	1,8
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	377,6	379,8	-2,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris fonds de solidarité vieillesse	376,5	381,6	-5,1

Source : direction de la sécurité sociale.

Tableau n° 44 : 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	16,6	19,6	-2,9

Source : direction de la sécurité sociale.

B - Avis de la Cour

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

À cette fin, la Cour s'assure de l'établissement des tableaux d'équilibre à partir 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 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 des comptes pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général, commissaires aux comptes dans le cadre d'une mission d'audit légal pour la plupart des autres régimes et pour

le FSV et commissaires aux comptes agissant en tant qu'auditeurs contractuels pour certains régimes⁵³).

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 2017 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 2019.

À l'issue de ces vérifications et sur le fondement des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre précités fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle. Elle formule néanmoins les cinq observations suivantes :

1. à la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre (modalité d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2016 et par rapport aux prévisions) ;

2. 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 (cf. C- 1 *infra*) ;

3. les tableaux d'équilibre intègrent un produit de taxe sur les véhicules de société de 0,2 Md€ enregistré à tort dans les produits de la branche famille de l'exercice 2017 (cf. C- 2 *infra*) ;

4. la double comptabilisation, à tort, de dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte dégrade de 0,2 Md€ les soldes des tableaux d'équilibre de la branche maladie du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base (cf. C- 3 *infra*) ;

5. les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2017 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2017, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables (cf. C- 4 *infra*).

⁵³ Sur cette question, voir C- 4 *infra*.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Des modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre non conformes au cadre normatif en vigueur

Au-delà des opérations de neutralisation des produits et charges réciproques entre les entités comprises dans le champ des tableaux d'équilibre 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 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 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.

De ce fait, 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 15,5 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 14,3 Md€ pour le régime général et 0,3 Md€ pour le FSV).

Ainsi, seuls les soldes figurant dans les tableaux d'équilibre correspondent 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.

2 - La comptabilisation à tort d'un produit de taxe sur les véhicules de société de 0,2 Md€

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, ainsi que sur les comptes respectifs des trois caisses nationales et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Dans son opinion sur les comptes de l'exercice 2017, la Cour a exprimé un désaccord sur les comptes de l'activité de recouvrement, relatif à la comptabilisation d'un produit de taxe sur les véhicules de société (TVS) de 0,2 Md€ affecté à la branche famille du régime général.

En effet, à la suite de la modification des modalités d'imposition de la TVS prévue par la loi de financement pour 2017, les produits à recevoir comptabilisés en 2017 par l'ACOSS au titre de cette taxe ont intégré le dernier trimestre de l'exercice 2016, les trois premiers trimestres de 2017 et un produit à recevoir au titre du quatrième trimestre de 2017.

Or, jusqu'en 2016, les produits de TVS étaient comptabilisés par l'ACOSS sur la base des encaissements, sans enregistrement de produits à recevoir au titre du dernier trimestre de l'exercice. L'incidence de ce changement de méthode comptable (0,2 Md€) aurait dû être neutralisée au bilan, sans impact sur le résultat de l'exercice 2017 de la branche famille.

3 - La double comptabilisation de dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte

La double comptabilisation, à tort, dans les comptes de la branche maladie du régime général, de dépenses hospitalières à Mayotte⁵⁴, conduit à dégrader de 0,2 Md€ les soldes de la branche maladie dans les tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

⁵⁴ Selon le mécanisme suivant : la branche maladie a comptabilisé parmi ses propres provisions des provisions relatives à l'activité hospitalière des mois de novembre et décembre 2017 qui étaient par ailleurs intégrées à la dotation d'équilibre qu'elle accorde à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Cf. Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2018, p. 89.

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 2017

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers très limités, les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2018 ainsi que ceux du FSV ont fait l'objet, selon le cas, d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale, État), d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (14 régimes et le FSV) ou, contrairement aux dispositions législatives qui prévoient une certification et, donc, un audit légal, d'un audit contractuel effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée⁵⁵.

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

Tableau n° 45 : opinions exprimées par les auditeurs externes sur les états financiers de 2017 des régimes obligatoires de base et du FSV

	Branches du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2017
Certification sans réserve	-	23 régimes	8,5 %
Absence de réserve (régimes sans personnalité morale distincte)	-	Régime des pensions civiles et militaires de l'État Régime de retraite de l'Assemblée nationale	9,3 %
Certification avec réserve(s)	Les quatre branches (maladie, AT-MP, vieillesse et famille) et l'activité de recouvrement du régime général.	Régime social des indépendants ; régimes des salariés et des non-salariés agricoles (MSA) ; Établissement national des invalides de la Marine ; Caisse d'assurance vieillesse des professions libérales ; FSV	82,2 %
Régimes à enjeux limités	-	4 régimes	Non significatif

Source : Cour des comptes d'après les rapports d'opinion des commissaires aux comptes et des auditeurs contractuels.

⁵⁵ 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.

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

Pour la cinquième année consécutive, la Cour a certifié avec des réserves les états financiers de l'ensemble des entités du régime général de sécurité sociale au titre de l'exercice 2017. La levée de 46 points d'audit confirme la poursuite de progrès en matière de contrôle interne dans l'ensemble des branches, mais seules les réserves formulées en 2016 sur les comptes de l'activité de recouvrement, de la branche maladie et de la CNAM et relatives à la notification à tort par l'ACOSS d'un produit de CSG de 0,7 Md€ ont pu être levées en 2017.

S'agissant de la branche maladie, l'exercice 2017 est marqué par une dégradation des indicateurs de risque financier résiduel⁵⁶ sur les remboursements de frais de santé et les indemnités journalières. Le contrôle des droits à la prise en charge des frais de santé au titre de la PUMa, le contrôle des prestations soumises à accord préalable et le contrôle administratif et médical des avis d'arrêt de travail continuent par ailleurs à présenter des faiblesses.

C'est le cas également, pour la branche AT-MP, des dispositifs de contrôle interne relatifs à la reconnaissance et à la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles (fixation des taux de cotisation) et aux prestations d'incapacité permanente.

Dans la branche famille et malgré la mise en place de nouveaux référentiels nationaux, les indicateurs de risque financier résiduel affectant les prestations légales continuent à s'inscrire à des niveaux élevés, qui appellent un renforcement des dispositifs de contrôle interne.

La branche vieillesse a enregistré, en 2017, une dégradation significative de ses indicateurs de risque financier résiduel. Au-delà d'une fiabilité accrue des indicateurs, cette évolution traduit des fragilités persistantes du contrôle interne du report des données aux comptes de carrière des assurés et de la liquidation de leurs droits.

Les dispositifs de contrôle interne des principaux processus de l'activité de recouvrement conservent des limites et les risques liés au système d'information restent insuffisamment couverts. Des irrégularités

⁵⁶ Le risque financier résiduel affectant les prestations sociales correspond aux montants agrégés de prestations versées à tort et de prestations non versées à tort, en dépit des dispositifs de contrôle interne mis en œuvre afin de garantir le paiement à bon droit des prestations (contrôles embarqués dans les systèmes d'information, supervisions internes aux services ordonnateurs, contrôles effectués par les agences comptables), de fait insuffisants.

continuent d'affecter le calcul et l'appel des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. La fiabilité des comptes reste par ailleurs affectée par des désaccords de nature comptable portant, notamment, sur le traitement comptable de certains produits.

*c) Les opinions exprimées par les commissaires aux comptes
sur les comptes des autres régimes et du FSV*

Le commissaire aux comptes du FSV a reconduit la réserve qu'il avait formulée sur les états financiers 2016, à la suite de l'extinction du dispositif de reprise des déficits du fonds par la CADES. Cette réserve est motivée par l'absence de dispositif de financement des dettes à vue du FSV à l'égard de la branche vieillesse du régime général qui résultent des déficits 2016 et 2017 du fonds, pour 6,4 Md€ au total au 31 décembre 2017.

Comme ils l'avaient fait les exercices précédents pour ceux du RSI, les commissaires aux comptes ont certifié avec une réserve les états financiers de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSSTI), en cohérence avec la réserve exprimée par la Cour sur ceux de l'activité du recouvrement au titre des irrégularités affectant le calcul, l'appel et la régularisation des cotisations des travailleurs indépendants en taxation d'office.

Les commissaires aux comptes du régime agricole ont maintenu 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, l'activité de recouvrement du régime général et l'État, au motif des réserves exprimées par la Cour sur les états financiers de ces entités.

La refonte du plan de contrôle interne de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) engagée en 2017 laisse subsister des insuffisances, qui ont conduit les commissaires aux comptes de cette entité à reconduire une réserve pour limitation sur ses états financiers.

En l'absence de transmission par l'ACOSS des données individuelles 2016 et 2017 relatives au régime des micro-entrepreneurs, les commissaires aux comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ont estimé ne pas être en mesure de se prononcer sur la fiabilité et l'exhaustivité des cotisations comptabilisées par l'une de ses sections professionnelles, la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV).

Les comptes des autres régimes ont été certifiés sans réserve.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2017

En application de l'article LO. 111-3 (I- A. 3°) du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement un rapport figurant à l'annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre du dernier exercice clos, 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 -) et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés relatifs au dernier exercice clos. Selon l'article LO. 111-4 (II-) du code de la sécurité sociale, ce rapport présente un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des entités précitées.

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 cette fin, il consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, 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, puisque certains régimes en sont écartés, soit en l'absence de bilan, soit parce que le montant total de leur bilan est inférieur à 30 M€⁵⁷ et qu'ils ne sont, par ailleurs, pas autorisés à recourir à l'emprunt par la loi de financement de l'année⁵⁸. Le montant agrégé des bilans concernés est négligeable.

A - Le tableau patrimonial au 31 décembre 2017

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2017 présenté ci-après⁵⁹, qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, figurera à l'annexe A visée à l'article 2 de ce projet de loi.

⁵⁷ Historiquement, le périmètre du tableau patrimonial intégrait les régimes obligatoires de base de sécurité sociale dont le total du bilan est supérieur à 200 M€, ainsi que ceux dont le total du bilan est moins élevé, mais qui sont autorisés à recourir à l'emprunt par la LFSS. Le cas échéant, le seuil de 200 M€ était abaissé, afin de s'assurer que l'impact de l'exclusion de certains régimes n'excédait pas 0,1 % du total bilanciel. À compter de l'exercice 2017, ce seuil a été abaissé par la direction de la sécurité sociale à 30 M€.

⁵⁸ Sont notamment concernés, en l'absence de bilan qui lui serait propre, le régime des pensions civiles et militaires de l'État, et, eu égard à leur caractère faiblement significatif sur le plan financier, les fonds communs des accidents du travail (FCAT) et des accidents du travail agricole (FCATA), ainsi que les régimes de retraite de l'Opéra de Paris et de la Comédie française. De même, le régime de retraite de l'Assemblée nationale n'est pas intégré au tableau patrimonial.

⁵⁹ Suite à l'abaissement du seuil bilanciel du tableau patrimonial, y ont été intégrés, en 2017, le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE) et le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA).

Tableau n° 46 : tableau patrimonial au 31 décembre 2017

ACTIF (en Md€)	2017	2016	Var.	PASSIF (en Md€)	2017	2016	Var.
IMMOBILISATIONS	7,4	7,0	0,4	CAPITAUX PROPRES	-88,5	-101,4	12,8
Immobilisations non financières	5,0	4,5	0,4	Dotations	23,7	25,8	-2,1
Régime général	4,0	3,7	0,4	Régime général	0,2	0,6	-0,4
Autres régimes	1,0	0,9	0,1	Autres régimes	5,8	5,4	0,4
				CADES	0,2	0,2	0,0
				FRR	17,6	19,7	-2,1
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,5	1,6	-0,1	Réserves	18,8	16,5	2,3
Régime général	1,1	1,1	0,0	Régime général	2,9	2,6	0,3
Autres régimes	0,4	0,4	0,0	Autres régimes	8,1	6,9	1,2
CADES	0,0	0,0	0,0	FRR	7,7	7,0	0,7
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (UGECAM, UIOSS)	0,9	0,9	0,0	Report à nouveau	-143,5	-155,6	12,1
Régime général	0,9	0,9	0,0	Régime général	-3,4	-1,3	-2,1
				Autres régimes	-4,0	-3,7	-0,3
				FSV	-0,1	-0,1	0,0
				CADES	-136,0	-150,4	14,4
				Résultat en instance d'affectation	-3,6	0,0	-3,6
				FSV	-3,6	0,0	-3,6
				Résultat de l'exercice	12,6	8,1	4,5
				Régime général	-2,2	-4,1	2,0
				Autres régimes	0,2	0,7	-0,4
				FSV	-2,9	-3,6	0,7
				CADES	15,0	14,4	0,6
				FRR	2,4	0,7	1,6
				Autres	3,5	3,8	-0,2
				FRR	3,5	3,7	-0,2
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,2	15,8	1,4
				Régime général	14,4	13,1	1,3
				Autres régimes	2,5	2,4	0,1
				FSV	0,1	0,1	0,0
				CADES	0,1	0,1	0,0
ACTIF FINANCIER	55,6	55,1	0,5	PASSIF FINANCIER	158,5	173,1	-14,6
Valeurs mobilières et titres de placement	44,7	46,8	-2,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	152,0	161,2	-9,2
Régime général	0,0	0,0	0,0	Régime général (échéance <1 an)	27,3	20,4	6,9
Autres régimes	8,7	8,3	0,4	CADES (échéance <1 an)	21,8	29,4	-7,7
FSV	0,0	0,0	0,0	CADES (échéance >1 an)	102,9	111,3	-8,4
CADES	1,0	4,0	-3,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	5,7	5,2	0,5
FRR	35,0	34,5	0,5	Régime général (y compris prêts CDC)	4,2	3,8	0,4
Encours bancaire	9,1	7,6	1,4	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,5	0,4	0,1
Régime général	0,9	1,1	-0,1	CADES	1,0	1,0	0,0
Autres régimes	4,0	2,9	1,1	Dépôts	0,5	1,1	-0,5
FSV	0,0	0,9	-0,9	Régime général	0,5	1,1	-0,5
CADES	3,2	1,6	1,5	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,5	-0,3
FRR	0,9	1,1	-0,2	ACOSS	0,2	0,5	-0,3
Créances nettes au titre des instruments financiers	1,9	0,7	1,1	Autres	0,1	5,2	-5,1
CADES	1,3	0,3	1,0	CADES	0,1	5,1	-5,1
FRR	0,6	0,4	0,1				
ACTIF CIRCULANT	82,1	80,2	1,8	PASSIF CIRCULANT	57,9	54,9	3,0
Créances de prestations	9,0	8,7	0,4	Dettes à l'égard des bénéficiaires (y compris CAP)	29,8	28,8	0,9
Créances de cotisations, de contributions sociales et impôts de sécurité sociale	8,9	10,5	-1,6	Dettes à l'égard des cotisants (y compris CAP)	2,7	2,0	0,7
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	47,6	40,9	6,6				
Créances sur l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,5	0,2	Dettes à l'égard de l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale (y compris CAP)	7,8	8,8	-1,0
Produits à recevoir de l'État	0,8	0,5	0,3				
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régulation)	5,1	9,1	-4,0	Autres passifs (créiteurs divers, comptes d'attente et de régulation) (y compris CAP)	17,6	15,3	2,3
TOTAL DE L'ACTIF	145,1	142,4	2,7	TOTAL DU PASSIF	145,1	142,4	2,7

Source : direction de la sécurité sociale.

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2017 fait apparaître une nouvelle amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale, à la suite de celle observée en 2016 et, de façon plus limitée, en 2015.

Par analogie avec la présentation des comptes de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-88,5 Md€ au 31 décembre 2017) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

En 2017, les capitaux propres se sont améliorés de 12,8 Md€, contre 8,1 Md€ l'année précédente et 1,3 Md€ en 2015 :

- le résultat net d'ensemble est positif en 2017 à hauteur de 12,6 Md€⁶⁰, soit une amélioration de 4,5 Md€ par rapport à 2016. Cette évolution s'explique en partie par la réduction du déficit du régime général, passé de 4,1 Md€ en 2016 à 2,2 Md€ en 2017 sous l'effet, notamment, de l'augmentation des excédents des branches vieillesse et AT-MP⁶¹. Ce résultat net d'ensemble incorpore non seulement le résultat déficitaire du FSV (-2,9 Md€ en 2017, contre -3,6 Md€ en 2016) et l'excédent des autres régimes (0,2 Md€ en 2017, contre 0,7 Md€ en 2016), mais aussi les résultats excédentaires dégagés par la CADES et par le FRR à hauteur, respectivement, de 15 Md€ et de 2,4 Md€⁶² ;
- le résultat en instance d'affectation (-3,6 Md€) correspond au résultat déficitaire du FSV au titre de 2016, les comptes de cet exercice restant en attente d'approbation par le conseil d'administration du fonds ;
- le report à nouveau, qui reflète les résultats des années antérieures, apporte une contribution positive à la variation des capitaux propres (à hauteur de 12,1 Md€⁶³). Le report à nouveau du régime général se dégrade de 2,1 Md€, notamment du fait de l'affectation des déficits

⁶⁰ Montant retraité de la non-affectation du résultat 2016 du FSV (cf. C – 1 *infra*).

⁶¹ Le déficit de la branche maladie s'est légèrement détérioré en 2017 (-4,9 Md€, contre -4,8 Md€ en 2016). Il est ponctuellement dégradé à hauteur de 1,4 Md€ par la réduction de la fraction de TVA affectée à la branche maladie (1,2 Md€) et par la double comptabilisation à tort de dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (0,2 Md€). À l'inverse, la branche maladie a bénéficié en 2017 d'une opération ponctuelle : le transfert des réserves de la section III du FSV (0,9 Md€).

⁶² Ces derniers n'ont toutefois pas pour objet de compenser les résultats déficitaires des régimes et du FSV relatifs au même exercice. La CADES a pour mission d'amortir la dette sociale qui lui a été transférée. Son résultat mesure donc sa capacité à réduire son endettement propre. Celui du FRR a vocation à concourir au financement à long terme des régimes de retraite de base, après déduction du versement annuel de 2,1 Md€ qu'il doit effectuer de 2011 à 2024 à la CADES.

⁶³ Montant retraité sous l'hypothèse d'une affectation du résultat 2016 du FSV en report à nouveau (cf. C – 1 *infra*).

pour 2016 des branches maladie (4,8 Md€) et famille (1 Md€), partiellement compensée par l'excédent des branches AT-MP (0,8 Md€) et vieillesse (0,9 Md€). Le report à nouveau de la CADES se réduit de 14,4 Md€, correspondant à l'affectation de son résultat 2016, pour s'établir à -136 Md€ ;

- l'application en 2017 de la modification du fait générateur des cotisations et contributions sociales prévue par la loi de financement pour 2017 a conduit à neutraliser au bilan d'ouverture l'incidence de ce changement comptable, à hauteur de 2,4 Md€ pour les entités de sécurité sociale comprises dans le champ du tableau patrimonial⁶⁴.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif⁶⁵ et l'actif financiers⁶⁶, atteint 102,9 Md€ au 31 décembre 2017. Pour la troisième fois depuis la création du tableau patrimonial en 2009, il connaît une réduction (de 15,1 Md€), sous l'effet combiné de :

- l'augmentation de l'endettement financier net du régime général (+6,6 Md€), qui s'établit à 31,3 Md€ au 31 décembre 2017, dont 27,2 Md€ portés par l'ACOSS⁶⁷. Une réduction de 10,8 Md€ avait été enregistrée l'année précédente du fait, notamment, d'une reprise de dette par la CADES (à hauteur de 23,6 Md€) ;
- la diminution de l'endettement financier net de la CADES (-20,7 Md€), qui s'établit à 120,3 Md€ au 31 décembre 2017. Ses passifs financiers ont en effet baissé de 21,2 Md€, notamment sur les postes relatifs aux papiers commerciaux émis en devises (-6,1 Md€), aux emprunts obligataires (-9,5 Md€) et aux dépôts de garantie reçus (-5,1 Md€). La moindre dégradation de la trésorerie nette de la CADES (-1,5 Md€ en 2017 contre -6,1 Md€ en 2016) s'explique

⁶⁴ Le fait générateur, qui était la date de versement du salaire, est devenu en 2017 la période d'emploi au titre de laquelle les salaires sont versés. Dans son avis n° 2018-04, le CNoCP a recommandé que les organismes de sécurité sociale comptabilisent en situation d'ouverture, sur l'exercice d'application des dispositions modifiant le fait générateur (2017 en l'espèce), les produits de cotisations et de contributions sociales assises sur les salaires versés à compter du 1^{er} janvier au titre de périodes de travail antérieures à cette date.

⁶⁵ Pour l'essentiel, l'endettement social porté par la CADES et par l'ACOSS.

⁶⁶ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (36,5 Md€), la CADES (4,4 Md€ dont 1 Md€ de titres d'État), le régime de retraites de la Banque de France (4 Md€), le CNRACL (1,1 Md€) et la MSA (0,5 Md€).

⁶⁷ L'endettement financier net de l'ACOSS au 31 décembre 2017 correspond au montant de ses dettes financières (27,9 Md€), déduction faite du solde de ses disponibilités au bilan (1,1 Md€) et de ses instruments financiers au passif (0,5 Md€). À titre principal, les dettes financières comprennent des titres émis sur les marchés financiers (27,3 Md€, contre 20,4 Md€ en 2016).

principalement par l'absence de reprise de nouvelles dettes par la caisse en 2017 (contre 23,6 Md€ en 2016), ainsi que par les flux de trésorerie liés aux émissions et remboursements de dettes financières (-16,4 Md€ nets contre 3,5 Md€ en 2016). Dans le cadre de l'élaboration du tableau patrimonial, les créances nettes au titre des instruments financiers incluent par ailleurs 1,1 Md€ de dépôts de garantis versés correspondant à des appels de marge, reclassés du poste « Immobilisations » au poste « Actifs financiers ».

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 un « avis sur la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos ».

À cette fin, la Cour s'assure de l'établissement du tableau patrimonial à partir des données comptables des entités entrant dans son champ, de l'élimination de l'ensemble des actifs et des passifs réciproques de ces entités⁶⁸, 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 des comptes 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).

⁶⁸ La détermination et le rapprochement des actifs et passifs réciproques sont justifiés par des accords de soldes validés par les agents comptables, ou directement à partir des balances comptables auditées. Plusieurs accords de soldes n'étaient pas disponibles sous leur forme définitive à la date du présent avis. Cependant, les montants résiduels non neutralisés, en l'absence de réciprocité observée au 31 décembre 2017, apparaissent non significatifs.

Dans le cadre des avis qu'elle a portés sur la cohérence du tableau patrimonial des exercices précédents, la Cour a relevé que les actifs et passifs du régime social des indépendants (RSI) intégrés au tableau patrimonial⁶⁹ restaient imparfaitement fiabilisés. Compte tenu des compléments qui leur ont été apportés⁷⁰, les éléments communiqués à la Cour à l'appui de la correcte ventilation des actifs et passifs du RSI entre les régimes de base intégrés au tableau patrimonial et ceux des régimes complémentaires qui n'en relèvent pas réduisent le risque que des anomalies affectent la cohérence du tableau patrimonial sur laquelle porte l'avis de la Cour.

À la suite de la suppression de ce régime au 1^{er} janvier 2018, les bilans des régimes de base du RSI au 31 décembre 2017 seront intégrés aux bilans d'ouverture de l'exercice 2018 des branches maladie et vieillesse du régime général, que la Cour examinera dans le cadre de sa mission de certification des comptes de ce régime.

En application du 2^o 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 2017 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 2019, ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 4 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 2019 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017.

⁶⁹ Le bilan des régimes de base représente 5 Md€ sur un bilan total de 20,3 Md€ au 31 décembre 2016, contre 4,6 Md€ sur un bilan total de 20 Md€ au 31 décembre 2017.

⁷⁰ Une déclaration écrite de l'agent comptable et du directeur général de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSSTI, ex-RSI) porte sur la fiabilité des données utilisées pour l'élaboration du bilan des régimes de base en vue du tableau patrimonial et atteste de la correcte ventilation des données entre les régimes de base et les autres régimes. À la suite d'une recommandation de la Cour, un commissaire aux comptes de la CNDSSSTI a émis une attestation relative aux informations figurant dans le tableau patrimonial qui, sans statuer sur la fiabilité des données analytiques utilisées, indique qu'aucune anomalie significative n'a été relevée dans le calcul de la répartition du bilan de la CNDSSSTI entre les régimes de base intégrés au tableau patrimonial et les autres régimes.

Elle formule néanmoins l'observation suivante : les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2017 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains des autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, sous l'effet notamment des faiblesses des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (cf. C - *infra*).

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

- les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la CADES (14,7 Md€ au 31 décembre 2017)⁷¹ ont été réintégrées à ses capitaux propres, en diminutions de « dotations » du fonds⁷², compte tenu de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR⁷³. Ce reclassement n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracés par le tableau patrimonial, mais uniquement sur leur ventilation entre la CADES et le FRR ;
- en application de la réglementation comptable⁷⁴, le FRR comptabilise ses actifs financiers à une valeur de marché (35 Md€ au 31 décembre 2017) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (3,5 Md€) ;
- dans le cadre de l'adossement, en 2005, du financement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG) à la branche vieillesse du régime général, les employeurs des IEG ont versé une somme de 3,1 Md€ à la CNAV, qui l'a elle-même reversée au FRR,

⁷¹ 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.

⁷² 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.

⁷³ Dans l'annexe à ses comptes, la CADES mentionne ces ressources en tant qu'engagements reçus du FRR (hors bilan).

⁷⁴ Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

chargé d'en assurer la gestion jusqu'en 2020⁷⁵. Conformément à la réglementation comptable (cf. *supra*), le FRR réévalue à chaque clôture d'exercice les actifs financiers qu'il gère pour le compte de la CNAV (5,2 Md€ au 31 décembre 2017), tandis que la CNAV comptabilise à sa valeur nominale la soulte dont la gestion financière est confiée au FRR (soit 3,1 Md€). Dans le tableau patrimonial, l'écart entre les montants comptabilisés respectivement par la CNAV et par le FRR (soit 2,1 Md€) est reclassé en produit constaté d'avance, conformément au traitement de cette opération défini par le Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale⁷⁶ ;

- 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 2,8 Md€⁷⁷ (2,6 Md€ nets en 2016). Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement⁷⁸, ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers à la rubrique « Actif financier » ;
- la Cour a relevé, dans l'opinion qu'elle a formulée sur les comptes de 2017 de l'activité de recouvrement et de l'ACOSS, que la comptabilisation d'un produit constaté d'avance de TVA nette affectée à l'ACOSS après celle d'un produit à recevoir d'un montant équivalent, correspondant l'un et l'autre à la même recette de TVA perçue en janvier 2018, n'était pas conforme aux principes d'indépendance des exercices et de comptabilisation en droits constatés⁷⁹.

⁷⁵ Comptabilisation dans les comptes du FRR en tant que dette, conformément à une décision du HCICOSS du 20 avril 2005.

⁷⁶ Dont les missions ont, depuis lors, été confiées au conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP).

⁷⁷ Ces titres, essentiellement détenus par les autres régimes, sont principalement portés par la CNAVPL (0,6 Md€), la Banque de France (0,7 Md€) et la MSA (1 Md€).

⁷⁸ Le plan comptable général (PCG) définit les valeurs 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).

⁷⁹ Cf. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, exercice 2017*, mai 2018, p. 94, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

S'agissant des entités qui sont comprises dans le champ du tableau patrimonial, mais pas dans celui des tableaux d'équilibre, les états financiers du FRR au 31 décembre 2017 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes, de même que ceux de la CADES⁸⁰.

Pour ce qui concerne les régimes et le FSV 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 (cf. I- C - 4 *supra*).

Comme le précisent les opinions de certification avec réserves exprimées par la Cour sur les neuf jeux de comptes du régime général et celles formulées par les commissaires aux comptes sur les états financiers de plusieurs autres régimes (MSA, CNDSTI, ENIM, CNAVPL) et du FSV, la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial demeure limitée par des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et des 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.

⁸⁰ 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*, octobre 2014, p. 25, La Documentation française 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.

CONCLUSION

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 2019 fournissent une représentation cohérente du résultat et de la situation patrimoniale des entités comprises dans leurs périmètres respectifs au titre de l'exercice 2017.

Cependant, 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 non conformes au cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale.

La Cour formule ainsi la recommandation suivante :

9. mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, qui sont contraires 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) ;

Surtout, comme les années précédentes, les faiblesses dans les dispositifs de contrôle interne et les difficultés d'ordre comptable relevées par la Cour dans les branches et l'activité du recouvrement du régime général et par les commissaires aux comptes pour certains des autres régimes entrant dans le périmètre des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial, continuent d'affecter la fiabilité des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre et au tableau patrimonial.

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 branche⁸¹

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
<i>Régimes de salariés</i>			
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
<i>Régimes de non-salariés</i>			
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
Régime social des indépendants (RSI)	X	X	
Caisse autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)		X	
Caisse nationale des barreaux français (CNBF)		X	
<i>Régimes spéciaux</i>			
Régime de retraite des fonctionnaires civils et militaires (SRE)		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 (CPRP SNCF)	X	X	
Caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens (CRP RATP)	X	X	X
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)		X	X
Établissement national des invalides de la marine (ENIM)	X	X	X
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	X	X	X
Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X	X	X
Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC)	X	X	
Banque de France		X	X
Régime de retraite de l'Assemblée nationale (personnel et anciens députés)		X	
Régime de retraite de l'Opéra national de Paris (CROP)		X	

⁸¹ Telle que présentée en annexe au PLFSS 2018.

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT-MP
Régime de retraite de la Comédie française (CRCF)		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	
<i>Régimes gérés par la Caisse des Dépôts et Consignations</i>			
Caisse nationale de retraite 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	

Source : Cour des comptes d'après la liste des régimes annexée au PLFSS 2018.

Deuxième partie

Prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé

PRÉSENTATION

La Cour examine dans quatre chapitres complémentaires l'organisation de notre système de santé.

Après avoir analysé en 2015 le système allemand d'assurance maladie, elle a mené une enquête sur l'évolution des systèmes de santé et de prise en charge des dépenses de santé dans huit pays européens⁸², dont les résultats sont présentés dans un premier chapitre. Ces systèmes ont été durement affectés par la récession économique de 2008-2009. Sur le plus long terme, ils sont soumis à des évolutions structurelles qui affectent leur soutenabilité : vieillissement de la population, extension des pathologies chroniques et coûts de l'innovation thérapeutique.

La France est confrontée à des enjeux identiques. À cet égard, les réponses qui leur ont été apportées par les autres pays européens sont riches d'enseignements pour améliorer l'efficacité de l'organisation des soins dans notre pays. En effet, ils ont généralement engagé des actions plus volontaristes, qu'il s'agisse de la régulation de la médecine de ville, de la prescription des médicaments génériques, de l'exploitation des données de santé ou de la réorganisation des hôpitaux.

Sur ce dernier point, le virage ambulatoire constitue une voie prometteuse pour redéfinir les rôles respectifs de l'hôpital et de la ville. Afin de mieux prendre en compte les progrès des techniques thérapeutiques et le bien-être des patients, il s'agit tout à la fois de substituer des hospitalisations de jour à des hospitalisations classiques avec nuitée et des consultations et suivis en ville, par des médecins et des personnels paramédicaux, notamment infirmiers, à des hospitalisations.

Dans un deuxième chapitre, la Cour constate cependant que le virage ambulatoire est inégalement engagé. Dans les établissements de santé, il est pris de plus en plus en chirurgie, au prix d'un surfinancement par les tarifs versés par l'assurance maladie, mais n'est que balbutiant en médecine, faute d'incitations suffisantes à la réorganisation des activités des établissements. Le remplacement de prises en charge hospitalières par des consultations et suivis en ville achoppe quant à lui sur le manque d'organisation de la médecine de ville et les délégations encore limitées de tâches des médecins aux professionnels paramédicaux.

Dans deux autres chapitres, la Cour illustre des faiblesses systémiques de notre système de santé, qui tiennent là encore en grande partie à une organisation sous-optimale des soins en ville et à l'hôpital.

⁸² Allemagne, Espagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède.

Les maladies cardio-neurovasculaires sont la seconde cause de mortalité en France, après les cancers ; elles affectent la vie des patients qui en sont atteints de manière chronique. Le nombre de ces derniers (4,5 millions en 2015) et le coût de leur prise en charge par l'assurance maladie (16,7 Md€ en 2016) sont en forte hausse. Sans présenter une gravité comparable dans le cas général, les troubles et les pathologies de la vue sont encore plus répandus : 60 % des Français portent des lunettes ou des lentilles de contact. Les dépenses liées aux soins visuels peuvent être estimées à 9,6 Md€ en 2016, dont 6,2 Md€ pour l'optique.

Des faiblesses communes affectent ces enjeux de santé publique : une prévention insuffisante, à tous les stades du développement des pathologies ; des difficultés d'accès aux soins de ville, du fait de la rareté de l'offre sur certains territoires ou de son coût ; le manque de coordination et de gradation des soins entre les différents acteurs ; la faiblesse des instruments visant à garantir la qualité et la sécurité des soins ; des effets d'aubaine liés au surfinancement d'actes et de produits.

Si la lutte contre le tabagisme a récemment progressé, l'alcool et la consommation alimentaire restent encore des parents pauvres de la prévention. De même, le dépistage des troubles de la vue demeure trop limité, notamment chez les enfants et les personnes âgées.

Malgré de timides progrès, les professionnels paramédicaux jouent un rôle encore insuffisant dans le diagnostic, la prescription et le suivi des patients. À cet égard, une extension des tâches confiées aux orthoptistes et aux opticiens-lunetiers est indispensable pour atténuer l'incidence de la chute de la démographie des ophtalmologues sur l'accès aux soins visuels.

Les autorisations accordées sans cohérence d'ensemble aux établissements de santé et l'absence (pathologies de la vue), le niveau trop bas ou l'inapplication de seuils d'activité (maladies cardio-neurovasculaires) affectent la qualité des soins en établissement. À ce jour, le virage ambulatoire ne s'est pas accompagné d'une reconfiguration des organisations et des capacités hospitalières, contrairement à ce qui s'observe dans les autres pays européens.

Les nomenclatures et les tarifs des actes et des produits de santé à l'hôpital et en ville présentent des incohérences ; ils n'encouragent pas systématiquement les prises en charge les plus pertinentes et efficaces.

La Cour émet plusieurs recommandations visant à renforcer la prévention, à réduire les difficultés d'accès aux soins, à développer et à mieux structurer le mode de prise en charge ambulatoire, à favoriser la qualité et la sécurité des soins, à réduire les coûts excessifs et à améliorer la soutenabilité des dépenses de santé financées par l'assurance maladie, les assurances privées et directement par les ménages.

Chapitre IV

Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France

PRÉSENTATION

La dépense courante de santé des pays de l'Union européenne atteint 10,5 % de leur PIB et le secteur ainsi financé compte 27,5 millions d'emplois⁸³. Le niveau des dépenses publiques qui sont consacrées à ces politiques – qui dépassent souvent 15 % du total - est en outre l'un des paramètres les plus significatifs de l'équilibre des budgets publics. Les enjeux des réformes des systèmes de santé ont donc acquis, partout au sein de l'Union, une importance de premier plan.

Ces systèmes ont été, au cours des dix dernières années, soumis à de multiples pressions qui ont fragilisé leurs équilibres.

Ils ont d'abord été brusquement confrontés, à partir de 2008-2009, à une crise économique et financière, puis des finances publiques, majeure. Celle-ci a nécessité, dans la plupart des pays, des plans d'économies, mais aussi des réformes structurelles d'ampleur et de modalités variables.

Sur le long terme, ils sont soumis, dans une mesure qui s'est accrue au cours de la décennie écoulée, à des tensions liées au vieillissement de la population, à l'extension de la prévalence des pathologies chroniques et au renchérissement des technologies et des produits de santé.

L'organisation et la gouvernance des systèmes de santé connaissent par ailleurs de profondes transformations, s'agissant en particulier des rapports entre autorité centrale et échelons locaux.

Aussi est-il intéressant de dresser un premier bilan de ces évolutions, de façon à situer notre pays par rapport à ses voisins, mais aussi de prendre toute la mesure des réformes et expériences menées.

En 2015, la Cour avait étudié les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne⁸⁴. Elle n'avait cependant encore jamais procédé à une enquête comparative sur les systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé d'un large ensemble de pays comparables à la France en

⁸³ Pour les 23 principaux pays de l'Union européenne dont les statistiques sont suivies par l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), données 2015.

⁸⁴ 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, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Europe. Tel est l'objet de l'enquête qu'elle a menée⁸⁵, qui retrace les réponses apportées par les autres pays européens aux tensions croissantes, mais inégales, auxquelles sont soumis leurs systèmes de santé depuis dix ans (I) et les réformes structurelles auxquelles ils ont procédé (II).

I - Des dispositifs de prise en charge soumis à des tensions croissantes mais inégales

Si tous les pays européens ont été affectés par la récession économique de 2008-2009, seule une partie d'entre eux ont été confrontés à une crise de leur dette souveraine. Ceux-ci ont mis en œuvre des mesures de grande ampleur pour limiter les dépenses socialisées de santé, ce qui a conduit à dégrader la prise en charge de la demande de soins. Les autres pays ont également pesé sur l'évolution des dépenses, mais de manière moins forte ou durable. Pour sa part, la France a préservé ses systèmes de santé et de prise en charge des dépenses, au prix de déficits persistants de l'assurance maladie.

A - Des mesures de limitation des dépenses d'intensité graduée selon les pays

L'ensemble des pays européens a mis en œuvre des mesures, d'intensité variable en fonction de la gravité de la situation de leurs finances publiques, visant à réduire la part socialisée des dépenses de santé, les rémunérations des professionnels de santé et les investissements. Tous exercent par ailleurs une pression particulière sur les dépenses de médicaments. L'évolution de la dépense de santé socialisée par habitant diverge entre le nord et le sud de l'Europe.

⁸⁵ Les travaux se sont déroulés entre novembre 2017 et mars 2018 et se sont appuyés sur les sources documentaires internationales (notamment l'exploitation des bases de données harmonisées sur les dépenses de santé de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Organisation de coopération et de développement économiques et d'Eurostat), françaises, allemandes, anglaises, italiennes, espagnoles, néerlandaises, suédoises, portugaises et irlandaises disponibles, ainsi que sur des séries d'entretiens réalisés avec le soutien de l'ambassade de France auprès des principaux acteurs du secteur dans les capitales concernées (sauf La Haye) complétées, en Italie et en Espagne, au niveau régional (Latium et Toscane, Castille et León et Pays basque).

**1 - Dans les pays les plus affectés par la crise de 2008,
des arbitrages sévères sur les dépenses mises à la charge des
patients, les rémunérations et les investissements**

*a) L'accroissement de la participation des patients au coût des
traitements*

Presque tous les plans d'économies ont fait appel à l'augmentation des franchises, aux tickets modérateurs ou à la mise de certaines dépenses à la charge des patients.

Ces mesures ont eu le plus d'ampleur dans les pays les plus affectés par la crise, à commencer par l'Irlande et le Portugal, concernés par la procédure des mémorandums avec la Commission européenne, la Banque centrale européenne et le Fonds monétaire international à la suite de la crise de leurs dettes souveraines. En Irlande, des participations forfaitaires sont demandées depuis 2012 pour les séjours hospitaliers (75 € par jour limités à 10 jours, portés à 80 € en 2013), y compris les passages aux urgences (100 €). Le plafond mensuel des biens et services médicaux prescrits mis à la charge des patients a été fixé à 100 € en 2009 et progressivement monté à 144 € en 2013. Au Portugal, les forfaits hospitaliers ont plus que doublé en 2012. Alors qu'ils s'échelonnaient auparavant entre 3 € et 10 € suivant les types de soins, cet intervalle a été porté de 10 € à 20 €. Les franchises ont par ailleurs été sensiblement augmentées pour les soins de ville et portées à des niveaux élevés pour certaines classes de médicaments (antidépresseurs, antiacides gastriques, paracétamol notamment).

L'Espagne et l'Italie ont suivi la même voie, la première en portant en 2012 les tickets modérateurs pour les médicaments jusqu'à 60 % pour les patients jouissant des revenus les plus élevés⁸⁶ ; la seconde en introduisant un co-paiement sur les consultations de spécialistes de 10 €, s'ajoutant à un paiement de base pouvant atteindre 36,15 €. Une participation de 25 € est par ailleurs demandée pour les passages aux urgences jugés non urgents.

⁸⁶ Les franchises sont toutefois plafonnées (à 8,14 € par mois pour les ménages ayant moins de 18 000 € de revenus annuels, 18,32 € par mois pour ceux entre 18 000 € et 100 000 €, 61,08 € par mois au-delà) et certaines catégories de la population (retraités exonérés d'impôts, chômeurs en fin de droits, personnes bénéficiant de certaines aides sociales à l'intégration) en sont exemptées.

Dans ces quatre pays, de larges dispositifs d'exonération ou d'atténuation de la portée des mesures adoptées ont toutefois permis de limiter l'impact de ces mesures sur les populations les plus fragiles⁸⁷.

Bien qu'avec moins d'intensité, les niveaux de prise en charge des dépenses de santé ont également été réduits dans d'autres pays de l'échantillon étudié. Aux Pays-Bas et en Suède, où existent des mécanismes de « bouclier sanitaire » laissant, en deçà d'un seuil, certaines dépenses à la charge des patients, celui-ci a ainsi été progressivement relevé, passant de 150 € par an en 2009 à 385 € en 2017 dans le premier et, plus modestement, d'environ 90 € à 110 € en 2012 dans le second⁸⁸.

En Allemagne en revanche, où un « bouclier sanitaire » fonction du revenu avait été instauré en 2004, de même qu'une série de participations des assurés aux coûts de leur prise en charge, les franchises de 10 € sur les consultations de médecins généralistes et spécialistes, ont été supprimées en 2012, compte tenu de la bonne tenue financière de l'assurance maladie.

b) La contraction du panier de soins pris en charge

Plusieurs pays ont retiré des produits et des prestations du panier de soins pris en charge. L'Espagne a ainsi engagé depuis 2012 un mouvement de révision visant à supprimer les traitements de « symptômes mineurs » (plus de 1 000 produits). L'Italie s'est engagée dans une direction similaire à la même époque. Les Pays-Bas ont, à partir de 2009, progressivement renoncé à rembourser les somnifères et tranquillisants dans le cas général, les antidépresseurs, les antiacides gastriques, les acétylcystéines⁸⁹, les statines hors l'application de recommandations de bonne pratique, les contraceptifs pour les femmes de plus de 21 ans, les appareils d'aide à la marche, les couvertures anti-allergènes et certains soins de longue durée⁹⁰.

Presque achevée en Allemagne, en Italie et en Espagne, la tendance à concentrer l'intervention des mécanismes de solidarité sur l'hôpital, la médecine générale et spécialisée, les urgences, les médicaments les plus importants, tandis que l'essentiel des soins dentaires, optiques, les audioprothèses et les transports sanitaires non urgents sont laissés à la charge des patients, s'est poursuivie aux Pays-Bas et en Irlande. Pour sa

⁸⁷ Ils bénéficient par exemple à plus de 30 % des Irlandais (les détenteurs de la « carte médicale ») et à plus de 50 % des Portugais.

⁸⁸ De 1 800 SEK à 2 200 SEK pour les prescriptions.

⁸⁹ Fluidifiant utilisé pour traiter les affections respiratoires.

⁹⁰ Assistance psychologique, soins à domicile au-delà de 10 heures hebdomadaires.

part, la France n'a pas mené sur la période d'actions visant à restreindre le champ du panier de soins pris en charge par l'assurance maladie.

c) La diminution des effectifs et des rémunérations des professionnels de santé

Dans ce domaine, l'écart entre les mesures prises par les pays les plus affectés par la crise et les autres est particulièrement important.

Les coupes ont été plus sévères dans les pays où les professionnels de santé, dont les médecins, sont des salariés d'un système national de santé (Irlande, Espagne, Portugal) ou lui sont contractuellement liés (Royaume-Uni, Italie), que dans les systèmes de médecine libérale (Allemagne, Pays-Bas). En Irlande et au Portugal, les deux pays sous mémorandum, les baisses de rémunération ont dépassé 30 % pour certaines catégories de professionnels dans le premier cas, 15 % dans le second, assorties pour ce dernier d'une hausse de cinq heures du temps de travail hebdomadaire et d'une réduction de la rémunération des heures supplémentaires.

Des mesures similaires ont été prises en Espagne⁹¹. En Italie, le niveau central a organisé un blocage des rémunérations, un plafonnement des charges de personnel des régions et l'absence de renouvellement de départs à la retraite. Dans les régions en forte difficulté sur le plan budgétaire, les effectifs ont fortement baissé⁹².

Les autres pays ont pris des mesures moins sévères. Au Royaume-Uni, des gels, puis des périodes de modération salariale, ont toutefois été mis en œuvre entre 2011 et 2014 ; ils se sont ajoutés à des diminutions d'effectifs. Aux Pays-Bas, la structure décentralisée du système de soins⁹³ ne se prêtait pas à des mesures générales. Un système de contribution sur les revenus des fournisseurs de soins a toutefois été mis en place en 2008 pour modérer la progression des dépenses de santé, avant d'être remplacé

⁹¹ Baisse de 5 % des salaires pour tous les employés publics en 2010 (dans ce système national de santé, les professionnels de santé sont salariés de l'État et des communautés autonomes) en 2010, suppression du 14^{ème} mois en 2012, allongement de deux heures et demie de la durée de travail hebdomadaire, réduction des vacances et de la prise en charge des absences pour maladie. Les effectifs ont également baissé.

⁹² Moins 15 % entre 2006 et 2014 dans le Latium par exemple.

⁹³ Assurances maladie en compétition sur un marché, médecins indépendants contractant avec les précédentes, hôpitaux très majoritairement à but non lucratif.

en 2011 par des cibles de limitation de la dépense⁹⁴. En Allemagne, des dispositions législatives ont bloqué pendant deux ans (2011-2012) l'évolution des rémunérations des médecins, mais des rattrapages ont été négociés par la suite. Toutefois, la fixation d'enveloppes pour les dépenses de soins de ville, conjuguée à un système de tiers payant, a permis de contenir l'évolution des dépenses et des revenus des médecins libéraux.

d) La baisse de l'investissement

Les divergences ont là aussi été marquées entre les pays : les statistiques de formation brute de capital fixe dans le secteur de la santé (bâtiments, équipements) réunies par l'OCDE ou les sources nationales montrent une stabilité ou une croissance pour la Suède, mais de très fortes baisses pour l'Espagne (jusqu'à - 60 %, où il est passé de 2,7 Md€ en 2008 à 1 Md€ en 2015), le Royaume-Uni, l'Irlande et le Portugal.

2 - Dans tous les pays, une pression particulière sur les dépenses de médicaments et les achats hospitaliers

La dépense de médicaments, qui représente en moyenne 1,5 % du PIB dans les pays de l'Union européenne, a partout été mise à contribution.

En Italie et au Portugal, des dispositifs de plafonnement global de la dépense ont été introduits. Le dépassement de valeurs limite conduit les entreprises pharmaceutiques à rembourser tout ou partie de l'excès correspondant de dépenses⁹⁵. Ces mécanismes, également pratiqués par la France⁹⁶, occupent, particulièrement en Italie, une place prépondérante dans le contrôle du niveau final de la dépense de santé. Des dispositifs

⁹⁴ Accords de limitation avec les spécialistes, puis avec l'ensemble des fournisseurs de soins primaires, pour limiter la hausse des dépenses à 2,5 % par an.

⁹⁵ En Italie, les laboratoires remboursent la totalité du dépassement sur les dépenses de ville et la moitié sur celles qui concernent l'hôpital, les régions assurant dans ce cas le complément. Le dispositif portugais a évolué vers une taxe sur les laboratoires dont peuvent s'exonérer ceux d'entre eux qui modèrent les dépenses et contribuent à des fonds financiers en faveur de l'hôpital ou de la ville.

⁹⁶ À travers la fixation par la loi d'une clause de sauvegarde « L » visant à encadrer l'évolution du chiffre d'affaires des entreprises lié aux médicaments remboursés par l'assurance maladie et d'une contribution « W » pour le chiffre d'affaires propre aux médicaments traitant l'hépatite C. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, 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. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

comparables existent au Royaume-Uni, où ils sont souscrits volontairement par les entreprises et en Espagne depuis 2015, où ils ont toutefois une moindre portée dans la mesure où ils ne s'adressent qu'aux communautés autonomes et non aux entreprises pharmaceutiques elles-mêmes et ont seulement un caractère incitatif.

L'usage des médicaments génériques et, plus récemment, bio-similaires⁹⁷, a été fortement encouragé. Il atteint dans certains pays comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne plus de 80 % des prescriptions. Les obligations faites au médecin, sous réserve de certaines exceptions de portée variable selon les pays, de prescrire en dénomination internationale et au pharmacien de fournir le médicament le moins cher, ont été le premier instrument de leur déploiement. De nombreux pays développent en outre des actions de formation, des campagnes d'information, le recours à des moyens électroniques d'aide à la prescription, des systèmes de suivi des prescriptions des médecins permettant de connaître leurs performances dans ce domaine, ainsi que des mesures d'incitation financière⁹⁸.

Pour accroître l'efficacité de ces mesures, des diminutions de prix des médicaments génériques ont par ailleurs été décidées. L'Espagne établit par exemple des prix de référence calculés sur les valeurs les plus basses des molécules entrant dans une même catégorie d'efficacité. Le Portugal oblige, comme en France, à une baisse des prix de 60 % par rapport au médicament princeps originel et la Suède, de 65 %.

La Suède a en outre particulièrement mis l'accent sur la mise en concurrence des fournisseurs pour réduire les coûts en organisant des achats aux enchères par l'Agence du médicament. Cette dernière se prévaut d'obtenir, avec les Pays-Bas, les prix des génériques les plus bas en Europe. Le développement d'achats par appels d'offres groupés pour tout le système hospitalier, voire du système de santé dans son ensemble, s'est également développé ces dernières années en Italie, en Espagne et au Portugal, au niveau central ou régional. Ces procédures ont souvent été étendues à une partie des autres achats des hôpitaux.

En vue de maîtriser le coût croissant de l'innovation pharmaceutique, les pays européens ont fait évoluer leurs méthodes de fixation des prix. Les produits pris en charge ont été mieux ciblés, au moyen notamment

⁹⁷ Les médicaments bio-similaires sont la copie de médicaments biologiques, à la différence des médicaments génériques, qui sont la copie de médicaments chimiques.

⁹⁸ Notamment le Royaume-Uni pour la totalité de ces dispositifs, l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, les Pays-Bas pour certains d'entre eux.

de la diffusion des méthodes d'analyse médico-économiques qui comparent leur coût et leur efficacité. Les médicaments nouveaux sont de plus en plus suivis en vie réelle pour déterminer si leur efficacité concrète justifie leur prix⁹⁹. Parfois, certaines molécules particulièrement onéreuses n'ont été introduites que de manière progressive¹⁰⁰.

La pratique généralisée de remises confidentielles sur les prix publics des médicaments crée néanmoins une asymétrie d'information au détriment des États lors de leurs négociations avec les entreprises pharmaceutiques, en restreignant les possibilités de comparaison des prix avec ceux obtenus par leurs homologues. Cette situation appelle la mise en place de mécanismes de négociation groupée entre tout ou partie des États de l'Union européenne, dont la France¹⁰¹.

3 - De fortes divergences dans l'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge

Les mesures d'économies prises dans tous les pays ont exercé une pression générale sur les dépenses de santé. Leur rythme de progression s'est nettement réduit en Europe, marquant une inflexion à partir de 2009, en passant de +7,9 % par an entre 2007 et 2009 à +2,4 % de 2009 à 2014. La part des dépenses de santé prise en charge par la voie de dispositifs publics a suivi une évolution plus marquée (+7,9 % à +2,1 %). La part moyenne des dépenses de santé prises en charge par des dispositifs publics s'est ainsi réduite de 74,1 % en 2007 à 73 % en 2014.

Ce léger désengagement, en moyenne, du financement public des dépenses de santé recouvre toutefois des réalités nationales très différentes, liées notamment à l'impact inégal de la crise de 2008. Alors que l'Allemagne, la Suède ont assez vite rétabli leurs comptes publics et engagé un cycle de réduction de leur endettement, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, l'Irlande mais surtout l'Italie, l'Espagne et le Portugal, ont connu une période prolongée de déficits souvent élevés.

⁹⁹ Un système de registres gérés par l'Agence italienne du médicament permet ainsi de suivre plus de 130 molécules.

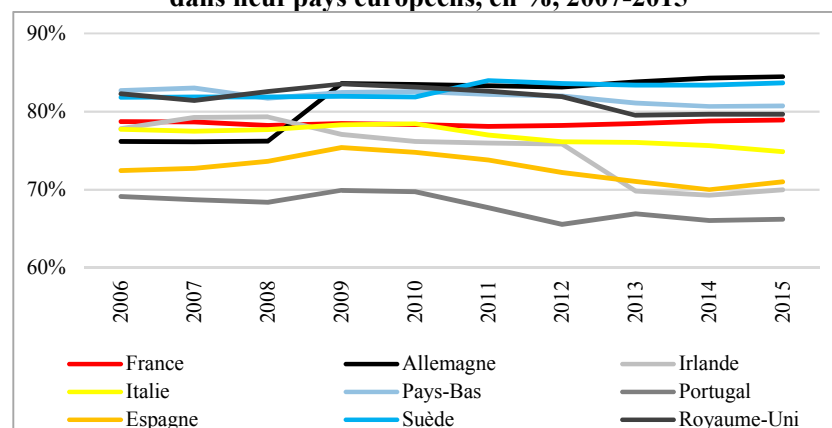
¹⁰⁰ Notamment en Italie, en Espagne et au Portugal pour les traitements de l'hépatite C.

¹⁰¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, 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. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La crise a eu un effet sur le PIB de la France comparable à celui de la moyenne des huit pays étudiés sur l'ensemble de la décennie écoulée, même si la récession de 2009 y a été moins forte et que la reprise de la production y a été un peu plus lente à partir de 2014. Les déficits publics ont été moins réduits qu'ailleurs (en 2016, ils étaient plus élevés de 1,9 point de PIB, soit 42 Md€, que la moyenne des soldes publics des huit pays précités) et l'endettement public n'a, au contraire de la situation qui prévaut dans la plupart des autres pays de la zone euro, toujours pas amorcé de décrue par rapport au PIB.

Des plans d'économies contrastés dans des contextes économiques et financiers distincts ont suscité une nette divergence dans l'évolution des dépenses publiques de santé. Alors qu'en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en France, les dépenses publiques de santé ont crû plus vite que le reste des dépenses publiques entre 2007 et 2014¹⁰², elles ont au contraire porté plus que les autres le poids de l'ajustement au Portugal, en Irlande, en Espagne et en Italie. Dans ces quatre pays, la part socialisée des dépenses de santé a baissé.

Graphique n° 6 : évolution de la part socialisée des dépenses de santé, dans neuf pays européens, en %, 2007-2015

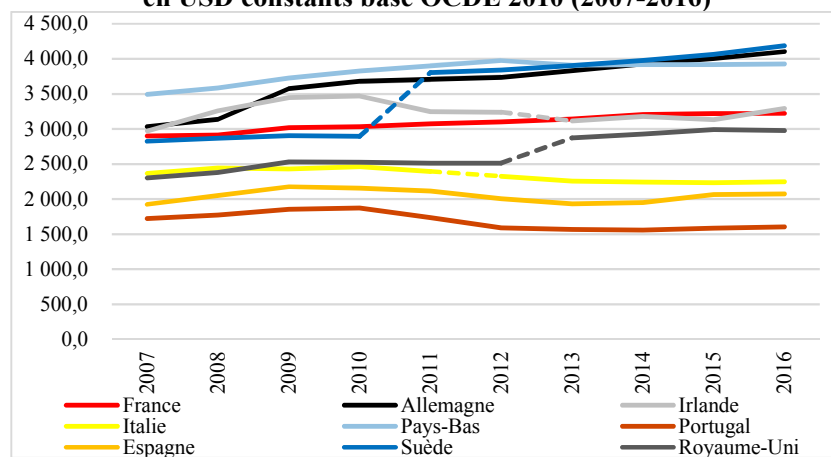


Source : base de données santé, OCDE.

¹⁰² Les dépenses publiques de santé sont ainsi passées en Allemagne de 18,1 % du total des dépenses publiques en 2007 à 19,65 % en 2014 (+1,6 point) ; elles ont gagné près de deux points aux Pays-Bas entre ces deux années, alors qu'elles ne représentent plus que 11,9 % des dépenses publiques au Portugal (-2,7 points par rapport à 2007) et 13,4 % en Irlande (-2,5 points) [Organisation mondiale de la santé (OMS)].

Mesurées en monnaie et parités de pouvoir d'achat constantes et abstraction faite des ruptures de données qui affectent quelques années, les dépenses publiques de santé par tête se sont accrues, pendant la période, pour l'Allemagne, la Suède, les Pays-Bas et plus modestement pour le Royaume-Uni et la France. Elles se sont en revanche repliées au Portugal, en Irlande, en Espagne et en Italie.

Graphique n° 7 : évolution des dépenses publiques de santé par tête dans neuf pays européens, en parités de pouvoir d'achat constantes, en USD constants base OCDE 2010 (2007-2016)



Note : les pointillés indiquent des ruptures de séries pour la Suède en 2011, l'Italie en 2012, le Royaume-Uni et l'Irlande en 2013.

Source : base de données santé, OCDE.

Ces mouvements ont pour conséquence une divergence dans l'évolution des dépenses laissées à la charge des ménages : leur niveau s'est nettement accru en Italie, en Espagne, au Portugal et en Irlande, mais aussi aux Pays-Bas¹⁰³, alors qu'il est resté stable, ou a même légèrement diminué, dans les autres pays.

¹⁰³ +2,9 points de dépenses de santé en Italie et au Portugal, +2 points aux Pays-Bas et +1,5 point en Espagne entre 2006 et 2015 ; +2 points en Irlande entre 2006 et 2012 selon la base de données de l'OMS.

Ces évolutions sont d'autant plus sensibles pour les ménages que le supplément de dépenses laissées à leur charge n'a été que rarement couvert par les assurances privées. Si en Irlande, celles-ci se sont fortement développées, atteignant 15 % des dépenses de santé en 2015 contre 8,2 % en 2006, tel n'est pas le cas ailleurs. Au Royaume-Uni¹⁰⁴, en Espagne et aux Pays-Bas, la part des dépenses courantes de santé financée par ces opérateurs a ainsi diminué depuis 2006, tandis qu'elle est restée stable en Suède¹⁰⁵. Même en Italie, où la place de ces dispositifs a plus que doublé en dix ans, ils restent peu répandus (2,3 % des dépenses)¹⁰⁶.

B - Un impact négatif perceptible sur certains systèmes de soins

Même s'il est encore trop tôt pour en apprécier les conséquences sur la santé des populations, dans plusieurs pays européens, le rationnement quantitatif de l'offre de soins ou le renchérissement de l'accès aux soins ont conduit à retarder la prise en charge, voire dans certains cas à évincer une partie de la demande de soins.

¹⁰⁴ Dans ce pays, 5,5 % de la dépense de santé et 11 % de la population sont maintenant couverts par une assurance privée souscrite soit par l'employeur, soit à titre individuel.

¹⁰⁵ Royaume-Uni : 5,5 % de la dépense courante de santé en 2015 contre 7,2 % en 2006 ; Espagne : 4,7 % contre 6,2 % ; Pays-Bas : 7,0 % contre 8,1 % ; Suède : 11,4 % et 11,6 %.

¹⁰⁶ En Allemagne, l'existence d'un système privé qui concerne les 10 % des ménages les plus aisés s'explique également par le souhait de ces derniers de pouvoir bénéficier de prestations plus généreuses que celles offertes par le système public.

1 - Des conséquences encore incertaines de la crise économique sur la santé publique

Les revues de la littérature économique de la santé disponibles¹⁰⁷ ne permettent pas aujourd'hui de discerner l'impact des récessions économiques sur la santé des populations. Il en ressort en général au contraire que les difficultés économiques passées et notamment la montée du chômage, sont associées à une baisse du niveau de la mortalité. Ce paradoxe apparent peut s'expliquer par les effets positifs sur la santé des changements de comportements de consommation d'alcool ou de tabac, voire de conduite automobile et donc d'accidents de la route entraînés par la diminution des revenus, qui l'emporteraient sur les effets négatifs liés à la réduction des budgets consacrés aux soins.

S'agissant des difficultés économiques rencontrées depuis 2008, plusieurs études ont établi des corrélations avec certains aspects de la santé publique, au premier chef la santé mentale¹⁰⁸ et la consommation de médicaments affectant le système nerveux, mais aussi avec une baisse des séjours à l'hôpital et une fréquence plus élevée de problèmes obstétricaux¹⁰⁹. Il serait cependant hâtif de tirer de ces quelques éléments des conclusions définitives.

D'une part, la plupart des conséquences potentielles des difficultés économiques sont souvent très postérieures à leur cause, ce qui plaide pour un délai d'observation plus long que celui dont ont disposé à ce jour les statisticiens de la santé pour évaluer les effets de la crise de 2008 et des réductions des dépenses de santé qui n'ont souvent été mises en œuvre qu'à compter de 2011-2012.

¹⁰⁷ Notamment : *Economic crisis, health systems and health in Europe, impact and implications for policy*, Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamas Evetovits, Matthew Jowett, Philippa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, Marina, Karanikolos, Hans Kluge, *European observatory on health systems and policies*, 2015 et OECD Health Working paper n° 76, *Health, austerity and economic crisis: assessing the short-term impact in OECD countries*, septembre 2014.

¹⁰⁸ Une étude de l'Observatoire national du suicide, *Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche*, premier rapport, Paris, 2014 met notamment en évidence une augmentation des suicides chez les hommes d'âge actif.

¹⁰⁹ Ces études mettent là aussi en évidence une diminution des décès dus à l'alcool (OCDE et *European observatory on health systems and policies*, op. cit.).

D'autre part, les résultats dégagés de l'étude des crises précédentes ne sont pas nécessairement transposables. En effet, aucun de ces épisodes n'a eu à la fois l'ampleur des fluctuations de ces dix dernières années¹¹⁰ et la propriété de s'être déroulé dans un contexte où, du fait du développement des maladies chroniques et des progrès médicaux permettant une survie longue au prix de traitements coûteux, l'état de la santé était aussi dépendant des dépenses publiques.

2 - L'allongement des files d'attente

Les délais nécessaires pour avoir accès à certains soins se sont allongés avec la crise, particulièrement dans les pays les plus durement affectés. Si les États qui mettent en œuvre des systèmes nationaux de santé financés sur des dotations limitatives du budget national ont été particulièrement concernés, ils ne sont pas les seuls.

En Italie, bien que la collecte des données concernant les listes d'attente ne soit pas organisée au niveau national, la difficulté à obtenir un rendez-vous de spécialiste, à faire réaliser un examen médical ou à fixer une date pour une hospitalisation est de loin, avec le coût, la première mise en avant par les enquêtes sur le système national de santé¹¹¹. Il ne reste dans certains cas qu'à recourir aux consultations privées organisées, par le système de l'*intramoenia*, par les médecins hospitaliers en plus de leur activité principale, ou à s'adresser au secteur privé, onéreux dans ce pays, d'autant que les assurances privées y sont peu développées.

Au Portugal, le nombre d'examens médicaux a diminué d'un quart entre 2010 et 2012 du fait des compressions budgétaires et, début 2018, plus de 700 000 personnes n'étaient pas inscrites dans les patientèles des médecins de premier recours, ce qui conduit notamment à retarder les prises de rendez-vous. La mise en place de statistiques nationales permet

¹¹⁰ Bien que sans comparaison avec les phénomènes étudiés dans ce chapitre, l'impact considérable en termes de santé publique de l'effondrement de l'URSS (l'espérance de vie des hommes est tombée en Russie de 64 à 57 ans entre 1991 et 1994) en raison de l'augmentation de la consommation d'alcool, des suicides, des homicides et des crises cardiaques, témoigne des conséquences que des perturbations extrêmes peuvent engendrer (*L'impact des conditions macroéconomiques sur les conditions de santé*, Nicolas Da Silva, in La revue de l'Institut de recherche économique et sociale, numéro 91-92, février 2018).

¹¹¹ Notamment celle de l'organisation de consommateurs « *Cittadinanzattiva* » ou celle du *Centro studi investimenti sociale* (CENSIS, 51^{ème} rapport, 2017).

cependant de suivre en partie la situation¹¹² et des mesures ont été prises pour tenter de la contrôler¹¹³. En Irlande, les files d'attente affectent plus de 15 % de la population¹¹⁴ ; le nombre de personnes concernées et les délais moyens y sont en augmentation. Au Royaume-Uni, les délais de réponse pour quelques prestations cible (chirurgie, cancer, ambulances, urgences) se sont tous dégradés depuis 2012¹¹⁵.

Même si elle n'atteint pas les chiffres précédents, la situation s'est également aggravée à certains égards en Espagne. Le nombre de patients en liste d'attente pour la chirurgie s'y est ainsi accru de 57 % entre 2006 et 2016¹¹⁶ ; la durée moyenne d'attente a augmenté en chirurgie (83 jours en 2016¹¹⁷), mais s'est réduite pour les rendez-vous (51 jours à cette date¹¹⁸). En Suède, les listes d'attente sont l'une des raisons du développement des assurances privées, qui permettent un accès plus rapide aux soins.

3 - Des inégalités qui se creusent

Dans certains pays, les dix dernières années ont vu s'aggraver les disparités régionales. Tel est le cas de l'Italie, où les mesures des performances régionales effectuées par le ministère chargé de la santé¹¹⁹ montrent que les cinq régions qui n'atteignaient pas, en 2015, le niveau minimum requis appartenaient toutes à la moitié sud du pays. Les écarts entre les régions se sont accrus depuis 2002, alimentant un phénomène de migration des malades du sud vers le nord de la péninsule. Au Portugal et en Espagne, des disparités territoriales se manifestent également, parfois davantage marquées par l'opposition entre les régions plus enclavées de l'intérieur et les zones côtières.

¹¹² En 2016, la durée moyenne d'attente pour une consultation spécialisée était de 121 jours. Pour la chirurgie, elle s'élevait à 94 jours.

¹¹³ Un programme de consultations à délai réduit ; une mise en réseau de tous les hôpitaux du pays pour certains soins.

¹¹⁴ Selon les statistiques du *National Treatment Purchase Fund*.

¹¹⁵ D'après une étude du *King's Fund* : *What is happening to the waiting times in the NHS?*, novembre 2017.

¹¹⁶ +24 % pour les rendez-vous.

¹¹⁷ Contre 70 jours en 2006.

¹¹⁸ 29 jours en 2006.

¹¹⁹ Un ensemble de 166 indicateurs portant sur l'activité, les résultats et la composante hospitalière du système de santé, faisant notamment état de mesures de la mortalité à 30 jours et à un an à la suite de certaines interventions médicales.

Les enquêtes par sondages, coordonnées par Eurostat, sur le renoncement aux traitements médicaux mettent en évidence une nette augmentation de la perception de besoins insatisfaits. Ceux-ci sont en effet, toutes causes confondues, passés de 2,4 % des répondants pour l'ensemble de la population de l'Union européenne en 2008 à 3,2 % en 2014, avant de revenir à leur niveau d'avant-crise en 2016. Même si, s'agissant d'auto-déclarations faites dans des contextes nationaux très différents, les comparaisons sont difficiles, l'examen des réponses par pays montre qu'à la notable exception de l'Espagne, c'est dans ceux qui ont été les plus touchés par la crise que l'expression de besoins non satisfaits est la plus élevée. L'écart entre les quintiles extrêmes de revenu s'est également accru, pendant la période des plus grandes restrictions budgétaires, passant de 1 à 4 environ en 2008 à 1 à 5 en 2014.

C - En France, des choix orientés vers la préservation du système, au prix de déficits persistants

Par comparaison avec les pays européens plus touchés qu'elle par la crise, la France est parvenue à préserver la part socialisée des dépenses de santé, un large accès aux soins, ainsi que les effectifs et les rémunérations des professionnels de santé. Malgré une maîtrise mieux assurée de l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie qu'au cours des années 2000, ces choix ont eu pour corollaire la permanence de déficits importants de l'assurance maladie, après comme avant la récession économique de 2009.

1 - Le maintien à un niveau élevé de la part socialisée des dépenses

Moins affectée par la crise que d'autres pays européens, notamment ceux qui ont dû exécuter des plans d'économies substantiels, la France a également fait un usage plus limité des franchises, des tickets modérateurs et des forfaits laissés à la charge des patients. Entre 2007 et 2011, ces dispositifs ont réduit de près de 2 Md€ le montant des dépenses d'assurance maladie, soit environ 1 % de la consommation de soins et de biens médicaux¹²⁰. Depuis lors, la loi de financement de la sécurité sociale pour

¹²⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir, p. 153-203, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2018 a relevé le forfait hospitalier, reportant ainsi 200 M€ de dépenses sur les assurances complémentaires privées ou directement sur la minorité de patients qui n'en ont pas souscrit.

De même, une part accrue des dépenses de médicaments a été mise à la charge des assurances complémentaires ou directement des patients : instauration en 2011 d'un taux réduit de remboursement (15 %) par l'assurance maladie des médicaments à faible service médical rendu, abaissement la même année du taux de remboursement de ceux à service médical modéré (de 35 % à 30 %), déremboursements de médicaments à faible service médical rendu en 2011, 2012 et en 2015.

Par ailleurs, l'incidence des dépassements d'honoraires au-delà des tarifs de l'assurance maladie, une spécificité de notre pays, même parmi ceux dotés d'un système d'assurances sociales¹²¹, s'est accrue ces dix dernières années, même si l'on note un léger tassement du taux moyen de dépassement depuis 2013¹²².

Malgré cette conjonction d'évolutions conduisant à dégrader la couverture des assurés, le taux de prise en charge global des dépenses de santé par l'assurance maladie a été maintenu à un niveau élevé (78,9 % de la dépense courante de santé au sens international en 2015 contre 78,7 % en 2007, en passant par un point bas de 78,1 % en 2011 d'après le ministère de la santé). Cette situation apparemment paradoxale s'explique par le poids grandissant dans le total des dépenses des affections de longue durée prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. Elle s'accompagne de ce fait d'une concentration croissante des interventions de l'assurance maladie sur les patients affectés de maladies chroniques.

¹²¹ En Allemagne, le système des tarifs de médecine de ville plus élevés appliqués aux patients couverts par des assurances privées (soit 10 % de la population) a une portée différente car les patients concernés sont exclusivement couverts par ces opérateurs.

¹²² Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

En outre, alors que de nombreux pays ont eu tendance à concentrer les prises en charge par les systèmes publics sur les secteurs de soins essentiels, en laissant de façon croissante aux patients ou aux assurances volontaires la couverture des soins dentaires ou de l'optique notamment, la France a pris une autre direction : elle a préféré généraliser les dispositifs de protection complémentaire santé à l'ensemble de la population afin notamment qu'ils prennent en charge ces types de dépense.

De fait, les protections complémentaires santé (assurances privées désormais obligatoires¹²³ dans le cadre collectif de l'entreprise et subventionnées par des allègements de la fiscalité et des prélèvements sociaux, aides publiques sous conditions de ressources pour les plus démunis, généralement inactifs¹²⁴ et assurances individuelles) couvrent plus de 95 % de la population française. En définitive, le taux moyen de reste à charge final pour les ménages est, avec 6,8 % de la dépense courante de santé en 2015, le plus faible en Europe. De surcroît, il s'est réduit : en 2007, il s'élevait à 7,4 %.

Cette moyenne recouvre néanmoins des situations individuelles hétérogènes en fonction de l'existence et du niveau de la protection complémentaire, ainsi que de l'objet de la dépense. Fréquemment, les dépenses restant à la charge des ménages portent sur les prothèses dentaires et auditives et les équipements d'optique. Afin de prévenir les renoncements à ces dispositifs médicaux, les pouvoirs publics ont défini, en liaison avec les professionnels de santé concernés, l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, des offres sans reste à charge après intervention de ces deux niveaux de protection. Elles sont appelées à se déployer entre 2019 et 2021¹²⁵.

¹²³ Depuis 2016, tous les employeurs de salariés doivent souscrire un plancher de garanties d'assurance complémentaire pour leurs salariés et cofinancer à hauteur d'au moins 50 % les garanties souscrites, quel qu'en soit le niveau.

¹²⁴ Couverture maladie universelle complémentaire, gratuite pour ses bénéficiaires (CMU-C) et aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), pour les foyers dont les ressources dépassent le plafond de ressources de la CMU-C.

¹²⁵ Voir le chapitre VII du présent rapport : les soins visuels : une prise en charge à réorganiser, p. 241.

2 - Un système de santé soumis à des tensions plus faibles que dans d'autres pays

Malgré les multiples faiblesses d'organisation du système de santé français, régulièrement soulignées par la Cour, la permanence d'un niveau élevé d'investissement¹²⁶, la poursuite de la prise en charge de l'innovation médicale, la permanence, sauf dans les « déserts médicaux », d'une densité comparativement élevée de professionnels de santé, concourent toujours à classer notre pays de manière plutôt favorable dans les comparaisons internationales. Il en est ainsi en matière d'espérance de vie, de mortalité par cardiopathie ischémique et de survie après un infarctus aigu du myocarde ou certains cancers¹²⁷.

Les Français, d'après les enquêtes d'opinion coordonnées par Eurostat, expriment d'ailleurs sur l'accessibilité des soins un jugement à mi-chemin des pays les plus pessimistes (Italie, Portugal, Irlande, Suède) et de ceux qui jugent leur situation la plus enviable (Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Royaume-Uni). Contrairement à la situation qui a prévalu, dans l'ensemble, en Europe, la situation des moins favorisés, à l'aune de ces sondages, ne s'est pas dégradée aussi vite pendant les années les plus difficiles de la crise. Elle a même rattrapé son écart avec les assurés les plus aisés dans les années récentes.

Tableau n° 47 : besoins déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits, pour la seule raison de leur coût, en fonction des niveaux de revenus (16 ans et plus, 2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
20 % de la population ayant les revenus les plus élevés	0,1	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	0,5	0,1	0,2
20 % de la population ayant les revenus les plus faibles	4,1	4,2	4,8	5,2	4,9	5,0	6,3	2,3	3,0
Écart	4,0	3,9	4,5	4,8	4,7	4,6	5,8	2,2	2,8

Source : Eurostat.

¹²⁶ La FBCF de l'ensemble des acteurs du système de santé est passée de 12,8 Md€ en 2008 (soit 0,64 % du PIB) à 13,2 Md€ en 2015 (soit 0,60 % du PIB), en passant par un point haut en 2011 (14,1 Md€, soit 0,68 % du PIB). Cette diminution reflète l'achèvement du plan d'investissement « Hôpital 2012 ».

¹²⁷ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

3 - Des arbitrages favorables aux professionnels de santé

Les effectifs ont continué à augmenter, qu'il s'agisse de ceux des médecins (224 875 tous modes d'exercice confondus au 1^{er} janvier 2017, soit +4 % depuis 2008¹²⁸), ou des agents de la fonction publique hospitalière (1,044 million fin 2015, soit +3,9 % depuis 2010¹²⁹).

Des mesures d'économie d'ampleur limitée ont été appliquées aux rémunérations des professionnels de santé. À titre principal, elles ont concerné les personnels des établissements publics de santé, les professionnels libéraux étant peu affectés.

Le gel de 2010 à 2015, puis en 2018 de la valeur du point d'indice de la fonction publique s'est appliqué aux personnels hospitaliers. Au-delà des augmentations générales du point d'indice de 2016 et de 2017, une partie d'entre eux bénéficie de mesures de revalorisation de leurs carrières (protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations applicable aux trois fonctions publiques), dont l'application a été reportée d'une année et s'étale sur quatre années (de 2018 à 2021).

L'absence de revalorisation, entre 2011 et 2017, des tarifs des consultations médicales se situe en deçà des efforts faits par certains de nos voisins. Elle n'a pas empêché les rémunérations des médecins libéraux de continuer à croître à un rythme rapide¹³⁰, sous l'effet de la hausse des rémunérations hors lettre (grille des actes techniques, rémunération sur objectifs de santé publique), du dynamisme du volume des actes, insuffisamment régulé, et de la poursuite de l'augmentation des dépassements d'honoraires en valeur absolue. Depuis lors, la convention médicale de 2016 a prévu de nombreuses mesures de revalorisation, dont l'augmentation de 23 € à 25 € du tarif de base de la consultation médicale (lettre C), pour un coût total en année pleine estimé à 1,25 Md€, part complémentaire comprise et principalement concentré sur 2017 et 2018.

¹²⁸ Panorama de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

¹²⁹ Séries statistiques de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

¹³⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

En Allemagne, après des gels en 2011 et 2012, les rémunérations des médecins sont reparties à la hausse¹³¹. Le contexte dans lequel cette évolution prend place est cependant très différent : celui d'excédents quasi permanents de l'assurance maladie depuis 2004.

4 - Un retour graduel à l'équilibre financier de l'assurance maladie, permis avant tout par des hausses de prélèvements

Les mesures d'économies mises en œuvre en France n'ont pas suffi à faire face à l'augmentation spontanée des dépenses.

L'assurance maladie connaissait un important déficit avant même la récession économique de 2009 (4,4 Md€ en 2008). Dans un premier temps, il s'est creusé jusqu'à 11,9 Md€ en 2010. À partir de 2011, il s'est réduit, principalement sous l'effet de recettes nouvelles qui ont atteint 11 Md€ en cumul entre 2009 et 2016 et, dans une moindre mesure, d'un contrôle de plus en plus efficace de la dépense¹³², dont le taux de croissance affiché par les pouvoirs publics a été ramené de 4 % en 2007 à 2,2 % en 2017¹³³.

Ces succès relatifs et récents sont de plus à nuancer¹³⁴. D'une part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a relevé à 2,3 % le taux prévisionnel d'augmentation des dépenses d'assurance maladie pour chacune des années 2018 à 2021. D'autre part, des biais de présentation masquent une progression réelle plus rapide des dépenses. Enfin et surtout, les dispositifs mis en œuvre pour contenir leur hausse globale montrent un essoufflement certain. Hors médicaments, l'enveloppe de soins de ville continue de progresser à un rythme proche de 4 % par an et son dépassement récurrent doit être compensé en cours d'année par des réductions de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux. En 2017, une difficulté nouvelle s'est manifestée : la progression de l'activité des établissements publics de santé n'a pas suffi à compenser l'incidence des baisses de tarifs sur le niveau de leurs recettes ; leur déficit agrégé a presque doublé par rapport à 2016, passant de 439 M€ à 835 M€.

¹³¹ +1,0 % en 2013, +1,3 % en 2014, +1,4 % en 2015, +1,6 % en 2016, +0,9 % en 2017, +1,2 % en 2018 (Union fédérale des caisses d'assurance maladie, *KBI*).

¹³² Dans le cadre notamment d'un « plan ONDAM » développant de façon pluriannuelle de nombreuses mesures d'économie.

¹³³ Taux de croissance effectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

¹³⁴ Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles, p. 65.

II - La mise en œuvre de réformes structurelles améliorant l'efficacité des systèmes de soins

Les pays européens entrant dans le champ de la comparaison effectuée par la Cour ont mené à bien des réformes, souvent de grande ampleur, visant à encadrer plus efficacement l'évolution des dépenses de santé et à en améliorer l'efficacité sur le long terme. Par contraste, l'organisation des soins en France a connu des évolutions plus limitées.

A - Des transformations profondes dans l'organisation des acteurs de la santé

À côté des mesures en recettes et en dépenses permettant de rééquilibrer les comptes publics à court terme, la plupart des pays européens ont engagé ou approfondi des changements structurels visant à améliorer le rapport entre les services fournis par le système de santé et les ressources qui lui sont consacrées.

1 - La révision des modes de rémunération

Les réformes structurelles mises en œuvre ont en premier lieu concerné les modes de rémunération des acteurs du système de santé, médecins ou hôpitaux. En ce qui concerne la médecine de ville, la modification du mode de rémunération des médecins a constitué dans la plupart des pays un puissant levier pour améliorer l'efficacité du système de santé. Ainsi, au Royaume-Uni, la rémunération des médecins généralistes est-elle composée d'une somme forfaitaire par patient (capitation) à laquelle s'ajoutent diverses primes dont une prime dite « d'excellence » visant à inciter les médecins à réaliser des actes considérés comme prioritaires par le NHS (prévention, prise en charge de certaines pathologies). Des mécanismes de même nature peuvent être observés en Suède ou en Italie, où ont été mis en place des éléments de rémunération des généralistes liés à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Des incitations financières, voire des obligations comme en Espagne, ont aussi été utilisées pour favoriser l'installation des médecins dans les zones peu peuplées. Si les pays les plus concernés par ces dispositifs (Suède, Royaume-Uni) sont ceux que la géographie rend les

plus sensibles aux « déserts médicaux », l'Allemagne a également instauré des mécanismes interdisant les installations dans les zones surdotées. Certains pays ont par ailleurs introduit des incitations à la prise en charge des patients dont la situation sociale fragilise l'état de santé. Le NHS a ainsi pondéré le système de capitation par un coefficient lié à la situation sociale des patients suivis par chaque généraliste.

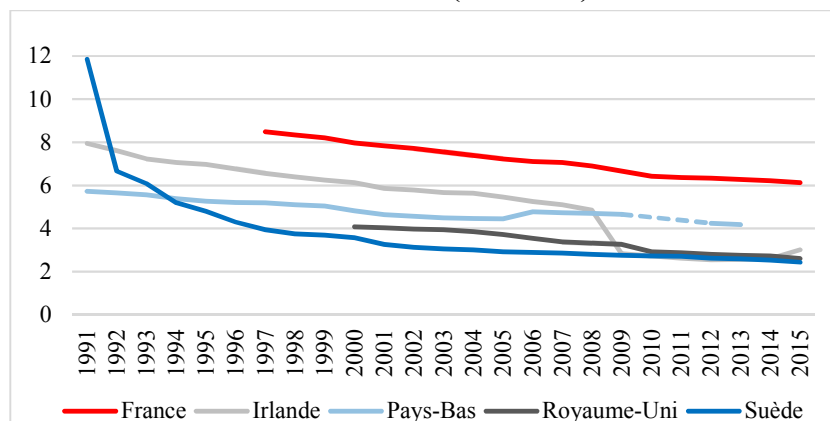
Le financement des hôpitaux a également été réformé en profondeur. La tarification à l'acte existe dans la plupart des systèmes, généralement associée à des subventions globales destinées à prendre en charge certains types de dépenses sur une base forfaitaire. Tel est le cas en Italie, où ce mode de financement rémunère les missions d'enseignement, de banques d'organes ou de greffes assurées par les hôpitaux. Il en va de même au Portugal, où les hôpitaux sont rémunérés, dans le cadre de budgets globaux annuels, pour moitié environ par groupe homogène de malades et pour le solde par des forfaits globaux ou associés à des soins. Dans ce dernier pays, le paiement à l'acte des dialyses rénales a ainsi été remplacé par une rémunération par patient couvrant non seulement le traitement lui-même, mais aussi les analyses biologiques, l'imagerie et les traitements médicamenteux pour des co-morbidités (anémie, défaut de minéralisation, maladies cardiovasculaires).

Certains pays, comme le Portugal ou la Suède, ont ajouté un étage de rémunération lié à la qualité des soins, appréciée en fonction non seulement du respect des procédures, mais aussi des résultats atteints.

2 - Un système hospitalier qui se réorganise

La réorganisation des hôpitaux a constitué le deuxième grand volet des réformes structurelles mises en place dans les pays européens. Afin d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé, la plupart des pays ont procédé à des baisses de capacités hospitalières et à un report d'une partie de l'activité vers le secteur ambulatoire en ville, dans une logique de « virage ambulatoire ».

**Graphique n° 8 : évolution du nombre de lits d'hôpital pour
1 000 habitants (1991-2015)**



*Note : les pointillés indiquent une rupture de données en 2010 et 2011 pour les Pays-Bas.
Source : base de données santé, OCDE.*

Certains pays, comme la Suède qui avait connu une crise économique majeure dans les années 1990, ont pris ce virage depuis plusieurs décennies déjà, le nombre de lits d'hôpital y passant de 12 pour 1 000 habitants en 1991 à 2,4 en 2015¹³⁵. Au Royaume-Uni, le nombre de lits d'hôpital rapporté à la population a été réduit de 4,1 pour 1 000 habitants en 2000 à 2,6 en 2015. Dans d'autres pays, l'effort de réorganisation a été moins prononcé : en Allemagne, ce même nombre s'établissait en 2015 à 8 pour 1 000 habitants.

Là où des réductions de capacités hospitalières ont été décidées, elles sont généralement allées de pair avec une politique de regroupement hospitalier destinée à améliorer l'efficacité des dépenses. La Suède fait figure de précurseur dans ce domaine : des groupes hospitaliers y ont été créés dès les années 1990. Chacune des 20 régions suédoises comporte une organisation des soins hospitaliers hiérarchisée à trois niveaux : un centre hospitalier universitaire assurant des missions d'enseignement, de recherche et des soins spécialisés ; des centres hospitaliers régionaux pluridisciplinaires ; et des centres de soins de premier recours. Dans chacun de ces groupements, le centre hospitalier universitaire joue un rôle de coordonnateur de la politique d'offre de soins : il a autorité sur les autres établissements de son ressort géographique. Le modèle suédois a été adapté en Irlande à partir de 2013, les 49 hôpitaux existants étant intégrés dans

¹³⁵ Données OCDE.

sept groupes hospitaliers structurés chacun autour d'un hôpital universitaire de référence doté de compétences pour l'ensemble du groupement en matière budgétaire et de recrutement.

Sans aller jusqu'à la disparition des établissements hospitaliers en tant que personnes morales, ces nouveaux modes d'organisation, qui se rapprochent d'une filialisation, ont permis une rationalisation de l'offre de soins hospitalière de nature à améliorer le rapport entre le coût et la qualité des soins ainsi que la pertinence des investissements. Les autorités italiennes ont engagé une politique comparable en reconfigurant leur système hospitalier selon trois niveaux d'établissements et en introduisant des seuils d'activité minimum pour certains services (maternité, chirurgie).

Ces évolutions vont de pair dans tous les pays avec une progression de l'offre de soins privée et une mise en concurrence plus poussée des acteurs publics et privés.

À l'origine exclusivement publics, les hôpitaux suédois ont fait l'objet de privatisations à partir des années 2010, avec des résultats encore limités à ce jour (15 % des établissements sont privés). Au Royaume-Uni, les hôpitaux ont été mis en concurrence à partir de 2012, de nouvelles structures, les « groupes cliniques commissionnés »¹³⁶ (CCG), recevant mission d'acheter auprès d'eux les prestations de soins. L'Irlande a quant à elle confié à une agence publique (*National Treatment Purchase Fund*) le soin d'acheter des prestations non seulement à l'ensemble des hôpitaux irlandais publics et privés, mais aussi à des hôpitaux étrangers, afin de réduire les files d'attente dans les établissements les plus saturés.

Les Pays-Bas ont poussé le plus loin la logique de mise en concurrence, dans le cadre de la réforme menée en 2006, en mettant en œuvre trois marchés de santé : le premier portant sur le choix d'une assurance privée obligatoire par les assurés ; le deuxième sur l'achat de services de santé aux différents opérateurs par les assurances ; et le troisième sur le libre choix de leurs prestataires de santé par les assurés.

¹³⁶ Réseaux supervisés par le NHS et composés notamment de médecins.

3 - La rationalisation des parcours de soins

S'agissant du premier recours aux soins, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Suède ont confié à des infirmières la tâche d'orienter les patients (par l'intermédiaire d'un numéro d'appel d'urgence en Suède, par exemple). Aux Pays-Bas, des infirmières spécialisées dans le domaine des maladies mentales ont été mises en responsabilité dès 2008 dans le cadre de schémas de prise en charge des patients. Dans ce dernier pays, 75 % des médecins généralistes emploient d'ailleurs des infirmières praticiennes.

En complément à ces dispositifs, des mécanismes d'incitation à la coordination des acteurs de santé ont été instaurés pour la prise en charge de certaines pathologies. C'est le cas notamment en Italie avec les « parcours de soins thérapeutiques » prévus à titre expérimental dans le cadre du plan national pour les maladies chroniques (septembre 2016). Au titre de ces parcours, des paiements groupés couvrent toutes les interventions qui bénéficient à un patient, qu'elles proviennent de l'hôpital ou des médecins de ville.

Enfin, des mesures ont été prises pour améliorer la prise en charge médico-sociale des patients. Tel est notamment le cas en Suède où ce secteur a été confié aux municipalités, tandis que le système de santé est financé par les régions. Afin d'inciter les municipalités à offrir un nombre de places suffisant dans les structures médico-sociales, elles disposent d'un délai maximum pour prendre en charge les personnes sortant de l'hôpital. Si elles ne sont pas en mesure de le faire dans le délai imparti, elles doivent reverser aux hôpitaux le coût du supplément de séjour correspondant.

4 - Des données électroniques mises au service de la qualité des soins

L'utilisation des technologies dématérialisées a été fortement développée dans le cadre des systèmes de prescriptions électroniques mis en place dans un grand nombre de pays européens.

De tels dispositifs ont été mis en place dans les années 2000 en Suède, au début des années 2010 au Royaume-Uni et dans les dernières années en Espagne, en Italie et au Portugal. Leurs fonctionnalités permettent non seulement, grâce aux données collectées, de suivre l'activité des praticiens, mais aussi de développer des logiciels d'aide à la prescription encourageant par exemple le recours aux génériques. Il en va ainsi au Royaume-Uni où le dispositif d'aide à la prescription suggère automatiquement un générique. Dans tous les pays ayant mis en place ce

type de système, les profils de prescription que l'on peut tirer de la base de données permettent de nourrir des échanges entre l'assurance-maladie et les médecins concernés, s'agissant notamment de la pertinence des traitements prescrits et du recours aux génériques.

Le recours aux technologies dématérialisées a également permis dans certains pays le développement d'un dossier médical électronique. Utilisé notamment en Suède ou en Italie en 2018, il rassemble la documentation relative à l'histoire clinique des patients. Il est donc un outil essentiel pour la rationalisation des parcours de santé et l'amélioration de la pertinence des soins.

L'utilisation des données électroniques permet aussi de mieux mesurer la qualité des soins et les résultats obtenus. S'appuyant sur une longue tradition d'épidémiologie (les premières statistiques publiques à cet égard datent du XVII^{ème} siècle), les autorités suédoises ont confié à une agence spécialisée (*National Board of Health and Welfare*) la mission de collecter et de publier les données de santé publique par région et par établissement. Elles disposent ainsi non seulement d'un instrument de connaissance des performances du système de santé, d'un dispositif d'enregistrement et d'échange d'informations utiles à la qualité des soins, mais aussi d'un moyen de stimuler les efforts des prestataires de santé, ceux-ci pouvant comparer les résultats obtenus.

B - Le renforcement des mécanismes de pilotage

Dans la plupart des pays européens, les mécanismes de pilotage des dépenses de santé ont été durcis afin de mieux en maîtriser l'évolution au regard des besoins de la population et des objectifs de redressement de la situation des finances publiques.

1 - Une prise en compte croissante des besoins estimés de la population dans l'allocation territoriale des fonds

Dans les pays dotés d'un système national de santé financé par l'impôt et directement géré par l'État, des mécanismes ont été définis et progressivement affinés pour que l'allocation des fonds publics au niveau territorial prenne en compte, au moins pour partie, les besoins effectifs de la population et non pas seulement l'offre de soins existante.

Un premier exemple est fourni par l'Italie, qui a régionalisé l'organisation du système de santé depuis 2001. Un fonds national recueille les ressources fiscales affectées au financement du système de santé et répartit les moyens correspondants entre les régions, en fonction d'une clef tenant compte de la population pondérée par l'âge, le sexe et le profil de la consommation sanitaire. Récemment, cette clé a été modifiée afin d'intégrer des notions de performance. Au Portugal, les régions de santé créées en 1990 n'ont d'importance dans l'allocation des ressources que pour la médecine de ville, en fonction notamment de paramètres d'âge et de sexe des patients et de prévalence de quatre maladies chroniques. En Espagne, où les communautés autonomes sont dotées de compétences étendues, le niveau national ne répartit pas de fonds spécifiquement affectés à la santé ; il leur alloue des moyens au titre de l'ensemble de leurs attributions. Cette allocation prend toutefois principalement en compte des critères de population pondérée (population, superficie, dispersion, insularité, population protégée, plus de 65 ans, moins de 16 ans), qui font droit dans une certaine mesure aux besoins de santé.

En Allemagne et aux Pays-Bas, où un ensemble de caisses d'assurance maladie en concurrence entre elles prennent en charge les soins, des mécanismes centralisés de répartition du produit des cotisations ont été mis en place, en 2009 dans le premier de ces pays et en 2006 dans le second. Des calculs de la dépense standard¹³⁷ associée aux populations couvertes par chacun des assureurs président, dans le premier cas, à ce dispositif. La morbidité des patients est également prise en compte dans le second. Ces modalités visent à éviter que les caisses ayant une part plus élevée d'assurés malades ou âgés ne soient désavantagées. S'y ajoutent, dans le cas allemand, des formules de répartition régionale des fonds à la médecine de ville tenant compte de la morbidité¹³⁸.

¹³⁷ C'est-à-dire la dépense moyenne constatée pour une pathologie donnée, affectée au portefeuille d'assurés de chaque caisse.

¹³⁸ Par un mécanisme de fixation de plafonds de dépenses par médecin.

2 - Des tensions entre l'autonomie des acteurs locaux et le contrôle des autorités centrales

a) Un mouvement ancien de décentralisation

Depuis une vingtaine d'années, voire davantage, la plupart des pays européens ont organisé un transfert progressif des activités de gestion et d'organisation des soins au niveau local. Cette évolution fait suite, comme en Espagne¹³⁹, en Italie¹⁴⁰ ou au Royaume-Uni¹⁴¹, à des réformes de l'organisation générale de ces pays. Elle a cependant suivi dans certains cas une logique propre au secteur de la santé. Ainsi, la Suède confie depuis les années 1980 le financement des prestations et des investissements aux comtés qui peuvent les moduler, dans un cadre législatif et réglementaire fixé au niveau national. En Angleterre (voir *supra*), une réforme volontariste a mis en place en 2012 des groupes d'achat cliniques (*Clinical Commissioning Groups*, au nombre de 211) chargés de l'achat des soins pour l'ensemble de la population qu'ils couvrent, sous le contrôle d'une Commission de la qualité des soins (*Care Quality Commission*) qui contrôle l'application des normes de qualité de service.

Une même tendance a conduit à accorder de plus en plus d'autonomie aux hôpitaux, qui, dans les pays dotés d'un système national de santé, leur étaient strictement intégrés à l'origine. Ce mouvement est ancien au Royaume-Uni et en Suède, mais plus récent au Portugal et en Italie. Dans ces pays notamment, des dispositifs de parangonnage des résultats des établissements de santé en éclairent les performances.

b) Un renforcement des contrôles des autorités centrales conduisant parfois à reconcentrer la gestion

La nécessité de mener à bonne fin les plans d'économie a, dans certains pays où l'organisation avait été auparavant décentralisée, conduit à resserrer les contrôles exercés par les autorités centrales.

Ainsi, en Italie, où les services régionaux de santé avaient fini par accumuler des déficits importants (6 Md€ en 2006), des procédures de « plans de sortie du déficit » ont été mises au point. Elles sont déclenchées dès que les dépenses sont supérieures de plus de 5 % aux recettes. Elles

¹³⁹ Transfert de l'administration des systèmes de santé locaux terminé en 2001.

¹⁴⁰ 2001 également, comme vu dans les développements précédents.

¹⁴¹ En 1999.

s'appuient sur des programmes de retour à l'équilibre jouant tant sur les recrutements et les rémunérations que sur la restructuration de l'organisation des soins ou l'amélioration des procédures d'achat. Elles placent de fait l'administration régionale de la santé sous un contrôle étroit du gouvernement central, qui nomme lui-même, pour toute la durée du plan, un commissaire ayant autorité sur elle. Ce dispositif a été couronné de succès, du moins pour ce qui concerne le niveau des déséquilibres financiers, divisés par six en dix ans¹⁴².

Des dispositifs de contrôle des déficits et de l'endettement régionaux ont également été mis en œuvre, par des règles constitutionnelles et organiques, en Espagne. Elles concernent les finances des communautés autonomes prises dans leur ensemble et non pas spécifiquement leurs systèmes de santé. Des mécanismes incitatifs ont cependant été adoptés afin d'infléchir leurs choix dans ce domaine. Le fonds de liquidité des autonomies, qui a distribué plus de 120 Md€ d'aides entre 2012 et 2016, n'accorde en effet ses concours que si certaines mesures de contrôle de l'évolution de la dépense de médicaments ou de l'efficacité des traitements ont été mises en place, ce qui a été le cas dans une majorité de régions.

Cette surveillance renforcée s'exerce aussi, depuis quelques années, sur les établissements de santé. Ainsi, en Italie, des « plans de sortie du déficit » hospitaliers, inspirés de ceux des régions, ont été mis en œuvre à partir de 2015. Au Portugal, les nécessités d'un contrôle plus strict des dépenses ont conduit à revenir largement dans les faits sur l'autonomie de ces établissements, qui doivent désormais obtenir les autorisations des ministères des finances et de la santé avant tout recrutement. Ces mesures centralisatrices n'ont d'ailleurs pas mis fin dans ce pays à leurs déficits chroniques, qui ont déjà nécessité deux renflouements budgétaires exceptionnels¹⁴³. Au Royaume-Uni également, le NHS a dû créer un fonds central spécialisé (*Transformation and Sustainability Fund*) pour limiter la dégradation des comptes des hôpitaux. Celui-ci a apporté des moyens supplémentaires de 1,6 Md£ en 2016/17 et 2017/18, sans toutefois que le nombre d'hôpitaux en déficit ne se réduise.

¹⁴² Cette baisse des déficits s'est en outre accompagnée dans certaines régions d'une réduction des délais de paiement, d'une baisse de l'endettement et d'une amélioration des indicateurs de santé.

¹⁴³ En 2012-2013, 1,83 Md€ ; en 2017-2018, 1,4 Md€.

C - Une organisation des soins en France peu réformée au regard des exemples étrangers

Par comparaison avec les autres pays européens étudiés et malgré certains progrès (développement de l'exercice coordonné, promotion des prises en charge ambulatoires, création des groupements hospitaliers de territoire, mise en place de rémunérations sur objectifs de santé publique), la France a effectué depuis la crise des réformes structurelles d'ampleur plus limitée. Ces ajustements se sont inscrits en décalage avec les autres pays dans quatre domaines.

1 - Une médecine de ville moins régulée

La médecine de ville en France fait l'objet de mesures de régulation plus faibles que celles mises en œuvre dans les autres pays européens.

Contrairement à ce qui est observé au Royaume-Uni ou en Suède, le rôle du médecin généraliste dans la structuration du parcours de soins y est resté modeste. Par ailleurs, malgré le progrès qu'a constitué la création d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) par la convention médicale de 2011 et les évolutions apportées à ce dispositif par la convention médicale de 2016¹⁴⁴, le système de rémunération des médecins ne les intéresse pas suffisamment aux grands objectifs de santé publique, notamment à la prévention des pathologies chroniques, pas plus qu'à une meilleure articulation des parcours des patients entre la ville et l'hôpital. Des mesures d'intéressement ont pourtant été mises en place dans quelques pays européens comme la Suède ou le Royaume-Uni. Elles ont permis une réelle amélioration de l'efficacité de la médecine de ville, bien que certains objectifs (lutte contre les déserts médicaux notamment) n'aient pu être atteints, faute d'incitations financières suffisantes.

Ces mesures de régulation ne vont pas nécessairement de pair avec une faible rémunération des médecins comme on peut le voir en Suède ou en Irlande. Elles ne sont pas davantage contradictoires avec un certain degré de liberté d'installation des médecins, la Suède comme le Royaume-Uni ayant abandonné au cours des deux dernières décennies le principe d'affectation d'une circonscription exclusive à un médecin, ni à la liberté

¹⁴⁴ Voir le chapitre VI du présent rapport : la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins, p. 203.

de choix de leur médecin par les patients. Au Royaume-Uni, le patient peut ainsi choisir depuis 2015 son médecin généraliste (*General Practitioner*).

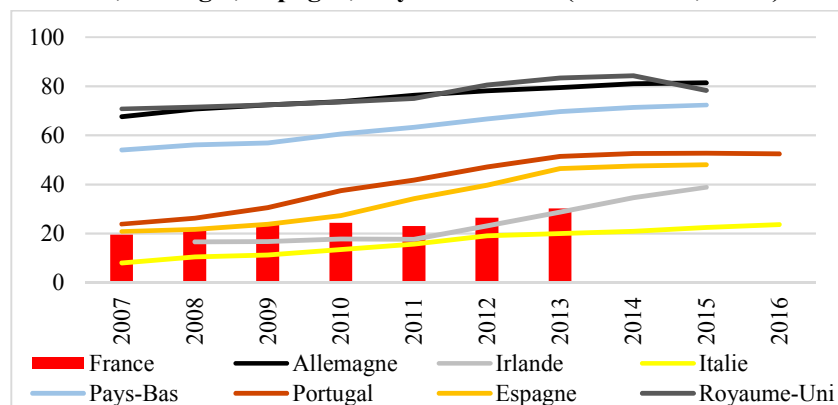
Le système français de rémunération des médecins libéraux ne permet pas davantage de les associer aux grands équilibres financiers de l'assurance maladie. Or un tel intéressement n'est pas impossible : l'Allemagne a ainsi entendu corriger certaines dérives du paiement à l'acte (hausse des prescriptions, augmentation du nombre de consultations) en mettant en place dès 2003 un système d'enveloppe (*Praxisbudget*) applicable à chaque médecin et venant plafonner sa rémunération. Ce système fonctionne de telle façon qu'au-delà d'un plafond défini pour chaque praticien, sa rémunération ne progresse plus, ce qui l'incite à ne pas augmenter davantage son activité. La mise en œuvre d'un tel système est facilitée dans le cas allemand par l'existence d'un système de tiers payant, les médecins étant rémunérés directement par les caisses.

Enfin, la France n'a pas mis en place de dispositif efficient pour ajuster l'offre de soins aux besoins sanitaires des populations. Les forts écarts de consommation de soins de ville en France entre les territoires bien dotés en professionnels de santé et les autres continuent à se creuser. Les mesures contre les déserts médicaux, qu'il s'agisse des tempéraments apportés à la liberté d'installation ou de mesures incitatives, restent sans effet notable. Le manque d'organisation de la médecine de ville fait reposer sur les établissements hospitaliers la charge et le coût des patients qui ne peuvent trouver de médecins, du fait de délais d'attente importants, de la réduction des plages horaires disponibles pour des consultations non programmées ou de l'absence de permanence des soins.

2 - Une utilisation encore limitée des médicaments génériques

Concernant les dépenses de médicament, le taux d'usage des génériques reste faible en France : ces médicaments y affichent une part de marché de 36 % en volume, soit moins de la moitié de celle observée en Allemagne ou au Royaume-Uni.

Graphique n° 9 : part des génériques en volume dans le marché des médicaments remboursés en France, Allemagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Royaume-Uni¹⁴⁵ (2007-2016, en %)



Source : base de données santé, OCDE.

Cette situation peut être directement rapprochée de la moins grande efficacité des instruments mis en œuvre pour réguler les prescriptions des médecins et pour responsabiliser les patients, alors que, comme précédemment évoqué, plusieurs mesures efficaces permettant de développer l'usage des génériques ont fait leur preuve à l'étranger.

À cet égard, le Royaume-Uni, qui a mis en œuvre une politique de développement de l'usage des génériques depuis plusieurs décennies, fait figure d'exemple à suivre. Le national système de santé britannique (*NHS*) mobilise plusieurs instruments à cette fin : un effort de sensibilisation des médecins dès leur formation initiale aux enjeux économiques de la santé ; des moyens d'assistance à la prescription¹⁴⁶ ; le développement par le *NHS* d'un système d'information permettant de mieux connaître le profil de prescription de chaque médecin ; l'utilisation d'incitations financières faisant dépendre une partie de la rémunération des médecins de leurs prescriptions de génériques ; une obligation de substitution des génériques aux non-génériques comparables à la charge des pharmaciens.

¹⁴⁵ Certains pays et années ne sont pas disponibles dans la base de données de l'OCDE. En outre, les unités de mesure ne sont pas les mêmes pour tous les pays : pour évaluer la consommation de médicaments, la France et l'Espagne se réfèrent au nombre de boîtes, d'autres pays à la dose quotidienne.

¹⁴⁶ Le logiciel PRODIGY (*Prescribing with Decision Support in General Practice Study*) fait apparaître les substituts génériques sur l'application du médecin dès qu'il prescrit un non-générique.

En France, le développement des génériques repose au contraire, non sur leur prescription par les médecins, mais sur leur substitution volontaire par les pharmaciens, incités en cela par une rémunération avantageuse, identique à celle qu'ils obtiendraient en vendant le médicament princeps substitué, ainsi qu'une ROSP spécifique à leur profession¹⁴⁷. La convention médicale de 2016 marque à cet égard un progrès limité pour l'implication des médecins généralistes dans la prescription de génériques, en portant de deux à quatre les indicateurs de la ROSP des médecins ciblés sur certaines pathologies¹⁴⁸. De plus, le « répertoire des groupes génériques », où sont inscrites les spécialités princeps et génériques qui peuvent leur être substituées, répond à une définition restrictive. Pour leur part, l'Allemagne et le Royaume-Uni autorisent la substitution sans référence à un répertoire¹⁴⁹.

3 - Une restructuration encore limitée des hôpitaux

L'évolution de l'hôpital conduit à des conclusions de même nature. La France a privilégié les baisses de tarifs sans suffisamment s'attacher à réformer les structures hospitalières elles-mêmes. Celles-ci sont restées largement inchangées.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a certes créé les groupements hospitaliers de territoire. Mais cette évolution s'inscrit en retrait par rapport aux réorganisations menées dans d'autres pays, qui ont structuré de manière beaucoup plus volontariste leur système hospitalier autour de centres universitaires dotés d'une véritable mission d'organisation de l'offre de soins et d'un pouvoir « hiérarchique » sur les établissements qui leur sont rattachés.

¹⁴⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre IX Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires, p. 397-443, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁴⁸ Statines et antihypertenseurs et, à la suite de la nouvelle convention, asthme et incontinence urinaire.

¹⁴⁹ 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.

Ainsi, si tous les établissements publics de santé ont dû adhérer à un groupement hospitalier de territoire, les 135 GHT existants mutualisent à titre obligatoire une partie seulement des fonctions et activités des établissements. S'agissant des fonctions support, il en va ainsi des systèmes d'information, des achats et de la facturation à l'assurance maladie, mais pas du personnel, ni de l'immobilier. Au titre des activités de soins, seules les pharmacies et les activités d'imagerie et de biologie entrent dans le champ des missions obligatoires des groupements. Les pouvoirs du directeur de l'établissement support du groupement sont quant à eux circonscrits aux seuls domaines gérés par ce dernier.

4 - Une utilisation insuffisante des données de santé

Toutes les opportunités liées à la numérisation de la santé n'ont pas encore été saisies. La France a su rassembler des données massives de santé d'abord dans des bases de données spécialisées, puis du système national des données de santé (SNDS), créé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, qui les intègre¹⁵⁰. Cependant, leur exploitation reste encore insuffisante. Il en va de même du développement des moyens électroniques de coordination des soins.

Après l'échec du dossier médical personnel¹⁵¹, la généralisation du dossier médical partagé (DMP) ne commencera qu'à la fin de l'année 2018, dans des conditions d'alimentation effective par les professionnels de santé qui restent à vérifier. Quant aux ordonnances électroniques, elles n'entament aujourd'hui qu'un premier cycle d'expérimentations préalables, uniquement dans quelques départements.

¹⁵⁰ À ce jour, le SNDS intègre le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), tenu par la CNAM ; le programme de médicalisation des systèmes d'Information (PMSI) des établissements de santé, tenu par l'ATIH ; la base médicale sur les causes de décès (BCMD), tenue par l'INSERM. Deux autres bases, en cours de constitution, doivent être intégrées au SNDS : les données des maisons départementales des personnes handicapées et un échantillon des données de remboursement par bénéficiaire transmis par les organismes complémentaires.

¹⁵¹ 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, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Là encore, cette situation contraste avec celle des pays qui se sont le plus rapidement engagés dans cette voie, en particulier la Suède et à un moindre degré l'Italie et le Royaume-Uni. De manière générale, l'absence de dispositifs de prescription électronique par les médecins des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations infirmières, de masso-kinésithérapie et de transport occasionne de fréquents écarts, pour certains à caractère frauduleux, des produits et prestations facturés par les professionnels de santé concernés par rapport à ceux prescrits et, ce faisant, d'importantes pertes financières pour l'assurance maladie¹⁵².

CONCLUSION

Au cours des dix dernières années, les systèmes européens de soins et de prise en charge des dépenses de santé ont réagi de manière différenciée à la crise économique et aux déséquilibres des finances publiques qui l'ont accompagnée.

Les pays les plus touchés ont dû, pour rétablir leurs comptes publics, prendre des mesures parfois sévères pour réduire les prestations aux patients, diminuer les rémunérations des professionnels de santé et augmenter leur temps de travail, contracter les investissements, comprimer les prix des médicaments et les achats des hôpitaux. À l'inverse, ceux qui ont le mieux surmonté les difficultés économiques ont pu augmenter leurs dépenses de santé, abaisser parfois le reste à charge des ménages en revenant le cas échéant sur des franchises ou des tickets modérateurs instaurés plus tôt et améliorer les rémunérations des praticiens.

Dans ce contexte, la France a suivi un chemin singulier. Contrairement à la plupart des pays européens comparables, elle a fait le choix de préserver les patients de coupes dans le niveau de la protection contre le risque maladie. Elle a aussi sauvegardé, dans une large mesure, le niveau de la prise en charge publique des dépenses de santé pour les patients, le niveau des investissements hospitaliers et l'accès aux médicaments nouveaux, alors que les effectifs et les rémunérations des professionnels de santé ont continué à augmenter.

Ces résultats ont cependant été atteints au prix de déficits publics qui se sont maintenus à des niveaux élevés plus longtemps qu'ailleurs en Europe et d'un endettement public qui n'a toujours pas amorcé sa décrue par rapport au PIB. En outre, ils sont fragilisés par une régulation insuffisante

¹⁵² Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

des soins de ville et l'essoufflement croissant des modalités d'encadrement des dépenses à l'hôpital, alors que les dépenses de santé augmentent de manière continue sous l'effet du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et du coût de l'innovation médicale.

Surtout, ces résultats se sont accompagnés d'une certaine inertie quant aux évolutions structurelles du système de soins, malgré quelques progrès, en matière de collecte de données médico-économiques ou d'introduction de critères de santé publique dans la rémunération des praticiens par exemple. La trajectoire suivie par la France apparaît ainsi difficilement soutenable et sa capacité à préserver dans la durée son système de prise en charge de la santé s'en trouve fragilisée.

Devant ces risques, il convient par conséquent, à l'instar de ce qu'ont fait de nombreux pays européens, de regagner par des réformes structurelles des marges de manœuvre dans la gestion et l'adaptation du système de santé. Les réserves d'efficience considérables qu'il recèle, que la Cour met régulièrement en évidence, rendent à la fois nécessaire et possible la mise en œuvre d'une stratégie organisant des efforts accentués et de long terme dans ce domaine. Dans le cadre des trois chapitres suivants, la Cour formule plusieurs recommandations en ce sens.

Chapitre V

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

PRÉSENTATION

Pour un nombre croissant d'interventions, les progrès techniques et organisationnels rendent possible une prise en charge de jour à l'hôpital, en améliorant la qualité des soins et le confort des patients et en mobilisant moins de ressources qu'une hospitalisation conventionnelle. Ce mode de prise en charge, dit ambulatoire, permet généralement une récupération plus rapide du patient et une réduction des risques associés aux soins.

Si l'objectif d'un développement du mode ambulatoire s'est affirmé au début des années 2000, la Cour a souligné dans son rapport sur la sécurité sociale de 2013¹⁵³ le manque d'impulsion donnée par les pouvoirs publics à l'essor de la chirurgie ambulatoire, malgré l'ampleur des économies qui pourraient en résulter pour l'assurance maladie. Par la suite, elle a fait valoir que le développement de la chirurgie ambulatoire, désormais engagé, s'accompagnait d'une substitution trop lente à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée¹⁵⁴.

La notion plus large de « virage ambulatoire » comme ambition des politiques de santé n'a quant à elle que récemment émergé, à l'occasion des débats préparatoires à la stratégie nationale de santé en 2013, puis à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Elle recouvre deux aspects distincts : d'une part, une réduction des hospitalisations conventionnelles au profit d'hospitalisations de jour ; d'autre part, la substitution de soins médicaux et paramédicaux en ville à des prises en charge réalisées à l'hôpital, soit parce que le séjour hospitalier a été évité, soit parce qu'il a été raccourci, mais accompagné d'un suivi organisé en ville. Dans tous les cas, les patients doivent bénéficier d'une qualité au moins égale de prise en charge.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics ont affirmé l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire¹⁵⁵ et fixé un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance.

¹⁵³ Cour des comptes, *Rapport annuel 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.

¹⁵⁴ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge, p. 257-296, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁵⁵ Sur le périmètre retenu d'actes pour lesquels le mode ambulatoire peut se substituer à une hospitalisation conventionnelle.

Dans le prolongement de ses précédents travaux, la Cour a examiné le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, ses incidences sur les capacités hospitalières et les dépenses d'assurance maladie, ainsi que les conditions à réunir pour faire du virage ambulatoire un outil de transformation de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital.

Le virage ambulatoire est engagé à l'hôpital en chirurgie, mais encore trop peu en médecine ; il a un impact incertain sur les dépenses de santé (I). Pour devenir un réel levier de transformation du système de santé au bénéfice des patients, il appelle des actions de plus grande ampleur des pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins médicaux, en ville comme à l'hôpital (II).

I - Un virage ambulatoire engagé à l'hôpital en chirurgie, mais insuffisamment en médecine

Les pouvoirs publics ont mis en œuvre des actions cohérentes visant à favoriser la prise en charge des patients en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle pour les actes chirurgicaux, avec des résultats significatifs quoique inégaux. En revanche, les actes de médecine n'ont pas bénéficié de la même impulsion.

En l'absence de réorganisation significative de l'offre de soins hospitaliers, même en chirurgie, les économies qui pouvaient en être attendues n'ont pas été constatées. Par ailleurs, le virage ambulatoire ne peut à ce jour être considéré comme le facteur déterminant de la hausse rapide des dépenses de soins de ville.

Le virage ambulatoire dans l'organisation des soins à l'hôpital et en ville

Classés dans une section spécifiquement consacrée aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, les articles réglementaires D. 6124-301 et suivants du code de la santé publique précisent les conditions qui doivent être réunies pour qualifier d'« ambulatoires » des structures hospitalières en médecine comme en chirurgie. Trois critères fondamentaux sont posés :

- une hospitalisation sans hébergement : un séjour hospitalier est considéré comme ambulatoire quand il ne comprend pas d'hébergement et que les prises en charge qu'il nécessite ne dépassent pas douze heures ;

- une organisation spécifique : les prestations ambulatoires en chirurgie et en médecine sont délivrées dans des structures identifiées dotées de moyens humains et matériels spécifiques ;

- des caractéristiques particulières des ressources humaines engagées : le personnel exerçant dans les structures de soins alternatives à l'hospitalisation doit être formé aux spécificités des prises en charge ambulatoires et la présence permanente d'une équipe pluri-professionnelle (médecin et infirmier diplômé d'État *a minima*) est requise.

La conversion de prises en charge d'hospitalisation conventionnelle en des prises en charge de jour procède du constat que la qualité, la pertinence et l'efficacité des prises en charge sanitaires peuvent bénéficier d'un raccourcissement du temps passé à l'hôpital.

Elles requièrent de profondes réorganisations des soins à l'hôpital. La gestion des flux de patients doit y être fluidifiée dans le temps et l'espace, afin d'éliminer les « temps morts » de la prise en charge, ce qui suppose une coordination fine et réactive des différents temps médicaux et non médicaux. L'organisation hospitalière, historiquement liée à l'hébergement et structurée autour de services dotés de lits d'hospitalisation conventionnelle et les pratiques professionnelles des personnels soignants et administratifs (nature des actes et soins pratiqués, rythme de travail) s'en voient bouleversées.

Le virage ambulatoire implique aussi des progrès majeurs en matière de coordination des prises en charge entre la ville et l'hôpital et de renforcement de l'accès aux soins primaires et à l'hospitalisation à domicile. Il s'agit de prévenir des hospitalisations en établissement, d'en limiter la durée et les effets délétères sur l'état des patients et d'accompagner ces derniers à leur retour à domicile, en prévenant ainsi de nouvelles hospitalisations.

A - Une ambition affirmée en chirurgie, mais pas en médecine

Prenant appui sur les progrès techniques favorisant une récupération rapide après l'acte (grâce aux techniques micro-invasives notamment), les actions des pouvoirs publics visant à favoriser la substitution de prises en charge ambulatoires à des hospitalisations conventionnelles ont visé jusqu'à présent la chirurgie ; elles n'ont que peu abordé la médecine.

1 - Une priorité donnée au développement de la chirurgie ambulatoire

Tardivement engagé, bien que ce mode de prise en charge ait été reconnu par les textes dès 1991, le développement de la chirurgie ambulatoire répond à des objectifs de santé publique et d'amélioration de la qualité des prises en charge et du confort pour les patients.

Il a été favorisé par la mise en place, à partir de 2009, d'un tarif « unique » identique, pour un même groupe homogène de séjours (GHS)¹⁵⁶, entre les séjours de chirurgie ambulatoire et ceux présentant le plus faible degré de sévérité en hospitalisation conventionnelle, pour des gestes chirurgicaux pour lesquels était observé, selon l'instruction en vigueur du ministère¹⁵⁷, « un contenu médical similaire entre ces niveaux et une prise en charge réalisable en ambulatoire ».

D'abord limitée à 18 groupes homogènes de malades (GHM) en 2009, cette mesure a ensuite été étendue à 39 GHM en 2012, puis à 47 GHM en 2013 sur les 111 correspondant à des actes de chirurgie susceptibles d'être pris en charge en ambulatoire. S'appuyant sur la production, par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes, d'outils opérationnels permettant d'accompagner la transformation des établissements, elle a par la suite été généralisée en 2014 à l'ensemble des 111 GHM précités.

De plus, les seuils (« bornes basses ») de durée de séjour en hospitalisation conventionnelle en deçà desquels les tarifs étaient minorés de 50 % ont été supprimés en 2014 pour l'ensemble des GHM de chirurgie conventionnelle présentant une faible sévérité (niveau 1), ce qui a mis fin à un facteur désincitatif à l'essor de la chirurgie ambulatoire.

¹⁵⁶ Les GHS (groupes homogènes de séjours) sont les pendants tarifaires des GHM (groupes homogènes de malades), qui correspondent aux malades hospitalisés dont les séjours présentent une similitude médicale et un coût voisin. Compte tenu de l'existence de plusieurs niveaux de sévérité des prises en charge (allant de 1 à 4), chaque GHM a pour pendant plusieurs GHS.

¹⁵⁷ Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, annexe 8.

Parallèlement, certains actes chirurgicaux¹⁵⁸ en hospitalisation conventionnelle ont été mis sous accord préalable, leur prise en charge en chirurgie conventionnelle et non pas en ambulatoire étant alors subordonnée à l'accord préalable de l'assurance maladie.

En 2015, le Gouvernement a adopté un « programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2015-2020 » visant à porter à 66,2 % en 2020 le taux d'actes de chirurgie effectués en ambulatoire.

2 - Une orientation insuffisamment structurée en médecine

Malgré l'annonce par le Gouvernement en 2014 que le virage ambulatoire concernait tout autant la médecine que la chirurgie, la première n'a pas bénéficié à ce jour d'actions comparables à celles destinées à promouvoir les actes de chirurgie ambulatoire.

Contrairement à la chirurgie ambulatoire, les contours de l'activité de médecine à l'hôpital, qui regroupe des activités aussi diverses que des bilans, des analyses biologiques, des explorations par imagerie ou des séjours de surveillance sans nuitée, sont mal délimités.

Tout d'abord, en l'absence de tarifs propres à l'activité de médecine sans nuitée, la médecine ambulatoire n'est pas identifiée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), contrairement à la chirurgie ambulatoire.

La médecine ambulatoire à l'hôpital ne se distingue pas toujours avec netteté, en pratique, des actes et consultations externes. Pour la facturation des prestations par les établissements de santé, une circulaire ministérielle, dite « frontière »¹⁵⁹, précise dans quels cas une prise en charge doit donner lieu à la facturation, soit de séjours, soit d'actes et de consultations externes. Or, les insuffisances de cette circulaire, qui n'a pas été actualisée depuis 2010, placent les établissements de santé dans une situation d'incertitude juridique et favorisent des erreurs de facturation de leur part.

¹⁵⁸ Ce dispositif, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, concerne désormais 55 gestes chirurgicaux.

¹⁵⁹ Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a créé une prestation intermédiaire entre les actes et consultations externes et les hospitalisations de jour. Cette prestation, qui prend la forme d'un forfait, a pour objet de mieux rémunérer la prise en charge externe de certaines pathologies¹⁶⁰ dans le cadre de consultations pluridisciplinaires et/ou pluri-professionnelles nécessitant l'intervention coordonnée d'au moins un professionnel médical et de deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et donnant lieu à la rédaction d'une synthèse médicale. Bien qu'elle ait pour objet de prévenir la facturation injustifiée de séjours par les établissements de santé, le texte réglementaire visant à préciser les règles de codage à appliquer par ces derniers, maintes fois annoncé, n'a pas encore été publié, faute de consensus entre le ministère chargé de la santé et les fédérations hospitalières.

Enfin, les modalités de tarification de la médecine ambulatoire n'ont pas évolué, à l'exception d'une revalorisation ciblée à hauteur de 41 M€, tous secteurs confondus, dans le cadre de la campagne tarifaire 2018. Elles restent à ce jour défavorables à son développement, en raison d'une part, d'un important écart entre les tarifs ambulatoires et ceux d'hospitalisation conventionnelle de faible sévérité (rapport de presque un à trois en moyenne) et, d'autre part, de l'existence de tarifs ambulatoires inférieurs aux coûts constatés¹⁶¹. En outre, des « bornes basses » restent en vigueur en médecine, ce qui envoie un signal désincitatif aux établissements.

Ainsi, le virage ambulatoire du système de soins annoncé par les pouvoirs publics s'est limité, dans les faits, à la mise en œuvre d'une politique financièrement incitative pour la seule chirurgie ambulatoire.

B - Des résultats significatifs en chirurgie, mais peu d'avancées en médecine

De manière cohérente avec la mobilisation inégale des outils à même de favoriser le développement du mode ambulatoire, la chirurgie ambulatoire a pris une place croissante dans l'organisation des soins hospitaliers, tout en conservant un certain potentiel de développement. En revanche, l'ambulatoire ne progresse pas de manière notable en médecine.

¹⁶⁰ Dont la liste est fixée par l'annexe 18 d'un arrêté du 27 février 2017.

¹⁶¹ Tels que mesurés par les tarifs issus des coûts (TIC) calculés chaque année par l'ATIH.

1 - Des résultats tangibles en chirurgie ambulatoire, mais le maintien d'un certain potentiel de développement

Sur le périmètre de conversion de la chirurgie conventionnelle en chirurgie ambulatoire retenu par les pouvoirs publics¹⁶², plus d'une prise en charge sur deux en chirurgie relève aujourd'hui de l'ambulatoire. Ainsi, sur le périmètre en vigueur, le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 43,3 % en 2010 à 54,1 % en 2016, soit un niveau voisin de l'objectif cible (54,7 %). Au regard du nombre total de séjours de chirurgie, la part des séjours sans nuitée est parallèlement passée de 39,8 % en 2012 à 48,4 % en 2016 et à 50,4 % en 2017¹⁶³.

Cette progression du taux de prise en charge ambulatoire concerne toutes les spécialités chirurgicales, mais revêt une portée variable. Il subsiste d'importantes marges de progression comme le font apparaître les disparités entre territoires et types d'établissement.

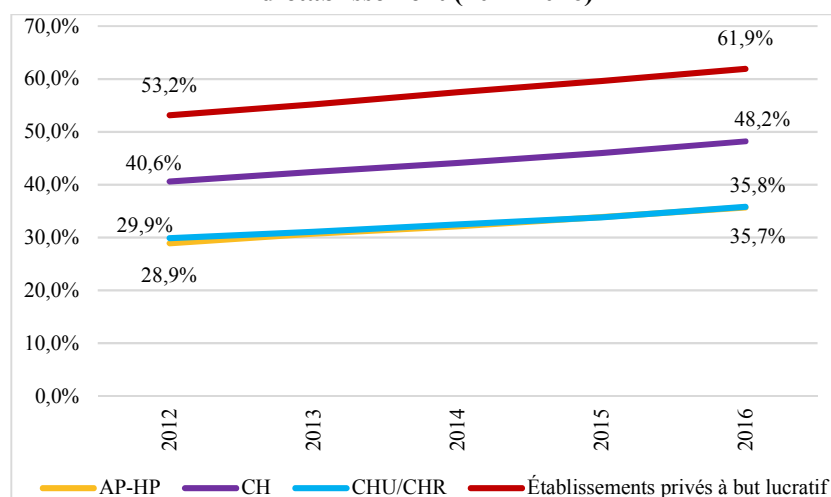
En France métropolitaine, les régions Pays de la Loire (56,5 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (56,2 %) affichent sur le périmètre retenu par les pouvoirs publics les taux les plus élevés de chirurgie ambulatoire et les régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est le taux le plus faible (51,5 %).

Le taux de chirurgie ambulatoire des établissements privés à but lucratif, qui se sont fortement et depuis longtemps positionnés sur ce créneau, s'élève en 2016 à 61,9 %, contre 44 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif. L'AP-HP et les CHU affichent les taux les plus faibles (35,7 % et 35,8 % respectivement), mais le rythme d'augmentation de la part des séjours de chirurgie effectués en ambulatoire est similaire à celui des autres établissements depuis 2012.

¹⁶² Fixé par l'instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015, qui a ajouté sept racines complémentaires de groupes homogènes de malades (GHM) au périmètre antérieur.

¹⁶³ ATIH - PMSI.

Graphique n° 10 : taux de chirurgie ambulatoire selon le type d'établissement (2012-2016)



Source : ATIH.

Si une partie des écarts s'explique par des différences de typologie d'activité (*case mix*) bien documentées¹⁶⁴, ils peuvent aussi renvoyer à une capacité plus ou moins grande d'adaptation des établissements de santé. Pour certains actes comme la pose de prothèses de genou ou de hanche¹⁶⁵, les adaptations organisationnelles ont ainsi été plus rapides dans les établissements privés à caractère lucratif et dans certains centres hospitaliers non universitaires que dans les CHU.

Le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît notamment conditionné par un réaménagement des locaux des établissements de santé conduisant à distinguer la file active des patients et les blocs opératoires de ceux propres aux hospitalisations conventionnelles.

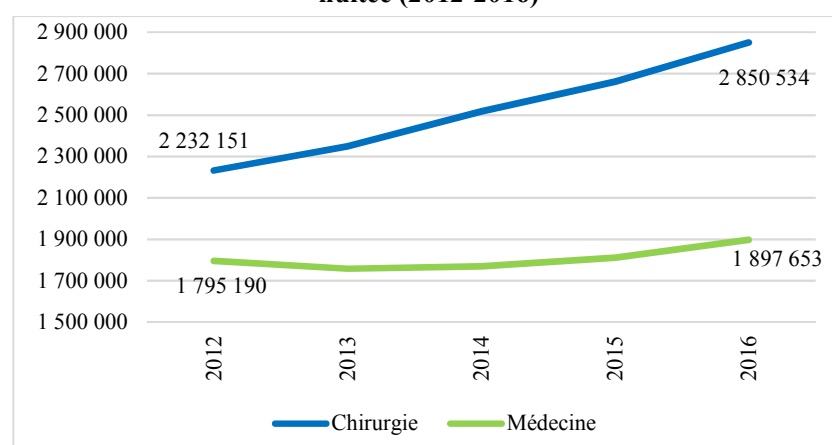
¹⁶⁴ Les prises en charges les plus complexes, notamment aux âges extrêmes de la vie, sont assurées par les établissements publics.

¹⁶⁵ Selon les données de la CNAM, 895 poses de hanches ont été effectuées en ambulatoire en 2016. Les établissements qui en ont effectué le plus sont la clinique de Domont (76), la clinique des Diaconesses (60), la clinique Claude Bernard et le centre hospitalier d'Albi (46).

2 - Une prise en charge ambulatoire en médecine qui reste à construire

À défaut d'incitations en ce sens, les séjours ambulatoires ont peu augmenté en médecine, contrairement à la chirurgie.

Graphique n° 11 : évolution du nombre de séjours ambulatoires sans nuitée (2012-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données du PMSI.

Si, selon l'ANAP, le taux de médecine ambulatoire s'est élevé à 39,9 % en 2016 sur le périmètre d'actes pour lesquels des séjours sans nuitée peuvent être substitués à des séjours avec nuitée, cette moyenne recouvre une grande diversité de situations selon les territoires et les établissements.

Les hospitalisations de jour représentent une fraction encore plus réduite et globalement stable du nombre total de séjours hospitaliers en médecine (23,8 % en 2017, contre 23 % en 2012¹⁶⁶). Cette part a légèrement augmenté pour les établissements privés lucratifs (de 18,4 % à 20 %) et non lucratifs (de 21 % à 24,8 %) ; en revanche, elle est restée stable pour les établissements publics (de 24 % à 24,3 %).

¹⁶⁶ ATIH - PMSI.

C - Un impact financier globalement incertain

Le plan ONDAM triennal 2015-2017 a fixé des objectifs annuels d'économies au titre du développement de la chirurgie ambulatoire (420 M€ en cumul) et de la réduction des inadéquations hospitalières (615 M€ en cumul). L'ONDAM 2018 prévoit 250 M€ d'économies supplémentaires, de manière indistincte, au titre de la chirurgie ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation et de la réduction des hospitalisations évitables.

Le contenu précis des économies projetées, de même que la réalité des économies réalisées au titre du virage ambulatoire, entendu au sens large, n'ont pu être documentés de manière précise auprès de la Cour. De fait, les économies susceptibles d'être attendues à ce titre sont encore loin d'être réalisées. Par ailleurs, le virage ambulatoire ne suffit pas à expliquer la hausse rapide des dépenses de soins de ville ces dernières années.

1 - Des économies à l'hôpital inférieures aux attentes du fait d'une réorganisation insuffisante de l'offre de soins hospitaliers

En théorie, le développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires devrait faire apparaître d'importantes surcapacités en hospitalisation conventionnelle.

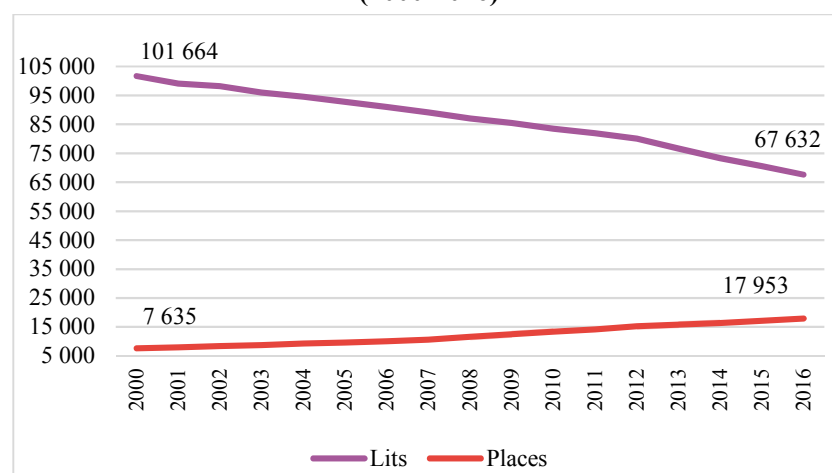
Ce raisonnement sous-tendait notamment l'estimation par la Cour d'un potentiel de 5 Md€ d'économies au titre d'un développement plus rapide de la chirurgie ambulatoire¹⁶⁷.

Les économies anticipées à ce titre sont de trois ordres : des économies sur la masse salariale (réduction du nombre d'équipes de nuit et de week-end notamment) et les charges externes (blanchisserie, restauration, transports) ; des gains de productivité dans le fonctionnement de l'hôpital, qui dépendent d'une organisation exigeante, à flux tendus et dans des circuits courts (*fast-tracking*) afin d'éliminer les pertes de temps, ainsi que de moyens adaptés (locaux, systèmes d'informations) ; la fermeture de structures de chirurgie conventionnelle dans les établissements à faible activité.

¹⁶⁷ Cour des comptes, *Rapport annuel 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.

Le nombre de places en chirurgie ambulatoire est passé de 7 635 en 2000 à 17 953 en 2016 (+135 %). Parallèlement, les capacités d'hospitalisation conventionnelle ont très nettement régressé en chirurgie, passant entre 2000 et 2016 de 101 664 à 67 632 lits (-33,5 %).

Graphique n° 12 : évolution comparée des nombres de lits en chirurgie conventionnelle et de places en chirurgie ambulatoire (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

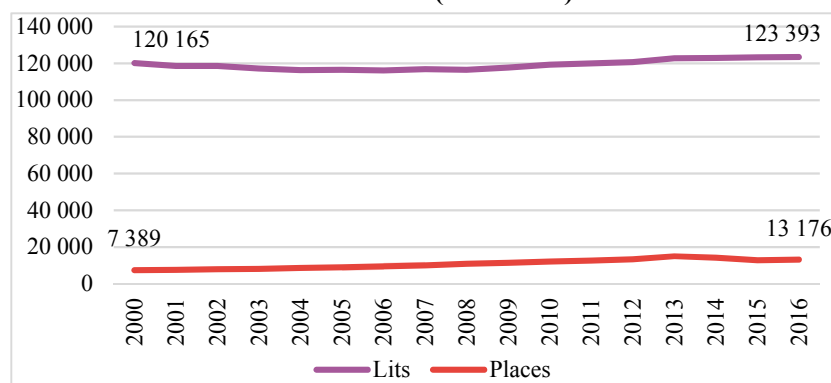
Comme la Cour l'a souligné, la réalisation d'actes chirurgicaux reste dispersée entre un nombre très élevé d'établissements, en lente réduction pour ceux pratiquant la chirurgie conventionnelle (860 en 2016 contre 885 en 2010) et en progression jusqu'à récemment pour ceux ayant une activité de chirurgie ambulatoire (878 en 2016 contre 883 en 2015 et 861 en 2010)¹⁶⁸. Dans ce contexte, il n'est pas établi que les réductions de capacités en chirurgie conventionnelle aient été accompagnées de réductions de dépenses, notamment de masse salariale : la structure d'emploi des établissements est rigide et des effectifs ont été redéployés vers d'autres services.

¹⁶⁸ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour assurer la qualité des prises en charge, p. 257-296, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les raisons du retard d'adaptation d'un nombre significatif d'établissements de santé sont multiples. Elles peuvent notamment provenir de freins organisationnels ou structurels : absence d'unités consacrées aux prises en charge ambulatoires ; difficultés de programmation de l'activité liées à l'accueil des patients issus des urgences ; architectures hospitalières inadaptées ; manque de places disponibles dans les structures d'aval (SSR, structures médico-sociales), qui freinent la réduction de la durée moyenne de séjour.

En médecine, l'offre de soins hospitaliers n'a pas été réorganisée. Le nombre de places en ambulatoire, en hausse continue entre 2000 et 2013, stagne depuis lors. Le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle a quant à lui légèrement progressé depuis 2009 pour dépasser 123 000 lits en 2016 (+ 2,7 % par rapport à 2000).

Graphique n° 13 : évolution comparée des nombres de lits d'hospitalisation conventionnelle et de places ambulatoires en médecine (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

En définitive, à défaut d'une réorganisation en profondeur de l'offre de soins à l'hôpital, le développement des prises en charge en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète, tout au moins en chirurgie, ne s'est pas traduit par une amélioration de la situation financière des établissements publics de santé. En 2017, le déficit global des hôpitaux publics a doublé, dans le contexte d'une moindre progression qu'attendu du nombre de séjours qui y sont effectués¹⁶⁹.

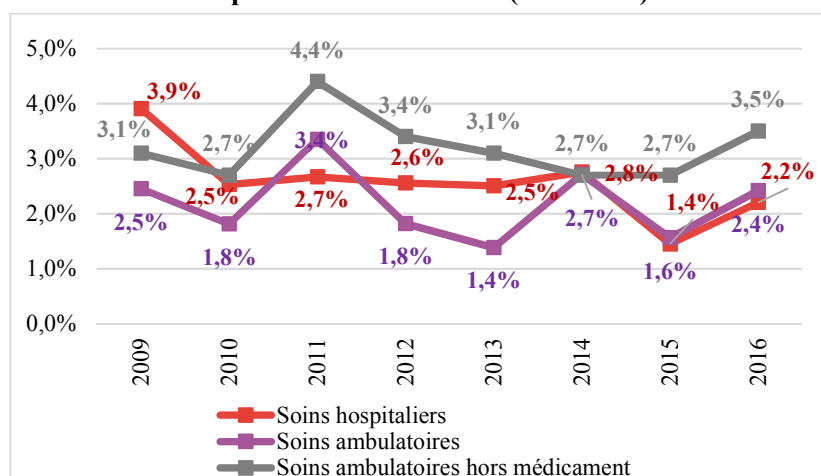
¹⁶⁹ Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles, p. 65.

2 - Un dynamisme des dépenses de ville que le virage ambulatoire ne suffit pas à expliquer

Le virage ambulatoire, entendu dans son sens le plus large, à savoir le déplacement de la demande et de la dépense de soins de l'hôpital vers la ville, est souvent présenté comme un facteur déterminant de la hausse rapide des dépenses de ville. Il apparaît cependant délicat d'identifier la part de leur augmentation qui lui est directement imputable.

Jusqu'en 2014 compris, les dépenses de soins hospitaliers - tous secteurs confondus - ont progressé à un rythme au moins aussi rapide que celles de soins ambulatoires - tous postes confondus. Depuis 2015, leurs rythmes d'évolution se sont sensiblement rapprochés. Toutefois, cette convergence résulte en grande partie des efforts de maîtrise des dépenses de médicaments en ville¹⁷⁰. Retraitées de celles de médicaments, les dépenses de soins ambulatoires ont progressé depuis le début de la décennie beaucoup plus rapidement que celles de soins hospitaliers.

Graphique n° 14 : évolution des dépenses hospitalières et des dépenses de soins de ville (2009-2016)



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2016.

¹⁷⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, 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. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Cette évolution ne saurait, à elle seule, être imputée aux actions destinées à favoriser le virage ambulatoire. De fait, l'allongement de l'espérance de vie et la prévalence croissante des pathologies chroniques entraînent une sollicitation plus forte des soins de premier recours, généralement de ville. Ainsi, il peut être constaté que, pour quatre pathologies majeures (diabète, maladies inflammatoires, maladies neurologiques et cancers actifs) qui concernent des effectifs croissants de patients, la dépense hospitalière moyenne par patient se réduit, tandis que celle de ville augmente¹⁷¹. S'agissant des pathologies cardio-neurovasculaires, les dépenses de ville hors médicaments progressent beaucoup plus rapidement que les dépenses hospitalières¹⁷².

Ces tendances lourdes du système de santé s'accompagnent par ailleurs de mécanismes insuffisants de régulation des dépenses de soins médicaux¹⁷³ et paramédicaux de ville¹⁷⁴ et des prescriptions hospitalières exécutées en ville¹⁷⁵, alors que ces dernières représentent une part croissante des dépenses de ville¹⁷⁶.

¹⁷¹ Travaux de « cartographie médicalisée » conduits par la CNAM permettant de retracer l'ensemble des dépenses « ville/hôpital » afférentes à des pathologies chroniques.

¹⁷² Voir le chapitre VI du présent rapport : la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins; p. 203.

¹⁷³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre IX Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 301-344, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁵ 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.

¹⁷⁶ Selon la CNAM, les prescriptions hospitalières exécutées en ville de médicaments (hors rétrocessions hospitalière), de dispositifs médicaux, de transport, d'actes d'auxiliaires médicaux et d'actes d'analyses biologiques ont représenté 24 % des prescriptions exécutées en ville en 2016 pour les assurés du régime général, contre 17 % en 2004 (Points de repère, février 2018, n° 49).

Le virage ambulatoire n'implique d'ailleurs pas de manière univoque une hausse des dépenses de ville, mais pourrait aussi entraîner, dans certains cas, leur réduction. Ainsi, de récentes études menées par la CNAM¹⁷⁷ et par des unions régionales de professionnels de santé¹⁷⁸, à partir des données de remboursement de l'assurance maladie, indiquent que les dépenses de ville entourant une intervention chirurgicale en ambulatoire - avant et après hospitalisation - sont inférieures à celles propres à une prise en charge conventionnelle, s'agissant notamment des dépenses d'indemnités journalières, de transports et de médicaments. Un facteur explicatif possible de ce constat est que le mode ambulatoire de prise en charge favorise une réduction du temps de récupération des patients concernés et du volume des soins consécutifs à l'intervention.

D'autres améliorations qualitatives de la prise en charge des patients peuvent quant à elles être neutres sur le montant total de la dépense, mais s'accompagner d'une répartition différente de cette dernière entre la ville et l'hôpital. La CNAM a ainsi observé en 2016 que la dépense moyenne au titre des patients ayant adhéré au programme PRADO « insuffisance cardiaque » (au nombre de 4 500 au total) étaient identiques à celles des « patients témoins », mais avec une dépense de ville beaucoup plus élevée et une dépense hospitalière nettement plus faible. Cette différence de structure de la dépense traduit l'incidence de moindres ré-hospitalisations.

En définitive, certains aspects du virage ambulatoire favorisent la hausse des dépenses de soins de ville, tandis que d'autres pourraient limiter leur croissance. Ces effets, divergents sans être contradictoires, ne permettent pas d'apprécier de manière précise la portée du virage ambulatoire sur le rythme d'évolution des dépenses de ville.

¹⁷⁷ CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance-maladie pour 2018*, juillet 2017.

¹⁷⁸ Bizard / Salamat Conseil, *Étude de l'impact économique du parcours du patient en chirurgie ambulatoire*, novembre 2017.

II - Une nécessaire réorganisation des activités médicales, en ville comme à l'hôpital

Faire du virage ambulatoire un choix d'organisation en faveur de la qualité des soins des patients à un coût maîtrisé pour l'assurance maladie nécessite de réorganiser les activités médicales en ville comme à l'hôpital.

À cette fin, il convient de mobiliser le levier financier afin d'engager le virage ambulatoire en médecine à l'hôpital, de remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville et au cloisonnement ville - hôpital et de faire évoluer les compétences reconnues des professionnels médicaux et paramédicaux. Sur ces différents plans, les évolutions observées ces dernières années sont particulièrement lentes.

A - Mobiliser le levier financier pour engager le virage ambulatoire en médecine à l'hôpital

La politique tarifaire doit être révisée afin d'assurer la réalisation de l'objectif gouvernemental d'un taux de médecine ambulatoire en établissement de santé de 55 % en 2022, en veillant toutefois à ne pas créer d'effet d'aubaine durable en faveur des établissements les plus engagés dans son développement. S'agissant de la chirurgie ambulatoire, l'objectif d'un taux de 70 % à la même échéance paraît pouvoir être réalisé tout en poursuivant la réduction du surfinancement dont elle bénéficie au regard des coûts des établissements.

1 - Établir un modèle de tarification de la médecine ambulatoire

Contrairement à la chirurgie, il n'existe pas à ce jour de modèle lisible de tarification en médecine ambulatoire. La mise en place d'une politique de signal-prix favorable à son développement appellerait trois évolutions prioritaires, inspirées de celles mises en œuvre en chirurgie.

Tout d'abord, la nomenclature du PMSI devrait être révisée afin de retracer spécifiquement les séjours propres à l'activité de médecine ambulatoire.

En outre, il conviendrait de rendre la tarification plus incitative, ce qui impliquerait, comme en chirurgie ambulatoire, de supprimer les bornes basses par catégories de pathologies et de porter dans un premier temps les tarifs (GHS) de médecine ambulatoire à un niveau supérieur aux coûts mesurés dans le cadre de l'enquête nationale sur les coûts (tarifs issus des coûts ou TIC). Par la suite, ces tarifs devraient tendre vers les coûts afin de prévenir tout effet d'aubaine durable (voir 2 – *infra*).

Par ailleurs, la hiérarchie des tarifs de chirurgie et de médecine devrait être réexaminée afin de favoriser les modalités les moins lourdes de prise en charge lorsque cela est pertinent au plan médical. Ainsi, pour certaines prises en charge, la radiologie interventionnelle¹⁷⁹, dont nombre d'actes peuvent être réalisés sans nuitée, offre une alternative à la chirurgie conventionnelle. Généralement moins invasive, elle limite *a priori* le risque de complications, de même que les coûts induits par une hospitalisation. À titre d'illustration, la cimentoplastie, technique de radiologie interventionnelle, peut permettre aux personnes âgées victimes de fractures vertébrales traumatiques de retrouver plus rapidement leur autonomie. Or, en 2017, un GHM de cimentoplastie (08M25T) était valorisé 303 € dans les établissements de santé privés lucratifs, alors qu'un GHM d'intervention chirurgicale sur le rachis (08C251) atteignait 2 781 €, ce qui tend à favoriser cette intervention plus lourde pour le patient, mais plus rémunératrice pour l'établissement¹⁸⁰.

Enfin, les règles qui assurent la partition de l'activité hospitalière entre hospitalisation, actes et consultations externes à l'hôpital doivent être clarifiées, à tout le moins par une refonte à brève échéance de la circulaire-frontière¹⁸¹. Les travaux engagés sur les chemins cliniques¹⁸² doivent quant à eux être menés à terme afin de définir précisément les contours de la médecine ambulatoire à l'hôpital.

¹⁷⁹ Selon la définition de la société française de radiologie, la radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs réalisés par les radiologues à des fins de diagnostic ou de traitement d'une pathologie, sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (rayons X, ultrasons, résonnance magnétique).

¹⁸⁰ Selon les données de l'ATIH, le tarif du GHM de cimentoplastie (08M25T) est loin de couvrir les coûts (le TIC correspondant s'élève à 399 €, soit 24 % de plus que le tarif), tandis que celui de l'intervention chirurgicale sur le rachis (08C251) les couvre pratiquement (le TIC correspondant atteint 2 813 €, soit 2 % de plus que le tarif).

¹⁸¹ Voir I- A- 2. *supra*.

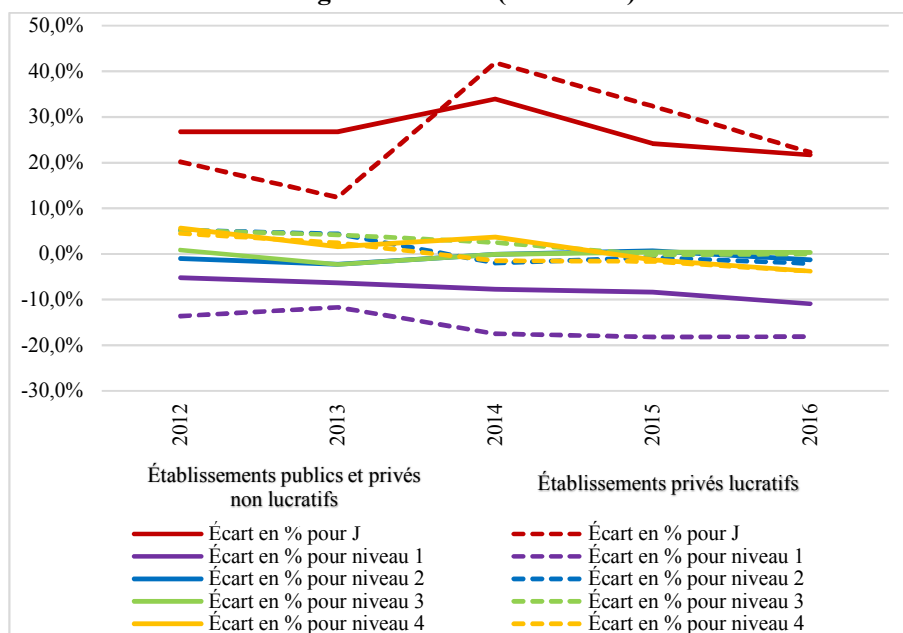
¹⁸² Suivant la définition retenue par la HAS, le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, toutes les composantes du parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, à rationaliser et à standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri-professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable en vue d'une prise en charge optimale et efficiente mettant en œuvre les bonnes pratiques.

2 - Poursuivre la réduction du surfinancement tarifaire de la chirurgie ambulatoire

Afin d'inciter les établissements à substituer des prises en charge ambulatoires à des prises en charge conventionnelles, la politique tarifaire sur-finance les actes de chirurgie ambulatoire par rapport à leurs coûts, bien que l'écart correspondant se réduise.

Ainsi, les tarifs de l'ambulatoire ont été alignés en 2014 sur ceux des prises en charge de courte durée en hospitalisation conventionnelle et, ce faisant, portés à un niveau nettement supérieur aux coûts. Depuis 2015, ils sont ajustés à la baisse afin de réduire l'écart correspondant. Ce dernier reste néanmoins substantiel dans les deux secteurs tarifaires.

Graphique n° 15 : écarts entre les tarifs des GHS et les coûts issus de l'enquête nationale sur les coûts (TIC) en chirurgie ambulatoire par degré de sévérité (2012-2016)



Note de lecture : ce graphique présente l'écart entre le tarif fixé pour le GHS (en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle selon les quatre niveaux de sévérité) et le coût de la prise en charge constaté dans l'étude nationale des coûts (ENC) menée par l'ATIH. Il illustre que les tarifs des prises en charge ambulatoires (J) sont nettement supérieurs aux coûts, contrairement aux tarifs d'hospitalisation conventionnelle de faible sévérité (niveau 1), en moyenne nettement inférieurs aux coûts constatés. Cet écart incite les établissements à prendre en charge en ambulatoire plutôt qu'en conventionnel les patients présentant un faible degré de sévérité.

Source : données ATIH, traitements Cour des comptes.

Comme l'a recommandé la Cour¹⁸³, les tarifs des séjours hospitaliers en chirurgie ambulatoire doivent être alignés sur les coûts afin de permettre à l'assurance maladie de bénéficier financièrement des gains d'efficacité résultant du développement de ce mode de prise en charge.

B - Remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville et au cloisonnement ville - hôpital

Le deuxième volet du virage ambulatoire, à savoir la réorganisation des soins de ville, accuse un retard certain. Celui-ci contribue à freiner le report d'activités de l'hôpital vers la ville.

Par nature, la possibilité d'un tel report est amoindrie par les obstacles physiques et monétaires à l'accès aux soins en ville : insuffisance de l'offre médicale sur certains territoires ; dépassements d'honoraires, notamment dans les territoires surdotés, conséquences de la portée absolue du principe de liberté d'installation des médecins ; et absence de généralisation à ce jour du tiers payant (en dehors des titulaires d'une affection de longue durée, de la CMU-C ou de l'ACS).

En dehors de mesures visant à réduire ces obstacles¹⁸⁴, le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, le renforcement de la coordination des soins de ville et des structures pluri-professionnelles et le décloisonnement des modes de prise en charge et des informations entre la ville et l'hôpital sont indispensables à la prise en charge par les praticiens médicaux et paramédicaux de ville des actes pour lesquels la mobilisation de moyens hospitaliers ne se justifie pas.

¹⁸³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour assurer la qualité des prises en charge, p. 257-296, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁸⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

1 - Développer les alternatives à l'hospitalisation en établissement

Il s'agit en premier lieu de mieux assurer la permanence des soins en ville, afin de lutter contre l'engorgement des urgences. Le rôle de palliatif¹⁸⁵ des carences du système de soins de ville joué par les urgences hospitalières est amplement documenté¹⁸⁶ ; il concourt aux difficultés de restructuration territoriale de l'offre de soins hospitalière rencontrées par les pouvoirs publics. Le développement de maisons médicales de garde, assurant une permanence des soins de premier recours et disposant d'un plateau technique, doit ainsi être encouragé¹⁸⁷.

En second lieu, l'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle pourrait contribuer au recentrage des établissements de santé sur les soins aigus. Pourtant, alors que le gouvernement s'était engagé¹⁸⁸ à doubler la part de séjours réalisés en HAD d'ici à la fin 2018, un retard important est observé par rapport aux objectifs affichés (46,6 journées d'HAD en 2016 pour 1 000 journées d'hospitalisation au regard d'un objectif de 74 journées). Comme la Cour l'a souligné¹⁸⁹, une réforme de la tarification des actes d'HAD est urgente afin de mieux couvrir les coûts réels et d'inciter davantage les établissements de santé à se tourner vers ce mode de prise en charge. Celui-ci devrait également faire l'objet d'une promotion plus active auprès des professionnels de santé à l'hôpital comme en ville.

¹⁸⁵ 21,2 millions de passages en 2016, contre 7 millions par an au début des années 1990. Entre 2012 et 2016, soit quatre années, le nombre de passages aux urgences a augmenté de près de 15 %.

¹⁸⁶ Dans son rapport précité sur l'avenir de l'Assurance maladie (novembre 2017), la Cour relevait qu'« en ambulatoire, l'insuffisante disponibilité des médecins, en particulier tôt le matin ou en soirée, ou pour des rendez-vous non programmés et les délais d'obtention y afférents, ainsi que la réduction des gardes et des déplacements à domicile, expliquent le report vers l'hôpital ».

¹⁸⁷ Les dernières données à disposition de la Cour font état de 414 maisons médicales de garde en 2014.

¹⁸⁸ Circulaire du 4 décembre 2013 relative au « positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile ».

¹⁸⁹ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la MECSS de l'Assemblée nationale*, L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes, décembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

En dernier lieu, en dehors même de l'HAD, le développement de structures de soins à domicile (services de soins infirmiers à domicile - SSIAD - ou services d'aide à domicile) apparaît indispensable pour accélérer le retour à domicile des patients. Il permettrait, par exemple, d'assurer la prise en charge de patients dialysés à domicile en lieu et place des centres lourds.

2 - Structurer les réponses des professionnels de santé en ville

À ce jour, les actions déployées afin de remédier à l'atomisation des professionnels de santé en ville, en surmontant leur fréquente réticence à intégrer des structures de coordination des soins, restent insuffisamment développées.

À cet égard, la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés, instauré en 2004 afin, en principe, de renforcer le rôle du médecin traitant, a connu de nombreux retards. Cet état de fait est à relier à l'échec du dossier médical personnel, qui devait permettre à l'ensemble des acteurs du système de santé de disposer d'une connaissance actualisée de l'état de santé du patient et de leurs interventions respectives, comme à la faible rémunération associée à la fonction de médecin traitant. Si la convention médicale de 2016 comporte des dispositions qui améliorent la rémunération de certaines prises en charge coordonnées par les médecins généralistes, elle emporte des effets incertains sur le rôle effectif du médecin traitant.

Le besoin d'une coordination accrue entre professionnels de santé

Une étude conduite en 2013 sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en région Midi-Pyrénées¹⁹⁰ est éclairante sur le besoin de coordination des professionnels de santé. Sur la base d'une enquête effectuée auprès de 32 urologues exerçant dans la région, les chercheurs concluent que les principaux freins identifiés au développement de la chirurgie ambulatoire sont l'absence d'information du médecin traitant et le manque de suivi organisé post-opératoire. Ainsi, dans plus des deux tiers des cas, aucune information particulière n'était communiquée au médecin traitant et dans 40 % des cas identifiés, aucun suivi post-opératoire n'était organisé. Les auteurs concluent à l'absence d'implication du médecin traitant dans le processus.

¹⁹⁰ Association française d'urologie, résultats d'une enquête sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie en région Midi-Pyrénées, juin 2013.

S'ils datent de 2013, ces constats illustrent l'enjeu d'une systématisation des flux d'information entre professionnels de santé, quel que soit leur cadre ou mode d'exercice.

L'exemple des programmes d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (PRADO), pilotés par la CNAM, qui appelleraient davantage d'évaluations médico-économiques, met en lumière l'importance d'identifier un acteur chargé de la coordination des parcours. Dans le cadre d'un PRADO, cette tâche incombe non à un professionnel de santé, mais à un conseiller de l'assurance maladie, chargé d'assurer la coordination des interventions, au domicile des patients, des professionnels de santé libéraux, mais aussi, le cas échéant, d'intervenants médico-sociaux. Ce rôle dévolu aux conseillers de l'assurance maladie est critiqué par les professionnels de santé, sans pour autant qu'un interlocuteur susceptible de l'assumer ait été identifié parmi ces derniers. À cet égard, le développement de nouveaux métiers de coordination des soins au sein des professions paramédicales, tout comme les délégations de tâches et de compétences, pourrait combler cette lacune¹⁹¹.

Enfin, le transfert de certaines prises en charge de l'hôpital vers la ville appelle un développement plus rapide des structures de soins pluri-professionnelles. Les maisons de santé pluri-professionnelles sont une forme aboutie de structures coordonnées de soins en ville qui apparaît particulièrement pertinente pour limiter les hospitalisations évitables et organiser les prises en charge post-hospitalisation. Elles permettent en effet de regrouper dans un même lieu d'exercice des médecins libéraux généralistes ou spécialistes, afin de limiter les délais d'attente et d'assurer, le cas échéant, une première coordination des soins entre généralistes et spécialistes. Elles peuvent aussi créer davantage de proximité entre l'activité des médecins et celle de certaines professions paramédicales, notamment infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, voire avec les activités d'analyses biologiques et de radiologie.

Or il existe à ce jour une pluralité d'outils de coordination, instaurés par divers textes législatifs, afin de répondre, d'une part, aux attentes des professionnels de santé, et, d'autre part, aux réalités et aux besoins des territoires, qui ne se recoupent pas nécessairement. Certains outils, comme

¹⁹¹ Voir C- 2- *infra*.

les communautés professionnelles territoriales en santé (CPTS)¹⁹² et les plateformes territoriales d'appui (PTA)¹⁹³, pourraient porter en germe une organisation plus structurée des soins en ville. Toutefois, ces instances collaboratives créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et soutenues financièrement par les ARS ont un caractère facultatif, prennent des formes variées et n'entretiennent pas de coopérations suffisamment structurées avec les établissements de santé, notamment les établissements publics regroupés dans les GHT.

Le rapprochement des professionnels libéraux de santé au sein de structures spécialisées apparaît à cet égard plus prometteur. Le développement du travail en équipe permet en effet à la fois d'améliorer la qualité des prises en charge, de renforcer l'articulation entre les établissements de santé, la ville et le médico-social pour assurer la continuité du parcours de soins, mais aussi, en principe, de conforter l'offre de soins de premier recours. Par ailleurs, en mutualisant l'utilisation entre plusieurs professionnels de santé, il élargit les possibilités d'implantation de plateaux techniques en ville.

Ce mode d'organisation reste toutefois minoritaire, qu'il s'agisse des centres de santé (structures souvent anciennes, généralement implantées en milieu urbain et composées de personnels salariés)¹⁹⁴ ou des maisons de santé pluri-professionnelles associant des professionnels libéraux de santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 affiche l'objectif d'un doublement du nombre de ces dernières structures soutenues

¹⁹² Elles rassemblent des professionnels de santé de ville, d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux, des acteurs de la prévention ou de la promotion de la santé, qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à des besoins collectifs qu'ils ont identifiés. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre ces professionnels et l'ARS.

¹⁹³ Elles ont pour objet de soutenir la prise en charge des situations complexes liées à des pathologies parfois associées à des problèmes sociaux ou psychiques, auxquelles sont notamment confrontés les médecins traitants, en apportant trois types de services : l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires, l'appui à l'organisation des parcours complexes (dont les admissions en établissement et les sorties) et le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Les PTA prennent appui notamment sur les CPTS.

¹⁹⁴ D'après les données de l'observatoire des centres de santé, on comptait 1 931 centres de santé au 31 décembre 2016. Parmi les centres ayant renseigné leur activité, 41 % exclusivement dentaires et 29 % exclusivement infirmiers. Seuls 21 % sont des centres polyvalents avec plusieurs spécialités médicales et des auxiliaires médicaux.

par l'accord conventionnel interprofessionnel du 20 avril 2017¹⁹⁵, pour les porter à un millier environ en 2022¹⁹⁶. S'il devait être réalisé, il demeurerait néanmoins insuffisant au regard du besoin d'une coordination plus affirmée de l'exercice des professionnels de santé en ville.

3 - Mieux soutenir les innovations qui décloisonnent la ville et l'hôpital

La nomenclature des actes médicaux (CCAM), applicable pour les consultations en ville et à l'hôpital, doit intégrer plus rapidement l'innovation¹⁹⁷, notamment quand elle est porteuse d'économies tout au long du parcours de soins. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu des dispositions visant à accélérer sa mise à jour, aujourd'hui très lente, en surmontant les situations de blocage au sein des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), composées paritairement de représentants des professionnels de santé et de l'assurance maladie : à défaut d'une décision de la CHAP compétente, dans un délai maximal de 12 mois à compter de l'avis rendu par la HAS, le directeur de l'UNCAM peut désormais inscrire de sa propre initiative l'acte concerné à la nomenclature. En dehors de l'inscription de nouveaux actes, il convient que ces dispositions soient également utilisées pour retirer de la CCAM des actes obsolètes ou moins performants que ceux nouvellement inscrits.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui permet de déroger aux règles habituelles de tarification dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins, présente une opportunité à saisir pour permettre notamment l'expérimentation en médecine ambulatoire d'organisations et de modèles de financement innovants associant la ville et l'hôpital. Dans ce cadre, devraient être mises à l'étude une homogénéisation des règles de facturation entre la ville et l'hôpital, consistant par exemple en la définition

¹⁹⁵ Qui se substitue au règlement arbitral de 2015, qui avait conduit à une dépense de 18,1 M€ en 2016 pour l'assurance maladie, soit une rémunération moyenne de 41 660 € par structure bénéficiaire.

¹⁹⁶ 988 maisons de santé pluri-professionnelles sont recensées, dont 538 adhèrent à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 avril 2017 et perçoivent à ce titre une rémunération spécifique de l'assurance maladie (35,6 M€ au titre de 2017, soit 66 000 € en moyenne par structure). Un peu moins de 9 400 professionnels de santé y exercent pour tout ou partie de leur activité (dont plus de 2 600 médecins généralistes).

¹⁹⁷ Cour des comptes, *Rapport public thématique, L'avenir de l'assurance maladie* : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

d'une prestation intermédiaire commune aux deux secteurs de soins et l'instauration d'enveloppes forfaitaires de rémunération des professionnels de santé pour la prise en charge de maladies chroniques. En tout état de cause, un dispositif d'évaluation efficient devra accompagner les expérimentations de l'article 51 afin de décider rapidement la généralisation ou l'abandon des modes d'organisation des soins ainsi testés.

Alors que les systèmes d'information sont unanimement reconnus comme un outil facilitant pour le virage ambulatoire - notamment pour la coordination ville-hôpital et plus généralement pour la circulation de l'information entre les professionnels de santé -, la France pâtit des attermoissements sur le dossier médical partagé et la télémédecine, comme la Cour l'a encore récemment souligné¹⁹⁸. La CNAM engage la généralisation du dossier médical partagé à l'automne 2018. Son alimentation exhaustive par les professionnels de santé est indispensable pour assurer une prise en charge continue des patients entre la ville et l'hôpital, en fiabilisant les diagnostics et modes de prise en charge et en éliminant les doublons d'actes et d'examens inutiles.

C - Faire évoluer les compétences des professionnels de santé

Généraliser les prises en charge ambulatoires à l'hôpital et favoriser le report d'activités de l'hôpital à la ville chaque fois que cela est justifié sur le plan médical impliquent de mieux reconnaître le mode ambulatoire dans la formation initiale des professions médicales et paramédicales et de donner une place accrue aux professions paramédicales dans l'organisation des soins primaires, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays.

¹⁹⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VII La télémédecine: une stratégie cohérente à mettre en œuvre, p. 297-330, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

1 - Mieux reconnaître le mode ambulatoire dans la formation initiale des médecins et des infirmiers

La formation des professionnels de santé joue un rôle essentiel pour accompagner les mutations du système de soins. Or l'analyse des maquettes de formation¹⁹⁹, quoique profondément revues entre 2011 et 2017 dans le cadre de la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur, fait apparaître une place encore réduite de la pratique ambulatoire au regard de cet enjeu.

Les réformes récentes des études de médecine ont conduit à davantage identifier et à renforcer les notions de prises en charge ambulatoires sur l'ensemble des trois cycles d'études de médecine. Si les objectifs pédagogiques du premier cycle n'abordent aucunement les notions de prise en charge ambulatoire, le second cycle affirme très clairement ces notions depuis une réforme de 2013²⁰⁰ : les stages doivent conduire les étudiants à appréhender les modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en ambulatoire ; de plus, au cours de leur scolarité, obligation leur est faite d'effectuer un stage chez un médecin généraliste. Au cours du troisième cycle, la notion de virage ambulatoire, dans les enseignements aussi bien théoriques que pratiques, est aujourd'hui prégnante²⁰¹ : une majorité de maquettes intègre désormais des stages orientés vers un développement de l'ambulatoire.

Cependant, l'effort doit être poursuivi en faisant découvrir les différents modes d'exercice dès le premier cycle et en diversifiant l'offre de stages lors du deuxième cycle. Un récent rapport des inspections ministérielles²⁰² a relevé une appropriation inégale et une mise en œuvre hétérogène des objectifs de la réforme du deuxième cycle²⁰³. L'évaluation

¹⁹⁹ Établies par la DGOS et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP).

²⁰⁰ Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

²⁰¹ Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et arrêtés des 12 et 21 avril 2017.

²⁰² Rapport IGAS-IGAENR, « L'organisation des stages des étudiants de 2^{ème} cycle de médecine dans les établissements de santé », 2016 : « la volonté politique de développer les soins ambulatoires n'a aucun effet sur l'organisation des stages, les épreuves classantes nationales restant le moteur essentiel de l'organisation du deuxième cycle ».

²⁰³ Les ministères des solidarités et de la santé, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont confié en 2017 à des personnalités qualifiées une mission sur l'évolution du deuxième cycle.

périodique des maquettes de formation doit permettre de s'assurer de leur correcte prise en compte²⁰⁴.

À l'instar des études de médecine, le référentiel de formation initiale des infirmiers a évolué pour intégrer le schéma européen Licence-Master-Doctorat²⁰⁵. Si le texte de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, qui fixe la maquette en vigueur, n'évoque pas la notion d'ambulatoire, le référentiel d'activités et de compétences mentionne plusieurs attendus qui participent de la prise en charge en ambulatoire²⁰⁶.

Par ailleurs, en application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les étudiants infirmiers sont désormais admis à réaliser des stages dans des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé) ou en cabinet libéral. Ils peuvent également réaliser personnellement des actes, pris en charge par l'assurance maladie, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé. Cependant, contrairement aux maîtres de stages universitaires²⁰⁷, aucune indemnisation ni formation n'est prévue pour les maîtres de stages infirmier en exercice libéral. Au-delà de dispositifs dérogatoires ponctuels²⁰⁸, il convient de remédier à cette lacune afin de renforcer la place de l'ambulatoire dans la formation des infirmiers.

²⁰⁴ L'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine précise les modalités de suivi et d'évaluation de la réforme.

²⁰⁵ Rapport IGAS-IGAENR sur « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le schéma LMD », juillet 2013.

²⁰⁶ « Élaborer un projet de soins dans un contexte de pluri-professionnalité », « concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées », « coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ».

²⁰⁷ Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant correspondant est fixé à 600 € bruts mensuels pour un interne de niveau 1 ou 2 et à 300 € pour un externe (à partager entre les différents MSU d'une même maquette de stage).

²⁰⁸ Dans le cadre d'une expérimentation, un contrat conclu en 2014 entre l'ARS et l'URPS Infirmiers d'Île-de-France permet aux infirmiers libéraux de bénéficier d'une formation et d'une reconnaissance de leur statut de tuteurs de stage.

2 - Élargir les compétences reconnues des auxiliaires médicaux

Dans le cadre des prises en charge ambulatoires, l'organisation traditionnelle, fondée sur « l'organe » ou la spécialité, fait place à un ordonnancement précis où chaque professionnel intervient dans un champ de compétences déterminé, de manière coordonnée et interdépendante, au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Celle-ci dépasse le strict périmètre de l'établissement de santé puisqu'elle intègre aussi bien l'amont que l'aval des soins (suivi post-hospitalisation).

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi « HPST ») a ouvert la possibilité de coopérations entre professionnels de santé, c'est-à-dire de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations de leurs modes d'intervention auprès des patients. Ces coopérations, qui dérogent à la définition réglementaire des compétences respectives des médecins et des auxiliaires médicaux, sont cependant circonscrites à des initiatives ponctuelles des professionnels de santé. La mise en œuvre du protocole qui formalise chacune d'elles est autorisée par l'ARS au vu du besoin de santé constaté, après avis conforme de la HAS sur l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique²⁰⁹. La plupart des protocoles, qui dérogent aux règles habituelles de rémunération des professionnels de santé, sont soutenus financièrement par les ARS.

Récemment, l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a ouvert aux auxiliaires médicaux la possibilité d'un exercice en pratiques avancées, c'est-à-dire là aussi de transferts d'actes en leur direction, mais désormais dans un cadre juridique de portée générale, applicable à tous les médecins et auxiliaires médicaux.

Cette évolution, qui excède le strict cadre du virage ambulatoire puisqu'il s'agit également de mieux couvrir les besoins sur l'ensemble des territoires, laisse entrevoir la possibilité d'une place accrue des professionnels paramédicaux, à terme, dans l'organisation des soins primaires, à l'instar de ce qui est observé dans les pays anglo-saxons.

²⁰⁹ En application de l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, un arrêté ministériel du 30 avril 2018 a fixé neuf priorités nationales à ces coopérations, parmi lesquelles la prévention et le suivi des pathologies cardio-neurovasculaires et du diabète, ainsi que des pathologies ophtalmologiques. Pour les projets de protocole relevant de ces priorités, les avis de la HAS et du collège des financeurs doivent être rendus dans un délai maximal de six mois.

Des pratiques avancées répandues dans les pays anglo-saxons

Les pays qui accordent une place importante aux pratiques avancées dans l'organisation des soins ont tous cherché, en optimisant l'utilisation des compétences des professionnels de santé, à faciliter l'accès aux soins primaires, à mieux répondre aux évolutions épidémiologiques dans une logique de prévention et de proximité de la réponse sanitaire et à maîtriser les coûts. Les pratiques avancées des infirmiers dans la prise en charge des patients améliorent nettement l'éducation et la santé et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques²¹⁰.

L'étendue et la diversité des missions en pratiques avancées, qui vont du diagnostic au traitement²¹¹, sont très variables d'un pays à l'autre : les pays anglo-saxons (États-Unis, Canada, Royaume-Uni) et certains pays d'Europe du Nord, qui ont une longue expérience de différentes formes de collaboration entre médecins et infirmiers, leur ont donné une reconnaissance officielle fondée notamment sur des formations spécifiques.

Dans les pays anglo-saxons, les pratiques avancées comportent deux « filières » principales – l'infirmier clinicien spécialisé et l'infirmier praticien – et prennent place généralement dans cinq domaines : le champ clinique pour des situations complexes, le conseil, l'animation d'équipe, l'enseignement et la recherche (participation et réalisation de travaux, utilisation des résultats).

D'autres pays, comme la France, l'Allemagne ou la Belgique accordent en revanche une place réduite aux pratiques avancées.

²¹⁰ Donald F et coll. *A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care*. *J Adv Nurs*. 2013 Oct;69 (10) :2148-61; Newhouse RP et coll. *Nurs Econ*. 2011 Sep-Oct;29 (5) :230-50, *Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review*. Martínez-González NA et coll. *Hum Resour Health*. 2015 Jul 7;13:55. *The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review*.

²¹¹ Pulcini J, et coll, *An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation*. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Mar;42(1):31-9.

Graphique n° 16 : développement comparé des pratiques avancées des auxiliaires médicaux

	Premier point de contact	Prescription	Diagnostic	Traitement	Formation spécifique (niveau master)
États-Unis					
Canada					
Grande-Bretagne					
Finlande					
Danemark					
Belgique					
Allemagne					
France					

Note de lecture : le code couleur permet d'apprécier le degré de déploiement des pratiques avancées selon les principaux segments de compétences. Prescription : la capacité de conseiller, de recommander ou d'autoriser l'utilisation d'un médicament ou d'un dispositif médical. Diagnostic : l'identification d'une pathologie par l'évaluation des signes et symptômes. Traitement : les techniques ou les mesures recommandées dans une situation particulière lors de l'élaboration d'un plan de gestion des soins. L'étendue comme l'encadrement de ces compétences varient en fonction des pays et des domaines d'intervention.

Source : Cour des comptes d'après Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries : a cross-country comparative study, C. B. Maier, L. H. Aiken, European Journal of Public Health, December 2016.

Pour exercer en pratiques avancées en application des dispositions de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les auxiliaires médicaux préalablement formés à cette fin devront justifier d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée²¹².

À la différence des pays anglo-saxons, ils n'interviendront cependant pas de manière autonome, mais au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin

²¹² Le master sciences cliniques infirmières, proposé par Aix-Marseille Université (AMU) en partenariat avec l'EHESP est la seule formation habilitée en France. Deux autres masters existent mais ne sont pas autorisés à utiliser le terme d'IPA ; plusieurs universités projettent la création d'un master particulier.

spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire²¹³. Par ailleurs, seule une proportion réduite d'infirmiers paraît appelée à exercer en pratiques avancées à court terme²¹⁴.

De nouvelles évolutions du contenu de la formation et de la nature des actes que peuvent effectuer les auxiliaires médicaux et, parfois, de leur degré d'autonomie²¹⁵, sont nécessaires pour accroître la capacité de notre système de santé à répondre aux besoins de prise en charge de situations simples, en assurant une couverture territoriale plus dense et une efficience accrue des moyens engagés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les prises en charge ambulatoires à l'hôpital améliorent la qualité et la sécurité des soins au bénéfice des patients, en réduisant les complications et les risques de maladies nosocomiales, en prévenant des ruptures liées à une hospitalisation et en limitant l'inconfort d'un séjour à l'extérieur du domicile. En permettant de réduire la durée des séjours hospitaliers, elles peuvent aussi contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie.

Si l'utilisation du levier tarifaire par les pouvoirs publics a favorisé une nette progression de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé, au prix cependant d'effets d'aubaine, en voie de résorption, liés à un surfinancement conséquent des actes de chirurgie ambulatoire, la médecine ambulatoire à l'hôpital n'a pas connu d'évolution similaire. D'importantes disparités territoriales et entre établissements, attestent de la persistance de marges de progression du mode ambulatoire à l'hôpital.

Par ailleurs, les restructurations hospitalières suscitées par le transfert d'une partie de l'activité de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire restent insuffisantes. Le nombre de lits en chirurgie diminue, mais à un rythme lent au regard de l'essor de la chirurgie ambulatoire et les

²¹³ Pour chaque profession d'auxiliaire médical, un décret en Conseil d'État doit fixer les domaines d'intervention en pratique avancée ainsi que les conditions et les règles de l'exercice. Deux autres textes réglementaires viseront le référentiel de la formation et les modalités de rémunération des pratiques avancées. Au titre des domaines d'intervention précités, le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée désigne des pathologies chroniques stabilisées (diabète, cardiopathie, AVC, Parkinson, Alzheimer), l'oncologie, la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale. Les textes relatifs aux autres auxiliaires médicaux restent à paraître.

²¹⁴ Selon l'étude d'impact du projet de loi de modernisation de notre système de santé, 1 % à 3 % des infirmiers pourraient s'orienter vers un exercice en pratiques avancées.

²¹⁵ Voir le chapitre VII du présent rapport : les soins visuels : une prise en charge à réorganiser, p. 241.

activités chirurgicales restent dispersées en un nombre excessif d'établissements. En médecine, le nombre de lits ne se réduit pas.

La progression rapide des dépenses de soins de ville observée, hors médicament, depuis plusieurs années, ne semble quant à elle pas imputable à titre principal à un transfert de prises en charge de l'hôpital vers la ville, mais résulter avant tout des incidences du vieillissement de la population et de l'extension des pathologies chroniques, dans le contexte de mécanismes insuffisants de régulation des dépenses médicales et paramédicales en ville.

De fait, le basculement de prises en charge hospitalières vers la ville reste largement à organiser si l'on veut donner tout son sens au « virage ambulatoire ». Elle implique de remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville, en encourageant la coopération entre professionnels de santé, notamment le développement de structures pluri-professionnelles et de maisons médicales de garde s'appuyant autant que possible sur de petits plateaux techniques et opérant de manière décloisonnée par rapport aux établissements de santé. Elle nécessite aussi de faire jouer aux professions paramédicales un rôle sensiblement accru dans la prise en charge des soins primaires, comme cela est déjà le cas dans un grand nombre de pays.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

10. développer les études médico-économiques permettant de mieux évaluer l'impact financier du virage ambulatoire ;

11. favoriser le développement de la médecine ambulatoire à l'hôpital, en clarifiant les champs respectifs des actes relevant de l'hospitalisation de jour et des actes et consultations externes, en identifiant cette activité de manière distincte des prises en charge conventionnelles dans la nomenclature des séjours hospitaliers et en mettant en place une tarification incitative, qui couvre au plus les coûts de transition vers le mode ambulatoire, sans créer d'effet d'aubaine durable ;

12. faire des pratiques avancées des infirmiers une composante significative de l'offre de soins de premier recours, par le nombre de professionnels concernés comme par la nature des actes qu'ils effectuent, en s'inspirant des meilleures pratiques internationales ;

13. renforcer la formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux aux modes de prise en charge ambulatoire.

Dans les deux chapitres suivants, la Cour souligne la nécessité de mieux structurer le mode ambulatoire de prise en charge en ville des maladies cardio-neurovasculaires, ainsi que des troubles et des pathologies de la vue.

Chapitre VI

La lutte contre les maladies cardio- neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

PRÉSENTATION

Grâce aux progrès de la médecine, la mortalité liée aux maladies cardio-neurovasculaires est en recul dans notre pays. Néanmoins, ces pathologies (insuffisance cardiaque, pathologies coronariennes, accidents vasculaires cérébraux) restent parmi les premières causes de mortalité. Elles affectent la qualité de vie des patients, de plus en plus nombreux, pour lesquels elles présentent un caractère chronique. Elles atteignent aujourd'hui des populations - femmes, personnes âgées de moins de 65 ans - relativement épargnées jusqu'à récemment.

Pour l'année 2015, la CNAM estime ainsi à 4,5 millions le nombre de patients atteints d'une maladie cardio-neurovasculaire diagnostiquée et traitée. Le coût de ces prises charge, soit 16,1 Md€ pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie en 2016, augmente plus rapidement que la moyenne des dépenses de santé. Il va continuer à s'accroître : selon la CNAM, le nombre de patients pourrait atteindre 5,1 millions en 2020.

Au-delà de leurs conséquences sur la santé humaine, les maladies cardio-neurovasculaires présentent ainsi un important enjeu pour la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie. Or, malgré certains progrès, ce dernier est encore insuffisamment pris en compte dans les objectifs et l'organisation de notre système de santé.

Sous l'effet d'une hausse préoccupante de leur prévalence, les maladies cardio-neurovasculaires représentent un coût élevé et croissant pour notre système de santé (I). Après les progrès partiels intervenus dans l'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'ensemble des soins à l'hôpital devraient être réorganisés afin d'en accroître les bénéfices individuels pour les patients (II). Au-delà, la gravité de la situation sanitaire liée aux maladies cardio-neurovasculaires appelle la mise en œuvre d'actions convergentes, notamment en matière de prévention, afin d'améliorer les chances de chacun, dès avant comme à tous les stades de l'évolution de ces pathologies (III).

I - Un coût élevé et croissant pour notre système de santé

La mortalité cardiovasculaire observée en France fait partie des plus faibles d'Europe et connaît une réduction continue, sous l'effet notamment des progrès intervenus dans les prises en charge des épisodes aigus. Cette situation favorable pourrait inviter à considérer que ces pathologies constituent un enjeu déclinant de santé publique. Pourtant, il n'en est rien.

A - Une mortalité en baisse, mais une hausse préoccupante du nombre de patients

Si la mortalité liée aux maladies cardio-neurovasculaires est faible par rapport aux pays comparables et continue à reculer, son rythme de réduction se ralentit. Le nombre de patients augmente et des populations jusqu'à présent relativement épargnées - femmes et moins de 65 ans - sont de plus en plus fortement touchées.

1 - Une mortalité inférieure à la moyenne européenne, en baisse, mais plus marquée pour les femmes et les moins de 65 ans

Avec 136 170 décès au total en 2014²¹⁶, les pathologies cardio-neurovasculaires constituent la première cause de décès chez les femmes et la deuxième cause chez les hommes, soit 25 % des décès annuels²¹⁷. Entre 2002 et 2014, la mortalité qui leur est liée a baissé de 13,5 %²¹⁸.

En 2013, la mortalité par maladie cardiaque ischémique frappait 80 hommes (33 femmes) pour 100 000 habitants et la mortalité par AVC 56 hommes (43 femmes) pour 100 000 habitants en France, contre 176 (99) et 96 (82) respectivement dans l'Union européenne des 28 (après neutralisation des différences de structure par âge de la population)²¹⁹. À

²¹⁶ 62 870 chez les hommes et 73 300 chez les femmes. Les cancers représentent la première cause de décès chez les hommes (84 000 décès) et la seconde chez les femmes (65 000 décès).

²¹⁷ Insee, bilan démographique 2014 qui enregistre au total 555 000 décès pour 2014.

²¹⁸ Aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

²¹⁹ OCDE, *Health at a glance*, 2017.

cet égard, la situation de la France se compare favorablement à celle de tous ses voisins européens.

Cependant, la mortalité liée aux maladies cardio-neurovasculaires touche plus durement les femmes qu'auparavant. Ainsi, la part des femmes dans l'ensemble des décès liés à un AVC est passée de 22,5 % en 2005 à 59 % en 2013. Une tendance identique à la hausse s'observe pour les infarctus du myocarde et les cardiopathies ischémiques.

2 - Une prévalence qui s'étend au sein de la population française

Bien que la mortalité globale qui leur est liée se réduise, les maladies cardio-neurovasculaires connaissent une dynamique préoccupante, sous l'effet de facteurs de risque liés aux habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité) et à d'autres pathologies, souvent favorisées par ces mêmes habitudes (diabète, hypertension, hypercholestérolémie). On observe ainsi en France la permanence des principaux facteurs de risque (tabac, surpoids, hypertension artérielle), voire leur aggravation (diabète et sédentarité). Ces évolutions défavorables sont particulièrement marquées parmi les femmes et les moins de 65 ans ainsi que dans les catégories sociales défavorisées, qui cumulent souvent plusieurs facteurs de risque.

La CNAM évalue à 4,5 millions le nombre de patients atteints d'une maladie cardio-neurovasculaire en 2015 (soit 7 % de la population française), dont 3,8 millions pour le seul régime général de sécurité sociale. Plus de 90 % d'entre eux sont concernés par une pathologie chronique donnant généralement lieu à la reconnaissance d'une affection de longue durée²²⁰ (ALD, qui ouvre droit à l'exonération du ticket modérateur afférent aux dépenses liées à l'affection concernée).

Au cours des 15 dernières années, peuvent être observées une hausse de l'infarctus du myocarde chez les moins de 65 ans, particulièrement marquée chez les femmes, une hausse de l'accident vasculaire cérébral (AVC), désormais première cause de mortalité chez les femmes (la troisième pour les hommes) et une augmentation des hospitalisations chez les moins de 65 ans (+9,9 % pour les hommes et +19 % pour les femmes

²²⁰ L'AVC invalidant, les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, les cardiopathies valvulaires graves, les cardiopathies congénitales graves, l'hypertension artérielle sévère, la maladie coronaire, et parmi les facteurs de risque, le diabète (type 1 et 2).

en cas d'infarctus entre 2008 et 2013 et +9,1 % pour les hommes et +7,8 % pour les femmes en cas d'AVC entre 2008 et 2014).

De fortes inégalités sur le plan territorial comme socio-économique, les deux se confondant dans les régions défavorisées, sont également observées. Ainsi, si la mortalité prématurée (avant 65 ans) par maladie cardiovasculaire était en moyenne de 25,7 pour 100 000 habitants au niveau national entre 2008 et 2010, une forte surmortalité affectait le Nord-Pas-de-Calais (+44,5 %), la Haute-Normandie (+19,9 %) et la Picardie (+17,2 %), ainsi que les départements et régions d'outre-mer (de +29,5 % à la Martinique à +82,1 % à la Réunion), tandis que la situation était plus favorable en Rhône-Alpes (-20,2 %), en Île-de-France (-16,7 %) et en Midi-Pyrénées (-13,9 %). La morbidité présentait une plus grande variabilité²²¹. De manière générale, les populations défavorisées sont particulièrement exposées, en raison de prévalences accrues des facteurs de risque et d'inégalités d'accès à la prévention, au repérage précoce et aux soins, notamment en phase aiguë.

Déjà lourd, le poids de ces maladies va encore s'amplifier dans les années à venir. La CNAM anticipe une hausse du nombre de patients concernés de près de 13,7 % entre 2015 et 2020 (soit +2,7 % par an), portant leur effectif de 4,5 millions en 2015 à 5,1 millions en 2020, soit de 7 % à 8 % de la population française. Le nombre de patients présentant des séquelles fonctionnelles devant être pris en charge sur une longue période va lui aussi croître de manière importante.

Une surveillance à consolider

La surveillance des maladies cardio-neurovasculaires est assurée au niveau national grâce aux bases de données médico-administratives (programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI suivi par l'ATIH et système national inter-régimes de l'assurance maladie - SNIIRAM tenu par la CNAM), au suivi par l'INSERM des causes médicales des décès et à des enquêtes régulières ou ponctuelles. En outre, Santé publique France met en œuvre un programme spécifique de surveillance de ces maladies.

Si la surveillance et l'épidémiologie ont progressé, des lacunes persistent. À l'instar des autres pathologies, aucune donnée n'est recueillie en médecine de ville, hormis pour les patients en ALD. En dehors d'enquêtes ponctuelles, les facteurs de risque ne sont pas renseignés, ce qui affecte le développement d'actions préventives fondées sur des preuves.

²²¹ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 26, septembre 2014.

Ces lacunes ne sont que partiellement compensées par six registres²²², qui assurent un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant les AVC et les maladies ischémiques (trois registres respectivement). Les registres contribuent à améliorer la connaissance et la compréhension de ces maladies, en recueillant les facteurs de risque, contrairement aux bases médico-administratives et en prenant en compte la mortalité extra-hospitalière, ce qui n'est pas le cas du PMSI. Toutefois, ils couvrent un échantillon réduit de la population (1 % pour l'AVC et 3 % pour les cardiopathies) et omettent les départements et régions d'outre-mer, malgré une épidémiologie plus élevée qu'en métropole. La réduction des ressources que peuvent leur consacrer Santé publique France et l'INSERM (724 000 € en 2017, contre 781 000 € en 2013) risque de les fragiliser.

B - Une part importante et croissante des dépenses d'assurance maladie

En 2016, les maladies cardio-neurovasculaires ont engendré 16,1 Md€ de dépenses pour les régimes d'assurance maladie, dont 13,4 Md€ pour le seul régime général. Compte tenu du caractère de plus en plus chronique de ces pathologies et de la persistance d'épisodes aigus en grand nombre, les dépenses qu'elles engendrent sont non seulement élevées, mais aussi dynamiques.

1 - Une hausse rapide des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie

Entre 2012 et 2016, les dépenses d'assurance maladie liées à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires ont augmenté de 2,5 % par an en euros constants (soit +10,5 % sur la période), contre 1,8 % par an pour le total des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM (soit +7,3 % sur la période). Ces pathologies occupent ainsi une place croissante dans l'ensemble des dépenses d'assurance maladie (8,7 % en 2016 contre 8,4 % en 2012, tous régimes d'assurance maladie confondus).

²²² Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique.

En 2016, la dépense hospitalière représentait 50,1 % de la dépense totale d'assurance maladie liée à ces pathologies (soit +0,6 point par rapport à 2012), tandis que la part de la dépense de ville s'établissait à 43 %²²³.

Tableau n° 48 : dépenses tous régimes d'assurance maladie liées aux maladies cardio-neurovasculaires (2012-2016, en M€)

	2012	2016	Variation 2012-2016 (€ courants)	Variation 2012-2016 (€ constants)	TCAM (€ constants)
Hospitalisations	7 102,9	8 065,2	+13,5 %	+11,9 %	+2,9 %
Soins de ville, dont :	6 293,4	6 919,1	+9,9 %	+8,4 %	+2,0 %
Médicaments	2 325,5	2 107,1	-9,4 %	-10,7 %	-2,8 %
Dispositifs médicaux et autres produits de santé	567,7	731,6	+28,9 %	+27,1 %	+6,2 %
Soins infirmiers	1 234,0	1 561,7	+26,6 %	+24,8 %	+5,7 %
Kinésithérapie	331,7	398,1	+20,0 %	+18,3 %	+4,3 %
Médecins généralistes	483,8	522,9	+8,1 %	+6,6 %	+1,6 %
Médecins spécialistes	458,9	561,7	+22,4 %	+20,7 %	+4,8 %
Transport	451,9	554,7	+22,7 %	+21,0 %	+4,9 %
Biologie	270,3	280,0	+3,6 %	+2,1 %	+0,5 %
Indemnités journalières	960,3	1 109,0	+15,5 %	+13,9 %	+3,3 %
Total MCNV	14 356,6	16 093,4	+12,1 %	+10,5 %	+2,5 %
ONDAM Ville (en Md€)	77,9	85,1	+9,2 %	+7,7 %	+1,9 %
ONDAM Établissements de santé (en Md€)	74,5	77,6	+4,2 %	+2,7 %	+0,7 %
ONDAM Total (en Md€)	170,1	185,2	8,9 %	+7,3 %	+1,8 %

Source : CNAM.

2 - Un poids croissant des dépenses hospitalières, une dynamique encore plus vive de plusieurs dépenses de ville

Comme le montre le tableau précédent, la dépense hospitalière liée aux pathologies cardio-neurovasculaires est dynamique, progressant de 11,9 % en euros constants entre 2012 et 2016, soit près plus du double de la hausse de l'ONDAM. Sa progression est sans commune mesure avec celle de l'ONDAM établissements de santé (+2,7 % en euros constants).

En 2016, une hospitalisation sur dix avait un motif cardio-neurovasculaire. De 2008 à 2016, le nombre correspondant de séjours en établissement a crû de 14,3 %, contre 10,8 % pour les autres motifs.

²²³ Les honoraires médicaux des praticiens spécialistes libéraux (562 M€ en 2016) sont intégralement imputés à l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM. Une partie de ce montant se rapporte à des actes effectués dans des établissements privés lucratifs.

S'agissant des dépenses de soins de ville liées à ces maladies (+8,4 % en euros constants entre 2012 et 2016), un clivage peut être constaté entre les médicaments, pour lesquels la dépense baisse en valeur absolue sous l'effet de la pression exercée par les pouvoirs publics sur les prix (-10,7 % en euros constants entre 2012 et 2016)²²⁴ et les autres postes, pour lesquels les dépenses sont généralement en rapide augmentation (+16,8 % en euros constants au total). À eux seuls, les soins infirmiers représentent 52,4 % de la hausse des dépenses de ville, suivis par les dispositifs médicaux (26,2 %), les transports et les honoraires des médecins spécialistes (16,4 % chacun).

3 - Une baisse de la dépense moyenne en euros constants

En 2016, la dépense moyenne par patient s'élevait à 3 462 euros, en hausse de 0,5 % en euros courants par rapport à 2012, soit une baisse de 1,9 % en euros constants, avec des évolutions différenciées par pathologie.

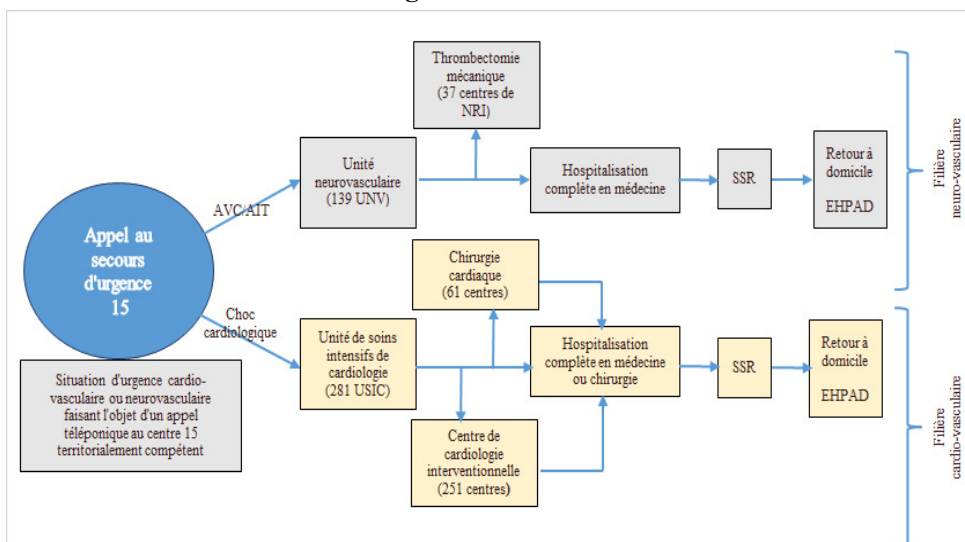
La baisse la plus marquée concerne la maladie coronaire chronique, avec une diminution de 1,7 % de la dépense moyenne et une stabilité de la dépense totale pour l'assurance maladie. S'agissant des autres pathologies, la dépense moyenne a soit légèrement baissé, soit augmenté dans une mesure limitée. À titre principal, ces évolutions favorables sont liées à la baisse du prix des médicaments.

II - Améliorer l'organisation des soins à l'hôpital au bénéfice des patients

Les établissements de santé assurent les prises en charge dans le cadre de deux filières distinctes : une filière cardiovasculaire pour l'ensemble des pathologies du cœur et des gros vaisseaux, qui s'est développée au cours des années 2000, et une filière neurovasculaire, plus récente, mise en place pour l'essentiel dans le cadre du plan AVC 2010-2014 du ministère chargé de la santé.

²²⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, 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. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

**Schéma n° 1 : parcours recommandé de prise en charge des patients
en situation d'urgence cardio ou neurovasculaire**



AIT : accident ischémique transitoire ; NRI : neuroradiologie interventionnelle ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Source : Cour des comptes.

En cas de suspicion d'infarctus du myocarde, le patient est en principe orienté en urgence vers une unité de soins intensifs de cardiologie (USIC), sans passage par le service des urgences. Par la suite et selon la situation clinique, un geste interventionnel²²⁵ ou plus rarement chirurgical est réalisé, à la suite duquel le patient peut se rétablir dans un service d'hospitalisation conventionnelle, puis de rééducation précédant le retour à domicile.

En cas d'AVC, un patient doit bénéficier d'une prise en charge rapide²²⁶ dans une unité neurovasculaire (UNV). Pour un AVC ischémique²²⁷, elle emprunte la voie soit d'un traitement médicamenteux qui dissout le caillot (thrombolyse), soit d'une intervention (sonde guidée par imagerie) qui retire ce dernier (thrombectomie).

²²⁵ Geste médical, guidé par imagerie et moins invasif qu'un acte chirurgical.

²²⁶ À partir de l'apparition des symptômes, le délai maximal médicalement admis pour pratiquer une thrombolyse est de 4 heures 30 (recommandations de la HAS, mai 2009).

²²⁷ On distingue l'AVC ischémique, provoqué par une obstruction des artères qui apportent le sang au cerveau, qui représente environ 85 % des cas et l'AVC hémorragique, qui correspond à la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau.

A - Des filières de soins inégalement efficaces

Compte tenu de leur ancienneté différente dans le paysage sanitaire français, l'organisation des filières neurovasculaire et cardiovasculaire soulève des enjeux distincts.

1 - Une filière neurovasculaire mieux structurée mais prenant en charge une part encore insuffisante des AVC

Le plan national AVC 2010-2014 prévoyait la mise en place d'une filière de soins neurovasculaires fondée sur le déploiement territorial d'UNV. Ces unités, qui comportent des lits de soins intensifs neurovasculaires et des lits d'hospitalisation conventionnelle spécialisés, ont pour objet d'assurer la prise en charge diagnostique et thérapeutique, 24 heures sur 24, de patients suspects d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT).

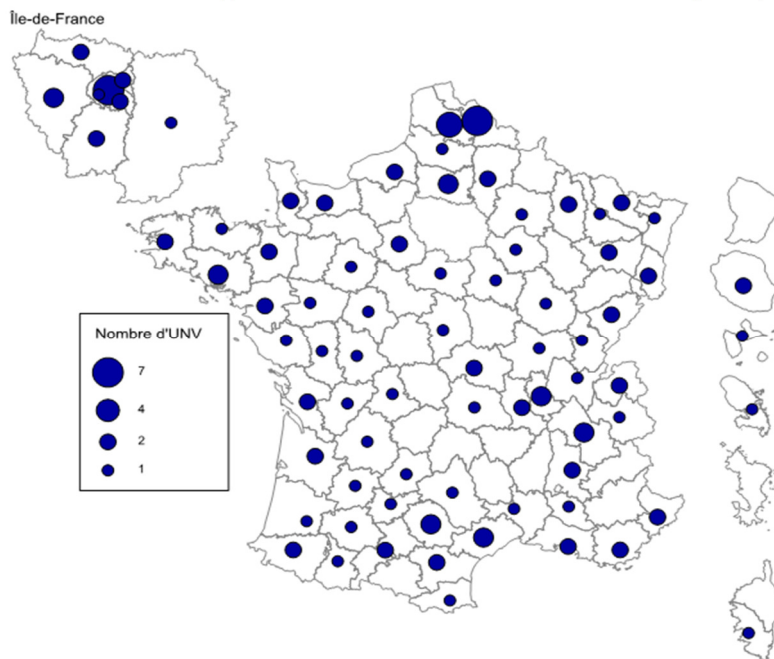
En 2017, la France comptait ainsi 139 UNV, pour l'essentiel situées dans des établissements publics de santé²²⁸, contre 21 en 2005, soit un nombre très proche de la cible de 140 unités avancée par les médecins spécialistes en neurologie vasculaire et reprise par le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé²²⁹, puis par le plan AVC 2010-2014. En outre, la capacité moyenne des UNV a augmenté, passant de 16,3 lits en 2008 à 18,4 lits en 2016²³⁰.

²²⁸ 94 % dans le secteur public, 3 % dans le secteur privé non lucratif, 2 % dans le secteur privé lucratif et une UNV pour le service de santé des armées (DREES, statistique annuelle des établissements de santé [SAE] 2016).

²²⁹ Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux, septembre 2007.

²³⁰ Données de la DREES établies sur la base de l'enquête annuelle SAE.

Carte n° 1 : implantation des unités neurovasculaires (UNV)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

Cependant, seuls 50 % des patients victimes d'AVC ont été hospitalisés en UNV en 2015, pour une cible nationale de 70 % fixée par le plan AVC 2010-2014, avec de fortes disparités géographiques : 69 % dans les Hauts-de-France²³¹, mais 34 % seulement dans les Pays de la Loire et 30 % en PACA.

Trois raisons principales sont à l'origine de ce constat : un manque de fluidité de l'aval des UNV²³², notamment pour les patients les plus dépendants²³³ ; une occupation de lits d'UNV par des patients ne nécessitant pas ce type de prise en charge sous l'effet de difficultés conjoncturelles de gestion de lits ; et, parfois, une sous-utilisation des lits d'UNV du fait de la non-disponibilité ponctuelle ou plus durable de

²³¹ En 2016, 2 687 séjours neurovasculaires ont ainsi été effectués hors de la filière.

²³² Services hospitaliers classiques, puis soins de suite et de réadaptation ou EHPAD.

²³³ Notamment les patients âgés de moins de 60 ans, sans possibilité de retour à domicile en raison d'un fort niveau de dépendance physique ou cognitive, d'une inadaptation de leur domicile ou de leur isolement (*bed blockers*).

personnels médico-soignants dans les UNV ou dans d'autres services²³⁴. Ainsi, faute d'effectifs suffisants en neurologues, les taux d'hospitalisation en UNV sont particulièrement faibles dans les départements et régions d'outre-mer (6 % à Mayotte, 1 % en Guyane).

2 - Une filière cardiovasculaire morcelée en un nombre excessif de centres

En complément des modes d'hospitalisation conventionnelle, la filière cardiovasculaire comprend trois types de structures : des unités de soins intensifs cardiologiques, des centres de cardiologie interventionnelle et des centres de chirurgie cardiaque. Outre les interventions chirurgicales, ces structures pratiquent dans le domaine interventionnel, l'angioplastie (qui permet de dilater un rétrécissement artériel) et la rythmologie (qui corrige les troubles de la conduction électrique du cœur).

a) Des unités de soins intensifs cardiologiques parfois isolées au sein de la filière de soins et inégalement accessibles

Les USIC prennent en charge les patients qui nécessitent des soins en urgence. En 2014, près de 278 000 patients ont été admis en USIC, du fait de manifestations aiguës d'une pathologie coronarienne ou d'une insuffisance cardiaque²³⁵. En 2016, 281 USIC²³⁶ étaient en activité avec 2 727 lits au total, soit 9,7 lits en moyenne²³⁷.

En 2016, 25 USIC²³⁸, non adossées à un centre de cardiologie interventionnelle en angioplastie, n'étaient pas en mesure d'assumer la plénitude de leurs missions, notamment la prise en charge de l'infarctus du myocarde nécessitant une angioplastie. De plus, la cartographie des USIC effectuée en 2012 par la Société française de cardiologie (SFC) fait apparaître de fortes inégalités territoriales. Ainsi, 15 départements n'avaient pas d'USIC, ou en avaient une, mais sans garde sur place 24 heures sur 24, contrairement aux dispositions réglementaires.

²³⁴ Ainsi, l'ARS Hauts-de-France constatait en 2016 que 4 UNV et assimilées sur 18 avaient un taux d'occupation inférieur à 70 %, pour une moyenne régionale de 83 %.

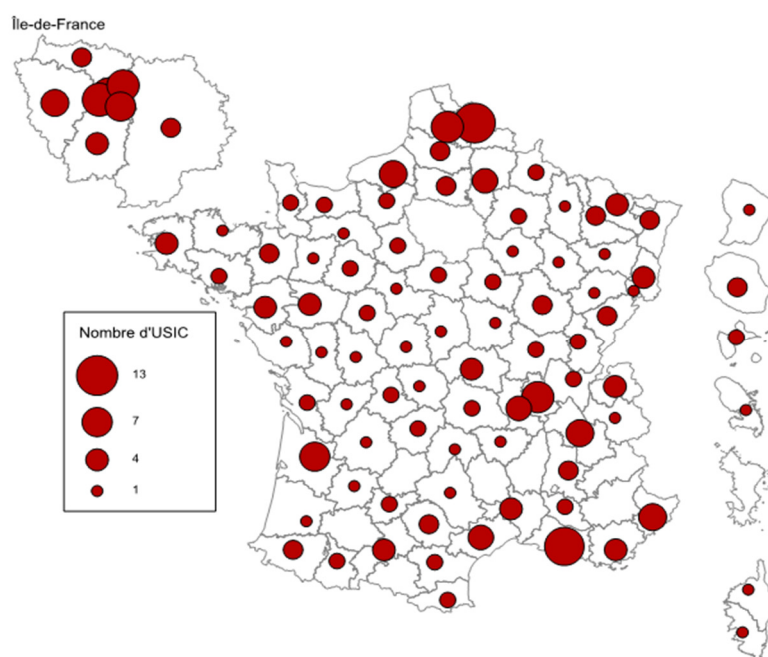
²³⁵ Journées européennes de la Société française de cardiologie (2017).

²³⁶ En 2016, près de 65 % des USIC étaient publiques, 30 % relevaient du secteur privé lucratif et 4 % du secteur privé non lucratif (DREES, SAE).

²³⁷ DREES (SAE 2016).

²³⁸ ATIH (PMSI 2016).

Carte n° 2 : implantation des unités de soins intensifs de cardiologie (USIC)



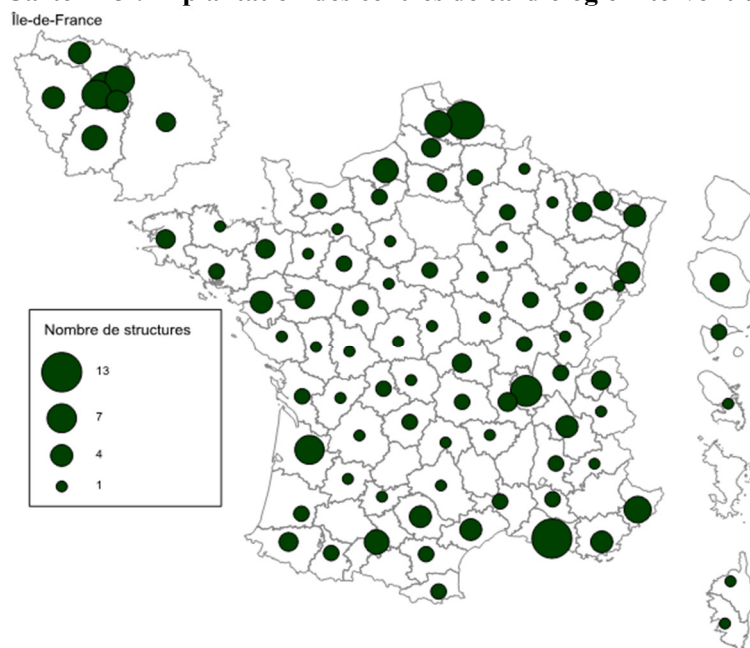
Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

b) Des centres de cardiologie interventionnelle nombreux et de taille modeste

En 2016, la France comptait 251 établissements autorisés pour au moins une des trois activités de cardiologie interventionnelle (rythmologie, angioplastie adulte et angioplastie de l'enfant)²³⁹. Leur relative stabilité par rapport à 2013 (+3 centres) recouvre des évolutions différenciées par type d'activité et secteur concernés. Ainsi, 17 établissements publics ont été nouvellement autorisés à pratiquer des actes d'angioplastie.

²³⁹ 64 % de ces centres étaient publics, 32 % relevaient du secteur privé lucratif et 4 % du secteur privé non lucratif (DREES SAE 2016).

Carte n° 3 : implantation des centres de cardiologie interventionnelle



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

Les centres de cardiologie interventionnelle sont en moyenne de petite taille, tant par le nombre d'équipements d'angiographie (1,4 salle d'angiographie par centre autorisé en moyenne en 2016²⁴⁰), que par l'effectif de cardiologues par centre (4,5 en moyenne²⁴¹). Or cet effectif est inférieur aux 5 ETP médicaux qui sont communément considérés comme le plancher à partir duquel la continuité des soins et un fonctionnement 24 heures sur 24 prévus par les textes applicables²⁴² sont assurés dans de bonnes conditions ; il s'agit de surcroît d'une moyenne nationale qui recouvre des disparités entre établissements. De fait, par comparaison avec d'autres pays européens, la population prévalente²⁴³ susceptible d'être

²⁴⁰ Soit 361 salles décomptées par la DREES en 2016 pour 256 centres autorisés.

²⁴¹ DREES (SAE 2008-2016).

²⁴² Décret n° 2009-410 du 14 avril 2009.

²⁴³ Données de *European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics*, 2017 (pour 2014) et données de prévalence de *European Heart Journal*, 2016. La population prévalente susceptible d'être prise en charge par centre est le produit de la population totale et du taux de prévalence des maladies cardiovasculaires, rapporté au nombre de centres par pays.

prise en charge par les centres de cardiologie interventionnelle apparaît faible.

En matière d'angioplasties coronaires, l'activité moyenne d'un centre français est ainsi inférieure de 10 % à celle d'un centre allemand, de 25 % à celle d'un centre suédois et est deux fois moins élevée que celle d'un centre néerlandais ou danois.

Tableau n° 49 : activité comparée en angioplasties coronaires dans 8 pays de l'Union européenne (2014)²⁴⁴

	Nombre d'angioplasties par million d'habitants	Nombre moyen d'actes par centre
Danemark	1 700	1 545,5
Pays-Bas	2 134	1 185,6
Suède	2 279	813,9
Allemagne	3 975	662,5
Espagne	1 414	642,7
France	1 820	606,7
Italie	2 353	547,2
Belgique	2 244	534,3

Source : Cour des comptes d'après les données de la société européenne de cardiologie.

En matière d'implantation de *pacemakers*, la population prévalente potentiellement desservie par centre est en moyenne inférieure de 20 % à celle d'un centre néerlandais ou espagnol, d'un tiers à celle d'un centre suédois et est deux fois moins élevée que celle d'un centre britannique.

Tableau n° 50 : offre comparée en matière d'implants de pacemakers dans 9 pays de l'Union européenne (2014)

	Nombre de centres implantant des pacemakers	Population prévalente moyenne par centre
Danemark	14	21 248
Royaume-Uni	207	16 924
Suède	43	12 555
Espagne	229	10 552
Pays-Bas	91	10 029
France	451	7 952
Italie	432	6 384
Belgique	98	5 982
Allemagne	956	4 378

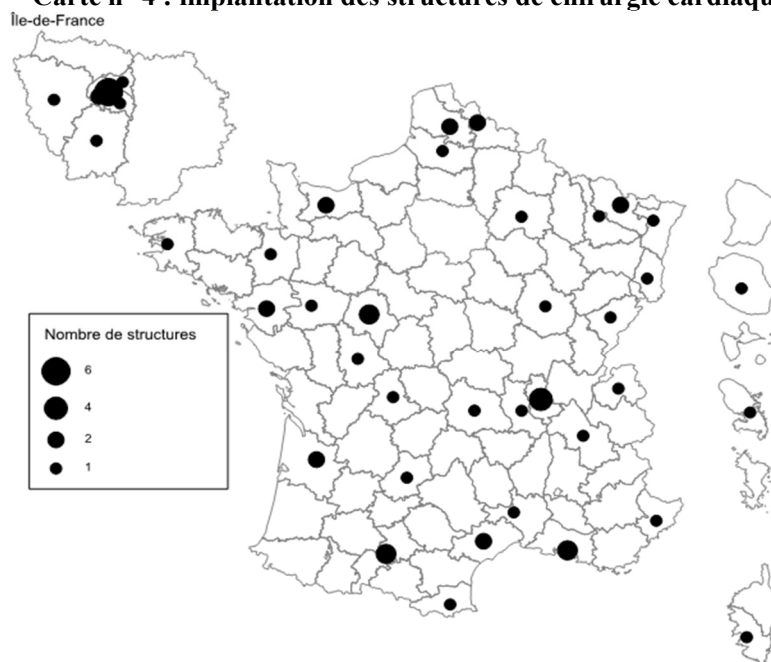
Source : Cour des comptes d'après les données de la société européenne de cardiologie.

²⁴⁴ D'après les données de *European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics*, 2017 (pour 2014) et des données de prévalence de *European Heart Journal*, 2016. Les données ne sont pas disponibles pour le Royaume-Uni.

c) Des centres de chirurgie cardiaque de taille intermédiaire

En 2016, la France comptait 62 établissements autorisés en chirurgie cardiaque (contre 64 en 2014)²⁴⁵, ainsi répartis sur le territoire.

Carte n° 4 : implantation des structures de chirurgie cardiaque



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

Par comparaison avec les autres pays européens, ils prenaient en charge, en moyenne, une population de patients de taille intermédiaire.

²⁴⁵ Dans 63 % des cas, il s'agissait de structures publiques, dans 30 % de centres privés à caractère lucratif et dans 7 % de centres privés non lucratifs (DREES, SAE 2016).

Tableau n° 51 : offre comparée en chirurgie cardiaque dans huit pays de l'Union européenne (2014)²⁴⁶

	Nombre de centres de chirurgie cardiaque (2014)	Prévalence des maladies cardiovasculaires dans la population générale (2015)	Population prévalente moyenne par centre
Danemark	4	5,3 %	74 815
Suède	8	5,5 %	66 555
Pays-Bas	16	5,4 %	57 616
France	64	5,4 %	55 743
Allemagne	79	5,1 %	53 257
Espagne	55	5,2 %	43 817
Italie	93	4,5 %	29 624
Belgique	30	5,2 %	19 567

Source : Cour des comptes d'après les données de la société européenne de cardiologie.

B - Des outils juridiques à mobiliser pour améliorer la qualité et la sécurité des soins médico-chirurgicaux

Compte tenu de leur dispersion sur le territoire, les filières cardio-neurovasculaires sont exposées au risque d'une inadaptation croissante devant le progrès accéléré des techniques : plateaux trop petits pour être à la pointe de l'innovation ; difficulté à inclure des patients dans des protocoles internationaux de recherche clinique ; nombre de patients trop limité pour permettre une activité régulière des praticiens ; isolement des compétences médicales et difficulté à assurer la permanence des soins 24 heures sur 24.

Au regard de ces risques, la littérature scientifique²⁴⁷ décrit, de façon constante, les bénéfices pour les patients d'une prise en charge par des équipes multidisciplinaire spécialisées, à l'instar de la transplantation d'organes et du cancer. Le concept de *Heart team* a ainsi été codifié dans les lignes directrices de la Société européenne de cardiologie et par

²⁴⁶ Données de *European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics*, 2017 (pour 2014) et données de prévalence issues de *European Heart Journal*, 2016. Les données ne sont pas disponibles pour le Royaume-Uni.

²⁴⁷ *Continued expansion of the Heart Team concept*, Passeri JJ1, Melnitchouk S, Palacios IF, Sundt TM, *Future Cardiol.* 2015 March 11 (2) :219-28; *Venn diagrams in cardiovascular disease: the Heart Team concept* David R. Holmes, Jr Friedrich Mohr Christian W. Hamm Michael J. Mack, *European Heart Journal*, Volume 35, Issue 2, 7 January 2014, p. 66–68.

l'association européenne de chirurgie cardio-thoracique²⁴⁸. Cependant, le déploiement de cette approche est rendu difficile en France par le nombre élevé de centres de petite taille maillant le territoire et par les pressions multiples qui s'exercent sur les ARS en vue de délivrer de nouvelles autorisations, souvent sans justification au regard des besoins de santé.

Afin de favoriser la constitution de pôles de prise en charge multi-techniques et pluridisciplinaires, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins, il convient de réformer le régime juridique disparate des autorisations sanitaires ; de fixer des seuils pour les activités qui en restent dépourvues et de les relever quand il en existe ; et, ce qui n'est pas le moins important, d'appliquer en pratique les autorisations et les seuils fixés.

1 - Unifier les procédures d'autorisation

De multiples procédures d'autorisation, sédimentées au fil de l'apparition de nouvelles techniques, s'appliquent à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé. Les ARS instruisent les demandes de renouvellement d'autorisation, certes par référence à une planification d'ensemble (projet régional de santé ou schéma interrégional d'organisation sanitaire), mais au gré de l'arrivée à échéance en ordre dispersé de chacune de ces procédures, dont la durée d'application a de surcroît été récemment portée de cinq à sept ans²⁴⁹.

Tableau n° 52 : régime juridique de la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé

	Activité de soins	Autorisation indifférenciée de médecine	Autorisation spécifique	Déclaration	Contrat d'objectifs et de moyens	Seuils d'activité	Cadre de référence
Cardiovasculaire	Cardiologie conventionnelle	X					PRS
	USIC				X		PRS
	Chirurgie cardiaque		X			X	SIOS
	Transplantation cardiaque		X				SIOS
	Rythmologie		X			X	PRS
	Cardiopathies congénitales		X			X	PRS
	Angioplastie		X			X	PRS
	TAVI ²⁵⁰			X		X	PRS

²⁴⁸ L'utilisation d'une approche « Heart team » est une recommandation de classe I-C des lignes directrices ACC/AHA de 2011 pour la chirurgie de pontage aorto-coronarien.

²⁴⁹ Décret n° 2018-117 du 19 février 2018.

²⁵⁰ Implantation d'une valve aortique par voie percutanée.

	Activité de soins	Autorisation indifférenciée de médecine	Autorisation spécifique	Déclaration	Contrat d'objectifs et de moyens	Seuils d'activité	Cadre de référence
Neurovasculaire	Neurologie conventionnelle	X					PRS
	UNV				X		PRS
	Neuroradiologie interventionnelle		X			X	SIOS

Source : Cour des comptes.

Les procédures en vigueur freinent donc la réorganisation de l'offre de soins cardio-neurovasculaires au niveau territorial. Dans le cadre de la réforme en cours des procédures d'autorisation engagée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, une nouvelle ordonnance devrait soumettre l'ensemble des activités cardiovasculaires, d'une part, et neurovasculaires, d'autre part, à une seule et même procédure, les autorisations étant accordées à chaque établissement sur un champ complet ou partiel d'activités. À cet égard, les 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) créés en application de cette même loi fourniraient une maille adaptée à ce nouveau régime d'autorisation.

2 - Généraliser et relever les seuils d'activité

Seule une minorité d'activités médico-chirurgicales des établissements de santé dans le domaine cardio-neurovasculaire prend place dans le cadre de seuils réglementaires (33,7 % des séjours en 2016).

En outre, les seuils en vigueur s'avèrent faibles, ce qui favorise la dispersion des prises en charge dans un nombre élevé d'établissements et, ce faisant, affecte la qualité et la sécurité des soins.

Ainsi, seuls 75 établissements sur 245 autorisés présentent une activité de rythmologie interventionnelle de plus de 500 actes par an.

Plusieurs autorités scientifiques, notamment l'Académie de médecine²⁵¹, recommandent de relever significativement les seuils en chirurgie cardiaque. Si ces recommandations étaient suivies par les pouvoirs publics, les ARS retireraient l'autorisation de chirurgie cardiaque à 19 établissements (sur 61) qui ont effectué moins de 600 actes en 2016. Les autorisations accordées aux centres pratiquant de façon régulière moins de 15 greffes cardiaques par an seraient également réexaminées.

²⁵¹ Académie de médecine, *La chirurgie cardiaque en 2025* (novembre 2016).

3 - Appliquer les autorisations et seuils fixés

L'unification des procédures d'autorisation, la généralisation de seuils d'activité et le relèvement de ceux en vigueur devraient s'accompagner d'une action vigoureuse du ministère chargé de la santé pour les faire respecter, ce qui n'est pas toujours le cas, comme la Cour l'a relevé²⁵².

Tableau n° 53 : respect des autorisations et des seuils d'activité dans le domaine cardio-neurovasculaire (2016)

Activité de soins	Spécialité	Nombre d'établissements autorisés ²⁵³	Seuils d'activité (en nombre de séjours)	Nombre d'établissements ayant réalisé plus de dix séjours ²⁵⁴	Dont nombre d'établissements dont l'activité annuelle est inférieure aux seuils ²⁵⁵
Cardiologie interventionnelle	Rythmologie	245	50	387	88
	Cardiopathies congénitales de l'enfant	31	40	20	9
	Angioplasties de l'adulte	242	350	208	25
Chirurgie cardiaque	Adulte	61	400	80	32
	Enfant	10	150	12	5
Neuroradiologie interventionnelle	Adulte	38	80	60	25

Source : ATIH.

En 2016, 251 établissements étaient autorisés à pratiquer au moins une activité de cardiologie interventionnelle, dont 245 en rythmologie interventionnelle. Or, 387 établissements ont déclaré au moins 10 séjours ayant un tel objet dont 88 ont effectué un nombre de séjours inférieur au seuil en vigueur, pourtant faible (50 actes annuels).

Si les volumes d'actes hors autorisation ou en deçà des seuils représentent une part limitée de l'activité (en cardiologie interventionnelle, 1 % pour les angioplasties de l'adulte, 2,3 % pour la rythmologie, mais 13,7 % pour les cardiopathies congénitales de l'enfant ; 4,6 % pour la chirurgie cardiaque en 2016), le non-respect des autorisations et des seuils

²⁵² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge, p. 257-296, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁵³ ATIH d'après les données du PMSI.

²⁵⁴ Cette référence a pour objet d'écarter les établissements ayant codé par erreur des séjours ne relevant pas de maladies cardio-neurovasculaires.

²⁵⁵ Établissements autorisés ou non autorisés, hors prestations inter-établissements, et dont l'activité annuelle est supérieure à 10 séjours mais inférieure au seuil applicable.

crée un risque pour la qualité et la sécurité des soins. Par ailleurs, une stricte application des seuils pourrait induire une moindre dépense pouvant être estimée, toutes choses égales par ailleurs, à 170 M€ environ²⁵⁶.

C - Des modalités de financement pour partie incohérentes à réformer

Au regard des conditions de leur mise en œuvre, les modalités de financement de la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé publics et privés n'encouragent pas toujours la pertinence des actes, au détriment des patients.

1 - Un codage des séjours en établissement de santé qui doit gagner en pertinence

La tarification à l'activité (T2A) lie les recettes des établissements de santé au volume et aux caractéristiques des séjours qui y sont réalisés. La structure de ces derniers se déforme dans le sens d'un niveau de sévérité et donc de rémunération, croissant : la part des séjours de niveau 1, T (courte durée) et J (ambulatoire) se réduit au profit de ceux, de plus forte sévérité, avec des comorbidités de niveau 3 et 4 (hospitalisation conventionnelle). Cette évolution traduit soit une meilleure prise en compte de l'état de santé des patients, notamment âgés, soit des pratiques, parfois irrégulières, d'optimisation des recettes.

Tableau n° 54 : séjours MCNV en établissement de santé (2010-2016)

Sévérité des séjours	Séjours 2010	En %	Séjours 2016	En %	Variation 2010-2016 (en %)	Variation annuelle moyenne (en %)
1, T et J	1 124 175	68,2	1 177 178	64,1	+4,7 %	+0,8 %
2	306 302	18,6	338 153	18,4	+10,4 %	+1,7 %
3	163 686	9,9	234 436	12,8	+43,2 %	+7,2 %
4	55 279	3,4	88 109	4,8	+59,4 %	+9,9 %
Total	1 649 442	100	1 837 876	100	+11,4 %	+1,9 %

Source : ATIH.

²⁵⁶ Dont 70 M€ au titre du non renouvellement d'équipements et 100 M€ au titre des dépenses de personnel et de fonctionnement évitées.

Par ailleurs, les établissements hospitaliers comportant uneUSIC facturent, en complément du tarif pour séjour, un supplément pour soins intensifs²⁵⁷. Or, ce dernier est acquis par le seul hébergement du patient enUSIC, contrairement aux autres soins critiques, pour lesquels la facturation de suppléments est conditionnée par des critères cliniques (réanimation et surveillance continue). Cet état de fait peut être à l'origine de séjours de courte durée enUSIC, sans justification médicale, dans le seul but de bénéficier du supplément pour soins intensifs en sus du tarif.

2 - Une nécessaire révision de la construction des tarifs

Pour s'en tenir aux cinq premières pathologies cardio-neurovasculaires (2,7 Md€ en 2016, soit 39 % du total), le niveau des tarifs versés aux établissements de santé dans le cadre de la T2A fait apparaître des incohérences au regard des coûts²⁵⁸.

Ainsi, pour les séjours pour endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde (niveau 1), le tarif excédait les coûts pour le secteur privé lucratif (de 15 %), mais était inférieur pour le public en 2017 (de 1,3 %). Pour les séjours pour AVC, les tarifs étaient supérieurs aux coûts pour le public (de 2 % à 18 %), mais leur étaient très inférieurs pour le privé (de 30 % à 50 %). Pour les séjours ambulatoires pour actes diagnostiques par voie vasculaire, les tarifs étaient inférieurs aux coûts pour le public (de 5,4 %), mais les dépassaient pour le privé (de 7,2 %).

Une autre manifestation d'incohérences dans la nomenclature tarifaire tient aux écarts, de sens variable et parfois considérables, de tarifs entre le secteur public²⁵⁹ et le secteur privé lucratif, à service médical rendu identique. Ainsi, un séjour hospitalier au titre d'une pose d'endoprothèse vasculaire avec infarctus du myocarde (niveau de sévérité 4) était rémunéré en 2017 3 315 € de plus dans le secteur privé lucratif que dans le secteur public²⁶⁰. À l'inverse, un séjour au titre d'une pose d'endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde (niveau 4) était rémunéré 4 854 € de

²⁵⁷ Soit 401,07 € par jour d'hospitalisation dans le secteur public (données 2016).

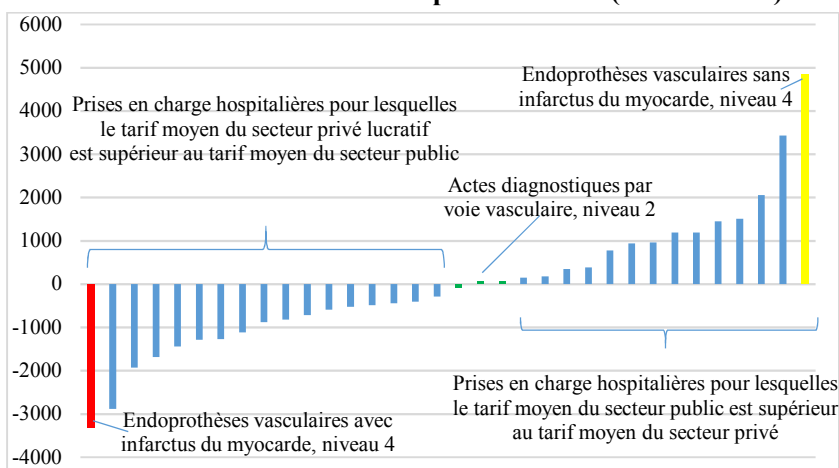
²⁵⁸ ATIH, méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs (guide méthodologique, juin 2016).

²⁵⁹ Établissements publics de santé et établissements privés non lucratifs.

²⁶⁰ GHM 05K054 (en rouge dans le graphique ci-après) pour lequel le tarif public (tenant compte des extrêmes corrigés des suppléments) s'élevait à 15 619 € en 2017, alors que le tarif privé moyen majoré des honoraires, des prothèses, des frais de transports et des suppléments atteignait 18 935 €.

plus dans le secteur public que dans le secteur privé lucratif²⁶¹. De même, un séjour pour AVC (niveau 3) donnait lieu à une rémunération plus élevée de 1 442 € dans le secteur public que dans le privé lucratif²⁶². *A contrario*, un séjour pour AVC de plus grande gravité (niveau 4) était rémunéré 2 882 € de plus dans le secteur privé lucratif que dans le public²⁶³.

Graphique n° 17 : écarts entre les tarifs moyens accordés en 2017 au secteur public et au secteur privé lucratif pour les cinq pathologies cardio-neurovasculaires les plus coûteuses (soit 34 GHM)



Source : ATIH.

De surcroît, la construction tarifaire adresse parfois des signaux propices à la facturation de séjours plus onéreux à l'assurance maladie. Ainsi, les tarifs des actes diagnostiques par voie vasculaire de niveau 1 réalisés par le secteur privé lucratif ont baissé entre 2013 et 2017 (-2,4 %), tandis qu'ils ont augmenté pour les séjours de niveau 2 (+7,7 %). Cette évolution divergente est de nature à inciter au codage des séjours en niveau 2 (dont le tarif moyen s'élevait en 2017 à 1 660 € contre 940 € pour un séjour de niveau 1).

²⁶¹ GHM 05K064 (en jaune dans le graphique) pour lequel le tarif public (tenant compte des extrêmes corrigés des suppléments) atteignait 16 210 € en 2017, tandis que le tarif privé moyen majoré des honoraires, des prothèses, des frais de transports et des suppléments était de 11 355 €.

²⁶² GHM 01M303 pour lequel le tarif s'élevait en 2017 à 7 410 € dans le secteur public, contre 5 965 € dans le secteur privé lucratif.

²⁶³ GHM 01M304 pour lequel le tarif s'élevait en 2017 à 15 262 € dans le secteur privé lucratif, contre 12 380 € dans le secteur public.

Dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé annoncée par les pouvoirs publics, une révision de la construction des tarifs des séjours liés à ces pathologies est indispensable, afin de minimiser les effets d'aubaine résultant d'écarts trop importants entre les tarifs et les coûts, entre les tarifs respectifs des secteurs public et privé lucratif à service médical rendu identique et entre les évolutions respectives des tarifs des différents niveaux de sévérité à objet identique des séjours hospitaliers.

Par ailleurs, la Cour a recommandé une refonte des tarifs des hospitalisations à domicile (HAD), toutes pathologies confondues²⁶⁴. Bien qu'elles préviennent des hospitalisations conventionnelles ou en réduisent la durée, la tarification des HAD liées à la rééducation des maladies cardio-neurovasculaires est peu attractive et de surcroît dégressive. Seuls 1 138 séjours en HAD de rééducation post-AVC ont eu lieu en 2016.

III - Accroître les chances de chacun, avant et à tous les stades de l'évolution des pathologies

Au-delà de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital, l'accent doit davantage être mis sur la prévention des maladies cardio-neurovasculaires, à tous les stades de leur développement. Il s'agit tout à la fois de réduire le nombre de personnes nouvellement touchées, de stabiliser l'état de santé des patients atteints de manière chronique, de circonscrire les épisodes les plus graves et de réduire les hospitalisations prolongées.

A - Réduire l'apparition de maladies cardio et neurovasculaires chez de nouveaux sujets

Plusieurs facteurs de risque majorent fortement la probabilité de pathologies cardio-neurovasculaires. La plupart de ces facteurs résultent d'habitudes de vie et peuvent donc être modifiés par des actions de prévention. Agir sur l'ensemble épargnerait à un grand nombre de nos concitoyens de connaître un décès prématuré ou une vie diminuée.

²⁶⁴ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la MECSS de l'Assemblée nationale*, L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes, décembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

1 - Poursuivre dans la durée la lutte contre le tabagisme

Pour les 50-64 ans, le tabac est à l'origine de 50 % des décès provoqués par des cardiopathies ischémiques pour les hommes et de 43 % pour les femmes, de même que de près de 50 % des décès liés à des maladies cérébro-vasculaires pour les deux sexes²⁶⁵. La prévalence tabagique en population générale, qui était stable depuis des années, s'est pour la première fois infléchie à la baisse, passant pour le tabagisme quotidien des 18 à 75 ans de 29,4 % en 2016 à 26,9 % en 2017. Par ailleurs, la part des personnes de cette même tranche d'âge n'ayant jamais fumé est passée de 34,3 % à 37,1 % entre ces deux années²⁶⁶.

Les hausses de la fiscalité du tabac intervenues depuis 2012 étaient restées inférieures au seuil annuel de 10 % estimé nécessaire par les experts pour provoquer une baisse durable des ventes. Plus récemment, la situation a évolué : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a augmenté de 15 % environ les droits de consommation sur le tabac à rouler ; surtout, la loi de financement pour 2018 a fortement majoré les droits de consommation sur les tabacs, en vue de porter le prix moyen pondéré d'un paquet de cigarettes de 6,8 € en septembre 2017 à 10 € environ au 1^{er} novembre 2020 (+47 %).

Selon l'estimation du Gouvernement, il pourrait résulter de cette dernière mesure une baisse de 20 % de la consommation de tabac. Les premières données de l'année 2018 sur les ventes confortent cette hypothèse, avec une baisse de 9,1 % au premier trimestre par rapport à la même période de 2017, la baisse étant concentrée sur le mois de mars (-16,2 % à la suite d'une hausse de prix d'environ 1 € en moyenne)²⁶⁷.

Alors que le coût-efficacité de la prise en charge des dépenses de sevrage a été démontré²⁶⁸, le remboursement par l'assurance maladie des substituts nicotiques (12,6 M€ de dépenses en 2016) restait, dans le cas général, limité à un forfait annuel (de 150 €) financé par le fonds de prévention de l'assurance maladie (FNPEIS), ce qui laissait un reste important à la charge des patients. La récente annonce par la ministre de la santé d'une prise en charge des substituts nicotiques dans des conditions de droit commun²⁶⁹ remédie à cette lacune. À ce jour, le nombre de

²⁶⁵ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 30-31, octobre 2016.

²⁶⁶ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 14-15, mai 2018.

²⁶⁷ OFDT, tableau de bord tabac.

²⁶⁸ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 20-21, mai 2013.

²⁶⁹ Comité interministériel de la santé du 18 mars 2018.

substituts dont les entreprises pharmaceutiques demandent l'autorisation de mise sur le marché et négocient le prix avec l'État reste cependant limité (deux demandes, une autorisation accordée²⁷⁰).

Si les avancées récentes dans la lutte contre le tabagisme sont encourageantes, il est essentiel qu'elles s'inscrivent dans la durée. Par ailleurs, elles doivent désormais s'accompagner d'une application rigoureuse de l'interdiction de vente de produits tabagiques aux mineurs.

2 - Agir avec la même détermination sur l'alcool et l'alimentation

Une action vigoureuse des pouvoirs publics, conjuguant des mesures de sensibilisation de la population et de mobilisation de la fiscalité, est indispensable pour réduire la consommation d'alcool et celle de boissons non alcoolisées sucrées et d'aliments préjudiciables à la santé.

La France se caractérise par une consommation d'alcool par habitant toujours très élevée, de 11,74 litres par habitant en 2016²⁷¹. La Cour²⁷² a souligné la remise en cause de la loi Évin, les défaillances des pouvoirs publics dans l'application de la réglementation et une réticence manifeste à mobiliser l'outil fiscal, contrairement à ce qui est observé pour le tabac.

La prévalence de l'obésité a augmenté en France de 76,4 % entre 1997 et 2012, avec une relation inverse aux niveaux d'éducation et de revenus. En 2015, 54 % des hommes et 44 % des femmes étaient en surpoids (indice de masse corporelle ≥ 25) ou obèses (IMC ≥ 30) ; 17 % des hommes et femmes étaient obèses²⁷³.

Le tableau obligatoire des valeurs nutritionnelles apposé sur les aliments pré-emballés est difficile à décrypter par les consommateurs. De ce fait, le « Nutriscore », instauré en avril 2017 après de longs débats, marque un progrès significatif. Toutefois, il conserve un caractère facultatif pour les fabricants et les distributeurs, dont certains ont mis en place des repères nutritifs différents. Si la loi de financement de la sécurité sociale

²⁷⁰ Seule la Varénicline (Champix), prescrite en seconde intention à des fumeurs très dépendants, est remboursée par l'assurance maladie depuis mi-2017 (à 65 %). Ses ventes ont augmenté de 279,7 % au 1^{er} trimestre 2018 par rapport au 1^{er} trimestre 2017.

²⁷¹ Office français des drogues et toxicomanies. L'Espagne, l'Italie, la Norvège et la Suède s'inscrivent en deçà de dix litres par an par habitant.

²⁷² Cour des comptes, *Rapport public thématique, Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, juin 2016, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁷³ Santé publique France, étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN), juin 2017.

pour 2018 a relevé la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés, l'instrument fiscal reste insuffisamment mobilisé pour réduire la consommation d'aliments et de boissons non alcoolisées nocifs à la santé.

B - Structurer la prise en charge extra-hospitalière des patients atteints de maladies chroniques

Le caractère de plus en plus chronique des maladies cardio-neurovasculaires accentue les enjeux de suivi des patients et d'observance de leur traitement par ces derniers. Afin de mieux y répondre, leur prise en charge à l'extérieur de l'hôpital doit être davantage structurée.

1 - Améliorer l'accès aux soins médicaux de cardiologie en ville

Pour la plupart des patients diagnostiqués, la reconnaissance d'une affection de longue durée, ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur, facilite l'accès aux soins de cardiologie en ville. En revanche, ce même accès est affecté par la répartition inégale des praticiens sur le territoire et par la pratique de dépassements sur les tarifs opposables de l'assurance maladie par ceux de secteur 2²⁷⁴, certes à un moindre degré que ceux d'autres spécialités²⁷⁵.

Au 1^{er} janvier 2017 étaient recensés²⁷⁶ 7 090 cardiologues, exerçant à 70 % en libéral ou de façon mixte (contre 50,3 % en moyenne pour l'ensemble des spécialités). Leur nombre total a crû de 26 % entre 2000 et 2017, soit une hausse annuelle moyenne (+1,4 %) un peu supérieure à celle des médecins spécialistes (+1,2 %) et près de deux fois plus rapide que celle des médecins pris dans leur ensemble (+0,8 %). Le nombre de cardiologues en secteur libéral ou mixte a encore plus augmenté (+37,2 %). Compte tenu de ces évolutions, leur densité moyenne est passée de 6,25 pour 100 000 habitants en 2005 à 7,4 en 2017 au plan national²⁷⁷.

²⁷⁴ Sur cette question, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

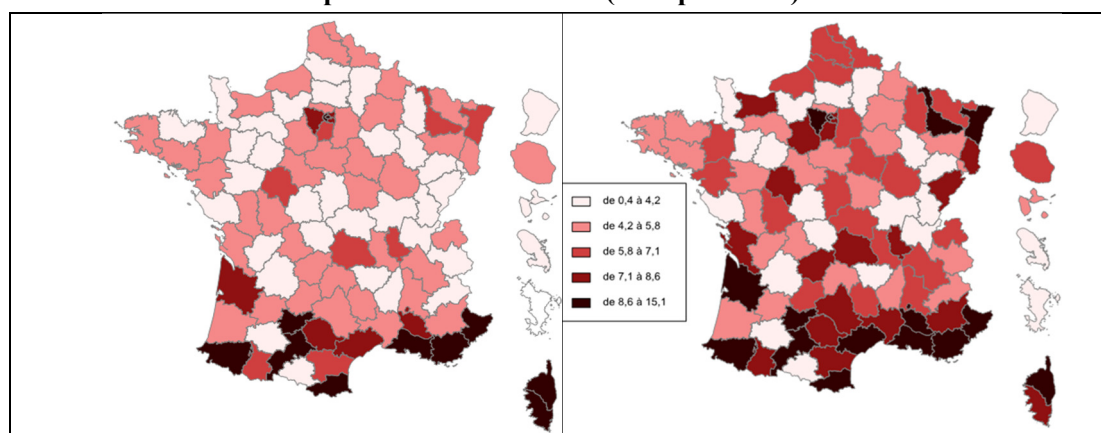
²⁷⁵ Voir le chapitre VII du présent rapport : les soins visuels : une prise en charge à réorganiser, p. 241.

²⁷⁶ Données du Conseil national de l'Ordre des Médecins, retraitées par la DREES.

²⁷⁷ DREES.

Cette hausse ne s'est toutefois pas accompagnée d'une correction des inégalités territoriales, comme le montre la carte ci-après.

Cartes n°s 5 et 6 : densité de cardiologues en exercice libéral ou mixte pour 100 000 habitants (2005 puis 2016)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

Généralement installés dans les zones géographiques les mieux dotées, les cardiologues de secteur 2, qui effectuent environ 15 % des actes, ont en moyenne dépassé de 22,3 % les tarifs opposables de l'assurance maladie en 2015. Ce taux moyen a légèrement baissé depuis 2013 (où il atteignait 23,6 %), mais c'est sous l'effet de la hausse du nombre de praticiens admis à dépassement dans le cadre des dispositifs à adhésion volontaire de contrat d'accès aux soins depuis 2013, puis d'option de « pratique tarifaire maîtrisée » de la convention médicale de 2016²⁷⁸.

2 - Favoriser l'amélioration des pratiques cliniques des médecins

La réduction des risques cardio-neurovasculaires est tributaire de leur meilleure détection et prise en charge par le corps médical. Cet enjeu concerne à la fois les habitudes de vie à l'origine des maladies cardiovasculaires (consommation de tabac et d'alcool, surpoids lié à une mauvaise alimentation) et les pathologies qui en favorisent l'apparition, elles-mêmes stimulées par les habitudes précitées.

²⁷⁸ En effet, les praticiens nouvellement admis à dépassement appliquent des dépassements moins élevés que ceux qui en pratiquent depuis plus longtemps.

En effet, si la prévalence de l'hypertension artérielle, soit 30,6 % des 18 à 74 ans, est stable depuis dix ans²⁷⁹, la part des personnes traitées parmi les hypertendus connus a baissé (de 82 % en 2006 à 72 % en 2015). Par ailleurs, 20 % environ des diabétiques de 18 à 74 ans ne seraient pas diagnostiqués (3,3 millions, soit 5 % de la population, sont par ailleurs traités)²⁸⁰. Enfin, alors que 11,3 % de la population était traitée en 2010 par la voie médicamenteuse au titre d'une hypercholestérolémie²⁸¹, soit plus de 7,4 millions de patients, cette part n'était plus que de 8,8 % en 2015²⁸².

Depuis la convention médicale de 2011, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP, 417 M€ au titre de 2016) est le principal instrument déployé par les pouvoirs publics pour corriger cette situation.

La CNAM²⁸³ estime que la ROSP a contribué à l'amélioration des pratiques notamment pour le suivi des patients diabétiques. Cependant, la prévention conservait une place limitée parmi les indicateurs (7 sur 24) et les progressions les moins élevées entre 2012 et 2016 ont concerné la prévention (+6,7 points, avec un résultat de 41,8 % en 2016) et le suivi des maladies chroniques (+10 points, 60,8 %), loin derrière la prescription (+23,3 points, 79,3 %) et l'organisation du cabinet (+23 points, 86,3 %).

La convention médicale de 2016 marque un progrès, avec un nombre accru d'indicateurs, notamment liés à la prévention (12 sur 29) et, spécifiquement, l'introduction de 6 nouveaux indicateurs ayant trait aux maladies cardio-neurovasculaires : prévention avec le repérage précoce et l'intervention brève²⁸⁴ en matière de tabagisme et d'alcoolisme ; suivi des patients hypertendus, de ceux sous anticoagulants et de ceux subissant une artériopathie obstructive des membres inférieurs ; évaluation du risque cardiovasculaire en amont de la prescription de statines. Il est encore trop tôt pour en apprécier la portée sur les pratiques professionnelles.

Pour les cardiologues, les indicateurs, en vigueur depuis 2012, visent le suivi des patients hypertendus, de ceux en insuffisance cardiaque et de ceux avec un antécédent d'infarctus, ainsi que la prescription de statines génériques. Le bilan précité de la CNAM fait apparaître des

²⁷⁹ ESTEBAN, juin 2017.

²⁸⁰ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 30-31, novembre 2014.

²⁸¹ Tuppin P et al. *Antihypertensive, antidiabetic and lipid-lowering treatment frequencies in France in 2010*. Arch Cardiovasc Dis. 2013;106(5):274-86.

²⁸² ESTEBAN, juin 2017.

²⁸³ La ROSP, bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif, avril 2017.

²⁸⁴ Étape d'un protocole défini par la HAS en 2014, consistant à donner des informations et proposer des solutions d'accompagnement au patient.

progrès de portée variable, une partie des objectifs n'étant pas atteints (patients avec un antécédent d'infarctus ou en insuffisance cardiaque).

3 - Mobiliser les professionnels paramédicaux à coût maîtrisé

L'assurance maladie met en œuvre des programmes visant à favoriser l'observance de leurs traitements par les patients. Depuis 2007, SOPHIA vise à responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie par un accompagnement téléphonique par des infirmiers salariés de l'assurance maladie, sous l'autorité de médecins conseil. Depuis 2013, PRADO permet aux patients hospitalisés pour décompensation cardiaque de bénéficier à leur sortie d'un programme d'accompagnement de retour à domicile défini par l'assurance maladie et la société française de cardiologie, sur des bases validées par la Haute autorité de santé (HAS).

Si SOPHIA couvre une fraction importante des diabétiques (près de 714 000 patients, soit 21 % du total en 2016), PRADO conserve un caractère confidentiel (4 500 patients, soit l'équivalent de 2,1 % des séjours en établissement de santé pour insuffisance cardiaque en 2016). En outre, les éléments permettant d'objectiver les bénéfices et les coûts de ces programmes sont lacunaires (SOPHIA)²⁸⁵ ou trop récents (PRADO) pour conclure à leur efficacité. S'agissant de SOPHIA, le maintien des médecins traitants en marge du dispositif soulève des difficultés pratiques non surmontées²⁸⁶. Pour qu'il atteigne une plus large cible de patients, il conviendrait en tout état de cause que leur consentement soit présumé.

Progresser effectivement dans la coordination des parcours des patients chroniques nécessiterait de déléguer à des auxiliaires médicaux les tâches de prévention, de coordination et de suivi qui relèvent des médecins, à l'instar de ce qui se pratique couramment dans d'autres pays européens. Une étude menée dans huit pays européens a ainsi souligné l'apport de programmes de prévention multidisciplinaires coordonnés par des infirmiers ainsi que la valeur ajoutée de la gestion de cas par ces dernières. La supériorité de ces programmes par rapport à des modèles de soins habituels a été démontrée au regard de leurs incidences sur les facteurs de

²⁸⁵ À défaut de s'être dotée d'un véritable groupe témoin, l'assurance maladie a comparé les adhérents aux non-adhérents. Or les deux groupes ont des caractéristiques distinctes, ce qui introduit des biais de sélection.

²⁸⁶ Ainsi, les médecins conseil de l'assurance maladie ne peuvent prescrire des analyses biologiques. Les médecins traitants, qui les prescrivent, ne sont pour leur part pas habilités à en communiquer les résultats à ces derniers.

risque, l'observance médicamenteuse, le contrôle de la glycémie, ainsi que les décompensations aiguës et la mortalité²⁸⁷.

Or, en France, en dehors du cas particulier d'ASALEE²⁸⁸, les protocoles de coopération entre professionnels de santé prévus par la loi HPST de 2009 présentent un bilan décevant (environ 1 200 professionnels délégués ou délégants sur des domaines généralement étroits). La fixation par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 d'un cadre à l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux, sous certaines conditions, notamment sous la coordination d'un médecin, est de nature à faciliter le développement d'activités de coordination et de suivi des patients atteints d'une maladie cardio-neurovasculaire²⁸⁹. La généralisation du dossier médical partagé, confiée à l'assurance maladie après l'échec du dossier médical personnel, conditionne pour partie ce développement.

4 - Développer l'éducation thérapeutique des patients

Au vu des évaluations disponibles pour d'autres pays²⁹⁰, la non-observance médicamenteuse a selon toute vraisemblance un coût élevé en France, en suscitant des manifestations aiguës de maladies cardiovasculaires qui appellent une hospitalisation.

²⁸⁷ Étude EUROACTION, 2016 *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal* (2012) 33, 1635–1701.

²⁸⁸ Développé pour les patients diabétiques (2004), le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe isolée) a été étendu à d'autres pathologies, dont le domaine cardiovasculaire (à partir de 2008). Sur la base d'un protocole validé par la HAS, des infirmiers salariés d'une association effectuent des actes de dépistage et de suivi et des activités d'éducation thérapeutique des patients. Près de 1 500 généralistes et 500 infirmiers prennent en charge 300 000 patients, pour un coût annuel moyen par patient de l'ordre de 60 €.

²⁸⁹ Voir chapitre V du présent rapport : le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital, II – C -, p. 195.

²⁹⁰ Roebuck 2011, Pitman 2011, Dominick Esposito, 2009. Une évaluation de ce coût n'est pas disponible pour la France.

Or les conditions d'autorisation de programmes d'éducation thérapeutique²⁹¹ par les ARS sont lourdes et peu propices au développement de programmes en ville. De fait, 69,5 % des 4 000 programmes financés par les ARS depuis la loi HPST de 2009 (dont 31 % portaient sur le diabète et 14 % sur les maladies cardiovasculaires) ont concerné les séjours de courte durée à l'hôpital ; 12 % étaient gérés par des services de soins de suite et de réadaptation et 3,3 % seulement étaient portés par des réseaux de santé²⁹².

C - Réduire la mortalité et les séquelles évitables liées aux cas les plus graves

Si la mortalité liée aux maladies cardio-neurovasculaires est faible au regard de ce qui s'observe dans des pays comparables et en réduction, plusieurs leviers peuvent permettre de la réduire encore, de même que les séquelles liées aux épisodes les plus graves.

1 - Élargir le bénéfice des soins de suite et de réadaptation

Dès lors qu'ils s'inscrivent dans un parcours de soins cohérent avec l'état de santé du patient, les programmes de réadaptation cardiovasculaire ont un bénéfice démontré sur le risque de récurrence, sur la mortalité globale et sur la qualité de vie des patients. Ainsi, une analyse approfondie de plusieurs essais cliniques randomisés évaluant la réadaptation cardiovasculaire avec activité physique démontre une baisse de la mortalité globale de 20 % sur une année, par rapport aux patients n'ayant pas suivi

²⁹¹ L'éducation thérapeutique vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante de sa prise en charge.

²⁹² Avis du 12 octobre 2015 du Haut Conseil de la Santé publique relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

de réadaptation²⁹³. Après deux ans, les bénéfices sont encore plus importants, avec une baisse de 47 % de la mortalité globale²⁹⁴.

Or, seule une minorité de victimes d'un accident cardio ou neurovasculaire bénéficient de soins de suite et de réadaptation. Selon les données les plus récentes²⁹⁵, seul un tiers des patients hospitalisés du fait d'un infarctus du myocarde sont hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) dans les six mois²⁹⁶. Un peu plus d'un tiers des patients ayant subi un AVC sont admis en SSR²⁹⁷.

Une extension de la prise en charge en SSR des victimes d'accidents neurovasculaires se heurte à une orientation inadéquate de la démographie médicale. Les effectifs de spécialistes (cardiologues, chirurgiens, neurologues) prenant en charge surtout la phase aiguë des pathologies cardio-neurovasculaires ont crû de 37,2 % entre 2000 et 2016, contre 13,4 % pour ceux, hospitaliers, chargés des SSR. En 2000, on comptait un spécialiste en médecine physique et de réadaptation pour quatre spécialistes de la phase aiguë. En 2016, il n'y en avait plus qu'un pour cinq.

L'activité de rééducation est peu attractive. Elle ne se prête pas à un exercice libéral (elle nécessite un plateau de rééducation), contrairement à d'autres spécialités. La rémunération des praticiens hospitaliers, qui est indépendante de la spécialité et du nombre d'actes, atteignait 115 000 € bruts pour un praticien en fin de carrière en 2014²⁹⁸ ; dans le secteur libéral et mixte, le revenu global d'activité s'élevait en moyenne à 151 000 € pour un cardiologue, à 187 000 € pour un chirurgien et à 216 000 € pour un radiologue²⁹⁹. En outre, l'activité de rééducation offre peu de perspectives de carrière hospitalo-universitaire et s'exerce souvent dans des centres hospitaliers excentrés. Enfin, les spécialistes libéraux sont moins requis pour participer à la permanence des soins.

²⁹³ R. S. Taylor, A. Brown, S. Ebrahim, *Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Am J Med* 2004.

²⁹⁴ A. M. Clark, L. Hartling, B. Vandermeer, FA McAlister, *Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease*. *Ann Intern Med* 2005.

²⁹⁵ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 5, février 2014.

²⁹⁶ Au premier semestre 2011.

²⁹⁷ 36,3 % en 2014 (Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 11, mai 2017).

²⁹⁸ FHF. Hypothèses retenues : praticien hospitalier non universitaire et sans activité libérale, échelon 13, réalisant 40 nuits de garde par an et exerçant sur plusieurs sites.

²⁹⁹ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé annoncée par les pouvoirs publics, une réflexion devrait être engagée sur les évolutions à même de favoriser une hausse du taux d'occupation des lits, une réduction de la durée moyenne de séjour et, ce faisant, une augmentation de la proportion de patients victimes d'accidents cardio ou neurovasculaires qui bénéficient de soins de suite et de réadaptation.

2 - Mieux prendre en charge les accidents ischémiques transitoires précurseurs d'AVC

En France, un quart environ des 120 000 AVC ischémiques sont précédés de signes d'accident ischémique transitoire (AIT). La prise en charge très précoce des AIT, dans les 24 heures suivant leur apparition, diminue de moitié la survenance ultérieure d'un AVC³⁰⁰.

Toutefois, la prise en charge hospitalière des AIT est imparfaitement assurée. Ainsi, il existe uniquement deux structures spécialisées à ce titre (à Paris et à Toulouse), certains établissements développant cependant la prise en charge des AIT dans le cadre d'UNV.

Afin de réduire l'incidence des AVC, le ministère chargé de la santé devrait définir un modèle pertinent de prise en charge des AIT : communication publique sur les signes avant-coureurs et les réponses à apporter par les intéressés et par les proches, mise en place de structures spécialisées de prise en charge en lien avec les UNV. Au regard d'un coût moyen de prise en charge des AIT inférieur des deux tiers³⁰¹ à celui des AVC, une économie de 80 M€ pourrait résulter d'une prise en charge plus précoce de ces accidents, au seul titre des séjours hospitaliers évités.

3 - Réduire les morts subites

La mort subite est un décès brutal et inattendu survenant dans l'heure suivant une perte brutale de conscience, chez un sujet apparemment en bonne santé. Elle a généralement une origine cardiaque. Elle reste un fléau méconnu alors qu'elle serait à l'origine de 40 à 50 000 décès annuels, soit 7 à 8 % du total des décès et près de la moitié de la mortalité cardiovasculaire. L'âge moyen de survenance est de 67 ans. Malgré les soins prodigués par les équipes d'urgences pré-hospitalières et de

³⁰⁰ P. Amarenco, M.D. et al. *One-Year Risk of Stroke after Transient Ischemic Attack or Minor Stroke*, *N Engl J Med* 2016; 374:1533-1542 April 21, 2016.

³⁰¹ Soit 1 793,3 € contre 5 261,4 € (DREES – SAE, 2016).

réanimation, la survie reste faible (7,5 % des cas de perte brutale de conscience en Île-de-France d'après le registre francilien sur les morts subites).

La prise en charge des risques de mort subite pourrait être améliorée par un effort accru de formation aux premiers secours (assuré pour 27 % de la population dans notre pays, contre 80 % en Autriche et 95 % en Norvège) et un plus large déploiement des défibrillateurs automatisés externes. En 2016, l'Assemblée nationale a adopté une proposition de loi³⁰² imposant une obligation d'équipement à certains établissements recevant du public, la liste de ces derniers étant fixée par un décret en Conseil d'État. Toutefois, les deux assemblées ne l'ont pas définitivement adoptée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En matière de maladies cardio-neurovasculaires, la France dispose d'un avantage épidémiologique indéniable. Pourtant, force est de constater qu'elle en profite mal, ce qui favorise l'extension rapide de la morbidité liée à ces pathologies. Ces dernières sont ainsi tout à la fois un révélateur de facteurs d'inadaptation de notre système de santé et, compte tenu de leur prévalence et de leur gravité, une cause majeure de ce constat.

Sauf exception récente - le tabac -, les facteurs de risque des maladies cardio-neurovasculaires - alcool, surpoids, sédentarité, hypertension, diabète et hypercholestérolémie - ne donnent pas lieu à des efforts suffisants de prévention, de diagnostic et de prise en charge en amont de leurs manifestations aiguës. À cet égard, la médecine de ville devrait être incitée plus fermement à soutenir une démarche volontariste de prévention définie par les pouvoirs publics.

Dispersé en un nombre excessif de centres de cardiologie, le maillage des soins hospitaliers conserve pour principal paradigme la proximité géographique avec les patients, alors que le progrès médical, toujours plus technique, exige des centres pluridisciplinaires prenant des patients en nombre suffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Le financement au séjour de l'activité des établissements de santé, avec des incohérences visibles et à l'acte de celle des praticiens libéraux favorisent la production d'un volume croissant de soins à un stade avancé de ces pathologies, plutôt que la mise en œuvre d'actions précoces, bien moins coûteuses, qui en préviennent la survenance ou l'aggravation.

³⁰² Proposition de loi n° 4015 relative au défibrillateur cardiaque.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

14. relever les droits d'accises sur l'ensemble des boissons alcoolisées et la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés ;

15. définir à court terme un modèle pertinent de prise en charge des accidents ischémiques transitoires afin de prévenir un plus grand nombre d'accidents vasculaires-cérébraux ;

16. améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé, en unifiant le régime juridique des autorisations, en généralisant dans ce cadre les seuils d'activité, en relevant ceux en vigueur et en appliquant dans les faits les autorisations et seuils fixés ;

17. réviser les tarifs des séjours en établissement de santé liés aux maladies cardio-neurovasculaires, afin de minimiser les effets d'aubaine résultant d'écarts trop importants entre les tarifs et les coûts, entre les tarifs respectifs des secteurs public et privé lucratif à service médical rendu identique et entre les évolutions respectives des tarifs des différents niveaux de sévérité à objet identique des séjours hospitaliers ;

18. adapter les modalités de financement des soins de suite et de réadaptation afin de favoriser l'accueil dans les structures concernées des patients victimes d'accidents cardio ou neurovasculaires.

Chapitre VII

Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

PRÉSENTATION

Au 1^{er} janvier 2017, la prise en charge des troubles et des pathologies de la vue était confiée à 46 308 professionnels de santé. Ces derniers comprenaient 5 947 ophtalmologues (13 % du total), dont 85,8 % en exercice libéral ou mixte (libéral et salarié), 4 643 orthoptistes (10 %, dont 63 % en exercice libéral ou mixte)³⁰³, profession paramédicale réalisant des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision sur la prescription d'un médecin, généralement d'un ophtalmologue et 35 718 opticiens-lunetiers (77 %)³⁰⁴. Les compétences respectives de ces trois professions sont définies par le code de la santé publique.

Avec près de 9,6 Md€ de dépenses au total³⁰⁵, les soins visuels constituent une charge importante et en forte hausse pour l'assurance maladie, les assurances maladie complémentaires et directement pour les ménages, notamment pour l'optique médicale. Près de 60 % des habitants de notre pays ont un dispositif de correction de la vue (lunettes, lentilles).

Les soins visuels se caractérisent par des dysfonctionnements emblématiques de certaines spécialités médicales : en dépit d'une forte croissance des dépenses, la population est confrontée à de fortes inégalités d'accès aux soins d'ordre géographique et financier.

Contrairement à d'autres pays, les ophtalmologues constituent le premier recours aux soins visuels. Or ils sont inégalement répartis sur le territoire et pratiquent généralement des dépassements d'honoraires. Alors que les complémentarités entre les différentes professions de la filière visuelle ont une portée limitée, la forte contraction prévisible de la démographie des ophtalmologues jusqu'en 2030 risque d'exacerber les difficultés d'accès aux soins déjà éprouvées dans certains territoires.

Malgré une forte augmentation des dépenses, les besoins de la population en soins visuels sont inégalement couverts (I). Au-delà de la mise en place annoncée d'offres d'équipements d'optique médicale sans reste à charge, la définition par les pouvoirs publics d'une politique d'ensemble des soins visuels s'impose désormais (II).

³⁰³ L'exercice salarial, notamment dans des cabinets d'ophtalmologues, se développe rapidement (+16 points entre 2000 et 2017).

³⁰⁴ Les opticiens-lunetiers n'exercent pas tous dans les magasins d'optique. Ils peuvent être salariés dans des cabinets d'ophtalmologie ou travailler dans l'industrie optique.

³⁰⁵ On entend par dépenses totales les dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire par les assurés, qui comprennent les parts prises en charge par l'assurance maladie, par les assurances maladie complémentaires et par la CMU-C, ainsi que les dépenses restant à la charge des ménages.

I - Des besoins inégalement couverts malgré des dépenses croissantes

La hausse générale des dépenses ne s'est pas accompagnée d'une amélioration de l'accès de la population aux soins visuels, qui se heurte dans de nombreuses zones géographiques à la rareté de l'offre de soins ou à son prix élevé. Alors que la démographie des ophtalmologues décline, les autres acteurs de la filière visuelle - orthoptistes et opticiens-lunetiers - bénéficient de délégations encore limitées d'activité, ce qui concourt à la rareté de l'offre de soins.

Les principales pathologies visuelles

Parmi les pathologies les plus courantes, la cataracte se caractérise par une opacification de la vue ; en 2016, elle concernait 574 000 patients³⁰⁶. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)³⁰⁷ touche 10 % de la population de plus de 85 ans ; elle provoque l'apparition de taches dans le champ visuel central et, à terme, une cécité. La rétinopathie, qui affecte de nombreux patients diabétiques, entraîne la baisse de l'acuité visuelle ; elle endommage progressivement la rétine.

A - Une hausse générale des dépenses liées aux soins visuels

Contrairement aux soins bucco-dentaires, les dépenses liées aux soins visuels, en dehors de l'optique, ne sont pas retracées en tant que telles dans les comptes nationaux de la santé. Ainsi, les dépenses d'ophtalmologie sont incluses de manière indistincte dans celles liées à l'activité des médecins spécialistes et celles d'orthoptie dans celles relatives aux auxiliaires médicaux.

³⁰⁶ « Le traitement de la cataracte primaire est la plus fréquente des interventions chirurgicales », Études et résultats, n° 1056, mars 2018, DREES.

³⁰⁷ Il existe deux types de DMLA. La forme la moins répandue mais la plus dangereuse est la DMLA exsudative (ou humide) qui peut conduire à une perte totale de la vue. La DMLA atrophique ou sèche représente 90 % des cas et a des conséquences moins graves sur la vision.

L'absence de suivi consolidé des dépenses liées aux soins visuels, malgré la disponibilité des informations nécessaires, ne permet pas d'apprécier la part de celles-ci prise en charge par les assurances maladie complémentaires, ni celle restant à la charge des ménages.

À partir des éléments d'information publics ou qu'elle a sollicités auprès de la CNAM et de l'ATIH, la Cour a établi une synthèse des dépenses liées aux soins visuels, présentée dans le tableau ci-dessous. Les dépenses totales de soins visuels s'élevaient à 9,6 Md€ en 2016, dont 2,9 Md€ financées par l'assurance maladie. Compte tenu de la place de l'optique dans l'ensemble des dépenses, les assurances maladie complémentaires sont le principal financeur des soins visuels.

Tableau n° 55 : dépenses liées aux soins visuels (2010 et 2016, en M€)

Dépenses	2010		2016		Variation 2010-2016 € courants	Variation 2010-2016 € constants	TCAM 2010-2016 € constants
	Total	Dont remboursées par l'assurance maladie	Total	Dont remboursées par l'assurance maladie	Total	Total	Total
Ophthalmologie	1 362	787	1 726	1 034	26,7 %	21,6 %	3,3 %
Orthoptie	82	53	114	74	39,0 %	33,3 %	4,9 %
Optique médicale	5 475	197	6 170	201	12,7 %	8,1 %	1,3 %
Soins de ville	6 919	1 037	8 010	1 309	15,8 %	11,0 %	1,8 %
Établissements de santé	961	961	1 012	1 012	5,3 %	1,0 %	0,2 %
Molécules onéreuses pour la DMLA	Information non disponible	Information non disponible	583	583	Information non disponible	Information non disponible	Information non disponible
Total	Information non disponible	Information non disponible	9 605	2 904	Information non disponible	Information non disponible	Information non disponible

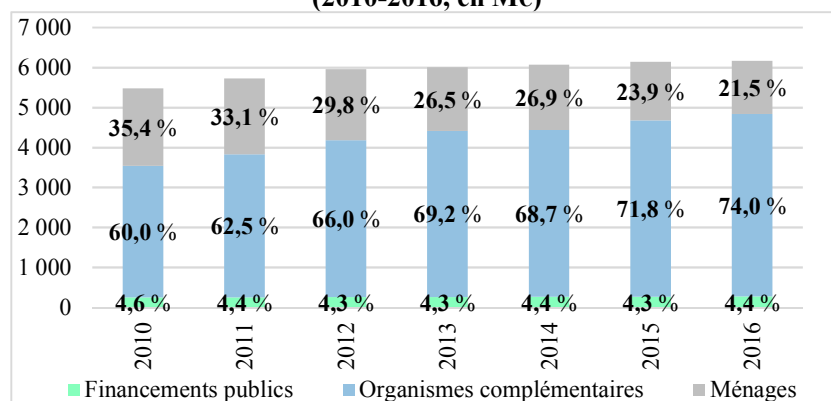
Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES, de la CNAM et de l'ATIH.

1 - Une hausse des dépenses d'optique permise par une prise en charge croissante par les complémentaires santé

Après une période de forte croissance, dont les déterminants ont été analysés par la Cour en 2013³⁰⁸, les dépenses totales d'optique médicale³⁰⁹ ont augmenté de façon plus modérée depuis 2012. Elles ont atteint 6,2 Md€ en 2016, soit une augmentation par rapport à 2010 de 12,7 % en euros courants et de 8,1 % en euros constants (soit +1,3 % en moyenne annuelle).

En 2016, les organismes d'assurance maladie complémentaires couvraient 74 % de leur coût, contre 60 % en 2010. Parallèlement, les dépenses restant à la charge des ménages se sont réduites de 35,4 % à 21,5 %, tout en restant plus élevées que pour nombre d'autres biens médicaux : pour les lunettes, elles s'établissaient ainsi à 95 € en moyenne. La part des financements publics reste mineure (4,4 % en 2016).

Graphique n° 18 : dépenses d'optique par financeur direct (2010-2016, en M€)



Source : DREES, comptes de la santé.

³⁰⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre XIV La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁰⁹ L'optique médicale couvre des produits remboursables (verres et montures notamment) ou non (lentilles correctrices) et exclut les lunettes solaires, les lentilles esthétiques ou les produits d'entretien des équipements optiques.

La hausse des dépenses d'optique médicale³¹⁰ s'explique par celle des quantités totales vendues (+44 % depuis 2006). L'augmentation globale de la population et son vieillissement ne rendent compte que d'une part limitée de cette évolution (+4,6 % et +3,4 % respectivement).

Le prix moyen des équipements d'optique a légèrement diminué, de 0,3 % en 2015 et de 0,5 % en 2016. La libéralisation progressive du marché de l'optique, le développement des réseaux de soins et l'instauration de plafonds à la prise en charge des dépenses d'optique dans le cadre des contrats responsables³¹¹ pèsent, encore insuffisamment, sur son évolution.

2 - Des dépenses en ville en forte augmentation sous l'effet de la croissance des actes et des dépassements d'honoraires

Entre 2010 et 2016, les dépenses liées à l'ophtalmologie et à l'orthoptie en ville ont augmenté de 27 % en euros courants et de 22,2 % en euros constants (soit +3,4 % en moyenne annuelle), pour atteindre 1,8 Md€. Les dépenses relevant des ophtalmologues en représentent la quasi-totalité (1,7 Md€), le solde correspondant aux orthoptistes.

La croissance rapide des dépenses liées à l'activité libérale des ophtalmologues (+21,6 % en euros constants, soit +3,3 % en moyenne par an) est soutenue tant par la part des dépenses laissée à la charge des assurés (dépassements d'honoraires et ticket modérateur) que par le volume des actes. Les dépassements représentaient 25,6 % des dépenses en 2016.

³¹⁰ Selon le rapport annuel de 2016 de l'observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale.

³¹¹ Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif aux contrats d'assurance complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales a instauré des planchers et des plafonds de prise en charge. Pour les verres, les fourchettes vont de 50 à 470 € et de 200 à 850 € en fonction de l'importance de la correction de la vue. En application du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, les contrats souscrits par les entreprises pour le compte de leurs salariés, qui sont obligatoirement des contrats responsables, ont des planchers plus élevés (100 à 200 en fonction de la correction de la vue). Dans tous les cas, la prise en charge des montures est plafonnée à 150 €. Par ailleurs, l'achat de nouvelles lunettes n'est pris en charge que par période de deux ans (un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue).

Tableau n° 56 : évolution des dépenses liées à l'activité libérale des ophtalmologues (2010-2016, en M€)

	2010	2016	Variation 2010-2016 € courants	Variation 2010-2016 € constants	TCAM 2010-2016 € constants
Quantité d'actes	33,3	41,2	+23,7 %	-	-
Honoraires totaux, dont :	1 362	1 726	+26,7 %	+21,6 %	+3,3 %
Dépassements	340	442	+30,0 %	+24,7 %	+3,7 %
Tickets modérateurs	235	371	+57,9 %	+51,4 %	+7,2 %
Honoraires remboursés par l'assurance maladie*	787	1 034	+15,9 %	+11,2 %	+1,8 %

* Y compris participations forfaitaires à la charge des assurés.

Sources : CNAM, SNIIRAM.

La hausse du nombre moyen d'actes effectués par ophtalmologue (8 787 en 2016 contre 6 932 en 2010, soit +24 %) résulte de l'augmentation du nombre moyen non seulement de patients par ophtalmologue, mais aussi d'actes par séance ou par patient³¹². Elle est particulièrement importante pour les actes techniques³¹³, qui représentent en 2016 près des trois quarts de l'activité des ophtalmologues et des dépenses associées, alors qu'ils étaient encore minoritaires avant 2010.

Alors que la hausse du nombre moyen d'actes par séance dénote d'importants gains de productivité, les tarifs restent stables.

3 - Des dépenses hospitalières contenues par la substitution de prises en charge en ambulatoire à des hospitalisations classiques

En 2016, l'activité d'ophtalmologie en établissement de santé a engendré 1 Md€ de dépenses pour l'assurance maladie³¹⁴. En 2016, 66 % des séjours ont été réalisés dans les établissements privés à but lucratif pour près de 51 % des dépenses, soit 513 M€. L'activité de ces établissements

³¹² La CNAM impute à cette intensification du recours aux soins 13,3 % des 18 % d'augmentation du nombre total d'actes entre 2012 et 2016. Les effets liés à la démographie sont marginaux (4,2 %, dont 2,2 % au titre de l'augmentation de la population totale et 1,9 % au titre de son vieillissement).

³¹³ Les principaux actes techniques font partie intégrante de l'examen clinique ophtalmologique comme l'examen de la vision binoculaire ou le fond d'œil. D'autres sont des examens complémentaires courants, comme les actes d'imagerie de la rétine ou du glaucome grâce à des appareils de tomographie par cohérence optique (OCT), dont le nombre a augmenté à un rythme annuel moyen de 13 % depuis trois ans.

³¹⁴ Soit 3 % des dépenses d'assurance maladie liées à la tarification à l'activité des établissements publics et privés de santé (soit 38,9 Md€ en 2016).

est fortement spécialisée : ils assuraient notamment 73 % des interventions pour la cataracte en 2016.

Entre 2010 et 2016, les dépenses d'assurance maladie liées à l'activité d'ophtalmologie en établissement ont augmenté dans une mesure limitée (+5,3 % en euros courants et +1 % en euros constants). La substitution croissante de prises en charge ambulatoires en chirurgie à des hospitalisations classiques avec nuitée explique ce résultat : la part des séjours sans nuitée, soit 86 % en 2016, a augmenté de 13 points depuis 2010. La DMLA est presque intégralement traitée en ambulatoire, la cataracte à 93 % et le glaucome à 70 %.

La politique tarifaire au service du virage ambulatoire à l'hôpital

L'augmentation de la part de l'ambulatoire dans l'activité des établissements de santé a été favorisée par la réduction, voire la suppression de l'écart des tarifs des séjours de faible sévérité (niveau 1) en hospitalisation conventionnelle par rapport à ceux des séjours ambulatoires.

Il en est ainsi pour les interventions sur la rétine. En 2010, le tarif du niveau 1 en hospitalisation conventionnelle dans le secteur public s'élevait à 2 718 €, tandis que celui des séjours ambulatoires était fixé à 1 826 € (1 206 € et 874 € respectivement pour le secteur privé lucratif). En 2012, les tarifs du niveau 1 et ceux de la prise en charge ambulatoire ont été alignés dans les deux secteurs tarifaires. En 2017, s'appliquaient des tarifs uniques de 2 435 € pour le secteur public et de 1 098 € pour le secteur privé lucratif. Le tarif du séjour pour l'opération de la cataracte de moindre sévérité est aligné sur celui de l'ambulatoire depuis 2009. Entre 2010 et 2017, il a diminué de 10,6 % dans le secteur public et de 19,9 % dans le secteur privé lucratif, pour s'établir respectivement à 1 253 € et à 720 €.

B - Un accès aux soins affecté par la rareté et le coût de l'offre sanitaire

Les ophtalmologues et les autres professionnels de la filière visuelle sont très inégalement répartis sur le territoire. Dans de nombreuses zones, les patients se heurtent à des délais importants, y compris dans des cas d'urgence, pour obtenir une consultation, voire à une impossibilité quand ils ne sont pas déjà suivis. La chute de la démographie des ophtalmologues va accentuer ces difficultés et les étendre à des territoires qui en sont aujourd'hui exempts. Les dépassements d'honoraires pratiqués par une

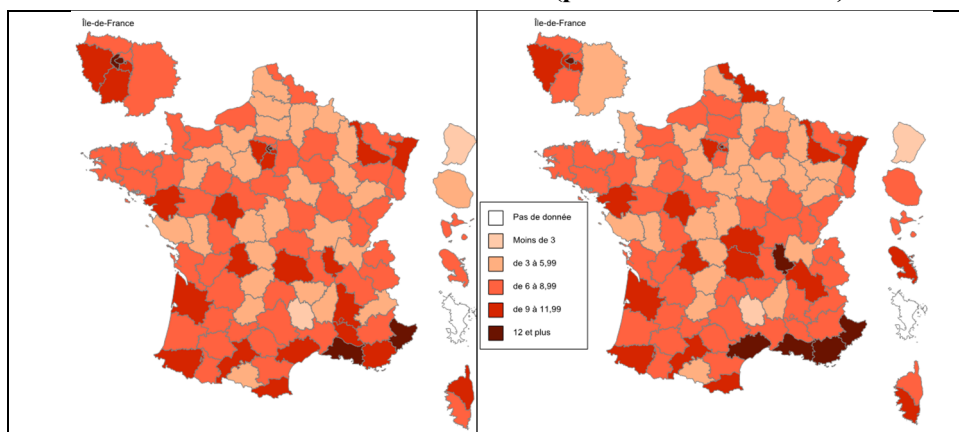
majorité d'ophtalmologues et le coût des équipements d'optique médicale constituent d'autres obstacles, cette fois financiers, à l'accès aux soins.

1 - Une répartition inégale des ophtalmologues sur le territoire

Les effectifs d'ophtalmologues, soit 5 947 début 2017, ayant augmenté depuis 2000 à un rythme voisin de celui de la population globale, leur densité moyenne est restée relativement stable, autour de 8,8 pour 100 000 habitants tous modes d'exercice confondus et de 7,5 pour l'exercice libéral ou mixte.

Cette moyenne s'inscrit dans celle des pays de l'OCDE, mais recouvre de fortes disparités territoriales : en 2017, la densité départementale d'ophtalmologues en exercice libéral ou mixte allait de 2,1 pour 100 000 habitants en Haute-Saône à 21 pour 100 000 habitants à Paris. Ces disparités s'accroissent : en 2017, 45 départements (notamment la Seine-Saint-Denis, le Pas-de-Calais, la Seine-et-Marne, la Moselle, La Réunion, l'Oise et le Loiret), contre 42 en 2000, comptaient moins de six ophtalmologues libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants.

Cartes n^{os} 7 et 8 : densité comparée des ophtalmologues en exercice libéral ou mixte en 2000 et en 2017 (pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Adeli pour 2000, RPPS pour 2017 ; Insee pour la population.

Selon la DREES, les 10 % des habitants les mieux lotis ont six fois plus de chance d'accéder à un ophtalmologue que les 10 % les moins bien lotis et l'accessibilité des populations résidant dans des zones sous-denses s'est dégradée. Plus on s'éloigne des grands pôles urbains, plus il est difficile d'accéder à un ophtalmologue.

Ces disparités ne sont compensées ni par l'offre hospitalière, ni par les autres professionnels libéraux de la filière visuelle dont l'activité est très largement prescrite par les ophtalmologues. L'exercice hospitalier est, en effet, fortement concentré dans certains pôles urbains qui accueillent des centres hospitaliers universitaires et dans la région francilienne³¹⁵. De plus, la plupart des départements ayant une densité libérale inférieure à la moyenne nationale connaissent aussi des taux de vacance en établissement de santé public plus élevés. La densité des orthoptistes, profession paramédicale dont l'intervention est principalement prescrite par des ophtalmologues, est corrélée à celle de ces derniers.

2 - Des risques en augmentation pour les patients

Les délais d'attente pour obtenir une consultation par un ophtalmologue ne sont pas encore suivis par la voie d'enquêtes publiques³¹⁶.

Selon une récente enquête de l'IFOP, effectuée pour le compte d'un réseau de centres d'ophtalmologie auprès d'un échantillon de 2 679 praticiens libéraux³¹⁷, il fallait attendre en moyenne 87 jours en 2017 pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue, soit 10 jours de plus qu'en 2013. Ce délai moyen varie en fonction des secteurs conventionnels (76 jours en secteur 2 et 102 jours en secteur 1), de la structure d'exercice et de l'âge du praticien³¹⁸ et, avant tout, de la densité d'ophtalmologues : il allait ainsi de 47 jours en Île-de-France à 168 jours dans le Finistère.

En outre, les refus de nouveaux patients pour des consultations de routine augmentent : en 2017, 23 % des ophtalmologues de l'échantillon refusaient d'accorder une première consultation, contre 11 % en 2013.

Par ailleurs, les enfants semblent être les grands perdants de la prise de rendez-vous : seules 38 % des demandes³¹⁹ au titre d'un strabisme donnent lieu à un rendez-vous avec un délai médian de 36 jours en hausse par rapport à 2013 (+12 jours), contre 46 % en 2015. Près d'un tiers des

³¹⁵ 23 établissements regroupent à eux seuls 50 % des effectifs hospitaliers.

³¹⁶ Une étude engagée par la DREES en 2016 pourrait combler cette lacune.

³¹⁷ Dépêche APM du 18 décembre 2017.

³¹⁸ Les ophtalmologues en début et en fin de carrière sont plus disponibles (74 et 75 jours d'attente) que les 40-65 ans (plus de 90 jours d'attente).

³¹⁹ Selon une enquête financée par une entreprise pharmaceutique auprès de 100 centres, répartis dans cinq régions, pour apprécier la réponse des secrétariats à une demande de rendez-vous urgent d'un patient inconnu.

patients ne bénéficient d'aucune solution, à défaut d'une orientation vers des consultations spécialisées à l'hôpital ou vers des orthoptistes.

Dans les territoires les moins bien pourvus en ophtalmologues, ces délais d'attente suscitent des risques de prise en charge tardive pour les patients. Au regard des projections démographiques de la profession d'ophtalmologue effectuées par la DREES, ils sont appelés à s'amplifier.

Au 1^{er} janvier 2017, l'âge moyen des ophtalmologues s'élevait à 54 ans (contre 48 ans en 2000), soit 2,6 années de plus que celui de l'ensemble des médecins. Compte tenu des flux de formation, cette situation devrait entraîner une diminution des effectifs d'ophtalmologues jusqu'en 2030 et une baisse encore plus marquée de leur densité, sous l'effet de l'augmentation de la population. Vers 2030, la densité des ophtalmologues libéraux s'établirait ainsi en moyenne à 6 pour 100 000 habitants, soit une réduction de 20 % par rapport à 2016.

La baisse de la densité des ophtalmologues libéraux aura un effet plus que proportionnel sur le temps médical disponible par patient, sous l'effet de la croissance des besoins de soins visuels (vieillesse de la population, incidences des modes de travail et de vie sur la santé visuelle, faute d'une prévention suffisante) et de la modification des temps de travail et des comportements des praticiens induite par leur renouvellement générationnel (préférence pour l'exercice salarié ou mixte, féminisation).

La situation n'est pas meilleure dans les établissements de santé publics : les délais d'attente pour des consultations externes en ophtalmologie sont ainsi en moyenne de 103 jours en 2016³²⁰.

Une sollicitation croissante des urgences ophtalmologiques en établissement

Les pouvoirs publics n'ont pas structuré la prise en charge des urgences ophtalmologiques par les établissements de santé dans le cadre territorial. Ni le nombre de structures assurant un accueil dans un service d'urgences spécialisé ou généraliste, ni leur répartition territoriale, ne sont d'ailleurs connus de manière certaine. En 2016, selon les données déclaratives de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 39 établissements, dont 30 du secteur public, disposaient d'une structure d'urgence consacrée à l'ophtalmologie, contre 47 en 2013.

³²⁰ DREES, SAE.

Le nombre de passages aux urgences au titre de problèmes de la vue n'est pas recensé au niveau national. Selon des données partielles, environ 80 % des urgences ophtalmologiques en établissement donneraient lieu à une consultation médicale, sans intervention chirurgicale. Au cas particulier de l'Île-de-France, le nombre de passages au service spécialisé d'urgence du centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts (CHNO) a augmenté de 9 % en 2016. Cette hausse a atteint 12 % pour la Fondation Rothschild (FOR), deuxième service d'urgence spécialisé sur le territoire national³²¹. Selon une étude de la société française d'ophtalmologie, 40 % des passages aux urgences ophtalmologiques des Hospices civils de Lyon³²² concernaient des motifs non urgents. La moitié n'aurait pas été justifiée.

3 - Des obstacles financiers : les dépassements d'honoraires et le coût des équipements d'optique

La pratique des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs de l'assurance maladie est répandue chez les ophtalmologues. Près de 58 % exercent en secteur 2 (ou 1 avec un droit permanent à dépassement). Les effectifs du secteur 2 ont augmenté de 4,5 % depuis 2010, tandis que ceux en secteur 1 sans dépassement ont baissé de 11 %.

Après une phase d'augmentation soutenue jusqu'en 2007 (où il a culminé à 60,8 %), le taux moyen de dépassement d'honoraires s'est réduit à partir de 2012 pour s'établir à 54,3 % en 2017. S'il est proche de celui constaté pour l'ensemble des médecins, il recouvre de fortes disparités, s'étageant en 2016 de 2 % dans l'Aveyron à 104 % à Paris. Il varie aussi en fonction des actes, de 38 % pour les actes techniques à 98 % pour les consultations cette même année.

Le coût des équipements d'optique médicale, malgré une diminution du reste à charge moyen des ménages, constitue toujours un facteur de renoncement aux soins. Selon l'enquête biennale « santé et protection sociale » de l'IRDES³²³, 27,5 % des renoncements aux soins ont concerné des lunettes ou des lentilles en 2014, contre 46 % pour les soins dentaires. Au total, 10 % des assurés ont renoncé à des équipements d'optique pour

³²¹ 58 000 passages enregistrés pour le CHNO et 39 000 passages pour la FOR.

³²² 25 000 passages ont été enregistrés en 2017, soit 2 % des urgences générales. Cette étude a été conduite en janvier 2018 sur les 1 035 patients reçus.

³²³ Cette enquête, qui est depuis 2014 le volet français de l'enquête santé européenne, mesure sur une base déclarative le renoncement aux équipements d'optique médicale.

un motif financier³²⁴. Les 20 % de ménages les plus modestes étaient 17 % à déclarer un renoncement pour ce motif, soit trois fois plus que pour les 20 % des ménages les plus aisés, qui étaient moins de 5 % à en faire état.

Un prix élevé des équipements d'optique en France

Le prix moyen d'une paire de lunettes (verres et montures) variait en 2014 entre 316 € pour un équipement complet unifocal³²⁵ et 613 € pour un équipement multifocal³²⁶. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, les équipements les plus courants au titre de l'offre à tarifs opposables dont ils bénéficient sont compris entre 55 € pour une paire de lunettes pour adulte avec verres unifocaux et 110 € avec verres multifocaux.

La France se situe dans la moyenne haute de l'Union européenne, avec un prix moyen des lunettes progressives de 570 € contre 280 € au Royaume-Uni et un prix global moyen de 437 € contre 400 € en Espagne³²⁷.

C - Une organisation des soins qui engendre des rentes de situation

La démographie des autres professionnels de la filière visuelle diverge de celle des ophtalmologues. Entre 2000 et 2017, le nombre d'orthoptistes a plus que doublé (4 643 contre 2 176, tous modes d'exercice confondus) et celui des opticiens-lunetiers a plus que triplé (35 718 contre 10 118). En principe favorable à la concurrence, la dispersion des points de vente (12 700 magasins d'optique en 2013 contre 8 300 en 2003 selon l'Insee) induit des déséconomies d'échelle qui concourent aux prix élevés des équipements d'optique médicale. À cet égard, ce prix varie

³²⁴ Les rapports de l'IRDES n° 566, « L'enquête santé européenne – enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », N. Célan, T. Rochereau, octobre 2017.

³²⁵ Les verres unifocaux ont pour objet de corriger un seul trouble de la vue (myopie, hypermétropie). À l'inverse, les verres multifocaux corrigent plusieurs troubles de manière simultanée et sont donc composés de deux ou trois zones de correction.

³²⁶ Rapport 2016 de l'observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique. Créé par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables d'assurance maladie complémentaire, cette instance placée auprès du ministre chargé de la santé a pour mission d'analyser les évolutions du marché des équipements d'optique et d'évaluer l'accès des assurés à ces équipements.

³²⁷ FNMF « Pour des soins de qualité accessibles à tous », contribution de la Mutualité française aux débats sur le reste à charge zéro, décembre 2017. Les données portent sur l'année 2014.

considérablement d'un département à l'autre en fonction d'une carte assez proche de celle de la densité des magasins.

Si ces évolutions démographiques contrastées ont incité les pouvoirs publics à étendre les champs de compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, les ophtalmologues demeurent le pivot de la prise en charge des soins visuels, ce qui concourt à la rareté de l'offre et s'accompagne de rentes de situation.

1 - Un premier recours aux soins reposant toujours sur les ophtalmologues

Afin de répondre aux difficultés d'accès aux ophtalmologues, les pouvoirs publics ont adopté à partir de 2007 des mesures visant à étendre les champs de compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a amorcé ce mouvement, amplifié par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation et par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Un plan de restructuration de la filière visuelle en ville³²⁸ a été annoncé en 2015. Ces évolutions ont néanmoins préservé pour l'essentiel le rôle de premier recours aux soins des ophtalmologues.

a) Une extension des compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes aux effets marginaux

Les opticiens-lunetiers bénéficient de délégations d'actes portant sur le renouvellement et l'adaptation des prescriptions d'optique médicale. À la suite d'une récente extension, ils sont désormais³²⁹ habilités à renouveler et à adapter les ordonnances de verres correcteurs et de lentilles de contact pendant un certain temps, fonction de l'âge du patient. La durée de validité de l'ordonnance est par exemple fixée à cinq ans pour les patients de 16 à 42 ans mais à trois ans pour ceux de plus de 42 ans et à un an pour ceux de moins de 16 ans, avec des obligations strictes d'information à la charge de l'opticien-lunetier. L'ophtalmologue conserve la faculté de s'opposer au renouvellement et à l'adaptation par l'opticien-lunetier ou d'en limiter la durée, par la voie d'une mention sur l'ordonnance.

³²⁸ À la suite du rapport de l'IGAS, *Restructuration de la filière visuelle*, juillet 2015.

³²⁹ Aux termes du décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016.

La délivrance d'équipements d'optique médicale, qui a augmenté de 48 %³³⁰ entre 2008 et 2014, continue cependant à reposer pour l'essentiel sur les ophtalmologues. Ainsi, la CNAM estimait, à partir d'une enquête *ad hoc* sur le premier semestre 2013, que les renouvellements par les opticiens ne concernaient que 10 % des délivrances d'équipements.

Par ailleurs, des expérimentations ont été menées afin d'étendre le champ de compétences des orthoptistes et recentrer ainsi l'activité des ophtalmologues sur des actes à plus forte valeur médicale. À cette fin, huit protocoles de coopération dérogatoires au décret d'actes des orthoptistes ont été mis en œuvre depuis 2012 en application de l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de 2009. Ils ont concerné la réalisation par un orthoptiste soit de bilans visuels, soit de certains actes comme le dépistage de la rétinopathie diabétique. Cependant, au cours de la période récente, moins de 1 % des bilans visuels ont été effectués par un orthoptiste dans un cadre expérimental³³¹.

Un décret du 5 décembre 2016 a élargi le champ de compétences des orthoptistes et de nouveaux actes ont en conséquence été inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), comme les mesures de l'acuité visuelle et de la réfraction. Mais les conditions posées sont restrictives : ainsi, ces nouvelles compétences, au premier chef la réalisation d'un bilan visuel³³², ne peuvent être exercées par les orthoptistes que dans une structure où est présent un médecin (ophtalmologue le plus souvent ou généraliste dans les maisons de santé pluri-professionnelles)³³³ et non dans leur propre cabinet libéral.

Par ailleurs, les orthoptistes ne sont pas habilités à prescrire des équipements d'optique, même au stade de leur renouvellement.

³³⁰ Selon des chiffres du syndicat national des ophtalmologistes de France.

³³¹ Entre août 2015 et fin 2017, seuls 47 141 bilans visuels réalisés par des orthoptistes ont été facturés à l'assurance maladie.

³³² Récemment inscrite à la NGAP par une décision de l'UNCAM du 10 juillet 2018 (Journal officiel du 24 juillet 2018).

³³³ Articles R. 4342-1-1 et R. 4342-2 du code de la santé publique.

b) Des innovations organisationnelles de portée limitée

Le décret d'actes des orthoptistes a été adapté à la suite de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 afin de favoriser le développement du « travail aidé », qui consiste en la réalisation par un orthoptiste, généralement salarié, des examens préparatoires et complémentaires aux consultations effectuées par les ophtalmologues.

Le ministère chargé de la santé et l'assurance maladie ont défini deux contrats-types de coopération³³⁴, qui sont mis en œuvre depuis l'été 2017 pour inciter les ophtalmologues de secteur 1 ou adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, voir *infra*), à embaucher ou à former un orthoptiste. Des aides financières forfaitaires leur sont versées à ce titre par l'assurance maladie³³⁵.

Par ailleurs, des protocoles organisationnels, également prévus par la loi de modernisation du système de santé, définissent *ex ante* des modalités de prise en charge partagées entre les ophtalmologues et les orthoptistes pour le suivi de certaines catégories de patients³³⁶. Toutefois, ils s'adressent eux aussi aux seuls orthoptistes qui interviennent dans une structure garantissant la présence d'un médecin.

La généralisation du « travail aidé » et des délégations d'actes aux orthoptistes se heurte notamment à des obstacles juridiques, comme l'interdiction du partage de patientèle et d'honoraires entre des professionnels de santé libéraux³³⁷, qui en restreignent la diffusion aux seuls orthoptistes salariés d'ophtalmologues libéraux.

³³⁴ En application de l'article 67 de la LFSS 2016.

³³⁵ Sous réserve de respecter des engagements sur l'augmentation de leur patientèle, le respect des tarifs conventionnels et la participation à la continuité des soins.

³³⁶ Non dérogoires au décret d'actes des orthoptistes, ils peuvent être mis en œuvre de manière beaucoup plus souple que les protocoles de l'article 51 de la loi HPST : leur définition et leur application ne requièrent pas d'avis préalables de la HAS et des ARS, mais relèvent exclusivement d'initiatives individuelles.

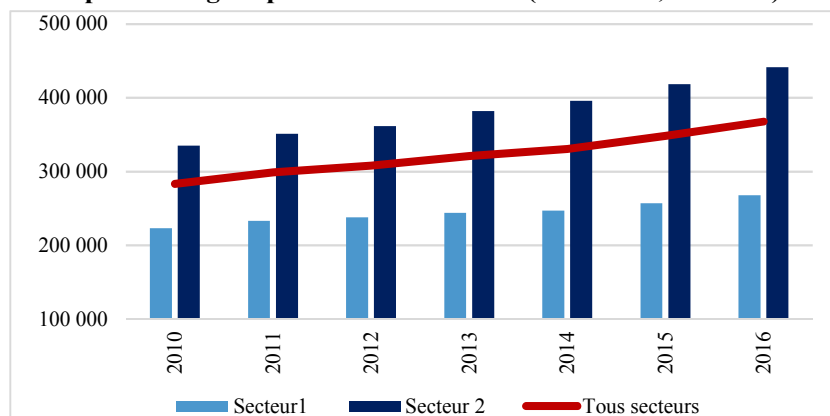
³³⁷ En application des articles R. 4127-22 et 23 du code de la santé publique.

2 - Des revenus élevés et dynamiques pour les ophtalmologues libéraux

Avec un revenu global d'activité de 169 530 € en moyenne en 2014³³⁸, loin devant celui des médecins pris dans leur ensemble (111 760 €), l'ophtalmologie figure à la quatrième place des spécialités médicales les plus rémunératrices, derrière la radiologie, l'anesthésie-réanimation et la chirurgie. Cette moyenne recouvre des situations très diverses (praticien en secteur 1, démarrage ou fin d'activité...). Le revenu fiscal des 20 % d'ophtalmologues dotés des revenus les plus élevés atteignait 326 000 € en 2015.

Entre 2005 et 2014, le revenu moyen d'activité des ophtalmologues a augmenté de 1,9 % par an en euros constants, contre 0,9 % pour les médecins spécialistes pris dans leur ensemble.

Graphique n° 19 : évolution des honoraires moyens des ophtalmologues par secteur d'activité (2010-2016, en euros)



Sources : SNIR et AMOS. Champ : France entière.

³³⁸ Ce revenu global d'activité est calculé à partir d'un rapprochement entre les données relatives à l'activité de chaque médecin, fournies par la CNAM, et celles relatives à ses différents types de revenus issues de sa déclaration de revenus professionnels (bénéfices non commerciaux), fournies par la DGFIP.

Les montants moyens d'honoraires par praticien diffèrent selon le secteur conventionnel, qui influence le nombre d'actes effectués³³⁹ et détermine la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires.

Enfin, les écarts de rémunération³⁴⁰ concourent à la faible attractivité de l'ophtalmologie dans les hôpitaux publics et à un taux élevé de vacance de postes³⁴¹.

II - Une politique d'ensemble des soins visuels à définir

Au-delà de la suppression du reste à charge supporté par les ménages sur certains équipements d'optique médicale (voir encadré), l'état de la santé visuelle de la population française appelle la mise en œuvre d'une politique d'ensemble, qui conjugue prévention accrue, amélioration de la qualité des prises en charge, maîtrise renforcée des coûts et amélioration de l'accès aux soins grâce à une redéfinition des périmètres respectifs d'intervention des professionnels de la filière visuelle.

³³⁹ Les ophtalmologues de secteur 2 et 1 avec droit permanent à dépassement ont pratiqué en 2016 11 892 actes en moyenne, contre 6 593 en secteur 1 sans dépassement.

³⁴⁰ Selon la dernière enquête disponible, réalisée par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière en 2011, la rémunération annuelle moyenne brute des ophtalmologues, hors prise en compte de l'activité libérale et des gardes et astreintes, s'élevait à moins de 95 000 € pour un praticien hospitalier à temps plein dans un centre hospitalier et à moins de 88 000 € dans un CHU. L'activité libérale à l'hôpital réduit pour partie les écarts de rémunération précités. Elle concernait 37 % des praticiens qui y sont éligibles (contre 9 % pour la moyenne des spécialités).

³⁴¹ Au 1^{er} janvier 2017, ce taux de vacance était de 40 % pour les praticiens hospitaliers à temps plein en ophtalmologie (46 % pour les temps partiels), soit 13 points de plus que pour l'ensemble des spécialités chirurgicales (4 de plus pour les temps partiels).

La mise en place d'offres sans reste à charge en optique

Les pouvoirs publics ont pris l'engagement que des offres sans reste à charge après intervention de l'assurance maladie et des assurances complémentaires seront proposées aux patients, d'ici à 2020, en matière d'optique médicale, de prothèses dentaires et d'audioprothèses.

En application d'un protocole d'accord de juin 2018 avec deux des trois syndicats d'opticiens, chaque opticien devra proposer à compter de 2020 sur son point de vente au moins 17 modèles différents de montures pour les adultes (10 pour les enfants) et, compte tenu des coloris, au moins 35 montures différentes pour les adultes (20 pour les enfants). Ces offres sans reste à charge devront couvrir tous les troubles visuels et comporteront obligatoirement un amincissement proportionnel au trouble de la vue, un durcissement destiné à éviter les rayures et un traitement anti-reflet.

En fonction de l'importance de la correction de la vue, les prix limite de vente des lunettes (verres et montures) seront compris entre 95 € et 265 € (TTC) pour celles à verres unifocaux et entre 180 € et 370 € (TTC) pour celles à verres progressifs. Dans le cadre de ces prix limite de vente, le prix de vente des montures sera lui-même plafonné à 30 € (TTC). Pour leur prise en charge par l'assurance maladie et les assurances complémentaires, les patients auront néanmoins la faculté d'associer des verres à prix plafonné³⁴² à des montures à prix libre, le cas échéant plus conformes à leurs goûts.

Un premier enjeu porte sur la place qu'occuperont les offres sans reste à charge dans les ventes d'équipements d'optique, au regard notamment de celles à « reste à charge maîtrisé » que s'approprient à introduire les complémentaires santé. Afin que les restes à charge qui subsisteront après 2020 ne résultent plus que de choix esthétiques des patients, le ministère chargé de la santé devrait assurer une large information sur les offres sans reste à charge et vérifier leur disponibilité effective.

Un autre enjeu, lié au précédent, concerne le coût des offres sans reste à charge pour l'assurance maladie, les assurances complémentaires et les entreprises et les ménages qui les financent. L'assurance maladie prendra en charge 18 % de ce coût (contre 4 % environ pour l'ensemble des équipements d'optique à l'heure actuelle). Les assurances complémentaires couvriront l'écart avec les prix limite de vente des offres sans reste à charge. L'impact du « reste à charge 0 » sur leurs cotisations et primes dépendra notamment de l'évolution globale du volume des ventes et, en son sein, de la portée de la substitution des offres sans reste à charge et à « reste à charge maîtrisé » aux offres plus coûteuses qu'elles prennent en charge.

³⁴² Correspondant à l'écart entre les prix limite de vente des équipements (verres et montures) et, en leur sein, celui des montures, uniformément fixé à 30 €.

A - Un enjeu de santé publique à mieux reconnaître

Bien qu'ils affectent une majorité de nos concitoyens, les troubles et pathologies de la vue sont insuffisamment reconnus en tant qu'enjeu de santé publique. Renforcer la prévention et créer les conditions d'une qualité et d'une sécurité accrues des soins, en ville comme en établissement de santé, contribueraient à remédier à ce constat paradoxal.

1 - Renforcer la prévention

À l'instar d'autres pathologies³⁴³, aucune enquête portant spécifiquement sur la santé visuelle n'est conduite en France. Les données disponibles sur l'origine et la fréquence des troubles visuels dans la population française sont intermittentes et parcellaires. Elles résultent d'enquêtes déclaratives essentiellement orientées vers le handicap³⁴⁴. Selon ces enquêtes, en 2014, 78,5 % des femmes et 68 % des hommes déclaraient être concernés par un trouble de la vision et 32 % des élèves de CM2 étaient porteurs d'un dispositif de correction de la vue.

Les troubles de la vue donnent lieu à des actions limitées de prévention et de dépistage. Les dépistages organisés visent essentiellement les nourrissons et les jeunes enfants, notamment dans le cadre scolaire à 6 ans et à 12 ans³⁴⁵. Depuis le début des années 2000, le ministère chargé de la santé a soutenu une seule fois, en 2009, la diffusion auprès de l'ensemble des professionnels de santé d'un outil de formation sur le repérage des troubles visuels chez les enfants. Des actions purement ponctuelles de sensibilisation visent par ailleurs les personnes âgées, sans toutefois cibler les populations les plus dépendantes qui résident en établissements d'hébergement spécialisé. S'agissant de la population adulte, seul le dépistage de la rétinopathie diabétique fait l'objet d'actions spécifiques, mais variables selon les régions en fonction des financements attribués par les ARS dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR).

³⁴³ 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.

³⁴⁴ Les données sont essentiellement disponibles par les résultats de l'enquête « handicap santé » réalisée en 2014 par l'Insee et la DREES et de l'enquête « santé et population » réalisée par l'IRDES en 2017.

³⁴⁵ En application de l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

L'avenant n° 12 à la convention nationale des orthoptistes du 19 avril 2017 prévoit plusieurs expérimentations, à ce stade non mises en œuvre, visant à renforcer les actions de dépistage et de prévention, en particulier à destination des enfants³⁴⁶.

Les déficiences visuelles et leurs complications sont souvent évitables lorsqu'elles sont dépistées à un stade précoce. Leurs incidences sur l'autonomie et la vie quotidienne comme professionnelle des individus justifieraient que le ministère chargé de la santé réalise des campagnes périodiques de dépistages individuels, de sensibilisation et de promotion de la santé visuelle tout au long de la vie. Il devrait notamment renforcer les actions de dépistage en direction des personnes âgées dépendantes et des enfants de moins de six ans afin de corriger les troubles de la vue tels que l'amblyopie³⁴⁷, dont les incidences sur l'apprentissage et le parcours scolaires sont démontrées quand ils ne sont pas traités dès le plus jeune âge.

2 - Garantir la qualité et la sécurité des soins visuels

Le programme national d'amélioration de la pertinence des soins mis en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS) et par l'assurance maladie à la demande du ministère chargé de la santé ne comporte que peu d'orientations relatives à l'ophtalmologie. Seul le taux de chirurgie ambulatoire dans le traitement de la cataracte fait l'objet d'un suivi précis.

En matière de soins visuels, peu de recommandations de bonnes pratiques et de référentiels actualisés ont été établis par la HAS. Les dispositifs médicaux tels que les implants, les prothèses et les lentilles ainsi que les lasers donnent lieu à des évaluations ponctuelles, dont le renouvellement est souvent tardif au regard des innovations. En tout état de cause, les évaluations médico-économiques des équipements d'optique et de leurs traitements seraient à développer.

³⁴⁶ Dépistage individuel des troubles visuels en maison de santé pluri-professionnelle pour les adultes et les enfants, dépistage collectif en période scolaire pour les enfants des zones d'éducation prioritaire et suivi d'enfants handicapés à l'école.

³⁴⁷ L'amblyopie est une différence d'acuité visuelle entre les deux yeux, qui ne peut être expliquée (ou n'est que partiellement expliquée) par une lésion organique. Elle a pour principale forme le strabisme.

Depuis juillet 2016, le dispositif d'accréditation³⁴⁸ des médecins organisé par la HAS afin d'améliorer les pratiques et la qualité des soins conformément à des référentiels de pratiques professionnelles n'est plus mis en œuvre en ophtalmologie, l'agrément ayant été retiré à l'organisme chargé de le gérer. À ce jour, aucun autre organisme ne s'est porté candidat. L'ophtalmologie devrait figurer au nombre des spécialités retenues pour expérimenter un autre dispositif, en cours de définition : la confirmation ou « recertification »³⁴⁹ périodique des compétences en fonction des pratiques et du respect des obligations de formation professionnelle continue.

Enfin, l'activité d'ophtalmologie en établissement de santé, y compris chirurgicale, n'est soumise ni à une autorisation particulière de l'ARS, ni à des seuils d'activité. En 2016, près de 200 établissements sur les 856 qui en ont effectué ont pratiqué moins de 100 interventions chirurgicales. Cette absence d'encadrement est nuisible à la qualité et à la sécurité des prises en charge. Dans le cadre de la réforme en cours des autorisations sanitaires accordées aux établissements de santé, il est indispensable de définir rapidement des seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes invasifs les plus courants.

B - Peser plus fortement sur les coûts

Dans le contexte d'une offre inégalement répartie et peinant de plus en plus à répondre aux besoins, mais de dépenses et de revenus des professionnels en forte hausse, les pouvoirs publics doivent peser plus fortement sur les coûts liés aux consultations ophtalmologiques et aux équipements optiques pris en charge par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires. Il convient de surcroît de réduire les effets d'aubaine propres aux modalités de traitement de certaines pathologies.

³⁴⁸ L'accréditation est une démarche volontaire de gestion des risques pour les médecins exerçant dans une spécialité ou activité à risque dans un établissement de santé. Ce dispositif est mis en œuvre depuis 2002 par la HAS en application de l'article L. 1414-3-2 du code de la santé publique en tant que contrepartie à la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des primes d'assurance en responsabilité civile.

³⁴⁹ Cette recertification reposerait sur une évaluation régulière des professionnels de santé, fondée sur l'analyse de leur pratique d'un point de vue quantitatif et qualitatif, et sur leur engagement à participer à des actions de formation continue.

1 - Maîtriser les dépassements d'honoraires

En 2017, le taux moyen de dépassement d'honoraires des ophtalmologues³⁵⁰ atteignait 54,3 %, soit un niveau légèrement supérieur à celui des médecins pris dans leur ensemble (51,4 %³⁵¹).

Confirmant de précédentes observations de la Cour³⁵², l'impact du contrat d'accès aux soins instauré par la CNAM fin 2013 en vue de maîtriser les dépassements d'honoraires apparaît d'autant plus limité au cas particulier de l'ophtalmologie que le nombre d'adhérents est très faible. Ainsi, seuls 260 ophtalmologues avaient adhéré à ce dispositif fin 2016, soit 9,6 % des praticiens éligibles à ce dernier et 5,6 % des ophtalmologues conventionnés. Ils pratiquaient des dépassements moins élevés que les non-adhérents : en 2016, le montant moyen des dépassements par ophtalmologue adhérent, stable par rapport aux années précédentes, s'élevait ainsi à 90 000 €, contre près de 157 000 € pour les non-adhérents.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, le contrat d'accès aux soins a été remplacé par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM). En contrepartie d'une prime valorisant son activité réalisée à tarif opposable, chaque médecin qui y adhère s'engage sur un taux moyen d'activité à tarif opposable³⁵³ et sur un taux moyen de dépassement qui ne peut excéder 100 % (soit un peu moins du double du taux moyen pratiqué par la profession). En juin 2018, seuls 516 ophtalmologues avaient adhéré au nouveau dispositif, qui s'accompagne de l'ouverture de possibilités de dépassement d'honoraires pour les médecins de secteur 1, soit l'équivalent de 10 % des praticiens exerçant à titre libéral ou mixte. La CNAM ne dispose pas encore d'éléments d'appréciation sur son impact.

³⁵⁰ En secteur 2 et 1 avec droit permanent à dépassement d'honoraires.

³⁵¹ Taux moyen de dépassement en 2015.

³⁵² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁵³ Ce taux prend en compte les titulaires de la CMU-C et de l'ACS, auxquels des dépassements ne peuvent être appliqués.

Parallèlement à ces dispositifs conventionnels aux effets limités, les pouvoirs publics ont plafonné les prises en charge de dépassements d'honoraires par les assurances complémentaires dans le cadre des contrats responsables³⁵⁴. Les dépassements des médecins non adhérents aux dispositifs conventionnels de maîtrise des dépassements ne peuvent ainsi être pris en charge que dans la double limite d'un taux de dépassement maximal de 100 % des tarifs opposables et de remboursements inférieurs d'au moins 20 % à ceux des adhérents aux dispositifs conventionnels.

À défaut d'une réduction significative, dans les cinq ans, du niveau des dépassements et d'une offre suffisamment étendue de soins visuels à tarif opposable ou maîtrisé dans l'ensemble des départements, une autre mesure devrait alors être envisagée : une adhésion obligatoire à l'OPTAM pour les ophtalmologues libéraux conventionnés qui souhaitent s'installer dans des zones géographiques caractérisées par des niveaux élevés de dépassement, comme la Cour l'a recommandé³⁵⁵.

2 - Abaisser le prix des équipements d'optique

Comme la Cour l'a montré en 2013³⁵⁶ et comme le soulignent régulièrement les associations de patients et de consommateurs, le prix des équipements d'optique médicale en France dépasse celui observé dans de nombreux pays européens. Ainsi, le prix moyen d'une paire de lunettes progressives revenait en 2014 à 570 € en France contre 280 € au Royaume-Uni (voir encadré *supra*).

Bien que le reste à charge des ménages ait diminué ces dernières années pour s'élever à 21,5 % en 2016, la plupart des recommandations formulées par la Cour en 2013 pour améliorer le fonctionnement du marché de l'optique, opaque et insuffisamment concurrentiel, restent d'actualité.

³⁵⁴ Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

³⁵⁵ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁵⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, chapitre XIV La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le développement des réseaux de soins en optique³⁵⁷ - qui représentent en 2016 plus du tiers du marché total de l'optique et couvrent près de 70 % des bénéficiaires d'une assurance maladie complémentaire - a permis de réduire le reste à charge des ménages. Ces réseaux exercent en effet une pression à la baisse sur les prix des équipements, de l'ordre de 20 % en moyenne sur les verres correcteurs pour les adultes et de 10 % sur les montures, selon l'IGAS³⁵⁸. La différenciation du niveau des remboursements par les assurances maladie complémentaires ayant été autorisée en 2013, suivant une recommandation de la Cour, les ménages qui recourent à un opticien agréé peuvent bénéficier de remboursements plus élevés. De plus, les réseaux de soins encadrent les tarifs, harmonisent l'offre et facilitent le contrôle de la qualité des produits et des pratiques, ainsi que la lutte contre la fraude, par l'exercice de contrôles aux différentes étapes clés de la relation opticien-consommateur-assureur.

Afin de peser plus fortement sur le prix des dispositifs d'optique, la Cour avait recommandé de plafonner les dépenses prises en charge à ce titre par les contrats responsables des assurances maladie complémentaires. Le décret du 18 novembre 2014 précité a fixé de tels plafonds, mais à un niveau trop élevé. Ainsi, seuls 10 % des prix moyens les plus élevés des lunettes à verres simples ou complexes les dépassaient en 2014³⁵⁹.

Suivant la décision des pouvoirs publics, le déploiement d'offres sans reste à charge à compter de 2020 s'accompagnera, pour les autres offres, à prix libre de vente, d'un abaissement de 150 € à 100 € du plafond de prise en charge des montures et d'une réduction à due concurrence de celui des équipements d'optique (verres et monture) dans le cadre des contrats responsables. Cette mesure doit contribuer à modérer l'évolution des tarifs des assurances complémentaires.

³⁵⁷ Les réseaux de soins sont constitués par un ou plusieurs organismes complémentaires qui, directement ou par l'intermédiaire d'une plateforme, concluent avec des professionnels ou des établissements de santé des conventions comportant des engagements relatifs aux tarifs des équipements (grille tarifaire et référencement de verres) et à la qualité de la relation avec les clients.

³⁵⁸ Rapport IGAS n° 2016-107R, *Les réseaux de soins*, juin 2017.

³⁵⁹ Selon le rapport annuel de 2016 de l'observatoire de l'optique, déjà cité.

La prise en charge des équipements d'optique par les assurances complémentaires devrait être plus nettement recentrée sur les besoins médicaux qui en sont à l'origine. Ainsi, la fréquence³⁶⁰ des renouvellements des équipements d'optique médicale pris en charge par les contrats responsables devrait être portée de 24 mois à 36 mois dans le cas général, à moins d'une dégradation constatée de la vue.

Enfin, améliorer l'accessibilité financière à l'optique médicale et plus largement aux soins visuels impliquerait de généraliser le tiers payant pour les professionnels de la filière visuelle, y compris pour la part relevant des assurances maladie complémentaires, que le magasin d'optique soit ou non affilié à leurs réseaux. Elle nécessiterait aussi l'adoption par les pouvoirs publics de mesures contraignantes à même d'améliorer la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire afin de permettre aux assurés et à leurs employeurs (en tant que souscripteurs et financeurs des garanties de leurs salariés) de mieux orienter leurs choix.

3 - Lutter contre les effets d'aubaine propres aux modalités de traitement de certaines pathologies

La montée en charge de l'ambulatoire dans les établissements de santé a réduit les temps de prise en charge et s'accompagne d'innovations dans les parcours de soins. Cependant, l'importance des volumes de séjours pour traitement de la cataracte et la progression rapide et continue des dépenses liées au traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ont créé des rentes de situation coûteuses et préjudiciables à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Deuxième cause d'hospitalisation après les accouchements et première intervention chirurgicale réalisée en établissement de santé, l'opération de la cataracte représentait, en 2016, 76,8 % des séjours hospitaliers d'ophtalmologie et, selon une fraction stable depuis 2010, 69 % des dépenses d'ophtalmologie en établissement, soit 715 M€ de dépenses d'assurance maladie. Les écarts significatifs qui demeurent entre les tarifs versés aux établissements publics et privés et le coût moyen de l'opération de la cataracte³⁶¹ constituent autant de pistes d'économies. Un

³⁶⁰ Elle est aujourd'hui de deux ans dans le cas général, ramenée à un an pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue pour les adultes.

³⁶¹ De l'ordre de 300 € pour les établissements publics et de 100 € pour les établissements privés (*Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie*, CNAM, 2015).

alignement des tarifs sur les coûts de prise en charge des établissements les plus efficaces permettrait de les mobiliser.

L'utilisation massive des médicaments les plus coûteux dans le traitement de la DMLA exsudative (humide) pèse lourdement sur les dépenses d'assurance maladie³⁶². En 2016, les dépenses ont atteint 583 M€ à ce titre. Jusqu'en 2015, seules deux molécules disposaient d'une autorisation d'utilisation et de remboursement. La publication en 2015 d'une recommandation temporaire d'utilisation pour une troisième molécule³⁶³, à un tarif fixé en 2016 à un niveau sept fois inférieur aux deux médicaments jusque-là autorisés³⁶⁴, n'a pas eu d'effet notable : seuls les établissements hospitaliers sont habilités à prescrire cette molécule, dont la préparation nécessite des moyens techniques et un environnement particulier, et les quantités concernées ont un caractère marginal.

Depuis lors, la commission de la transparence de la HAS s'est prononcée en octobre 2017 sur le recours possible en première intention aux trois molécules pour le traitement de la DMLA humide. De plus, la Cour de justice de l'Union européenne³⁶⁵ a jugé contraire au droit européen l'entente en Italie entre deux entreprises pharmaceutiques visant à réduire l'utilisation de la molécule la moins onéreuse dans le traitement de la DMLA par la diffusion d'informations trompeuses sur les effets indésirables de sa prescription. Enfin, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a renouvelé à l'identique, en septembre 2018, la recommandation temporaire d'utilisation de la molécule la moins onéreuse.

Ce contexte doit inciter les pouvoirs publics à engager rapidement une action volontariste de forte révision à la baisse des prix de l'ensemble des molécules de cette classe thérapeutique, ainsi que de diffusion de la molécule la moins onéreuse, préparée en établissement hospitalier, aux patients habituellement pris en charge en ville. Environ 500 M€ d'économies annuelles pourraient être réalisées à ce titre.

³⁶² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁶³ Il s'agit du Bevacizumab (Avastin®) de Roche.

³⁶⁴ Il s'agit du Ranibizumab (Lucentis®) de Novartis et d'Aflibercept (Eylea®) de Bayer.

³⁶⁵ Arrêt dans l'affaire C-179/16 F. Hoffmann-La Roche Ltd e.a./Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, 23 janvier 2018.

Par ailleurs, les établissements ayant une activité de chirurgie en ophtalmologie fixent librement les prix des interventions par laser, lesquelles ne sont pas inscrites à la classification commune des actes médicaux (CCAM), à caractère tarifaire. Le reste à charge pour les patients peut représenter plusieurs milliers d'euros, ce qui accentue les inégalités d'accès aux innovations technologiques. À tout le moins, l'instauration d'un régime de déclaration de ces équipements permettrait aux ARS de suivre les investissements correspondants et l'évolution du recours à ces techniques à des fins d'évaluation médico-économique.

Enfin, l'inflation du nombre d'actes par patient, notamment techniques, observée en ophtalmologie justifierait une extension du périmètre des contrôles effectués par l'assurance maladie.

Des contrôles défectueux de l'assurance maladie

Les contrôles effectués par l'assurance maladie, en ville et en établissement, apparaissent gravement insuffisants et sans effet dissuasif sur la commission d'irrégularités ou d'abus.

Depuis mars 2011, c'est seulement pour 35 ophtalmologues libéraux que la CNAM, au regard des critères restrictifs de sélection des contrôles qu'elle a posés, a décelé une « hyperactivité » suspecte dans le cadre d'un programme national de contrôle. L'assurance maladie a analysé l'activité de 27 praticiens (soit cinq par an en moyenne). Au regard de l'émission de factures injustifiées par 21 praticiens (soit un préjudice de 0,5 M€ au détriment de l'assurance maladie donnant lieu à la constatation de créances d'indus), elle a uniquement appliqué trois pénalités administratives (pour un montant agrégé de 43 200 €).

S'agissant des dépassements d'honoraires, seuls sept praticiens ont été contrôlés en 2017 dans le cadre d'un programme national de contrôle. Pour des dépassements allant de 160 % à 470 % du tarif opposable, ils ont reçu un simple courrier d'information les invitant à modifier leur pratique.

Dans les établissements de santé, les contrôles effectués par l'assurance maladie sur le codage de l'activité à l'origine de ses concours financiers ne ciblent pas spécifiquement des pathologies ou des spécialités. Dès lors, les soins visuels n'ont jamais fait l'objet d'un programme de contrôle particulier.

C - Transformer l'organisation des prises en charge

Outre les mesures destinées à réduire les coûts excessifs supportés par l'assurance maladie et les assurés, rendre les soins visuels plus accessibles à l'ensemble de la population nécessite une action résolue visant à mieux réguler les flux de formation et l'installation des professionnels de la filière visuelle et à élargir le champ des compétences reconnues aux professionnels de santé autres que les ophtalmologues.

1 - Mieux réguler les flux de formation et d'installation

Les difficultés d'accès aux soins visuels et leur aggravation prévisible dans les prochaines années résultent notamment des décisions de réduction du *numerus clausus* et du nombre de places à l'internat d'ophtalmologie adoptées par les pouvoirs publics de la fin des années 1980 à 2010, alors que les ophtalmologues sont demeurés le pivot du recours aux soins visuels et ont conservé une totale liberté d'installation.

Comme la Cour l'a souligné³⁶⁶, ces décisions ont été adoptées dans une logique malthusienne de court terme, sans analyse des besoins à venir de la population ou du système de santé. L'absence d'anticipation par le ministère chargé de la santé des incidences du vieillissement des ophtalmologues en exercice et la création de postes dans de nouvelles spécialités ont ainsi entraîné une diminution des places ouvertes à l'internat, puis aux épreuves nationales classantes en ophtalmologie.

Facteur aggravant, le nombre de places aux épreuves classantes en ophtalmologie et les quotas en orthoptie restent définis indépendamment les uns des autres et de la généralisation souhaitable de la réalisation par les orthoptistes des examens nécessaires aux consultations effectuées par les ophtalmologues (« travail aidé »).

Par ailleurs, les mesures visant à améliorer la répartition territoriale des professionnels de la filière visuelle se sont avérées insuffisantes. Censée atténuer les inégalités territoriales, la détermination à l'échelle régionale des places aux épreuves classantes en ophtalmologie se heurte à des difficultés non seulement d'évaluation des besoins de la population,

³⁶⁶ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

mais aussi de détermination de stages de qualité dans des établissements publics, faute de praticiens exerçant dans cette spécialité.

La régulation des flux de formation et d'installation devrait reposer sur des projections démographiques actualisées et territorialisées et sur une analyse fine des besoins en soins visuels de la population, qui font aujourd'hui défaut. Elle devrait par ailleurs s'inscrire dans une approche transversale et dynamique de la filière visuelle, dépassant le clivage ville-hôpital et prenant en compte l'évolution, désormais indispensable, des compétences respectives de ses différentes professions.

2 - Élargir l'offre de soins de premier recours en redéfinissant les compétences des différents acteurs

À ce jour, les risques pour la santé visuelle induits par la répartition territoriale et les évolutions de la démographie des ophtalmologues n'ont pas conduit les pouvoirs publics à s'inspirer des exemples étrangers qui privilégient l'intervention d'auxiliaires médicaux en premier recours. À la différence du Royaume-Uni, la filière visuelle reste structurée en France autour d'un médecin spécialiste, l'ophtalmologue, pivot de la prise en charge, accessible en première intention, qui s'appuie sur deux autres professions, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers.

Des organisations différentes au Royaume-Uni et en Allemagne

Le rôle, le cadre réglementaire et la formation des professionnels de la filière visuelle diffèrent entre la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Les ophtalmologues disposent tous d'une formation universitaire longue et complète (9 années au Royaume-Uni, 11 années en France et en Allemagne), mais ont en revanche des fonctions variables.

Si l'ophtalmologue est en France le principal acteur des soins primaires, le Royaume-Uni accorde une place centrale aux optométristes, qui réalisent l'essentiel des examens de la vue³⁶⁷, tandis que les

³⁶⁷ Formés (au niveau licence) pour identifier et traiter des anomalies oculaires et certaines maladies ophtalmiques, les optométristes assurent un service oculaire et visuel complet. Ils peuvent prescrire et ajuster des lunettes, des lentilles de contact et des aides à la vision, ainsi que des exercices, une thérapie et, s'ils sont formés, des médicaments pour certaines maladies. En revanche, ils ne peuvent pas pratiquer d'acte chirurgical et adressent à un ophtalmologue les patients connaissant une situation complexe.

ophtalmologues interviennent uniquement dans les cas complexes. En Allemagne, le système est mixte et les interventions des deux types de professionnels fournissent l'essentiel de l'offre de soins primaires.

En France et en Allemagne, la profession d'optométriste n'est pas reconnue en tant que telle. Ainsi, elle ne figure pas parmi les professions de santé définies par le code de la santé publique français. En France, la plupart des optométristes, qui seraient au nombre de 3 000, sont opticiens-lunetiers.

Les opticiens-lunetiers ont des formations et des fonctions similaires en France et en Allemagne ; ils peuvent néanmoins poursuivre leur formation initiale pour devenir optométriste³⁶⁸. Au Royaume-Uni, les opticiens-lunetiers ont une formation identique à celle des optométristes.

Afin de prévenir une dégradation encore plus profonde de l'accès aux soins visuels sous l'effet de la démographie des ophtalmologues, les bilans visuels et les consultations simples de premier recours³⁶⁹ devraient également être confiés aux orthoptistes, qu'ils exercent dans un cabinet d'ophtalmologue en tant que salarié ou dans leur propre cabinet en libéral. Cette extension du champ de compétences des orthoptistes serait réservée à ceux qui entreprendraient une formation complémentaire de niveau master, conformément à la définition des pratiques avancées³⁷⁰.

Pour sa part, le rôle des opticiens-lunetiers devrait être élargi à la prescription en première intention des équipements d'optique médicale, sous réserve d'une formation complémentaire de niveau master leur permettant d'acquérir des compétences en optométrie et en diagnostic clinique des troubles de la réfraction. Afin de prévenir des conflits d'intérêt, un patient ne pourrait acquérir un équipement d'optique dans le point de vente où il lui a été prescrit. Cette extension du champ de compétence des opticiens-lunetiers justifierait une réingénierie globale de leur formation initiale, voire son attribution à l'université³⁷¹.

³⁶⁸ À l'issue de leur BTS (bac +2), certains opticiens-lunetiers suivent des formations complémentaires, de niveau master (bac +5), pour devenir optométristes.

³⁶⁹ Selon l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, les soins de premier recours comprennent notamment la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ainsi que l'éducation pour la santé.

³⁷⁰ La durée de la formation des orthoptistes en pratiques avancées serait ainsi portée de bac +3 à bac +5.

³⁷¹ La formation initiale des opticiens-lunetiers repose actuellement sur un BTS, à bac +2. Elle serait portée à bac +5 pour ceux en pratiques avancées.

Enfin, des formations complémentaires, notamment dans le domaine clinique, seraient proposées à titre transitoire aux optométristes en activité³⁷² afin de leur permettre, dans des conditions juridiques sécurisées, de prendre en charge des troubles de la réfraction dans les mêmes conditions que ceux des opticiens-lunetiers dont la formation serait approfondie. Cette évolution ne conduirait pas à reconnaître la profession d'optométriste dans le code de la santé publique, mais à intégrer les optométristes ayant approfondi leur formation à l'étage de la profession d'opticien-lunetier correspondant au plus haut niveau de formation.

L'argument avancé à l'encontre d'une nouvelle extension du champ d'intervention des orthoptistes et des opticiens-lunetiers en premier recours, dans le cadre des pratiques avancées autorisées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, est que les consultations pour les troubles de la réfraction permettent également de dépister des pathologies de la vue. Toutefois, la préservation du rôle central de l'ophtalmologue pour la prise en charge de l'ensemble des soins visuels, quelle que soit la complexité de la situation des patients, n'apparaît pas compatible avec les retards de prise en charge d'ores et déjà constatés pour une partie d'entre eux, ni, *a fortiori*, avec la chute prévisible des effectifs d'ophtalmologues et, plus encore, du temps médical qu'ils pourront consacrer à chaque patient, au cours des quinze prochaines années.

En tout état de cause, ces extensions des champs de compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers seraient limitées à la prise en charge de situations simples. En cas de présomption de situations excédant leur champ de compétences ainsi élargi, ils devraient obligatoirement adresser les patients concernés à un ophtalmologue.

Sous réserve d'une adaptation du contenu et de la durée des formations des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, du temps médical pourrait alors être libéré et l'intervention des ophtalmologues se réorienter vers des actes à plus forte valeur médicale, notamment les situations pathologiques et les interventions chirurgicales. La définition réglementaire des compétences reconnues aux orthoptistes et aux opticiens-lunetiers ainsi que la nomenclature et la cotation des actes correspondants devraient être adaptées en conséquence.

³⁷² Qui sont dotés d'une formation de niveau bac +5.

3 - Créer des filières de prise en charge graduée des soins visuels reliant la ville et l'hôpital

Alors qu'il s'en est jusqu'à présent abstenu, le ministère chargé de la santé devrait fixer des orientations et mettre en place des instruments à même d'organiser l'offre de soins visuels en une filière liant les consultations de premier recours, les interventions chirurgicales courantes et les prises en charge plus spécialisées, afin de garantir l'accès à des consultations de premier niveau et à la chirurgie la plus courante, dans une logique d'accessibilité et de gradation des soins.

À cette fin, les agences régionales de santé (ARS) devraient être dotées des leviers réglementaires - autorisation spécifique, seuils d'activité - qui leur font aujourd'hui défaut pour structurer l'offre en établissement de santé.

En outre, elles devraient favoriser l'émergence d'initiatives tendant à regrouper l'ensemble des professionnels de la filière visuelle, quel qu'en soit le statut, en particulier les ophtalmologues libéraux et les orthoptistes, autour de plateaux techniques de référence reconnus au niveau régional, en contrepartie de la mise en œuvre par les professionnels concernés de tarifs maîtrisés et de consultations avancées.

Ces regroupements ne seraient pas inédits, mais s'inspireraient des initiatives de plusieurs centres hospitaliers, centres mutualistes et cabinets libéraux³⁷³. Mis en place en priorité dans les territoires où l'offre est la plus tendue, ils présenteraient plusieurs avantages.

Ils permettraient tout d'abord de répondre aux difficultés physiques d'accès aux soins visuels par la mise en œuvre de consultations avancées dans un périmètre géographique cohérent. Ces consultations seraient réalisées par des ophtalmologues ou par des orthoptistes, en recourant en tant que de besoin à des téléconsultations, ou par d'autres professionnels en fonction de l'offre médicale ou paramédicale disponible, sous réserve d'une formation adéquate. Se déroulant dans des structures partenaires - EHPAD, maisons de santé pluri-professionnelles, cabinets secondaires -, elles garantiraient l'accès à une offre de proximité et une meilleure prise en charge de populations à risques élevés. Par ailleurs, ces regroupements

³⁷³ Consultations avancées dans des zones dépourvues d'offre libérale ou hospitalière en ophtalmologie (CHU de Rouen, qui organise des consultations par des orthoptistes, adossées à des téléconsultations d'ophtalmologues); partenariats permettant des consultations adossées à un plateau technique (CHU de Saint-Étienne en lien avec d'autres hôpitaux et un centre de santé mutualiste, 100 000 patients annuels).

de professionnels de la filière visuelle auraient vocation à participer à la permanence des soins et à la prise en charge des soins non programmés.

Les difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières seraient atténuées, les consultations de premier recours étant réalisées au tarif opposable de l'assurance maladie en contrepartie de la mise en commun du plateau technique et des équipements.

Enfin, la taille critique des regroupements en termes de nombre de professionnels, de patientèle et d'équipement faciliterait la mise en œuvre du partage des actes et de protocoles organisationnels à même de dégager du temps médical et de recentrer l'activité des ophtalmologues sur des activités à plus forte valeur médicale - comme la chirurgie, permise par la présence d'un plateau technique -, tout en permettant de répondre aux objectifs de qualité et de sécurité des soins.

Les ARS pourraient favoriser la constitution de ces regroupements par la voie d'appels à projet dans le cadre du projet régional de santé et le cas échéant des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT)³⁷⁴, lorsqu'une offre en ophtalmologie existe dans les établissements publics de santé concernés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les actions de promotion de la santé et de prévention des troubles de la vue mises en œuvre par les pouvoirs publics et par l'assurance maladie demeurent insuffisantes. Faute d'enquêtes épidémiologiques régulières, l'état de la santé visuelle de la population reste imparfaitement connu, ce qui prive les pouvoirs publics des éléments d'appréciation nécessaires à une action plus efficace de leur part. La place des considérations de santé publique dans l'organisation des soins apparaît elle-même réduite au regard de la faiblesse des normes réglementaires et de la rareté des recommandations et évaluations professionnelles visant à favoriser la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles.

Si la substitution croissante des prises en charge ambulatoires à des hospitalisations conventionnelles a contenu les dépenses en établissement de santé, les dépenses de soins de ville sont en forte augmentation, sous l'effet notamment de la hausse du nombre d'actes techniques des ophtalmologues, dont la nomenclature n'a pas été révisée pour prendre en compte les gains de productivité permis par les évolutions techniques et organisationnelles et des dépassements d'honoraires pratiqués par ceux, majoritaires, installés en

³⁷⁴ Alors que seuls 6 % des projets médicaux partagés élaborés par les GHT en 2017 abordaient les soins visuels.

secteur 2. Par ailleurs, les coûts de traitement médicamenteux de certaines pathologies, comme la DMLA, sont excessifs au regard des alternatives disponibles, à bénéfice égal pour le patient.

La hausse des dépenses ne s'accompagne pas d'une amélioration de l'accès aux soins visuels. Au contraire, les inégalités d'accès s'accroissent dans le contexte de la liberté d'installation des ophtalmologues. Dans de nombreux territoires, l'offre ophtalmologique est notoirement insuffisante. Dans d'autres, les pratiques de dépassements d'honoraires affectent l'accès aux soins. Malgré un récent repli, sous l'effet du plafonnement des prises en charge par les assurances complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables bénéficiant d'aides fiscales et sociales, les niveaux moyens de dépassements d'honoraires continuent à s'inscrire à un niveau élevé.

Conséquence d'une mauvaise anticipation par les pouvoirs publics de l'évolution de la démographie de cette profession, l'insuffisance du nombre de places à l'internat d'ophtalmologie de la fin des années 1980 à 2010 va entraîner une réduction de l'ordre de 20 % de la densité moyenne des ophtalmologues d'ici à 2030. Le temps médical effectivement disponible par patient connaîtra une chute encore plus prononcée sous l'effet de l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population et à une prévention insuffisante des troubles de la vue.

Au regard de ces perspectives, les mesures graduelles adoptées par les pouvoirs publics depuis le milieu des années 2000 pour faire participer les autres professionnels de santé de la filière visuelle - orthoptistes et opticiens-lunetiers - au diagnostic et à la prescription des équipements d'optique apparaissent insuffisantes pour prévenir un important allongement des délais d'attente à une consultation, y compris dans des territoires aujourd'hui exempts de délais excessifs.

Afin d'améliorer l'accès aux soins visuels, les pouvoirs publics se sont engagés à proposer à partir de 2020 des offres de matériels optiques comportant un reste à charge nul pour les patients après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. Cependant, le niveau du reste à charge sur les équipements optiques n'est pas le seul, ni même le principal obstacle à l'accès aux soins. Alors que la démographie des ophtalmologues va chuter dans les années à venir, une modification de la répartition des compétences entre les différents acteurs de la filière visuelle s'impose pour accroître l'offre de premier recours et prévenir des retards croissants de prise en charge pour les patients. Par ailleurs, les équipements d'optique pris en charge par les contrats responsables des assurances complémentaires devraient être mieux ciblés en fonction des besoins effectifs de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

19. *élargir l'offre de premier recours aux soins visuels, en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision et les opticiens-lunetiers ceux de la réfraction, sous réserve d'un approfondissement du contenu de leur formation et d'un renvoi systématique à un ophtalmologue des situations pathologiques excédant leur champ de compétence ainsi étendu ;*

20. *recentrer la prise en charge des renouvellements d'équipements d'optique par les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire sur les besoins médicaux qui en sont à l'origine, en portant la périodicité de 24 mois à 36 mois dans le cas général, à moins d'une dégradation constatée de la vue ;*

21. *conditionner les installations des ophtalmologues en exercice libéral, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de dépassement d'honoraire, à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée de l'assurance maladie (OPTAM) ;*

22. *structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en soutenant financièrement des regroupements de l'ensemble des professionnels de la filière visuelle autour de plateaux techniques de référence, dans des centres spécialisés en soins visuels ;*

23. *réviser la classification commune des actes médicaux (CCAM) afin de répercuter dans les tarifs des actes de soins visuels les gains de productivité permis par les récentes innovations organisationnelles et technologiques propres à ce domaine ;*

24. *réviser fortement à la baisse les prix des médicaments utilisés pour le traitement de la DMLA humide et mettre en œuvre des modalités de distribution aux patients habituellement pris en charge en ville de la molécule la moins onéreuse préparée en établissement hospitalier ;*

25. *améliorer la santé visuelle en engageant des actions de promotion de la santé et de prévention, en priorité en direction des enfants de moins de six ans et des personnes âgées fragiles et en conduisant régulièrement des enquêtes épidémiologiques territorialisées ;*

26. *assurer la qualité et la sécurité des soins en établissant des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels à l'attention des professionnels concernés et en fixant des seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes les plus invasifs.*

Troisième partie

Réduire les risques professionnels

Chapitre VIII

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

PRÉSENTATION

Dans les régimes de sécurité sociale, la réparation des préjudices subis par les salariés du fait d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP) prend principalement la forme de prestations sociales organisées et financées dans le cadre d'une branche spécifique, distincte de la branche maladie. En 2017, la branche AT-MP du régime général des salariés a versé 8,7 Md€ de prestations.

Fondée sur un principe assurantiel, la branche AT-MP est historiquement financée par des cotisations sociales à la seule charge des employeurs de salariés. À la suite de la suppression de l'affectation d'impôts en 2017, les cotisations (12,7 Md€ en 2017) constituent la totalité de ses ressources³⁷⁵, contrairement aux autres branches, financées dans une mesure variable par des cotisations et par des impôts et taxes affectés.

Si l'assiette des cotisations AT-MP est identique à celle des autres branches, le taux applicable par chaque établissement ou section d'établissement en cas de multiplicité d'activités est calculé chaque année. En fonction de la taille de l'entreprise, ce calcul est opéré par établissement (ou section) ou par secteur d'activité. Une commission paritaire où sont représentés les employeurs et les salariés fixe chaque année la valeur des paramètres de calcul des taux en vue d'assurer la réalisation du solde prévisionnel prévu par la loi de financement de la sécurité sociale. Elle définit par ailleurs les orientations de la politique de prévention des risques professionnels de la branche.

Le processus de calcul des taux, dit de tarification des risques professionnels, remplit une triple mission : financer les charges de la branche, mutualiser le risque entre les employeurs et inciter ces derniers à la prévention, ces deux derniers objectifs étant à concilier entre eux au regard de leur caractère potentiellement contradictoire.

Longtemps, les règles de tarification ont privilégié la seule réparation financière des sinistres. Les évolutions engagées depuis 2010 ont affirmé l'objectif d'une contribution plus efficace à leur prévention. À ce jour, elles conservent cependant une portée limitée.

Le dispositif de tarification des risques professionnels est financièrement équilibré, mais demeure complexe et lourd à gérer (I). Au-delà des évolutions déjà mises en œuvre, des réformes sont nécessaires pour en améliorer l'efficacité, en faisant jouer à la tarification un rôle plus actif dans la prévention des risques professionnels (II).

³⁷⁵ Hormis la compensation par le budget de l'État d'allègements ciblés de cotisations et les recours contre des tiers aux employeurs au titre d'accidents de trajet.

I - Un dispositif financièrement équilibré, mais complexe et lourd à gérer

Le dispositif de tarification des risques professionnels vise à la fois à couvrir les dépenses induites par les sinistres, à organiser une solidarité entre employeurs à la suite de leur survenance et à inciter à leur prévention. Si les paramètres de calcul des taux assurent l'équilibre financier de la branche AT-MP, les règles générales applicables à ce calcul restent complexes, malgré les réformes engagées depuis 2010 et la gestion du dispositif très lourde, tandis que des contentieux conduisent à remettre en cause une partie des taux calculés.

A - Une branche gérée à l'équilibre

La branche AT-MP du régime général finance des prestations d'incapacité temporaire (indemnités journalières, remboursements de frais de santé) ou permanente (rentes, capitaux décès) ainsi que des transferts, notamment à la branche maladie du régime général (au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles), à deux fonds de financement de dépenses liées à l'amiante (fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante [FCAATA], fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante [FIVA]) et à des régimes financièrement déficitaires³⁷⁶.

Contrairement aux autres branches de prestations du régime général, la branche AT-MP est gérée à l'équilibre sur moyenne période, les déficits enregistrés au titre de certaines années ayant été compensés par des excédents au cours des années suivantes.

Les incidences de la récession économique de 2009 sur l'assiette des cotisations avaient conduit la branche AT-MP à enregistrer des résultats lourdement déficitaires en 2009 (-713 M€) et en 2010 (-726 M€). En 2011 et en 2013, les taux de cotisation ont été relevés afin de favoriser une réduction du déficit, puis le retour à l'équilibre de la branche, en procurant à cette dernière plus de 700 M€ de recettes supplémentaires par an au-delà de celles liées à l'évolution spontanée de la masse salariale³⁷⁷.

³⁷⁶ Régimes agricole (salariés), des mines et, depuis 2018, des marins.

³⁷⁷ Le taux moyen (net) de cotisation a augmenté de 0,1 point en 2011 et de 0,05 point en 2013.

En 2013, la branche AT-MP est ainsi revenue à l'équilibre en dégageant un important excédent, qui s'est accru au cours des années suivantes pour atteindre 1,1 Md€ en 2017, malgré une diminution de points de cotisations (et une augmentation symétrique de celles de la branche maladie en 2016 et en 2017, soit 700 M€ de cotisations en moins en cumul)³⁷⁸. Nonobstant un nouveau « transfert » à la branche maladie³⁷⁹ (soit 620 M€ de cotisations en moins), l'excédent de la branche AT-MP resterait néanmoins substantiel en 2018 (à 0,8 Md€ selon la prévision actualisée du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, soit 7 % des charges prévisionnelles, contre une prévision d'excédent de 0,4 Md€ dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018).

**Tableau n° 57 : résultats de la branche AT-MP du régime général
(2010-2017, en Md€)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Charges (brutes), dont	11 846	12 447	12 674	12 245	12 689	12 873	12 802	12 602
Prestations sociales	7 899	8 040	8 758	8 651	8 794	8 769	8 755	8 719
Transferts*	2 515	2 574	1 812	1 529	1 411	2 000	2 033	1 926
Charges de gestion courante	837	878	911	920	892	894	869	893
Produits (bruts), dont	11 119	12 226	12 500	12 883	13 380	13 623	13 564	13 732
Cotisations patronales	8 396	10 943	11 226	11 708	12 059	12 246	12 312	12 685
Impôts et taxes	1 909	286	292	110	111	37	35	0
Recours contre tiers nets	305	350	412	435	454	489	485	463
Résultat	-726	-221	-174	638	691	750	762	1 130

* Y compris transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration.

Source : comptes combinés de la branche AT-MP.

Fin 2008, la branche AT-MP présentait des capitaux propres légèrement positifs (soit 0,1 Md€). Les déficits des exercices 2009 à 2012 les avaient portés à un niveau fortement négatif fin 2012 (-2,6 Md€). Les excédents des exercices 2013 et suivants ont permis d'apurer entièrement les déficits passés, les capitaux propres redevenant positifs fin 2016 (à 0,6 Md€). Le solde excédentaire de l'exercice 2017 les a portés à près de 2 Md€ à la fin de ce même exercice. Fin 2018, les capitaux propres atteindraient 2,8 Md€, soit deux mois et demi de recettes de la branche.

³⁷⁸ Ce qui a entraîné une baisse de 0,06 point du taux moyen (net) de cotisation en 2016 et à nouveau en 2017.

³⁷⁹ Entraînant une baisse de 0,1 point du taux moyen (net) de cotisation en 2018.

La constitution de capitaux propres excédentaires de la branche AT-MP, par la voie de taux de cotisation assurant un suréquilibre financier de cette dernière, est justifiée par une gestion prudentielle pluriannuelle visant à lisser l'incidence des chocs conjoncturels sur les recettes. Selon les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, à taux inchangés de cotisations par rapport à 2018, la branche AT-MP dégagerait 1,3 Md€ d'excédent en 2022 ; fin 2022, ses capitaux propres dépasseraient 7,7 Md€, soit près de sept mois de recettes. Devant la perspective d'un surfinancement croissant de la branche AT-MP, un ajustement à la baisse des taux de cotisation apparaît inéluctable.

B - Des règles générales complexes, malgré de récents aménagements

Le taux de cotisation applicable à chaque établissement (ou section d'établissement en cas de pluralité d'activités) d'une entreprise, dit « taux net » comprend deux composantes : une part propre à l'établissement (taux brut), dont le mode de calcul – individuel, collectif ou mixte – est fonction de la taille de l'entreprise ; une part mutualisée, prenant la forme de quatre majorations uniformes pour tous les établissements, quels que soient leur secteur d'activité et la taille de l'entreprise dont ils relèvent. En 2017, le taux net national moyen de cotisation AT-MP (prévisionnel) s'est élevé à 2,32 %, dont 0,90 % au titre du taux brut.

1 - Une prise en compte de la sinistralité partiellement individualisée et tempérée par la solidarité de branche

a) La détermination du taux brut

À l'instar d'un mécanisme assurantiel classique, la tarification est segmentée entre plusieurs classes de risques. Le taux brut, défini par le rapport entre la valeur du risque (les prestations versées) et la masse salariale au cours d'une période triennale de référence³⁸⁰, est calculé de manière individualisée, collective ou mixte en fonction de la taille de l'entreprise.

³⁸⁰ Moyenne des années N-4, N-3 et N-2.

Pour les grandes entreprises, la tarification est individuelle et déterminée pour chacun de leurs établissements ou sections d'établissement.

Pour les petites entreprises, la tarification est collective et varie en fonction de leur activité codifiée par un « code risque ». À sa création, chaque établissement (ou section) se voit appliquer un code risque. Dans le cadre d'une solidarité économique sectorielle, il partage un taux brut collectif avec les établissements des autres entreprises qui relèvent du même code risque. Cette nomenclature des codes risque de la branche AT-MP diffère de la nomenclature d'activités française (NAF) de l'Insee.

Enfin, la tarification mixte applicable aux entreprises de taille intermédiaire emprunte à la tarification individuelle et collective : à mesure que les effectifs augmentent, la part de l'individualisation dans le taux brut s'accroît également.

b) L'application de majorations au taux brut

Quelles que soient la taille et la sinistralité des entreprises, quatre majorations sont appliquées uniformément à leur taux « brut ». Elles ont pour objet de mutualiser le financement de certaines charges à l'échelle de la branche toute entière. L'une (M2) est multiplicative du taux brut et les trois autres (M1, M3 et M4) additives à ce dernier³⁸¹.

La majoration additive M1 (au taux de 0,22 % en 2017³⁸²) couvre le financement des dépenses induites par les accidents de trajet (1,13 Md€ de produits de cotisations en 2017).

La majoration M2 (3,57 Md€ en 2017), multiplicative du taux brut et de la majoration M1, couvre un ensemble hétérogène de dépenses : les frais de rééducation professionnelle, les charges de gestion administrative de la branche, la moitié du transfert à la branche maladie visant à compenser l'incidence pour cette dernière de la sous-déclaration des AT-MP par les employeurs de salariés (soit 0,5 Md€ sur 1 Md€), ainsi que les dépenses de prestations qui n'ont pas été prises en compte pour déterminer le taux brut. Le taux de cette majoration, qui est fixé à un niveau visant à assurer la réalisation du solde prévu par la loi de financement, a augmenté ces dernières années (de 0,39 % en 2010 à 0,58 % en 2017).

³⁸¹ La formule du taux net est la suivante : taux net de cotisation = (taux brut + M1) x (M2 + 1) + M3 + M4.

³⁸² Contre 0,57 % entre 1970 et 1990 et 0,28 % en 2007.

La majoration additive M3 (2,72 Md€ en 2017) couvre l'autre moitié du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, les dotations aux fonds amiante (FIVA et FCAATA), les transferts aux autres régimes, les dépenses de prestations imputées au compte spécial des maladies professionnelles faute de l'avoir été à un employeur déterminé (930 M€ en 2017) et celles du fonds commun des accidents du travail (majorations de rentes). Sous l'effet de la baisse des dotations aux fonds amiante (876 M€ en 2017 contre 1 195 M€ en 2012), son taux s'est contracté (0,54 % en 2017)³⁸³.

Enfin, la majoration additive M4³⁸⁴ (au taux de 0,01 % en 2017, soit 67 M€ de produits de cotisations) compense auprès de la branche vieillesse du régime général les dépenses supplémentaires de cette dernière au titre des départs anticipés en retraite pour incapacité permanente reconnue, sous certaines conditions, au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Depuis 2018, cette majoration finance par ailleurs les dépenses du compte professionnel de prévention³⁸⁵ et devrait fortement s'accroître (+119 M€ dès 2018 et, selon de premières estimations, +330 M€ à l'horizon 2021).

Une simplification de la formule de calcul du taux net de cotisation, distinguant les différentes composantes mutualisées (accidents de trajet, totalité de la sous-déclaration, compte spécial) des frais de gestion et de la majoration d'équilibre, permettrait de rendre plus intelligible le dispositif de tarification pour les entreprises et d'améliorer le pilotage des différentes natures de dépenses.

2 - Des adaptations positives mais limitées du mode de calcul des cotisations

Les règles de calcul du taux brut de cotisation ont été réformées par le décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, avec un plein effet depuis 2014 et par les travaux paritaires menés pour l'application de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP avec l'État pour les années 2014 à 2017.

³⁸³ Il avait augmenté jusqu'à 0,69 % en 2011.

³⁸⁴ Créée par l'article 81 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

³⁸⁵ L'ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention a transformé le compte personnel de prévention de pénibilité en le compte professionnel de prévention.

Si la formule de calcul elle-même n'a pas été modifiée, la tarification a été rendue plus simple et réactive et le champ d'application de la tarification mixte a été réduit au profit de la tarification individuelle et, plus encore, de la tarification collective.

a) La réduction du nombre de classes de risque

À chaque code risque correspondent des mesures de prévention et, en tarification collective, un taux de cotisation. Le nombre particulièrement élevé de codes risque (800 environ en 2010) exigeait, pour leur attribution à chaque établissement (ou section), une expertise technique minutieuse des caisses chargées de la tarification³⁸⁶.

Afin de simplifier le classement des établissements, la nomenclature des codes risque a été progressivement resserrée³⁸⁷ jusqu'à 208 codes risque en 2017. Une majorité de salariés est désormais concentrée sur un nombre réduit de codes risque (14 millions de salariés sur 18,7 millions sont regroupés sur moins d'un tiers des codes risque). À l'opposé, 30 % des codes risque ne concernent que 4,3 % des salariés. L'actualisation régulière de cette nomenclature spécifique à la branche AT-MP reste un enjeu important à l'avenir.

b) Une extension des champs d'application de la tarification individuelle et, plus encore, de la tarification collective

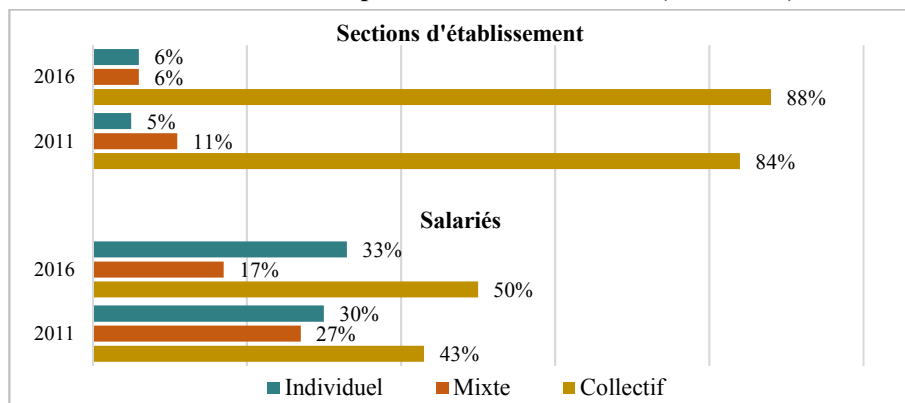
Dans le cadre de la réforme de la tarification de 2010, le plafond d'effectifs de la tarification collective a été porté de 9 à 19 salariés et le seuil de la tarification individuelle abaissé de 200 à 150 salariés. La tarification mixte ne couvre désormais plus que les entreprises de 20 à 149 salariés, contre 10 à 199 auparavant³⁸⁸. Une majorité de sections d'établissements et de salariés relève désormais d'un taux collectif.

³⁸⁶ Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), caisse régionale d'assurance maladie en Île-de-France (CRAMIF) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les quatre départements d'outre-mer créés en 1946.

³⁸⁷ Par la voie de regroupements de codes, de suppressions de codes obsolètes et de modifications de libellés de codes.

³⁸⁸ Les seuils sont différents en Alsace-Moselle.

Graphique n° 20 : répartition des sections d'établissement et des effectifs de salariés par mode de tarification (2011-2017)



Source : CNAM/DRP.

Un décret n° 2017-337 du 14 mars 2017 a de surcroît renforcé la part individualisée du taux de cotisation pour les entreprises de 20 à 149 salariés en tarification mixte, en fixant un plancher de 10 % pour la fraction individuelle du taux brut à compter de 2018.

c) L'introduction de coûts moyens en tarification individuelle

Avant la réforme de 2010, la valeur du risque en tarification individuelle était déterminée en imputant la totalité des dépenses à l'établissement dans lequel un sinistre s'était produit, pour leur montant constaté et sans limitation de durée, y compris pour des sinistres anciens ou des dépenses liées à des rechutes intervenant plusieurs années après les sinistres.

Afin de simplifier la tarification individuelle et de la rendre plus prévisible, la détermination de la valeur du risque repose sur des coûts moyens, établis par domaine d'activité (comité technique national ou CTN) et catégorie de sinistres, appliqués aux sinistres de l'établissement sur une période triennale de référence³⁸⁹.

³⁸⁹ Années N-4 à N-2 pour la tarification de l'année N. Le coût moyen du risque rapporte ainsi les prestations en nature et en espèces par catégorie d'incapacité temporaire (sans arrêt de travail ou arrêt de moins de 4 jours, de 4 à 15 jours, de 16 à 45 jours, de 46 à 90 jours, de 91 à 150 jours et de plus de 150 jours) ou permanente (moins de 10 %, de 10 à 19 %, de 20 à 39 %, 40 % et plus, ou décès de la victime) au nombre de sinistres de chaque catégorie reconnus au cours de la période triennale de référence.

Les comités techniques nationaux (CTN) par domaine d'activité

Ces organismes paritaires consultatifs assistent la CNAM et la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) en matière de prévention, en définissant, par domaine d'activité, les priorités et les recommandations nationales qui font office de référence. En outre, ils sont consultés sur les taux bruts collectifs fixés par code risque chaque année par arrêté ministériel.

Il existe neuf CTN : A : industries de la métallurgie ; B : industries du bâtiment et des travaux publics ; C : industries des transports, de l'eau du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication ; D : services, commerces et industries alimentaires ; E : industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie ; F : industries du bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu ; G : commerce non alimentaire ; H : activités de service, groupe 1 (administrations, banque, assurance etc.) ; I : activités de service, groupe 2 (action sociale, santé, nettoyage et travail temporaire).

En tarification collective, la valeur du risque reste fonction du montant des dépenses engagées sur la période triennale de référence pour la réparation de sinistres. Néanmoins, le décret précité du 14 mars 2017 a introduit un mécanisme de « prime - signal » visant à récompenser, par une réduction forfaitaire des cotisations, les entreprises de 10 à 19 salariés dont la fréquence des accidents diminue. À l'inverse, le taux de cotisation sera majoré dans la limite de 10 % pour celles dont la sinistralité augmentera. Ce dispositif entrera en vigueur qu'en 2022³⁹⁰.

C - Une gestion lourde, peu efficiente et affectée par de fréquents contentieux

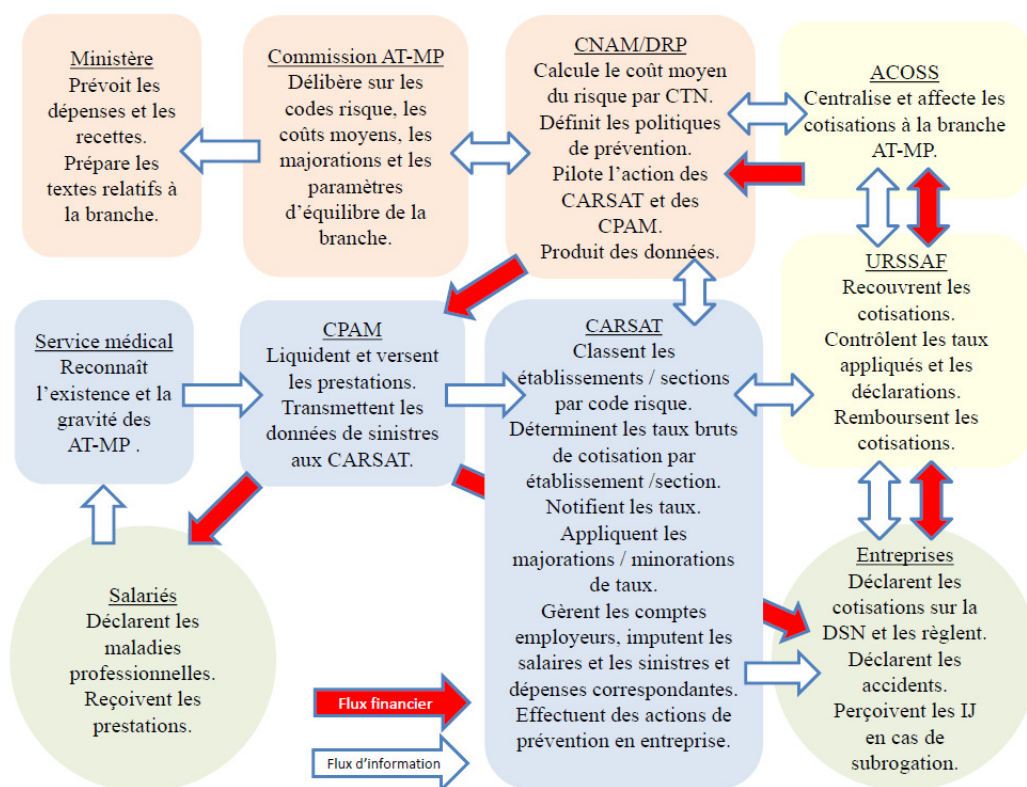
Pour 2017, la branche AT-MP a notifié quelque 2,1 millions de taux de cotisation à appliquer au titre d'autant de sections relevant de 2 millions d'établissements rattachés à 1,7 million d'entreprises. La détermination de ces taux nécessite la réalisation de lourdes tâches de gestion. De plus, une partie des taux doivent être recalculés de manière rétroactive à la suite de demandes gracieuses ou de contentieux gagnés par des entreprises en tarification individuelle ou mixte.

³⁹⁰ Seront concernées les entreprises ayant eu au moins un accident du travail avec arrêt pour chacune des années 2018, 2019 et 2020.

1 - Un processus complexe impliquant quatre acteurs distincts

La fixation des taux de cotisation, puis leur application, font intervenir quatre acteurs relevant de trois branches distinctes du régime général : les CPAM et le contrôle médical (branches maladie et AT-MP), qui traitent les demandes de reconnaissance d'AT-MP et accordent les prestations visant à réparer les sinistres correspondants ; les CARSAT (branche AT-MP), qui déterminent les taux de cotisation et les modifient à la suite de demandes gracieuses ou de contentieux gagnés par les entreprises ; les URSSAF (activité de recouvrement), qui recouvrent les cotisations AT-MP et procèdent à des remboursements ou à des réductions de cotisations à la suite de décisions de justice ou des CARSAT.

Schéma n° 2 : processus de gestion liés à la tarification des risques professionnels



Source : Cour des comptes.

La fixation des taux de cotisation par les CARSAT comporte plusieurs étapes : déterminer les classes de risque (codes risque) ; classer les établissements (ou sections) par code risque ; calculer et notifier les taux ; établir des statistiques annuelles permettant de calculer le coût moyen du risque par code risque et par CTN, l'analyse des sinistres par code risque et établissement permettant également de prioriser les actions de prévention ; établir les paramètres d'équilibre de la branche AT-MP.

Effectuée par établissement (ou section d'établissement), la tarification nécessite de prendre en compte toute évolution affectant la vie de ces structures (création, radiation, fusion, transfert, changement d'activité), d'attribuer manuellement puis, le cas échéant, de mettre à jour le code risque correspondant à leur activité principale. Les CARSAT effectuent un grand nombre d'opérations à ce titre³⁹¹. À la suite d'actions ciblées de contrôle des codes attribués³⁹², elles procèdent à de fréquentes corrections du fait d'erreurs initiales d'attribution ou de l'évolution des activités des établissements concernés³⁹³.

Les CARSAT calculent les taux de cotisation en prenant en compte la masse salariale par établissement déclarée dans le cadre de la DADS, puis de la DSN³⁹⁴ et les sinistres déclarés ou reconnus par le contrôle médical. À partir des dépenses de prestations versées par les CPAM, la direction des risques professionnels de la CNAM³⁹⁵ calcule quant à elle la valeur du risque par code risque (tarification collective) et le coût moyen du risque par catégorie de risque et CTN (tarification individuelle).

Si la plupart des déclarations d'AT-MP des employeurs sont dématérialisées, les certificats médicaux, qui restent pour l'essentiel sous format papier, doivent être saisis par les CPAM. Le rattachement d'un sinistre à une section d'établissement est effectué manuellement par les CARSAT lorsque l'établissement compte plusieurs sections. S'agissant des maladies professionnelles, les CARSAT doivent examiner si les dépenses correspondantes peuvent être imputées à un employeur donné, le cas échéant différent de l'employeur actuel, ou bien si leur prise en charge doit être mutualisée au sein du compte spécial. Par ailleurs, elles retraitent

³⁹¹ En moyenne annuelle sur les exercices récents, 190 000 sections d'établissement ont été radiées et 220 000 créées.

³⁹² 20 000 en 2016, 50 000 en 2017, 36 000 prévues pour 2018.

³⁹³ Les sections reclassées dans un autre code risque étaient au nombre de 7 200 en 2017, soit 22 % des sections ciblées par une action de contrôle du code risque.

³⁹⁴ La déclaration sociale nominative (DSN) remplacera la déclaration annuelle des données sociales (DADS) à compter de la tarification 2019.

³⁹⁵ CARSAT d'Alsace-Moselle, pour le calcul des coûts moyens de sa circonscription.

manuellement les anomalies liées à l'absence de report de dépenses de prestations et de salaires aux comptes des employeurs par établissement (ou section), à l'absence d'appariement de dépenses à des sinistres et à l'absence de dépenses face à des sinistres déclarés.

L'inexactitude des données prises en compte³⁹⁶ et les erreurs affectant leur traitement³⁹⁷ peuvent affecter la fiabilité des informations prises en compte pour calculer les taux et nourrir ainsi le contentieux.

En aval du processus de tarification et parallèlement aux notifications individuelles aux établissements, la branche AT-MP adresse de manière dématérialisée au réseau des URSSAF les taux de cotisation fixés, afin de permettre à ces dernières de vérifier, selon un procédé automatisé, que le taux de cotisation appliqué par l'employeur dans sa déclaration de prélèvements sociaux est conforme au taux fixé.

Les spécificités des taux de cotisation AT-MP³⁹⁸ induisent par nature des corrections en fonction de la prise en compte de nouveaux événements et de l'information la plus récente détenue par le réseau des CARSAT ou par celui des URSSAF. Les évolutions apportées au système d'information des CARSAT et la mise en œuvre de modalités de résolution des écarts de taux de cotisation entre les CARSAT et les URSSAF ont permis de réduire de manière significative les divergences de taux entre les deux réseaux, ce qui a conduit la Cour à lever une réserve récurrente sur les comptes de la branche AT-MP et de l'activité de recouvrement³⁹⁹. Il s'agit néanmoins là d'un point de vigilance pérenne.

En 2017, un peu moins de 700 agents (en ETP), hors encadrement, de la branche AT-MP, sur près de 11 000 au total, étaient affectés à la tarification proprement dite des accidents du travail et maladies professionnelles. Les données disponibles de la branche ne permettent pas d'appréhender les coûts de gestion propres à ses différents processus, notamment celui de tarification. Pour une part, le niveau plus élevé des charges de gestion courante de la branche AT-MP (7,1 % des charges totales) que ceux des branches famille, maladie et vieillesse (2,2 % en moyenne) traduit la présence de coûts liés au calcul des taux de cotisation que ne connaissent pas ces dernières, dont les taux sont fixés par décret.

³⁹⁶ Anomalies portant sur le calcul des indemnités journalières payées, par exemple.

³⁹⁷ Par exemple, l'inexactitude des salaires pris en compte pour calculer les rentes.

³⁹⁸ Tarification à l'établissement, taux calculés, fréquentes corrections rétroactives de taux à la suite du dénouement de contentieux.

³⁹⁹ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2017)* mai 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Une fréquente remise en cause des taux de cotisation par des contentieux

Les cotisations AT-MP font davantage l'objet de contestations que les autres cotisations. Elles visent principalement, pour des motifs de fond et de procédure, des décisions situées en amont de la tarification qui concourent au calcul des taux individuels et mixtes : reconnaissance du caractère professionnel de l'affection, opposabilité à l'employeur, taux d'incapacité permanente attribué, durée de l'arrêt de travail.

La branche s'est efforcée d'améliorer la sécurité juridique de ses procédures et le suivi de ses contentieux, en mutualisant le traitement d'une partie de ces derniers sur certaines caisses. Si les contestations ont diminué⁴⁰⁰, leur niveau demeure toutefois élevé et se nourrit de la complexité de la réglementation et des fragilités multiples pouvant être constatées dans la mise en œuvre des procédures. Par ailleurs, chaque caisse conserve son propre outil informatique de gestion des contentieux, en l'absence de déploiement à ce jour d'un outil national.

Fin 2017, près de 600 M€ étaient provisionnés au titre des divers risques de réduction des produits de cotisations. Les impacts financiers des contentieux, qui correspondent à la fois à des remboursements de cotisations et à de moindres cotisations, sont financés de manière mutualisée par l'ensemble des entreprises par la majoration de bouclage financier M2. Ils avoisinent 270 M€ les meilleures années, soit plus de 8 % des cotisations des entreprises à taux individuel (ou plus de 3 % de celles à taux individuel ou mixte)⁴⁰¹. La suppression de la prescription triennale (à compter du paiement des cotisations) pour le remboursement par les URSSAF de cotisations aux employeurs, du fait du dénouement en faveur

⁴⁰⁰ Fin septembre 2017, 46 344 litiges étaient pendants, contre 53 171 fin 2014.

⁴⁰¹ Les cotisations des entreprises à taux individuel ou mixte, représentaient respectivement 3,2 Md€ et 5,2 Md€ en 2016.

de ces derniers de contestation portées devant les CPAM et les CARSAT, mais non devant les URSSAF⁴⁰², au titre de l'application de la législation AT-MP, favorise une hausse des remboursements depuis 2016.

**

Si le pilotage financier de la branche permet la couverture intégrale de ses dépenses, la mise en œuvre d'une tarification des risques professionnels au plus près de la situation de chaque établissement, au sein de chaque entreprise, emporte des coûts de gestion importants.

Dans le cadre du dispositif de tarification en vigueur, par nature complexe, une fiabilité accrue du calcul des taux de cotisation et des gains de productivité sont à rechercher en améliorant les interfaces entre les systèmes d'information, en informatisant les opérations manuelles ou semi-automatisées qui ne le sont pas encore et en mutualisant au sein de bases nationales l'ensemble des informations qui concourent au calcul des taux. Cette dernière évolution permettrait de regrouper les opérations de tarification sur un nombre plus réduit de caisses (20 à l'heure actuelle) et de fournir à la CNAM, dans des délais plus rapides, l'ensemble des données dont elle a besoin pour piloter le processus de tarification des risques professionnels.

⁴⁰² En application de l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, si une CARSAT rectifie le taux de cotisation en faveur d'un employeur en application d'une décision d'une CPAM, de sa propre décision ou d'une décision de justice, l'URSSAF doit procéder au remboursement de la totalité des périodes faisant l'objet du taux rectifié. Pour obtenir ce remboursement, il suffit désormais à l'employeur d'avoir formé sa demande dans les trois ans à compter de la notification de la décision précitée, et non plus dans les trois ans suivant le paiement des cotisations dont il conteste tout ou partie des éléments concourant à la détermination du taux.

II - Engager de nouvelles réformes pour faire jouer à la tarification un rôle plus actif dans la prévention des risques professionnels

La santé au travail représente un enjeu majeur, objet de travaux récents⁴⁰³.

Pour que la tarification des risques professionnels ait une incidence sur l'organisation du travail, l'employeur doit recevoir, à travers le taux de cotisation, un signal prix univoque, qui sanctionne ou récompense le niveau et l'évolution de la sinistralité de sa propre entreprise. Or les règles générales de tarification sont grevées de multiples exceptions et laissent une place insuffisante à l'individualisation des taux. En outre, la part des cotisations qui finance les majorations représente une part prépondérante du total des cotisations, alors qu'elle n'a pas d'effet incitatif à la prévention.

Les réformes engagées depuis 2010 doivent ainsi être approfondies afin de réduire les biais et effets d'aubaine, de diminuer la part des dépenses dont le financement est mutualisé entre tous les employeurs et de renforcer le signal donné par le taux de cotisation en faveur de la prévention des risques professionnels.

⁴⁰³ Pierre Dharréville, député, rapport d'enquête (n° 1181, XV^{ème} législature) sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie, Assemblée nationale, juillet 2018 ; Charlotte Lecocq, députée, Bruno Dupuis et Henri Forest « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », rapport au Premier ministre, juillet 2018 ; Professeur Paul Frimat, « Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux », rapport remis à la ministre du travail et à la ministre des solidarités et de la santé, août 2018.

Un dispositif plus lisible et incitatif en Allemagne

En 2015, l'Allemagne dénombrait 705 000 accidents du travail pour 35,7 millions de salariés, soit un ratio de 2 %, tandis que la France enregistrait 625 000 accidents pour 18,5 millions de salariés, soit un ratio de 3,4 %⁴⁰⁴.

Le risque est tarifé à l'échelle de l'entreprise : chaque entreprise est classée selon sa communauté (ou groupe) de risque. Son taux de cotisation appliqué à sa masse salariale dépend de la sinistralité du groupe de risque et de la majoration d'équilibre nécessaire à la caisse d'assurance (*Berufsgenossenschaften*) à laquelle elle est affiliée. Il existe neuf caisses, par grand domaine d'activité. Un système de bonus/malus par caisse complète ce schéma pour sanctionner ou récompenser l'atypie de la sinistralité d'une entreprise dans son secteur.

Afin de lutter contre la sous-déclaration, les médecins du travail sont encouragés à déclarer les maladies professionnelles et perçoivent une bonification lorsqu'ils détectent une maladie professionnelle avérée.

A - Réduire les biais et effets d'aubaine

Les règles de tarification prises dans leur ensemble entraînent un sensible décalage entre les dépenses et les cotisations selon la taille des entreprises. En 2016, les entreprises en tarification individuelle (grandes entreprises) ont occasionné 37 % des dépenses, mais ont supporté 33 % seulement des cotisations. De même, les entreprises en tarification mixte ont été à l'origine de 25 % des dépenses, mais de 22 % des cotisations. À l'inverse, les entreprises de petite taille en taux collectif ont engendré 25 % des dépenses, mais procuré 27 % des cotisations⁴⁰⁵.

Ces écarts ont pour origine les nombreux biais et effets d'aubaine résultant des règles générales de tarification et de leurs multiples exceptions. Les circonscrire est indispensable pour rendre la tarification plus incitative à la prévention.

⁴⁰⁴ Les données disponibles ne permettent pas d'isoler les charges liées à des accidents du travail dans l'ensemble des charges de prestations.

⁴⁰⁵ Le solde, soit 18 % des cotisations et 13 % des dépenses, correspond aux entreprises obligatoirement en tarification collective, quelle que soit leur taille (voir 2- *infra*).

1 - Tarifier à l'échelle de l'entreprise et non plus de l'établissement (ou de ses sections)

Les évolutions intervenues depuis 2010 ont conservé le principe d'un calcul du taux brut par établissement ou section d'établissement. Deux millions d'établissements, soit 2,2 millions de sections, étaient dénombrés en 2016. Autant de taux sont notifiés chaque année que de sections, soit en moyenne une notification pour neuf salariés. Dans un cas extrême, une entreprise se voit notifier jusqu'à 150 taux différents.

Le décret de 2010 a ouvert aux entreprises la possibilité d'opter pour l'application d'un taux unique pour l'ensemble de leurs établissements appartenant à la même catégorie de risque, la masse salariale étant appréciée à l'échelle du regroupement. Cette option, qui doit être exercée de manière irréversible, s'est soldée par un échec : seules un peu plus de 3 500 entreprises l'ont exercée.

Or la tarification à l'établissement induit des effets d'aubaine. Combinée au plafonnement des variations de taux⁴⁰⁶, elle incite en effet certaines entreprises à fractionner leurs effectifs entre de nombreux établissements de petite taille. En 2017, les moindres cotisations générées par les écrêtements, soit 210 M€, ont bénéficié à hauteur de 173 M€ aux entreprises de grande taille à tarification individuelle, dont 98 M€ à des entreprises de plus de 20 établissements.

Des phénomènes d'optimisation sont également constatés, notamment dans des entreprises de travail temporaire, qui, lorsqu'un sinistre survient dans une section d'établissement, réaffectent parfois les salariés à une autre section, déjà existante ou nouvellement créée⁴⁰⁷, afin de minorer leurs cotisations.

⁴⁰⁶ Le taux notifié en N ne peut augmenter de plus de 25 % si le taux de l'année précédente est supérieur à 4 %, ou de plus d'un point si ce taux est inférieur ou égal à 4 % ; le taux notifié ne peut diminuer de plus de 20 % si le taux de l'année précédente était supérieur à 4 %, ou de plus d'un point si le taux est inférieur ou égal à 4 %. Par exemple, un établissement de 20 à 49 salariés, dont l'un des salariés a un accident mortel, verra mutualisé 79,4 % du coût y afférent. Les dépenses ainsi mutualisées sont financées par la majoration de bouclage financier M2.

⁴⁰⁷ Un nouvel établissement bénéficie pendant trois ans du taux collectif relevant du code risque de son activité principale (aucune donnée historique n'est constituée), quand bien même les autres établissements de l'entreprise relèvent du taux mixte ou individuel.

Passer de la section d'établissement à l'établissement pour fixer les taux de cotisation n'emporterait qu'une réduction de portée très limitée de la complexité de la gestion et des distorsions de taux.

Fixer les taux par code risque au sein de chaque entreprise présenterait des avantages plus significatifs : un allègement plus marqué des tâches de gestion liées à la tarification, une réduction de la fraude - les pratiques de déplacement de la masse salariale et d'imputation des sinistres entre établissements (ou sections) en fonction de leur survenance étant rendues sans objet - et une réduction de la part mutualisée des cotisations⁴⁰⁸.

Une telle réforme ne serait pas préjudiciable à la prévention. Ce sont en effet les directions des entreprises qui définissent le contenu et les ressources de la politique de prévention, l'encadrement de proximité des établissements ayant généralement peu d'autonomie et de moyens propres pour définir et appliquer une politique de prévention *sui generis*. D'ailleurs, le calcul du taux de cotisation à l'échelle de l'entreprise est obligatoire en Alsace-Moselle, sans que cela induise une sinistralité supérieure, bien au contraire, ou que cette modalité soit contestée par les employeurs.

2 - Mettre fin aux multiples exceptions qui grèvent les règles générales de tarification

Le dispositif général de tarification est grevé par de nombreuses exceptions relatives au secteur d'activité, à la taille et à la localisation des entreprises, ainsi qu'aux fonctions support et à la quotité de travail des salariés.

La tarification collective et mixte par secteur d'activité (code risque) est altérée par la possibilité reconnue aux partenaires sociaux de décider, pour le calcul des taux, de « groupements financiers » de codes risque distincts. Or les codes « risque » ainsi regroupés ne sont pas nécessairement cohérents entre eux en termes de sinistralité, ni de mesures de prévention. En dépit de la réduction du nombre de codes risque, ces groupements couvraient encore 481 700 sections d'établissement et 5,4 millions de salariés en 2017 (soit respectivement 24 % du nombre total de sections et 44 % de celui des salariés couverts par une tarification

⁴⁰⁸ Toutes choses égales par ailleurs, le montant des cotisations augmenterait de 170 M€ du fait d'un moindre effet des règles d'écrêtement et de 60 M€ du fait de la moindre incidence des radiations d'établissement.

collective ou mixte). Les dispositions des COG successives prévoyant leur suppression sont restées lettre morte.

Outre les petites entreprises et les établissements nouvellement créés, les taux collectifs s'appliquent également, par dérogation, à un ensemble hétérogène de codes risque⁴⁰⁹. Cette survivance de taux collectifs pour de grandes entreprises relevant d'activités présentant des enjeux manifestes en termes de prévention des risques professionnels est injustifiée.

Le bâtiment et les travaux publics dérogent à la tarification à l'activité principale par section d'établissement⁴¹⁰, ce qui peut là aussi favoriser des pratiques d'optimisation. De même, le calcul des coûts moyens relatifs aux établissements du BTP déroge aux modalités de prise en compte des incapacités permanentes supérieures à 10 %, ces dernières étant fractionnées en trois catégories de groupes de risque *ad hoc*⁴¹¹.

Un taux dérogatoire, le « taux bureau », s'applique aux salariés non exposés au risque principal d'un établissement. Ce taux réduit (1,1 % en moyenne) bénéficie à une fraction limitée et concentrée d'établissements, majoritairement dans le BTP⁴¹². Au total, 335 000 salariés sont concernés et 62 M€ de cotisations à taux réduit ont été collectées à ce titre en 2016. Le décret précité du 14 mars 2017 a réduit le champ du taux bureau aux seules entreprises à taux mixte ou collectif, mais il reste un dispositif complexe, hétérogène⁴¹³ et propice à des fraudes. Il pourrait utilement être remplacé par un abattement forfaitaire sur les cotisations, fixé en fonction de la part moyenne des fonctions support observée par domaine d'activité.

⁴⁰⁹ Agents statutaires des industries électriques et gazières, pour ce qui concerne la prise en charge des remboursements de dépenses de santé (taux de 0,2 %) et personnels contractuels de cette branche (2,2 %), personnel contractuel de la SNCF (1,4 %), télécommunications nationales (1 %), caisses de congés payés (0,8 %), concierges d'immeuble (3 %), organismes financiers et assurances (1 %), services postaux (2,6 %), activités de sécurité sociale (1,2 %), services d'accueils et d'hébergement de personnes âgées ou handicapées (3,2 %), etc.

⁴¹⁰ Dans le BTP, un établissement est fractionné en autant de sections qu'il y a d'activités différentes. Dans les autres CTN, la règle est celle de l'activité principale.

⁴¹¹ Bureau, gros œuvre et second œuvre.

⁴¹² 63 484 sections « bureau » étaient dénombrées en 2016, dont 53 % dans le BTP, ce qui implique autant de notifications de taux.

⁴¹³ Contrairement aux autres domaines d'activité, la sédentarité s'apprécie dans le BTP sur la base d'une liste de métiers, et non en fonction des déplacements professionnels.

Depuis 2012, des abattements de 10 % et 20 % des coûts moyens sont appliqués en faveur d'établissements en tarification individuelle ou mixte relevant de codes risque pour lesquels le temps de travail est en moyenne respectivement compris entre 80 et 90 % et inférieur à 80 % du temps de travail moyen du CTN dont ils relèvent. En 2016, ces abattements concernaient dix codes risques correspondant à des activités hétéroclites⁴¹⁴, soit près de 400 000 salariés et ont représenté 51 M€ de dépenses mutualisées (dans le cadre de la majoration de bouclage financier M2).

Enfin, l'Alsace-Moselle, dont la réglementation en matière d'AT-MP est issue de textes antérieurs à 1918, continue de disposer d'une réglementation dérogatoire qui induit des disparités entre entreprises, voire en leur sein, en fonction de la localisation de leurs établissements sur le territoire national : application de la tarification collective jusqu'à 49 salariés, application de la tarification individuelle au BTP à partir de 300 salariés, calcul régional des coûts moyens (inférieurs aux coûts moyens nationaux de 0,5 point de taux).

⁴¹⁴ Restauration rapide, nettoyage de locaux, désinsectisation et dératisation, acheminement et distribution de la presse, blanchisseries et teintureries, cabinets de soins médicaux et paramédicaux, sportifs professionnels, attractions foraines, agences matrimoniales, cabinets de graphologie.

B - Réduire la part des dépenses mutualisées

1 - Une part individualisée minoritaire dans le taux de cotisation

En 2017, le taux net national moyen s'élevait à 2,32 % (2,38 % en 2016) ; le taux net notifié⁴¹⁵ s'est élevé à 2,20 %⁴¹⁶ en 2016⁴¹⁷. Sous l'effet du poids financier des majorations, le taux brut, soit 0,90 % en moyenne nationale en 2017, représente une fraction minoritaire et stable du taux net⁴¹⁸. Ainsi, pour la plupart des entreprises, l'effet incitatif du taux se lit davantage dans la variation du taux net que dans celle du seul taux brut qui leur est propre.

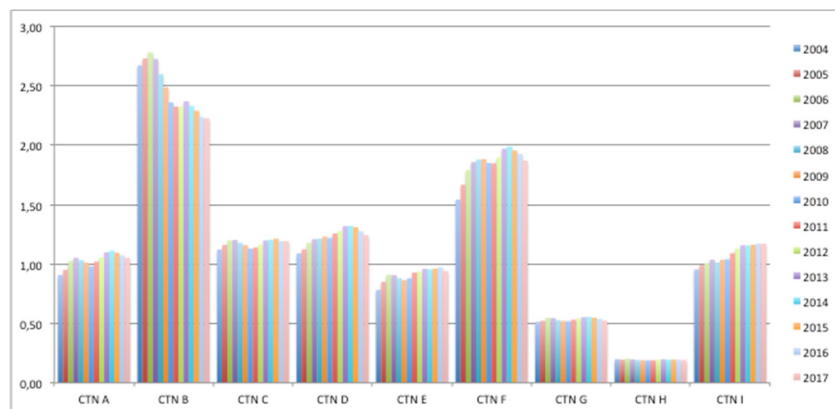
Apprécié par domaine d'activité, le signal adressé par le taux de cotisation brut est surtout sensible pour le BTP (CTN B) et, à un moindre degré, la filière bois, papier, textile (F). La sinistralité des entreprises fait en effet apparaître une hiérarchie durable entre domaines d'activité, avec toutefois une progression récente des sinistres dans le domaine des activités de service à la personne (I).

⁴¹⁵ Le taux moyen notifié est le taux effectivement notifié à la section d'établissement, tenant compte de la pondération de la masse salariale issue des déclarations sociales de l'année N et des éléments propres à l'entreprise (écêtements, majorations, ristournes, contentieux). De ce fait, il est inférieur au taux moyen national calculé à titre prévisionnel pour la fixation des paramètres d'équilibre du projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale.

⁴¹⁶ 2,14 % en tarification collective, 2,73 % en tarification mixte et 2,05 % en individuelle.

⁴¹⁷ À ce stade, la CNAM n'a pu communiquer à la Cour le taux moyen notifié, mais uniquement le taux moyen prévisionnel 2017, soit 2,32 %.

⁴¹⁸ 41,4 % en 2016.

Graphique n° 21 : évolution des taux bruts moyens collectifs

Source : Cour des comptes d'après CNAM/DRP.

2 - Réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles et l'imputation des maladies déclarées au compte spécial employeur

Les dépenses au titre des maladies professionnelles peuvent être estimées entre 4 Md€ et 4,7 Md€ par an. Trois mécanismes concourent à mutualiser plus de 70 % de leur financement entre toutes les entreprises par la voie de majorations pesant uniformément sur chacune d'elles.

a) Le transfert à la branche maladie pour sous-déclaration

Tout d'abord, le transfert annuel à la branche maladie, financé par les majorations M2 et M3 (1 Md€ depuis 2015, contre 137 M€ à son instauration en 1997), a pour objet essentiel de compenser la sous-déclaration des maladies professionnelles (celle des accidents du travail étant marginale). Selon l'estimation la plus récente de la commission administrative qui en est chargée (2017), le coût potentiel de la sous-déclaration serait compris entre 850 M€ et 1,53 Md€, dont 755 M€ à 1,42 Md€ au titre des maladies professionnelles.

Cette estimation, dont l'amplitude crée une incertitude sur la signification économique du solde de la branche AT-MP, ne porte pas sur la sous-déclaration *stricto sensu*, mais sur la non-déclaration de maladies et d'accidents qui auraient dû être reconnus, compte tenu des tendances de dépenses observées par pathologie pour la branche maladie. Si elle s'appuie sur des données et méthodologies relativement fines et actualisées, cette estimation ne peut s'exonérer d'un grand nombre de postulats et d'hypothèses permettant d'estimer les dépenses propres aux différentes pathologies, notamment les cancers d'origine professionnelle.

Afin de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles, la CNAM devrait mettre en œuvre des campagnes d'information ciblées et régulières en direction des médecins, notamment généralistes, afin qu'ils repèrent mieux l'origine professionnelle des pathologies diagnostiquées.

b) Les transferts aux fonds « amiante »

Comme la Cour l'a souligné⁴¹⁹, la réparation des conséquences de l'utilisation de l'amiante s'inscrit dans un cadre qui, à rebours des principes assurantiels de la tarification des maladies professionnelles, exonère très largement les entreprises responsables d'exposition à l'amiante des conséquences financières de leurs activités. Deux fonds prennent en charge la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA⁴²⁰) et l'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA⁴²¹), soit 876 M€ de dotations au total en 2017.

⁴¹⁹ Cour des comptes, *Rapport public annuel*, Tome II, 7. L'indemnisation des victimes de l'amiante : des priorités à mieux cibler, février 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴²⁰ Instauré en 1999, ce fonds intégré aux comptes de la branche AT-MP prend en charge le versement d'allocations de cessation anticipée d'activité (ACAATA) à certains salariés et anciens salariés (dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante et de flochage, de calorifugeage à l'amiante et de construction ou de réparation navales ; dans les ports au titre d'activités de manutention ; atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante), les cotisations vieillesse de base et complémentaires des bénéficiaires de ces allocations et, depuis 2011, le transfert à la branche vieillesse visant à compenser les surcoûts liés aux départs anticipés à la retraite du fait d'une exposition à l'amiante.

⁴²¹ Créé en 2001, le FIVA assure la réparation intégrale des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante et de leurs ayants droit, en indemnisant les personnes malades à la suite soit d'une exposition professionnelle à l'amiante (quel que soit leur régime de protection sociale), soit d'une exposition environnementale. Il complète dans le premier cas la réparation effectuée en application de la législation des maladies professionnelles.

c) L'imputation de dépenses au compte spécial

Lorsqu'il s'avère impossible de déterminer l'employeur chez lequel une maladie professionnelle a été contractée, les CARSAT ont la possibilité d'imputer cette maladie et la dépense y afférant à un « compte spécial », sous conditions et en fonction des pièces produites. Près de 40 % des dépenses de prestations liées à des maladies professionnelles sont imputées au compte spécial (930 M€ en 2017). En 2017, la part des frais des maladies professionnelles relevant des tableaux 30 et 30 bis (affections provoquées par la poussière d'amiante et cancers dus à l'amiante) reconnues en 2016 représentait 57 % des dépenses concernées⁴²².

Le droit positif ne définit pas de manière univoque la notion de dernier employeur ayant exposé le salarié⁴²³ et sa recherche peut s'avérer malaisée en pratique. En outre, dans le cas d'une succession juridique d'employeurs, l'imputation est soumise à des conditions supplémentaires⁴²⁴. En définitive, l'imputation au compte spécial prévaut à défaut de moyens juridiques et opérationnels suffisants pour organiser la coresponsabilité des employeurs successifs dans le temps. Malgré les efforts d'homogénéisation des pratiques des CARSAT engagés par la direction des risques professionnels de la CNAM, des disparités demeurent entre caisses⁴²⁵.

3 - Actualiser régulièrement la valorisation des dépenses prises en compte pour le calcul du taux brut

Une autre source de mutualisation, celle-là commune aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, tient à la décorrélation entre les dépenses de prestations versées par la branche et celles prises en compte pour calculer les taux bruts de cotisation. L'écart correspondant s'est en effet considérablement élargi : en 2016, 1,6 Md€ de prestations versées (dont 1,3 Md€ au titre des prestations d'incapacité permanente -, rentes et

⁴²² Pour ces mêmes affections, la part des dépenses de prestations imputée au compte spécial était de 68 % pour les cancers et de 65 % pour les autres affections.

⁴²³ Avant la date de première constatation médicale de symptômes ou de lésions.

⁴²⁴ Reprise d'au moins la moitié du personnel, exercice d'une activité similaire avec les mêmes moyens de production (art D. 242-6-17 du code de la sécurité sociale).

⁴²⁵ En 2017, au regard d'une moyenne nationale de 50,4 % (contre 70 % en 2015), les taux d'imputation au compte spécial des maladies liées à l'amiante s'élevaient de 35,9 % (CARSAT Nord Est) à 67,8 % (CARSAT Languedoc-Roussillon).

capitaux décès), soit 20 % du total, n'étaient pas imputées aux comptes des employeurs, mais supportées par la majoration de bouclage financier M2.

Si les dépenses versées excèdent par construction celles prises en compte pour déterminer les taux bruts de cotisation⁴²⁶, l'ampleur de l'écart traduit avant tout l'absence d'actualisation régulière des paramètres forfaitaires fixés en 1995, malgré la baisse de la sinistralité des maladies professionnelles déclarées et l'allongement de l'espérance de vie. Une révision récente de ces paramètres⁴²⁷ va réduire cet écart (jusqu'à 0,4 Md€ en 2021 s'agissant des prestations d'incapacité permanente). Pour l'avenir, leur actualisation régulière est indispensable.

C - Renforcer le signal prix de la tarification

Le dispositif de tarification est présumé favoriser la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles par les employeurs de salariés, mais ses effets précis sur leur sinistralité sont peu documentés. Ce constat invite à approfondir les voies d'amélioration de la santé au travail, notamment à l'échelle de l'entreprise et du domaine d'activité. Au-delà des mesures précitées visant à corriger les principaux biais du dispositif de tarification, il convient de mettre en œuvre des mécanismes plus incitatifs à la prévention des risques professionnels.

⁴²⁶ Elles intègrent les incidences d'évolutions de la situation des assurés qui n'ont plus de conséquences en tarification depuis la réforme de 2010 : révisions de taux d'incapacité permanente, rentes accordées à la suite de rechutes non imputables à l'employeur, capitaux liés à des décès survenus après que la situation médicale des assurés a été consolidée.

⁴²⁷ Arrêté du 22 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 16 octobre 1995.

Un préalable à toute incitation accrue à la prévention des AT-MP : continuer à circonscrire les allègements sur les cotisations AT-MP

Les accidents du travail et maladies professionnelles affectent davantage les ouvriers et employés dotés de rémunérations faibles ou moyennes⁴²⁸. Dès lors, l'application aux cotisations AT-MP des allègements généraux de cotisations ciblés sur les niveaux de salaires les plus faibles (jusqu'à 1,6 SMIC), en application des mesures visant à réduire le coût du travail, pourrait affaiblir le signal prix lié au taux de cotisation.

La législation modifiée dans le cadre du pacte de compétitivité de 2014⁴²⁹ prévoyait une imputation subsidiaire des allègements généraux sur les cotisations AT-MP, lorsque le montant de la réduction des cotisations dépassait celui pouvant être appliqué sur les autres cotisations et contributions à la charge des employeurs.

En application d'un arrêté, les URSSAF imputent une fraction minimale des allègements généraux sur les cotisations AT-MP (0,2 % du total), avec un effet mineur sur leur montant⁴³⁰.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a supprimé le principe d'imputation subsidiaire des allègements généraux aux cotisations AT-MP à compter de 2019, tout en maintenant le principe selon lequel ces allègements ne doivent pas réduire les cotisations à la charge d'un employeur en deçà de celles engendrées par l'application du taux brut⁴³¹.

Afin de ne pas affaiblir l'incitation donnée par les cotisations AT-MP à la prévention des risques professionnels, il convient que des dispositions réglementaires d'application continuent à n'imputer sur les cotisations AT-MP qu'une part minimale des allègements généraux de cotisations.

1 - Mieux prendre en compte la fréquence des sinistres

La direction des risques professionnels de la CNAM comme la littérature économique partagent l'analyse selon laquelle la fréquence des accidents et son atypie par rapport aux autres entreprises du même secteur, est la mesure la plus pertinente du niveau de risque auquel sont exposés les salariés d'une entreprise. Les évolutions récentes de la sinistralité des accidents du travail soulignent l'acuité de cet enjeu.

⁴²⁸ En 2016, 41 % des accidents du travail ont concerné des employés, 16,6 % des ouvriers non qualifiés, 33,3 % des ouvriers qualifiés et 7 % des cadres et des techniciens. 34 % des maladies professionnelles nouvellement constatées ont affecté des employés, 16 % des ouvriers non qualifiés, 41 % des ouvriers qualifiés et 8 % des cadres et techniciens. 50 % des rentes correspondent à des salaires annuels inférieurs ou égaux à 20 000 € et 90 % à des salaires annuels inférieurs ou égaux à 30 000 €.

⁴²⁹ Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

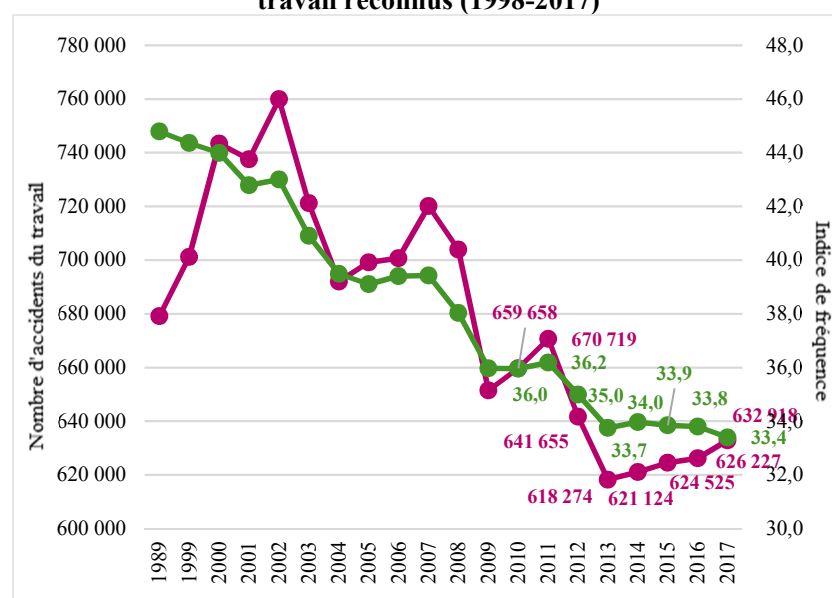
⁴³⁰ En 2017, 41,5 M€ d'allègements généraux ont été imputés aux cotisations AT-MP. Depuis l'interruption de l'affectation d'impôts et de taxes en 2016, la branche AT-MP prend intégralement à sa charge l'incidence des allègements généraux sur ses recettes, à travers la majoration de bouclage financier M2.

⁴³¹ Article L. 241-5 du code de la sécurité sociale modifié par la LFSS pour 2018.

Des accidents du travail qui ne se réduisent plus, après une décennie de décade

Après une réduction continue, la fréquence des accidents du travail stagne (33,4 pour 1 000 salariés en 2016) dans le contexte d'une augmentation modérée du nombre de salariés comme de celle des accidents.

Graphique n° 22 : nombre et fréquence des nouveaux accidents du travail reconnus (1998-2017)



Source : Cnam/DRP.

En 2016, 600 accidents du travail se sont produits pour chaque heure travaillée en moyenne⁴³². Le nombre de journées de travail perdues pour incapacité temporaire, au nombre de 40,6 millions, a fortement progressé⁴³³.

La fréquence des accidents du travail varie fortement en fonction du domaine d'activité : le CTN B (BTP) et le CTN I (services) ont des fréquences respectivement deux fois et de l'ordre de 35 à 40 % supérieures à la moyenne. Le BTP présente un indice de gravité deux fois et demie supérieur à l'indice moyen, tous CTN confondus. Les services à la personne enregistrent 94,6 accidents du travail pour 1 000 salariés, soit près de trois fois plus que la moyenne. Entre 2015 et 2016, la fréquence des accidents subis par des intérimaires a augmenté de 7,8 %.

Les années 2014 à 2016, premières années de plein effet de la réforme des seuils de tarification de 2010, ne marquent pas de rupture de tendance⁴³⁴. En 2016 comme en 2011, la sinistralité était surreprésentée parmi les entreprises à tarification mixte. À l'inverse, la fréquence des accidents a diminué dans les entreprises de moins de 20 salariés.

Afin d'inciter plus fortement à la prévention, le système de tarification devrait mieux prendre en compte la fréquence des sinistres qu'il ne le fait aujourd'hui.

Ainsi, le calcul du taux de cotisation devrait prendre en compte cette fréquence lorsque cela n'est pas le cas (entreprises de moins de 10 salariés en tarification collective).

En outre, le taux de cotisation devrait être majoré lorsque la fréquence des sinistres d'une entreprise est anormalement élevée au regard de celle des autres entreprises d'un même CTN, au cours d'une même année ou durant plusieurs années consécutives (ensemble des entreprises).

Dans le même cas de figure, les coûts moyens des classes d'accidents les plus fréquents devraient être surpondérés (entreprises en tarification individuelle ou mixte).

De fait, la sinistralité est fortement concentrée : ainsi, 6 % des 144 000 établissements relevant d'entreprises de 10 à 19 salariés (en tarification collective et pour lesquelles un mécanisme de « prime-signal » entrera en vigueur en 2022⁴³⁵), soit près de 9 000 établissements - dont 43 % relèvent du BTP -, ont été à l'origine de 37 % des sinistres des entreprises de cette taille au cours des trois dernières années. Au regard de cette concentration, la tarification a moins vocation à retracer l'exactitude des coûts qu'à être en elle-même un outil efficace d'incitation, en remédiant aux fréquences atypiques de sinistres.

⁴³² Par nature d'accident, la manutention manuelle est à l'origine de 53 % des accidents, suivie des chutes de plain-pied (13 %) et de hauteur (12 %) et de l'utilisation d'un outillage à main (9 %).

⁴³³ +8,3 % par rapport à 2013 (où il s'élevait à 37,5 millions).

⁴³⁴ En 2016, l'indice de fréquence des accidents du travail était de 25 pour 1 000 salariés dans la tranche de 0 à 9 salariés, de 39 pour 1 000 dans celle de 10 à 19 salariés, de 46 dans celle de 20 à 49 salariés et à 45 dans celle de 50 à 99 salariés. Il fléchit à 40 pour 1 000 salariés dans les entreprises de 100 à 149 salariés, à 39 dans celles de 150 à 199 salariés et à 30 dans celles de 200 salariés et plus.

⁴³⁵ Voir I – B – 2 – c) *supra*.

2 - Renforcer l'efficacité des dispositifs accessoires au calcul du taux de cotisations

Les CARSAT peuvent appliquer des cotisations supplémentaires⁴³⁶ afin de sanctionner les entreprises n'ayant pas pris les mesures de prévention nécessaires après une injonction préalable des services de prévention de la branche (1 295 en 2017), ou accorder des ristournes⁴³⁷ sur le taux de cotisation afin de les gratifier de mesures spécifiques de prévention des risques liés aux accidents du travail ou de trajet qu'elles mettent en œuvre.

Toutefois, ces dispositifs de bonus-malus donnent lieu à une application très restreinte (1 055 cotisations supplémentaires notifiées pour 9 M€ en 2016, entre 1 100 ristournes pour 17,2 M€ en 2017), très concentrée sur quelques domaines d'activité⁴³⁸ et hétérogène selon les régions. Le mécanisme de cotisations supplémentaires après injonction devrait être plus largement appliqué. En revanche, il pourrait être mis fin à celui des ristournes, dont l'efficacité n'est pas démontrée.

Par ailleurs, les CARSAT peuvent accorder aux entreprises des avances (contrats de prévention, 28,6 M€ en 2017) ou des subventions (aides financières simplifiées, 53,8 M€ en 2017) visant à accompagner leurs actions spécifiques ou projets d'investissement en matière de prévention. Dans l'un et l'autre cas, leur contribution à la décision de l'entreprise est peu documentée et la diffusion des bonnes pratiques que ces aides sont censées favoriser n'est pas démontrée. Une évaluation précise de ces instruments apparaît dès lors nécessaire préalablement à leur renforcement éventuel, afin d'éviter qu'ils ne procurent des effets d'aubaine sans incidence notable sur la sinistralité des entreprises.

⁴³⁶ Majorations d'une durée variable, pouvant atteindre 25 %, 50 % ou 200 %.

⁴³⁷ Les ristournes « travail » concernent les entreprises à tarification collective et mixte et correspondent à une déduction maximale de 25 % de la part du taux brut dans le taux net de l'établissement. Les ristournes « trajet » correspondent à une réduction du taux net de cotisation (minoration, comprise entre 25 et 87,7 %, de la majoration M1).

⁴³⁸ La métallurgie concentre 85 % des ristournes et le BTP 60 % des majorations.

3 - Mieux responsabiliser les entreprises recourant à l'intérim ou à la sous-traitance sur site

Aux termes des articles L. 241-5-1 et R. 242-6-1 du code de la sécurité sociale, la valeur du risque⁴³⁹ est partagée entre l'entreprise de travail temporaire (deux tiers) et l'entreprise utilisatrice (un tiers). Or l'organisation du travail dépend principalement de l'entreprise utilisatrice, intégralement responsable de l'environnement et de l'organisation du travail imposés au salarié de l'entreprise de travail temporaire.

Dès lors, la répartition du risque devrait être rééquilibrée en faisant supporter la moitié de la valeur du risque par l'entreprise utilisatrice. À cet égard, l'argument contraire faisant valoir une atténuation du signal prix, du fait de la redistribution de la valeur du risque vers un nombre d'entreprises utilisatrices supérieur à celui des entreprises de travail temporaire, ne saurait justifier le *statu quo* : c'est bien en déplaçant une fraction de taux - donc en augmentant le taux de cotisation, toutes choses égales par ailleurs, de l'entreprise utilisatrice -, que le dispositif pourrait être rendu plus cohérent, en prenant mieux en compte les responsabilités de chacun.

La sous-traitance sur site soulève une question voisine. Les règles de tarification en vigueur ne permettent pas de l'appréhender et la branche n'est pas en mesure d'évaluer la sinistralité qui lui est liée. L'entreprise commanditaire est ainsi encouragée par le système de tarification à externaliser le risque. La déclaration d'accident du travail devrait être enrichie d'une précision relative aux missions effectuées dans le cadre d'un contrat de sous-traitance sur site et la valeur du risque partagée entre sous-traitant et donneur d'ordre lorsque le sous-traitant travaille sur site⁴⁴⁰.

⁴³⁹ S'agissant du capital représentatif de la rente ou du capital correspondant à un accident mortel, pour les sinistres les plus graves (incapacité permanente supérieure à 9 % et accidents mortels).

⁴⁴⁰ Qu'il s'agisse des locaux du donneur d'ordre ou d'un site désigné par ce dernier, et quel que soit le maître d'ouvrage, s'agissant de la construction.

4 - Réorienter la tarification des maladies professionnelles vers une approche plus préventive

La prise en compte des maladies professionnelles dans le cadre de la tarification des risques professionnels se heurte à une double difficulté : leur effet est différé dans le temps dans une mesure variable et l'imputation d'une maladie au compte employeur conduit à un ressaut financier significatif, venant sanctionner le passé.

La tarification est ainsi demeurée, par défaut, un instrument de réparation, s'accompagnant de compromis explicites (compte spécial, écrêtements, fonds « amiante ») ou implicites (sous-déclaration, contentieux), qui réduisent sa dimension préventive à la portion congrue en exonérant les employeurs de leur responsabilité passée et présente. Les entreprises ayant maintenu leur organisation et conservé leurs salariés se voient imputer des cotisations plusieurs années (voire décennies) après l'exposition au risque, même si cette dernière (cas de l'amiante) a entre-temps cessé. À l'inverse, pour les entreprises ayant procédé à des restructurations ou à des licenciements, ces dépenses sont imputées au compte spécial et leur financement est mutualisé.

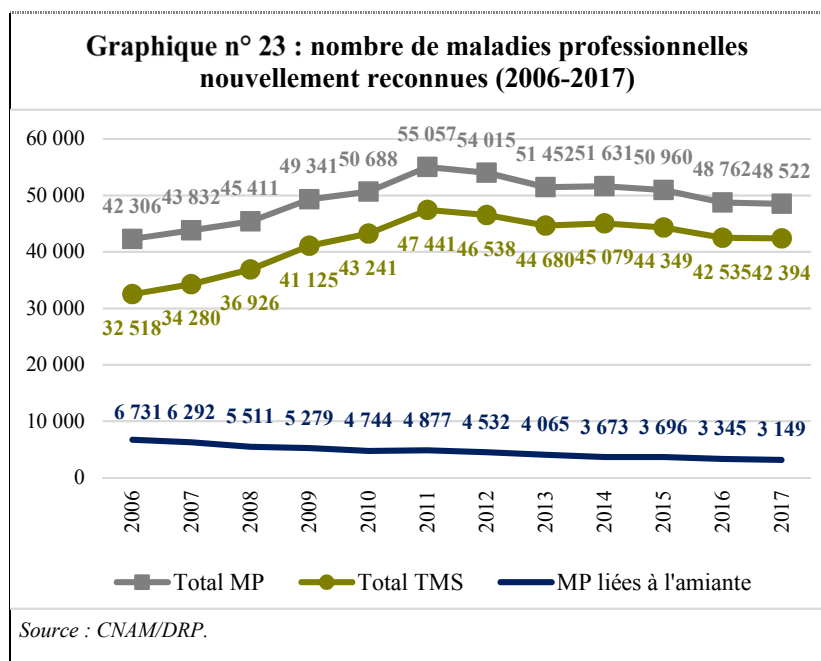
Des maladies professionnelles en recul, des situations contrastées

Depuis 2012, le nombre de maladies professionnelles prises en charge en premier règlement⁴⁴¹ diminue, de même que le nombre de décès leur étant imputés⁴⁴². Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent l'écrasante majorité des pathologies (87 %). Celles liées à l'amiante (moins de 7 % du total) reculent continûment, tandis que les cancers hors amiante (369 en 2016) augmentent. Par ailleurs, les pathologies psychiques prises en charge concernent des effectifs réduits (596 avis favorables en 2016).

Lorsque le secteur d'activité est identifié et l'imputation à une section d'établissement effectuée, 13 % des maladies professionnelles relèvent du CTN A (métallurgie), 7 % du CTN B (BTP) et 4 % du CTN E (chimie notamment), en moyenne sur la période 2011-2015.

⁴⁴¹ 48 762 maladies en 2016, en recul de 4,3 % par rapport à 2015.

⁴⁴² 382 décès imputés aux maladies professionnelles en 2016, contre 523 en 2012.



Dans le même temps, les risques futurs liés à la pénibilité⁴⁴³ n'ont que tardivement été pris en compte, à l'occasion de la réforme des retraites de 2014. Une part limitée de ces facteurs de risque professionnels et le financement des droits correspondants sont désormais mutualisés dans le cadre de la majoration M4, tandis que leurs effets futurs continueront majoritairement à relever des autres majorations.

Dans tous les cas, un financement mutualisé, non ciblé et de faible montant, ne réunit aucune des conditions nécessaires à une tarification incitative⁴⁴⁴. L'enjeu est, dans ces conditions, de se doter d'un dispositif permettant d'infléchir, effectivement et en temps utile, les pratiques de production et les organisations du travail susceptibles d'engendrer des maladies professionnelles.

⁴⁴³ La pénibilité se caractérise par une exposition du travailleur à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif ou certains rythmes de travail.

⁴⁴⁴ Les analyses économétriques effectuées par l'IRDES montrent notamment que des résultats tangibles en matière de prévention sont observés lorsque des mesures d'imputation plus strictes aux comptes employeurs sont effectuées. Voir ainsi « *Incidence of Musculoskeletal Disorders and related absences* », Pascale Lengagne, Anissa Afrite, IRDES, 2015.

À cet égard, la déclaration annuelle de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN)⁴⁴⁵, au titre du compte professionnel de prévention, constitue un outil partiel mais intéressant pour réunir des données en nombre et piloter les politiques de prévention attachées à ces risques. Pour les autres facteurs de risque⁴⁴⁶, faute à ce jour d'une collecte de données relatives à la pénibilité qui permettrait de tarifier au moment où l'exposition à la maladie professionnelle peut être prévenue et non lorsqu'elle se matérialise, une mutualisation par domaine d'activité pourrait être envisagée.

Alors que 40 % des dépenses de prestations liées à des maladies professionnelles sont mutualisées par leur inscription au compte spécial, la mutualisation des maladies professionnelles à effet différé au sein de chaque CTN et non plus dans le cadre national interprofessionnel du compte spécial, favoriserait l'introduction de normes plus efficaces et la recherche de meilleures pratiques dans les domaines d'activité les plus concernés et réduirait les reports de charges vers les autres.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles subis par les salariés du secteur privé remplit pleinement sa mission de financement des dépenses liées à des sinistres, en assurant l'équilibre financier de la branche des AT-MP sur le moyen terme, sans constitution de dette sociale. En revanche, elle mutualise trop fortement, à différents titres et niveaux, les sinistres entre les entreprises, au détriment de sa mission de prévention.

Ainsi, la mutualisation excessive des dépenses liées aux maladies professionnelles dans le cadre national interprofessionnel du compte spécial et la prise en compte seulement partielle des dépenses liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles pour calculer les taux de cotisation, à défaut d'une actualisation régulière de la valeur de leurs paramètres, concourent à ce que les majorations de taux uniformes pour toutes les entreprises dans le cadre national constituent une part prépondérante des taux de cotisation.

⁴⁴⁵ Les facteurs de pénibilité identifiés et pris en compte pour partie dans le nouveau compte personnel de prévention en fonction de seuils fixés par décret sont les suivants : travail en milieu hyperbare, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif (répétition d'un même geste, à une fréquence élevée et sous cadence contrainte), températures extrêmes et bruit.

⁴⁴⁶ Manutention manuelle de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques, agents chimiques dangereux.

Si la mutualisation du financement des sinistres dans le cadre d'un même secteur d'activité, totale pour les entreprises de petite taille (tarification collective) et partielle pour celles de taille intermédiaire (tarification mixte), est légitime dans son principe, les taux ne prennent pas du tout (entreprises de moins de 10 salariés) ou insuffisamment en compte la fréquence des sinistres quand celle-ci est anormalement élevée au regard de la moyenne des entreprises du même domaine d'activité (ensemble des autres entreprises).

Plusieurs secteurs d'activité bénéficient par ailleurs de mécanismes dérogatoires aux règles générales de tarification, qui conduisent à mutualiser les dépenses liées aux sinistres dans le cadre de groupements ad hoc avec d'autres secteurs, ou dans le cadre national. De surcroît, la tarification individuelle à l'échelle de l'établissement (ou de la section d'établissement) favorise des pratiques d'optimisation internes aux entreprises qui limitent les variations de taux de cotisation à la suite de sinistres, tandis que celles qui recourent au travail temporaire ou à la sous-traitance sur site sont insuffisamment responsabilisées.

Enfin, les difficultés et les coûts de gestion inhérents à la complexité des règles de tarification, même en se bornant aux règles générales et aux responsabilités administratives multiples que met en jeu le processus de tarification, sont alourdis par des outils informatiques peu performants.

Après les évolutions de 2010 et celles mises en œuvre en application de la COG 2014-2017, la branche AT-MP doit donc engager des réformes visant à réduire la sinistralité des risques professionnels et les dépenses de prestations qui en résultent, au moyen d'incitations micro-économiques plus lisibles et efficaces, qui valorisent la responsabilité sociale de l'employeur et contribuent à améliorer la santé au travail, en acceptant les transferts de charges entre secteurs d'activité et catégories d'entreprises qui pourraient en résulter.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

27. continuer de circonscrire par la voie réglementaire la part des allègements généraux de cotisations imputée sur les cotisations AT-MP ;

28. en tarification individuelle et mixte, fixer les taux de cotisation AT-MP par code risque au sein de chaque entreprise et non plus par section d'établissement ;

29. mettre fin aux exceptions aux règles générales de tarification dont bénéficient les secteurs d'activité relevant de certains codes risque (groupements financiers, application dérogatoire de taux collectifs, abattements sur les coûts moyens) ou redéfinir ces exceptions afin d'en fiabiliser l'application (fonctions support) ;

30. rendre la tarification plus incitative à la prévention des accidents du travail, en majorant les taux de cotisation lorsque l'entreprise présente une sinistralité anormalement élevée dans son domaine d'activité et en surpondérant les coûts moyens pour les classes d'accidents les plus fréquents ;

31. rendre la tarification plus incitative à la prévention des maladies professionnelles, en circonscrivant l'utilisation du compte spécial et en mutualisant les maladies à effet différé par domaine d'activité et non plus dans le cadre national interprofessionnel du compte spécial ;

32. comprimer la part des dépenses liées à des accidents du travail et à des maladies professionnelles non prises en compte dans le calcul des taux bruts de cotisation, en actualisant régulièrement les coefficients forfaitaires de valorisation des prestations d'incapacité permanente ;

33. rééquilibrer le partage de la valeur du risque entre les entreprises de travail temporaire et celles recourant à l'intérim et partager cette même valeur entre les entreprises donneuses d'ordre et celles sous-traitantes travaillant sur site ;

34. accroître la fiabilité et l'efficacité du processus de tarification des risques professionnels, en investissant dans l'amélioration de la performance des systèmes d'information qui y concourent.

Quatrième partie

Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale

Chapitre IX

**La déclaration sociale nominative :
une première étape réussie,
une nouvelle impulsion nécessaire**

PRÉSENTATION

La déclaration sociale nominative (DSN) est une déclaration sociale et fiscale instaurée par la loi du 22 mars 2012 sur la simplification du droit. Elle vise à substituer une seule déclaration mensuelle de l'employeur, produite directement à partir des données de la paie, à 21 formalités qui, auparavant, devaient être effectuées auprès de plusieurs organismes de manière généralement distincte, parfois redondante et à des échéances non coordonnées (mensuelles, trimestrielles ou annuelles). La DSN répond ainsi au principe « dites-le nous une fois », énoncé par la loi précitée et en vertu duquel les administrations ne peuvent demander une seconde fois des données déjà obligatoirement déclarées à l'une d'entre elles.

Après une montée en charge progressive à partir de début 2015, l'utilisation obligatoire de la DSN a été généralisée aux entreprises du secteur privé employant des salariés qui relèvent du régime général au 1^{er} janvier 2017 et aux entreprises du régime agricole au 1^{er} avril 2017, ce qui a conduit à achever le mouvement de dématérialisation obligatoire de la déclaration des prélèvements sociaux⁴⁴⁷. Ainsi, en mars 2018, 1,6 million d'entreprises comptant 19,8 millions de salariés accomplissaient leurs obligations sociales par la voie de la DSN. Pour leur part, les trois fonctions publiques n'ont pas encore été intégrées à ce dispositif. Les particuliers employeurs, qui déclarent généralement leurs aides à domicile dans le cadre de dispositifs simplifiés⁴⁴⁸, n'ont pas vocation à le rejoindre.

Dans une précédente enquête, la Cour avait souligné le potentiel de simplification de la DSN pour les entreprises et, grâce à l'exploitation des données individuelles des salariés, d'amélioration de l'exercice de leurs missions par les organismes sociaux⁴⁴⁹. Un peu plus d'un an après sa généralisation aux entreprises et alors que les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches du régime général ont été conclues, elle en dresse un premier bilan⁴⁵⁰.

⁴⁴⁷ L'obligation de télédéclaration des prélèvements sociaux avait été instaurée au 1^{er} juillet 2007 pour les entreprises déclarant au moins 800 000 € de prélèvements. Progressivement abaissé par la suite, ce seuil s'élevait encore à 20 000 € en 2015.

⁴⁴⁸ Chèque emploi service universel (CESU) ou PAJEmploi pour les titulaires de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

⁴⁴⁹ Cour des comptes, *Rapport public thématique, Simplifier la collecte des prélèvements versés par les entreprises*, juillet 2016, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁵⁰ La Cour n'a pas examiné la contribution de la DSN à la mise en place du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu au 1^{er} janvier 2019. L'employeur communiquera à la DGFIP via la DSN le salaire net imposable du salarié et, en retour, la DGFIP transmettra par ce même canal le taux d'imposition applicable aux revenus du salarié.

Si la généralisation de la DSN aux entreprises du secteur privé est en voie d'achèvement sans incident notable (I), une nouvelle impulsion doit être donnée pour exploiter pleinement cet outil de simplification des déclarations et de fiabilisation du recouvrement des prélèvements sociaux et du paiement des prestations sociales (II).

I - Une généralisation en voie d'achèvement pour les entreprises du secteur privé

La DSN répond à un objectif de simplification pour les entreprises et pour les organismes de protection sociale qui s'est traduit par la substitution d'une seule déclaration mensuelle à plusieurs formalités antérieures, grâce à l'extraction directe des données sociales depuis les logiciels de paie. L'outil ainsi créé est le produit de plusieurs années de tâtonnements et d'une démarche concertée. Un déploiement en plusieurs phases a débouché au cours de l'année 2017 sur une généralisation sans incident notable à la quasi-totalité des entreprises du secteur privé employant des salariés. Le dispositif ainsi mis en œuvre ne sera toutefois complet qu'une fois intégrées les dernières fonctionnalités prévues qui lui font encore défaut.

A - Une déclaration mensuelle unique issue directement des données des logiciels de paie

La DSN a procédé initialement d'un double constat : le foisonnement des obligations déclaratives, générateur de coûts de gestion pour les entreprises et de risques d'erreurs ou de fraudes ; la persistance de déclarations sur support papier, en particulier pour les déclarations de salaires pour les indemnités journalières (DSIJ). La mise en place du nouvel outil a visé une réduction des formulaires déclaratifs et une généralisation de la transmission automatisée des données sociales.

1 - Une déclaration se substituant à la plupart des déclarations sociales

À ce jour, 29 déclarations, intervenant à des périodicités diverses pour des organismes différents, ont été intégrées à la DSN.

Les déclarations remplacées par la DSN

Outre la déclaration annuelle des données sociales unifiée (DADS-U)⁴⁵¹, qui requerrait chaque début d'année la transmission des effectifs employés et des salaires versés afin notamment de renseigner les droits des salariés, les déclarations remplacées relèvent de cinq catégories :

- 15 déclarations visant la collecte des prélèvements sociaux par les URSSAF (déclaration unifiée de cotisations sociales « DUCS URSSAF » ou bordereau récapitulatif de cotisations - BRC - et tableau récapitulatif annuel - TR), le régime agricole (bordereau de versement mensuel et déclaration trimestrielle des salaires), trois régimes spéciaux de sécurité sociale (déclarations mensuelle et annuelle pour les industries électriques et gazières et les études notariales, déclaration mensuelle et déclaration d'affiliation et de radiation pour la SNCF⁴⁵²) et les régimes légalement obligatoires de retraite complémentaire des salariés (« DUCS AGIRC-ARRCO » dans le cas général, agents non titulaires des administrations publiques et aviation civile⁴⁵³) ;

- les déclarations d'affiliation et de cotisations ou primes d'assurance et les déclarations de radiation aux mutuelles, aux sociétés d'assurance et aux institutions de prévoyance, ainsi que le certificat d'emploi pour un groupement de protection sociale (Audiens) ;

- quatre déclarations ayant pour objet le versement de prestations sociales : l'attestation de l'employeur destinée à permettre au salarié de faire valoir ses droits aux allocations de chômage (AE), l'attestation de salaire pour le versement des indemnités journalières liées à des arrêts

⁴⁵¹ Y compris une déclaration fiscale annexe à la DADS-U, celle des honoraires, commissions, courtages, ristournes commerciales, droits d'auteur versés à des tiers (DAS2).

⁴⁵² Caisses nationale et d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CNIEG et CAMIEG), de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRP-SNCF) et de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN).

⁴⁵³ Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC) et caisse de retraite complémentaire du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRCPNPAC).

de travail (DSIJ), l'attestation de l'employeur spécifique pour les contrats à durée déterminée (CDD) d'usage et le relevé mensuel de mission (RMM) pour le calcul des droits des salariés intérimaires ;

- deux déclarations retraçant l'évolution des contrats de travail à des fins statistiques : la déclaration mensuelle de main d'œuvre (DMMO) et l'enquête trimestrielle sur les mouvements de main d'œuvre (EMMO).

L'intégration de deux autres formalités à la DSN était prévue, mais n'a pas été effectuée à ce jour. Elles concernent les prélèvements versés à la caisse centrale des vendeurs, représentants et placiers (CVRP) et à la caisse des congés intempéries du bâtiment et des travaux publics.

Par ailleurs, d'abord intégrée à la DSN, la déclaration des établissements aux fins d'assurer la répartition de la cotisation sur la valeur ajoutée (CVAE) entre les collectivités locales attributaires de ce prélèvement fiscal en a été retirée en 2018.

Dans le cas d'une entreprise du régime général n'employant pas de salarié intérimaire, la DSN se substitue ainsi à dix déclarations périodiques et à deux déclarations liées à des événements non récurrents (AE et DSIJ).

2 - Une nouvelle architecture déclarative fondée sur l'échange de données informatisé

La DSN est une déclaration mensuelle, directement issue du logiciel de paie et transmise uniquement par voie dématérialisée⁴⁵⁴.

Les entreprises relevant du régime général - ou leur mandataire, notamment les experts-comptables - transmettent mensuellement toutes les données concourant au calcul des prélèvements sociaux à l'issue de la liquidation de la paie, *via* un « message » adressé à un point d'accès unique, le portail www.net-entreprises.fr, auquel elles doivent préalablement être inscrites. Les entreprises du régime agricole (ou leur mandataire) déposent quant à elles leurs déclarations sur le portail www.msa.fr.

⁴⁵⁴ Selon le procédé de l'échange de données informatisé (EDI), qui prend la forme d'un envoi de fichier de données. Les entreprises ne peuvent plus télédéclarer les données sociales selon le procédé dit d'échange de formulaire informatisé (EFI), c'est-à-dire par une saisie en ligne sur internet.

Les employeurs ou leurs experts-comptables transmettent également des « signalements événementiels » : un arrêt ou une reprise de travail à la suite d'un arrêt maladie, maternité ou paternité ; l'interruption d'un contrat de travail de plus d'un mois.

La DSN mensuelle doit être transmise au plus tard le 5 du mois pour les entreprises d'au moins 50 salariés dont la paie est effectuée au cours du même mois que la période de travail et le 15 pour les employeurs de moins de 50 salariés ainsi que ceux de 50 salariés et plus en décalage de paie. Cette périodicité marque un changement important pour les employeurs, notamment pour ceux de moins de dix salariés qui avaient auparavant la faculté de déclarer les prélèvements sociaux à un rythme trimestriel. Ces employeurs conservent néanmoins la faculté, sur option de leur part, de verser les sommes dues selon une périodicité trimestrielle⁴⁵⁵.

En revanche, certaines informations conservent dans le cadre de la DSN leur périodicité déclarative antérieure⁴⁵⁶.

Les signalements d'événements - par exemple une rupture de contrat de travail - doivent être adressés dans un délai de cinq jours à compter de leur connaissance par l'employeur, à l'exception des indemnités journalières subrogées, transmises dans la DSN mensuelle.

Selon la nature des données et des organismes qui en sont destinataires, les données sont distribuées par l'ACOSS ou par la CNAV (régime général), ou bien par la MSA (régime agricole).

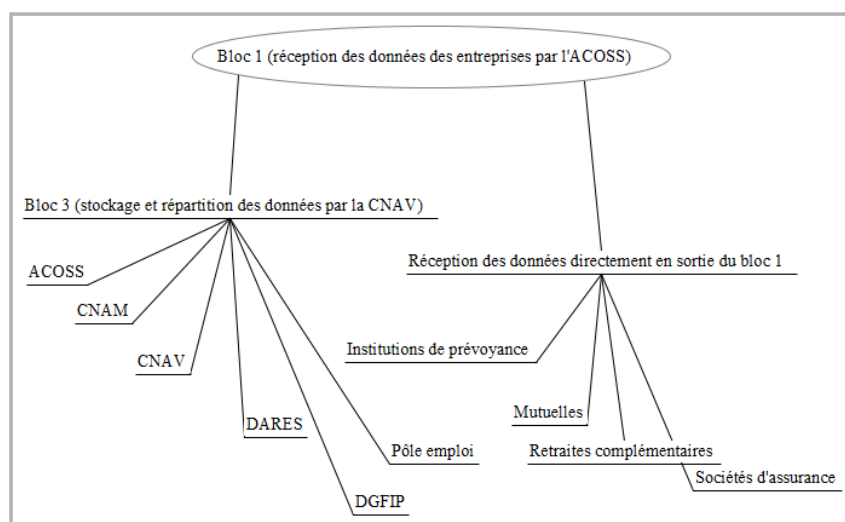
S'agissant des entreprises relevant du régime général, le portail www.net-entreprises.fr transmet les données reçues à l'ACOSS. Cet organisme effectue de premiers contrôles sur les données dites de « bloc 1 ». Il transmet à son tour les données à la CNAV qui réalise des contrôles de deuxième niveau, puis affecte les données qui les concernent, dites de « bloc 3 », à l'ACOSS, à la CNAM, à la DARES, à la DGFIP, à Pôle emploi et à elle-même (données propres à sa mission « retraite »). Par ailleurs, l'ACOSS transmet directement à l'AGIRC-ARRCO et aux autres organismes de protection sociale complémentaire les données qui leur sont destinées.

Pour les entreprises du régime agricole, la MSA reçoit directement les données du portail www.msa.fr, puis les traite et recouvre les prélèvements sociaux, y compris ceux liés aux retraites complémentaires et à la prévoyance.

⁴⁵⁵ Cette option est également possible pour les employeurs de moins de 11 salariés.

⁴⁵⁶ Comme les informations de l'ex-DAS2, déclarées une fois par an dans la DSN.

Schéma n° 3 : circuit simplifié des données de la DSN pour les entreprises relevant du régime général ⁴⁵⁷



Source : Cour des comptes.

B - Un déploiement progressif

La DSN actuelle est le produit de plusieurs années de tâtonnements au cours desquelles l'État a réorienté un projet mal engagé. Sa mise en œuvre a été pilotée de manière duale, entre un responsable de maîtrise d'ouvrage nommé par l'État et une maîtrise d'ouvrage opérationnelle confiée à un GIP réunissant l'ensemble des acteurs concernés. À dessein, il a été décidé une montée en charge progressive afin d'écarter les risques inhérents à tout « big bang » informatique.

⁴⁵⁷ Plusieurs régimes de retraite de base ou complémentaire et, le cas échéant, maladie et AT-MP propres à certaines professions ont également été intégrés à la DSN en 2017 : CAMIEG, CNIEG, CPRP-SNCF, CRCNPAC, CRPCEN et IRCANTEC. Par ailleurs, les « blocs » stockent les données préalablement à leur affectation aux organismes qui en sont destinataires ; en définitive, il n'a pas été créé de bloc 2 pour les organismes de protection complémentaire.

1 - Un projet déjà ancien réorienté sous l'impulsion de l'État

L'objectif de simplification liée à la dématérialisation des documents déclaratifs est à l'origine de la création, dès 2000, du groupement d'intérêt public pour la modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS). Celui-ci a progressivement mis en place un portail, www.net-entreprises.fr, qui est aujourd'hui la porte d'entrée de la DSN.

La conception de la DSN s'est appuyée sur l'existence d'un vecteur déclaratif antérieur : obligatoire depuis 1947, la déclaration annuelle des salaires devenue la déclaration annuelle des données sociales (DADS) comprend pour chaque établissement le montant des salaires bruts versés, les effectifs, une liste nominative des salariés et le montant de leurs rémunérations.

La collecte des données des prélèvements sociaux sur une base mensuelle étant entretemps devenue un nouvel objectif à atteindre, les acteurs du GIP-MDS ont proposé en 2009 une première version de la DSN. Le nouvel outil devait permettre d'effectuer des déclarations mensuelles à partir des données de la paie. Toutefois, il ne permettait pas de transmettre directement les données du logiciel de paie, ce qui aurait contraint les employeurs à ressaisir les données de la paie, ni ne prévoyait de réduction du nombre de données à déclarer par rapprochement entre données similaires. En outre, il n'incluait pas la possibilité du paiement. Un rapport des inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF) de mars 2011⁴⁵⁸ a dès lors invité les pouvoirs publics à infléchir le projet au motif qu'il ne répondait pas à l'objectif de simplification recherché.

Un nouveau chantier a été ouvert à partir de 2012, en capitalisant une partie des travaux accomplis avant cette date. Il a certes allongé significativement les délais de mise en œuvre de la DSN, mais a permis de renforcer la cohérence du projet et sa portée simplificatrice pour les entreprises et leurs mandataires, tiers déclarants.

⁴⁵⁸ IGF-IGAS 2010-M-075, *Rapport sur la mise en œuvre de la nouvelle norme des déclarations annuelles de données sociales et les conditions de mise en œuvre d'une déclaration sociale nominative*, mars 2011.

Une gouvernance duale du projet qui est parvenue à mobiliser les acteurs concernés

Le rapport de l'IGAS et de l'IGF précité critiquait une orientation excessive du projet initial vers les attentes particulières de chaque organisme de protection sociale, au détriment de l'objectif de simplification.

Afin de « garantir l'alignement des travaux par rapport aux objectifs et surmonter les réticences et divergences entre organismes », le choix a dès lors été fait de partager la conduite du projet entre deux entités. D'une part, une maîtrise d'ouvrage stratégique (MOAS), interministérielle, était appelée à porter les objectifs de l'État dans un champ qui dépasse celui de la protection sociale et à rompre avec les habitudes de travail « en silo » des organismes de protection sociale. D'autre part, la maîtrise d'ouvrage opérationnelle du projet était confiée au GIP-MDS.

Ce double pilotage a fonctionné de manière plutôt efficace dans la phase de construction de l'outil, bien que le responsable de la MOAS n'ait pas été désigné par un texte réglementaire. Ce sont des lettres de mission successives des ministres chargés de la santé et du budget qui ont en effet défini sa feuille de route. Ce même responsable a été nommé en qualité de président du comité de normalisation des données sociales et de leurs échanges (CNDS), créé par un décret du 16 avril 2012. Il a cependant fallu attendre le décret du 5 mai 2017 relatif à la création d'une mission interministérielle chargée du pilotage et de la mise en œuvre de la DSN pour que cette enceinte reçoive une reconnaissance réglementaire.

Le GIP-MDS a, de son côté, joué un rôle moteur dans l'élaboration du projet. Outre l'expertise technique dont il dispose, il présente l'avantage de réunir tous les acteurs de la protection sociale, qu'elle relève de la sécurité sociale ou de conventions entre les partenaires sociaux, les fédérations patronales et les confédérations de salariés, ainsi que les éditeurs de logiciels et les experts comptables.

Ce mode de gouvernance a favorisé une approche concertée, tout en mettant en lumière la nécessité pour l'État d'exercer fermement sa capacité à faire prévaloir des objectifs d'intérêt général.

2 - Un outil étendu par étapes à toutes les entreprises et à la plupart des déclarations sociales

La loi relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives du 22 mars 2012 avait prévu une montée en charge de la DSN sur une période de près de quatre ans. Ainsi, toutes les entreprises devaient obligatoirement utiliser la DSN au plus tard le 1^{er} janvier 2016. Compte tenu des délais de prise de décision des pouvoirs publics quant aux spécifications de la norme de la DSN, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a dû reporter cette échéance de 18 mois, « au plus tard au 1^{er} juillet 2017 ».

La généralisation de l'utilisation obligatoire de la DSN a reposé sur un double mouvement d'élargissement du périmètre des entreprises assujetties à cette obligation, d'une part et des déclarations intégrées à ce nouveau vecteur d'autre part, selon des calendriers pour partie concomitants.

La DSN a été instaurée, puis généralisée sous la forme d'une obligation d'utilisation en quatre étapes fixées par décret :

- à partir du 29 mars 2013, les entreprises volontaires ont pu l'utiliser ;
- à compter d'avril 2015, une obligation de déclaration a été instaurée pour les entreprises redevables d'au moins 2 M€ de prélèvements sociaux au titre de 2013, ou 1 M€ en cas de recours à un tiers déclarant agissant pour un volume de prélèvements sociaux d'au moins 10 M€ ;
- à compter de la paie de juillet 2016, le premier seuil a été abaissé à 50 000 € au titre de l'année 2014 et le second supprimé, l'ensemble des entreprises recourant à un tiers déclarant agissant pour un volume de prélèvements sociaux égal ou supérieur à 10 M€ étant désormais tenues d'intégrer la DSN ;
- depuis la paie de janvier 2017, toutes les entreprises relevant du régime général employant des salariés doivent utiliser la DSN. C'est également le cas depuis la paie d'avril 2017 pour les entreprises relevant du régime agricole.

Les données collectées auparavant dans le cadre de déclarations distinctes ont été intégrées à la DSN en trois phases :

- pendant la phase 1 du projet, de 2013 à 2014, la DSN s'est substituée à cinq déclarations dont l'attestation de l'employeur (AE) et la déclaration des salaires pour les indemnités journalières (DSIJ) ;
- au cours de la phase 2, de 2015 à 2016, la DSN a intégré quatre formalités supplémentaires, dont les déclarations aux URSSAF (« DUCS URSSAF » et tableau récapitulatif) ;
- lors de la phase 3, engagée au 1^{er} janvier 2017, la DSN a été étendue à 13 autres formalités, dont la DADS-U, les déclarations au régime agricole, à une partie des régimes spéciaux de sécurité sociale, à l'AGIRC-ARRCO et aux autres organismes de protection sociale complémentaire.

La DSN permet, en outre, à l'employeur d'effectuer le paiement des prélèvements sociaux en même temps que leur déclaration. Depuis la phase 2, elle intègre en effet le paiement par télé-règlement des prélèvements collectés par les URSSAF pour le compte des branches du régime général de sécurité sociale, d'autres entités de sécurité sociale et d'organismes tiers à cette dernière, notamment l'Unédic et l'association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS)⁴⁵⁹.

À ce jour, le périmètre de la collecte des prélèvements sociaux opérée par la DSN englobe donc l'ensemble des prélèvements déclarés par les employeurs privés de salariés aux URSSAF, à la MSA, aux principaux régimes spéciaux de sécurité sociale et à AGIRC-ARRCO.

⁴⁵⁹ Depuis 2011, la collecte des contributions d'assurance chômage et des cotisations AGS a été transférée de Pôle emploi aux URSSAF, sauf exception (intermittents du spectacle, salariés expatriés et titulaires d'un contrat de sécurisation professionnelle).

C - Une généralisation presque achevée aux entreprises du secteur privé sans incident significatif

La généralisation de la DSN aux entreprises du secteur privé peut être considérée, pour l'essentiel, comme une première étape réussie.

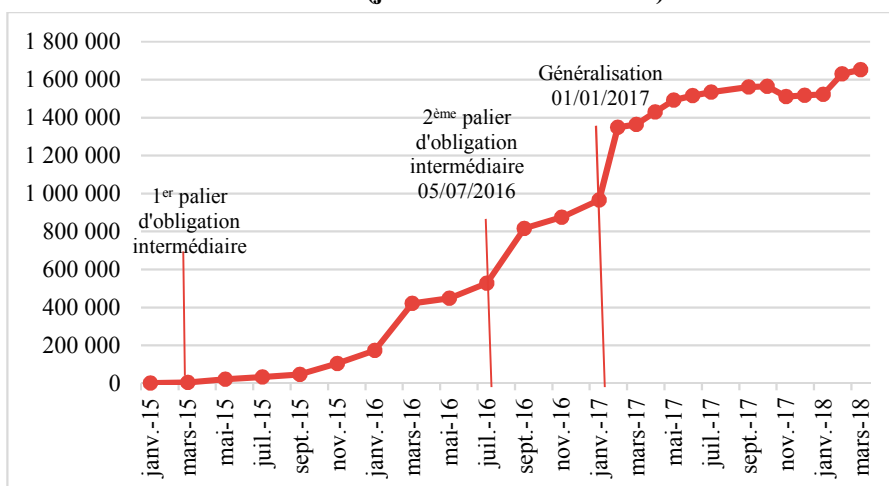
1 - Une utilisation de la DSN par la quasi-totalité des entreprises

Le dispositif de DSN a connu, depuis 2015, une montée en charge conforme au calendrier prévu par les textes.

Au 15 mars 2018, 1,6 million d'entreprises et 2 millions d'établissements, comptant 19,8 millions de salariés, transmettaient leurs déclarations par DSN, tous régimes confondus. Ce chiffre inclut, depuis le 1^{er} février 2018, les structures de petite taille qui acquittent leurs obligations déclaratives dans le cadre des dispositifs simplifiés de titre emploi service entreprise (TESE) et de chèque emploi associatif (CEA) du réseau des URSSAF⁴⁶⁰, soit environ 90 000 employeurs.

⁴⁶⁰ Le TESE est étendu depuis juillet 2015 aux entreprises de moins de 20 salariés. Ce service est assuré par deux centres rattachés à l'ACOSS. L'entreprise adhérente n'auto-liquide pas les prélèvements sociaux, mais est rendue destinataire par le centre dont elle relève du montant de prélèvements dont elle est redevable, à partir des informations relatives aux effectifs et à la paie qu'elle lui a communiquées. C'est aussi le centre TESE qui établit la DADS. Le titre emploi service agricole (TESA) du régime agricole, qui concernait les salariés en CDD, est étendu depuis le 1^{er} janvier 2018 à ceux en CDI ; 30 000 employeurs l'utilisent.

Graphique n° 24 : évolution du nombre d'entreprises transmettant des DSN (janvier 2015-mars 2018)



Source : Cour des comptes à partir de données fournies par l'ACOSS et le GIP-MDS.

S'agissant du régime général, 35 000 entreprises restaient en dehors du dispositif en mars 2018, soit 4 % de la cible. Il s'agit majoritairement de très petites entreprises qui, pour certaines, envisagent de cesser leur activité ou, à l'inverse, viennent de se créer.

Pour le régime agricole, à la même date, 4 800 entreprises, soit également 4 % de la cible, n'utilisaient pas la DSN⁴⁶¹.

2 - Une montée en charge fluide

La mise en œuvre de la DSN n'a pas entraîné d'incident notable, qu'il s'agisse notamment de la déclaration ou du paiement des prélèvements sociaux.

La part des prélèvements sociaux recouverts à travers la DSN a connu une montée en charge rapide. Elle dépassait ainsi 93 % des prélèvements recouverts par les URSSAF en novembre 2017 et 90 % des encaissements de la MSA au troisième trimestre de la même année. Il en va de même pour l'AGIRC-ARRCO.

⁴⁶¹ Ce chiffre ne comprend pas les entreprises utilisant le titre emploi service entreprise agricole (TESA), qui ont été intégrées au dispositif DSN en avril 2018.

La direction de la sécurité sociale, l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO indiquent cependant ne pas être en mesure d'apprécier si le passage à la DSN a affecté le niveau des prélèvements sociaux collectés à la hausse (la DSN devant apporter plus de fiabilité) ou à la baisse (du fait de difficultés d'apprentissage des entreprises et des experts-comptables), dans un contexte où l'augmentation de la masse salariale soumise à cotisations déclarée par les employeurs s'est accrue du fait de l'amélioration de la conjoncture économique (+3,5 % en 2017 contre +2,4 % en 2016). Plus d'un an après sa généralisation, il conviendrait d'évaluer les effets de la DSN sur le niveau des prélèvements sociaux afin d'apprécier la portée de cette réforme sur les recettes de la sécurité sociale.

Le déploiement de la DSN s'est par ailleurs accompagné d'un nombre assez limité d'incidents techniques (« bogues » informatiques), directement liés au fonctionnement du système d'information de la DSN et indépendants de la qualité des déclarations. Durant l'année 2015, au moment du déploiement de la phase 2 de la DSN, près de 900 incidents avaient été traités. La plupart ne concernaient qu'un déclarant et seuls deux incidents avaient entraîné une interruption du système d'information, pour une durée n'excédant pas une demi-journée. La résolution des incidents étant assurée au fur et à mesure de leur signalement, le stock d'incidents non résolus n'a jamais dépassé 250 en 2016. En 2017, le nombre mensuel d'incidents oscillait autour de 200.

Le taux de conformité à la structure informatique attendue des données des déclarations effectuées par les entreprises et leurs mandataires s'est toujours maintenu à un niveau supérieur à 90 % et proche en moyenne de 95 %, alors même que la DSN a conduit à une exigence de qualité renforcée.

Si les textes prévoient l'application de pénalités en cas de non-déclaration, de non-recours au vecteur DSN, d'inexactitude ou d'omission, l'ACOSS n'applique à ce jour de pénalités que dans les deux premiers cas ; l'application de pénalités dans les deux derniers cas interviendra d'ici la fin de l'année ou début 2019⁴⁶². En tout état de cause, une nouvelle validation par arrêté ministériel du cahier technique de la norme informatique apparaît souhaitable afin de garantir la sécurité juridique des données exigibles, la dernière validation étant antérieure à la généralisation de la DSN.

⁴⁶² Soit 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale par salarié dans la limite d'un plafond en cas d'omission de salarié (0,5 % dans les autres cas d'omission) ; 1 % du plafond précité en cas d'inexactitude des rémunérations déclarées ayant pour effet de minorer le montant des prélèvements exigibles (0,33 % pour les autres inexactitudes).

D - Des fonctionnalités encore manquantes à compléter

Au-delà de la fraction résiduelle d'entreprises qui ne l'utilisent pas, la DSN reste encore à généraliser dans l'ensemble de ses composantes. Plusieurs fonctionnalités importantes ne sont pas encore paramétrées dans la totalité des logiciels de paie des entreprises. D'autres restent à implanter dans le système d'information de la DSN lui-même.

1 - Des fonctionnalités encore à paramétrer dans les logiciels de paie d'une partie des entreprises

Le principal point d'attention concerne la part des signalements relatifs aux arrêts maladie et aux fins de contrat de travail déclarés en DSN, à l'attention respectivement de l'assurance maladie et de Pôle emploi, qui demeurerait inférieure à 60 % en mars 2018.

À ce jour, 260 éditeurs, fournisseurs de 97 % des entreprises en DSN, ont signé une charte qualité les engageant à respecter les attendus du cahier technique de la DSN. Toutefois, la moitié des éditeurs, quoique fournisseurs d'une minorité d'entreprises (3 %), n'ont pas adhéré à la charte. Ils peuvent ainsi ne pas offrir certaines fonctionnalités, notamment la transmission des données événementielles. Une réflexion devrait être engagée avec toutes les parties concernées sur la mise en œuvre d'une procédure d'homologation périodique des logiciels proposés aux entreprises et sur le rappel aux entreprises de la nécessité de procéder dans la DSN aux déclarations événementielles requises.

De même, les modalités nécessaires d'application des contrats de protection complémentaire, hors retraites (santé, prévoyance, dépendance, retraite supplémentaire), ne sont pas systématiquement paramétrées dans les logiciels de paie des entreprises.

De fait, l'implication d'une partie des organismes de protection complémentaire dans le projet DSN reste insuffisante. Certains organismes concernés ont tardé à émettre les fiches de paramétrage nécessaires à l'adaptation de leur logiciel de paie par les entreprises. Les institutions de prévoyance semblent les plus avancées. Selon la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), sur plus de 200 mutuelles, seules 90 auraient exploité des données issues de la DSN en février 2018. Alors que la DSN a pour objet de remplacer cette déclaration, des organismes complémentaires ont dû demander à leurs adhérents de communiquer une DADS-U début 2018.

Dans un objectif de simplification, le législateur a souhaité que la transmission par les employeurs des données nécessaires à la collecte des cotisations et primes et au calcul des prestations versées par les organismes complémentaires soit intégrée à la DSN. L'État étant garant de l'atteinte des objectifs de la DSN, il revient à la maîtrise d'ouvrage stratégique (MOAS) du projet, en lien avec le GIP-MDS, de relancer ce chantier auprès des organismes complémentaires et éditeurs de logiciels concernés, en s'efforçant de préserver l'objectif de simplification pour les entreprises.

2 - Des fonctionnalités à intégrer au système d'information de la DSN

Plusieurs fonctionnalités restent à intégrer dans les meilleurs délais au système d'information de la DSN lui-même.

De fait, ce dernier ne permet pas encore de déclarer la fin d'un contrat de travail d'une durée inférieure à un mois. Pôle emploi aurait pourtant besoin de recueillir cette information par une déclaration événementielle pour l'indemnisation de salariés en fin de contrat court. Elle ne serait cependant intégrée à la DSN qu'en septembre 2019, soit six ans après les autres contrats de travail.

De même, la déclaration d'un arrêt de travail par une DSN événementielle ne donne lieu à reconstitution de la déclaration de salaires pour les indemnités journalières (DSIJ) qu'au titre du seul contrat de travail liant le salarié à l'employeur ayant déclaré l'événement. S'agissant des salariés ayant plusieurs employeurs au cours d'une même période, cette restriction est source de coûts de gestion supplémentaires pour l'assurance maladie, peut se traduire par une ouverture des droits retardée et concourt à des erreurs de liquidation des indemnités journalières fréquentes et de portée financière significative⁴⁶³. L'agrégation des salaires des différents contrats de travail à partir du numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié permettrait d'y remédier. Elle est également prévue pour janvier 2019.

À ce jour, la DSN ne comporte pas de signalement sous forme « d'événement » de la prise d'effet du contrat de travail du salarié. Cette information serait pourtant utile pour permettre aux organismes complémentaires, par exemple, de fournir le plus tôt possible leur carte de tiers payant aux assurés concernés. En outre, elle fournirait aux URSSAF,

⁴⁶³ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

aux MSA et aux administrations de l'État un outil supplémentaire pour lutter contre le travail illégal, en créant une présomption d'emploi non déclaré lors d'un contrôle sur place. Cette nouvelle fonctionnalité, complémentaire de la déclaration préalable à l'embauche d'un salarié (DPAE, qui correspond à une intention suivie ou non d'effet), n'entrerait cependant pas en vigueur avant 2020.

Enfin, les employeurs utilisant le titre emploi service (TESE), le chèque emploi associatif (CEA) ou le titre emploi service agricole (TESA) ne peuvent ni déclarer des événements, ni saisir les données nécessaires aux organismes complémentaires, ni procéder à des régularisations. Si l'ACOSS prévoit d'ajouter cette dernière possibilité d'ici fin 2018, les autres fonctionnalités doivent l'être au plus tard en 2020. Le retard pris dans l'adaptation des dispositifs de titre simplifié à la DSN marque une limite importante pour la simplification effective des démarches des entreprises de petite taille qui y recourent.

II - Donner une nouvelle impulsion afin d'exploiter toutes les potentialités de la DSN

En dépit d'une première étape pour l'essentiel réussie, avec la généralisation en 2017 à la quasi-totalité des entreprises du secteur privé, il reste à faire de la DSN un outil qui réponde pleinement aux objectifs qui lui ont, dès le départ, été assignés. Il s'agit de rendre la DSN universelle, d'en faire bénéficier autant qu'il est possible les employeurs et les salariés, mais aussi de placer ce dispositif au service de la fiabilisation de la collecte des prélèvements sociaux et de l'attribution des prestations sociales, en luttant contre les erreurs déclaratives et les fraudes. La réalisation de ces objectifs nécessite un renforcement de la gouvernance du projet.

A - Aller vers une déclaration sociale unique pour l'ensemble des employeurs, publics comme privés

Faire de la DSN une déclaration universelle implique d'en étendre l'application à l'ensemble des employeurs, publics comme privés, et d'y intégrer les informations des principales déclarations sociales établies à partir des données de la paie qu'elle n'a pas encore remplacées.

1 - Étendre la DSN aux trois fonctions publiques

Contrairement aux entreprises, les services de l'État, les collectivités locales et les hôpitaux publics restent à ce jour, à la suite de reports successifs, exonérés de l'obligation d'utiliser la DSN pour déclarer les données sociales et les prélèvements sociaux relatifs aux fonctionnaires et aux agents contractuels qu'ils emploient.

a) Des délais d'entrée en DSN qui s'allongent

Initialement prévue pour entrer en vigueur au même moment que pour l'ensemble des entreprises, la DSN applicable aux trois fonctions publiques a été retardée une première fois, au plus tard au 1^{er} janvier 2020, par l'ordonnance du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs. Une circulaire d'application de janvier 2016 justifiait ce retard par une préparation technique insuffisante.

Le travail conjoint de la direction générale de la fonction publique (DGAFP) et du GIP-MDS a, par la suite, conduit à adapter le cahier technique de la norme de la DSN pour permettre l'intégration des fonctions publiques à ce dispositif. À cette fin, 17 données supplémentaires ont été ajoutées à la DSN. Ces travaux se sont achevés en septembre 2017.

Les pouvoirs publics ont cependant décidé un nouveau report, au motif du déploiement prioritaire du prélèvement à la source au 1^{er} janvier 2019. Un amendement gouvernemental au projet de loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC) dispose ainsi que l'entrée des fonctions publiques en DSN interviendra au plus tard en 2022, sans pouvoir débiter avant 2020.

Si les pouvoirs publics ont entendu prévenir tout risque opérationnel lié à la concomitance de la mise en œuvre de la DSN et de celle du prélèvement à la source, cette préoccupation ne doit pas dissimuler les autres motifs des deux reports successifs précités : une fiabilité encore inégale de la paie dans les fonctions publiques et une préparation insuffisante tant des destinataires de la DSN (service des retraites de l'État, Caisse des dépôts et consignations) que des éditeurs de logiciels, qui ont concentré leurs efforts sur la DSN du secteur privé et sur le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu.

À ce stade, c'est le flux d'information « PASRAU » (prélèvement à la source pour les revenus autres que salariaux), mis en place en octobre 2017, qui sert de succédané à la DSN pour la mise en œuvre du prélèvement à la source sur les revenus des fonctionnaires. « PASRAU » recueillera ainsi à titre provisoire les salaires des fonctionnaires, tant qu'ils ne sont pas intégrés à la DSN, en plus des revenus non salariaux des personnes assujetties à l'impôt sur le revenu.

Cette situation provisoire risque de perdurer si les difficultés précédemment mentionnées ne sont pas résorbées à court terme. À l'avenir, le délai supplémentaire laissé jusqu'en 2020 pour lancer les premiers tests devrait donc être mis à profit pour créer les conditions d'une entrée des trois fonctions publiques en DSN la plus fluide possible. Cet objectif appelle la définition en temps utile d'un cadre réglementaire adapté, la mise en œuvre d'expérimentations et un phasage assurant une progression maîtrisée de l'entrée en DSN des administrations publiques.

b) Un objectif à concrétiser

De nombreuses raisons militent aujourd'hui pour l'extension de la DSN aux trois fonctions publiques (4,5 millions d'agents en 2017) et aux contractuels de droit public (au nombre de 950 000 environ).

À l'instar des employeurs du secteur privé, la DSN est de nature à fiabiliser les déclarations de prélèvements sociaux des employeurs publics aux URSSAF, en les détaillant au niveau individuel des salariés.

En outre, des gains de productivité, même s'ils sont peu chiffrés à ce stade, ne peuvent qu'intervenir à la faveur de la simplification des processus de transmission. À titre d'exemple, les établissements publics industriels et commerciaux et les entreprises publiques qui emploient aujourd'hui un personnel mixte transmettent des DSN pour l'ensemble de leurs personnels, à l'exception des fonctionnaires, déclarés en DADS-U, ce qui entraîne une duplication contraire à l'objectif de simplification.

Pour leur part, les organismes de protection sociale destinataires de déclarations émanant de collectivités publiques sont contraints de laisser perdurer, voire de moderniser, les outils informatiques traitant des DUCS ou des DADS propres au secteur public, qui sont anciens et parfois menacés d'obsolescence, tant que la DSN ne leur sera pas substituée.

Par ailleurs, l'augmentation significative des personnels conduisant des carrières mixtes plaide pour un dispositif qui permette d'agréger rapidement et de manière exhaustive les droits à pension de retraite acquis à la fois en tant que salariés du secteur privé et fonctionnaires.

L'extension de la DSN aux trois fonctions publiques permettrait, enfin, de connaître chaque mois et de manière précise les effectifs et la masse salariale concernés. Dans son rapport public annuel de 2015⁴⁶⁴, la Cour soulignait ainsi, à propos de l'abandon du projet d'un opérateur national de paie (ONP), que « l'échec de l'ONP laisse la direction du budget et la DGAFP dépourvues d'un outil leur permettant d'améliorer leur expertise de la masse salariale ». Elle recommandait dès lors de « prendre en compte les obligations liées à la DSN ».

2 - Intégrer à la DSN de nouvelles déclarations des employeurs du secteur privé

Les vertus simplificatrices de la DSN dans l'exercice de leurs obligations déclaratives par les employeurs seront d'autant plus fortes qu'elle s'élargira au plus grand nombre possible de déclarations sociales prenant en compte tout ou partie des données de la paie.

La plupart des pistes d'intégration de nouvelles déclarations envisagées par les acteurs du projet concernent le champ de l'emploi et de la formation professionnelle. Il pourrait s'agir notamment de l'attestation employeur mensuelle pour les intermittents du spectacle ; de la demande d'autorisation préalable et d'indemnisation d'activité partielle ; de la déclaration de l'état de présence des salariés en contrat aidé ; de la déclaration d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour les embauches dans les zones de revitalisation urbaine ou rurale ; des bordereaux de versement des contributions légale et conventionnelles par branche au titre de la formation professionnelle⁴⁶⁵ aux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) et de la taxe d'apprentissage aux organismes chargés de sa collecte (OCTA) ; de la demande de subvention au titre du fonds social européen (FSE).

⁴⁶⁴ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2015*, Tome I, Volume 2. La refonte du circuit de paie des agents de l'État : un échec couteux, p. 65-98. La Documentation française, février 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁶⁵ Le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, présenté en conseil des ministres le 27 avril 2018, prévoit à cet égard le transfert de la collecte de la contribution légale aux URSSAF avec la DSN pour support déclaratif.

Dans les autres champs, les projets d'intégration de nouvelles déclarations portent sur l'attestation de salaire dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique et sur les déclarations qui alimentent la statistique publique, telles que l'enquête activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre (ACEMO) de la DARES et l'enquête sur le coût de la main d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS) de l'Insee.

B - Faire pleinement bénéficier les employeurs et les salariés des avantages de la DSN

Afin que les entreprises et les salariés puissent bénéficier pleinement des potentialités de la DSN, il convient de continuer à réduire le nombre de données distinctes à déclarer dans ce cadre et de mettre en place de nouveaux services à partir des données individuelles des salariés.

1 - Accentuer l'effort de réduction du nombre de données distinctes à déclarer

La simplification des normes relatives aux données sociales était l'un des principaux objectifs de la DSN. Il s'agissait de surcroît d'une condition nécessaire au bon fonctionnement du dispositif. Cet impératif explique notamment que les fonctions de président de la MOAS et du comité de normalisation des données sociales et de leurs échanges (CNDS) ont depuis leur création été confiées à la même personne.

a) Avec la DSN, une nette réduction du nombre de données à déclarer

La DSN s'est accompagnée d'une simplification des modalités déclaratives. Outre la fusion de la plupart des déclarations sociales, son déploiement a entraîné une diminution sensible du nombre de données déclarées. D'après le CNDS, la déclaration mensuelle comporte aujourd'hui 408 données contre 800 rubriques pour la seule déclaration annuelle des données sociales unifiées (DADS-U).

Des rapprochements ont ainsi été opérés entre données similaires. Parmi les plus significatifs, le nombre de définitions distinctes de la durée du travail a ainsi été réduit de 14 à 3. D'autres simplifications ont porté sur les prélèvements sociaux pris en compte pour le calcul de certaines prestations sociales. Comme c'était déjà le cas des indemnités journalières

pour la maladie, un taux forfaitaire de prélèvements sociaux a ainsi été appliqué au 1^{er} juillet 2013 aux salaires bruts pour calculer les indemnités pour la maternité, mais pas pour celles relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles⁴⁶⁶. De même, il a été mis fin au 1^{er} janvier 2016 au traitement distinct des sommes à caractère exceptionnel versées aux salariés lors de la rupture du contrat de travail (« sommes isolées »), pour le calcul des cotisations de retraite complémentaire obligatoire.

b) De nouvelles simplifications à engager

Il convient tout d'abord d'éviter d'accroître la complexité de la DSN à l'occasion de l'intégration de nouvelles déclarations à cette dernière. À la suite de l'annonce, le 20 septembre 2017, de l'intégration à la DSN des informations de la déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH) à horizon 2020⁴⁶⁷, le CNDS a ainsi mis en place un groupe de travail, qui devra s'assurer qu'elle n'implique pas la création d'une nouvelle notion d'effectif dans la DSN et, à défaut, proposer les voies d'une harmonisation des informations à déclarer par les entreprises d'au moins 20 salariés assujetties à la DOETH.

Sur le périmètre en vigueur de la DSN, il reste possible de réduire encore le nombre de données à déclarer, en procédant à de nouveaux rapprochements. Trois types de rapprochements pourraient être mis en œuvre : la fusion ou la réduction de nomenclatures (par exemple, pour les motifs de suspension de l'exécution du contrat de travail), l'harmonisation des modalités de mesure (ainsi pour celle de l'activité, de l'inactivité et de la durée d'emploi) et la fin de la collecte de certaines données par la voie déclarative (par exemple, pour ce qui concerne le type de base assujettie pour l'application des prélèvements sociaux).

L'harmonisation des bases de prélèvements sociaux apparaît à cet égard un chantier prioritaire, bien que de grande envergure. Dans le cadre des travaux préparatoires à la norme de la DSN, pas moins de 39 bases distinctes de prélèvements avaient ainsi été recensées, tous régimes

⁴⁶⁶ Décret n° 2013-266 du 28 mars 2013 relatif à la déclaration sociale nominative. Auparavant, le salaire brut servant de base au calcul des indemnités journalières pour la maternité était diminué de tous les prélèvements sociaux applicables à la paie du salarié. Si la base du calcul de ces prestations n'avait pas été simplifiée par l'application d'un taux forfaitaire de prélèvements sociaux au salaire brut, il aurait fallu ajouter pas moins de 15 données supplémentaires à la DSN.

⁴⁶⁷ À l'occasion du comité interministériel du handicap (CIH) réuni par le Premier ministre.

confondus. L'ordonnance du 12 juin 2018⁴⁶⁸, en définissant l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) comme assiette de référence à partir de laquelle sont définies les assiettes des autres prélèvements sociaux, dont les cotisations sociales, a permis une première avancée. Il s'agit désormais de rapprocher les assiettes des prélèvements sociaux entre elles, lorsque les exceptions propres à un prélèvement donné n'apparaissent plus justifiées.

Il serait par ailleurs possible de retirer de la DSN la déclaration de données pouvant être déduites d'autres données. À partir des données déclarées par les employeurs, l'ACOSS pourrait ainsi reconstituer, puis transmettre aux autres organismes de protection sociale concernés l'effectif moyen mensuel et annuel.

2 - Développer une offre de services diversifiés à partir de la DSN

La collecte mensuelle en une seule déclaration de données individuelles auparavant transmises par la voie de multiples déclarations est l'occasion de développer de nouveaux services pour les usagers, qu'ils soient employeurs ou salariés. À cet égard, la CNIL n'a cessé de recommander la mise en place de dispositifs favorisant une meilleure connaissance de leurs droits par ces derniers.

La mise en service d'ici le printemps 2018 d'un filtre dénommé « droit d'accès aux données individuelles » (DAD-e) en sortie de la base de stockage des DSN hébergée par la CNAV doit permettre aux salariés d'accéder en ligne aux données sociales qui les concernent. Ces dernières seront consultables à partir du portail numérique des droits sociaux (PNDS) www.mesdroitssociaux.gouv.fr, alimenté mensuellement par les données de la DSN. Les usagers de ce portail pourront simuler leurs droits sociaux et effectuer des démarches en ligne.

D'autres fonctionnalités pourraient par la suite être envisagées. Enrichi des données de la DSN, le PNDS pourrait, par exemple, permettre l'édition de documents à destination des usagers. Pour ceux mettant en jeu des données de salaire, tels que l'attestation de l'employeur, les fonctionnalités du PNDS devront être rendues complémentaires à celles du portail du compte personnel d'activité www.moncompteactivite.gouv.fr, qui permet d'accéder en ligne aux bulletins de paie.

⁴⁶⁸ Ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale.

Dans le cadre de la réforme annoncée des aides au logement, qui doit entrer en vigueur au printemps 2019, un projet de « base ressources », composée des données de salaires déclarées dans le cadre de la DSN et des revenus de remplacement transmis par le flux PASRAU doit permettre d'asseoir l'attribution de ces prestations sur les ressources de l'année en cours, au lieu de celles de l'année N-2. Cette base pourrait offrir d'autres possibilités. Ainsi, des alertes par courriel pourraient être créées afin d'avertir les allocataires des CAF de leur éligibilité nouvelle à certaines prestations, sous l'effet par exemple d'une diminution de leurs revenus salariaux. Une fonctionnalité de cette nature permettrait de lutter plus efficacement contre le non-recours aux droits sociaux.

Enfin, le projet d'« entrepôt de données » sociales rendues anonymes, porté par le GIP-MDS depuis 2014, pourrait répondre à différents besoins statistiques au bénéfice des fédérations professionnelles, voire directement des entreprises, par exemple pour l'analyse des besoins préalable à l'élaboration d'un plan de formation dans un secteur d'activité et une zone géographique déterminés. Ces travaux, qui n'ont pas dépassé le stade de l'identification des besoins, devraient être relancés. Si tel n'était pas le cas, les différents régimes de protection sociale pourraient être conduits à développer des bases de données distinctes.

Des gains et des coûts pour les entreprises à objectiver

La DSN doit permettre aux entreprises, comme aux organismes sociaux, de réaliser des gains de productivité et donc des économies.

Une évaluation des gains pour les entreprises a été effectuée pour le compte du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) par un cabinet de conseil, en mai 2015, un an et demi avant la généralisation de la DSN, à un moment où cette généralisation était encore annoncée pour le 1^{er} janvier 2016. À l'époque, 29 917 entreprises, les plus importantes, comptant 170 000 établissements, utilisaient la DSN à l'aide de solutions logicielles développées par seulement 40 éditeurs. Cette enquête comprenait donc de nombreux biais. Les gains nets annuels ont été extrapolés à 5,4 Md€ pour l'ensemble des entreprises, pour un coût de mise en œuvre de 1,4 Md€. Le retour sur investissement serait ainsi de 3 mois et 2 semaines maximum.

En mars 2018, le ministre de l'action et des comptes publics a avancé un montant de 1,5 M€ d'économies pour les entreprises grâce à la DSN.

Aucune autre évaluation n'étant intervenue à ce jour, il conviendrait de programmer une étude en 2019, qui pourrait s'appuyer sur des données beaucoup plus représentatives qu'en 2015. Cette étude devrait notamment porter sur les entreprises de moins de 10 salariés ayant recours à un expert-comptable, afin d'apprécier si le passage de quatre déclarations trimestrielles à 12 déclarations mensuelles s'est ou non traduit par un surcroît d'honoraires.

C - Mettre résolument la DSN au service d'une efficacité accrue des organismes sociaux

La fiabilisation des prélèvements sociaux et prestations sociales et la lutte contre la fraude figurent parmi les objectifs de la DSN définis par le décret du 28 mars 2013. Encore expérimentale, l'utilisation des données nominatives de la DSN par les organismes du régime général de sécurité sociale doit être pleinement développée. À cet effet, l'activité de recouvrement et les branches de prestations du régime général doivent désormais adapter leurs processus de gestion, alors que ces derniers n'ont, pour l'essentiel, pas connu d'évolution.

1 - La fiabilisation et le contrôle des prélèvements sociaux

En 2018, les entreprises employant des salariés déclareront aux URSSAF environ 280 Md€ de prélèvements sociaux dans le cadre de la DSN. À ce jour, l'ACOSS n'a cependant pas fait évoluer le mode de collecte des prélèvements sociaux par le réseau des URSSAF. Ainsi, comme avant l'introduction de la DSN, les prélèvements dont les entreprises sont redevables à l'égard des URSSAF restent ceux qu'elles déclarent de manière agrégée, indépendamment des salaires soumis à prélèvement qu'elles déclarent aussi au titre de chaque salarié.

Les données agrégées de salaires déclarées par les entreprises au titre de l'assiette des prélèvements sociaux ne font pas l'objet de rapprochements systématiques, sous la forme de contrôles de cohérence automatisés, avec les données individuelles de salaires par salarié.

De ce fait, les assiettes salariales déclarées de cotisations sociales et les salaires déclarés reportés aux comptes de carrière des salariés en vue d'ouvrir des droits à la retraite de base peuvent différer, sans que les URSSAF ou que les caisses de retraite de base du réseau de la CNAV ne

demandent aux entreprises de correction, contrairement aux régimes de retraite complémentaire par points AGIRC-ARRCO et à la MSA, qui s'attachent à assurer la coïncidence des données⁴⁶⁹. Il résulte de cet état de fait que des droits à la retraite de base sont ouverts au-delà des cotisations sociales qui ont pour objet de les financer ; à l'inverse, des cotisations déclarées n'ouvrent pas de droits.

Si elle a mis en place dès 2014 une base transitoire de données permettant des expérimentations, l'ACOSS a tardé à définir les utilisations souhaitables des données individuelles véhiculées par la DSN par les différents métiers des URSSAF et les évolutions des systèmes d'information et des procédures de gestion qu'elles requièrent.

De fait, l'utilisation des données individuelles de la DSN par le réseau des URSSAF n'en est encore qu'à un stade expérimental. Depuis septembre 2017, une première expérimentation consiste à rapprocher les données agrégées et individuelles de la DSN et les données individuelles entre elles pour fiabiliser le calcul des allègements généraux de cotisations sociales. Une autre expérimentation, menée en 2017 par l'URSSAF Provence-Alpes-Côte d'Azur conjointement avec la CNAV, a donné lieu à des contrôles de cohérence entre les données individuelles d'assiette, par exemple entre l'assiette plafonnée et l'assiette déplafonnée, pour fiabiliser les salaires reportés aux comptes de carrière des salariés. Dans le cas général, le constat d'incohérences ne s'est toutefois pas accompagné de corrections de la part des entreprises contactées à cet effet.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'ACOSS et l'État pour la période 2018-2022 engage désormais le réseau des URSSAF dans une exploitation massive des données individuelles de la DSN par les métiers du recouvrement, à partir d'une base permanente devant être mise en place d'ici à la fin du premier semestre 2018. Les évolutions prévues concernent notamment le repérage des anomalies déclaratives, en premier

⁴⁶⁹ Devant le caractère parfois incomplet ou erroné des informations déclarées dans le cadre de la DSN par les entreprises ou par leurs prestataires, AGIRC-ARRCO et la MSA ont éprouvé des difficultés particulières pour effectuer ce rattachement. Fin novembre 2017, 4,2 Md€ de cotisations de retraites complémentaires restaient ainsi à affecter aux comptes des entreprises concernées ; fin décembre 2017, il en allait de même pour 500 M€ de cotisations à la MSA. À ce jour, une partie des recettes encaissées en 2017 n'a pu être rattachée aux comptes des entreprises concernées. Malgré les actions mises en œuvre par les gestionnaires afin de résoudre les dysfonctionnements constatés, l'incidence de ces derniers sur la justification de plusieurs postes comptables a conduit les commissaires aux comptes à émettre une réserve pour limitation à leurs travaux d'audit sur les comptes 2017 d'AGIRC-ARRCO.

lieu au titre des exonérations et exemptions de cotisations, la mise en cohérence des bases agrégées de cotisations et des bases salariales individuelles exploitées par les attributaires des sommes collectées par l'activité de recouvrement, notamment l'assurance vieillesse et le ciblage des contrôles visant les omissions de déclaration de prélèvements et le travail illégal.

Au regard des enjeux d'amélioration de la qualité du recouvrement et de lutte contre la fraude⁴⁷⁰, les engagements pris par l'ACOSS doivent recevoir une concrétisation rapide. À cet égard, il importe qu'elle identifie rapidement les rapprochements pouvant être effectués entre données agrégées et individuelles et entre données individuelles. Il conviendra ensuite que l'ACOSS mette en œuvre un processus d'industrialisation des contrôles automatisés de cohérence. Il lui incombera enfin de mettre en place des modalités d'échange avec les entreprises permettant d'obtenir effectivement les régularisations nécessaires.

Au-delà, la COG 2018-2022 de l'ACOSS prévoit d'expérimenter un recalcul des cotisations agrégées à partir des données individuelles de salaires. De fait, le maintien durable de deux séries distinctes de données à déclarer par les entreprises - assiettes salariales et prélèvements sociaux à un niveau agrégé d'une part et salaires soumis à prélèvements au niveau individuel des salariés d'autre part -, produites à partir de paramétrages distincts du logiciel de la paie, va à rebours de l'objectif de simplification de la DSN et suscite par nature des discordances de données. À moyen terme, la DSN devrait ainsi être réaménagée afin que les assiettes salariales et les prélèvements sociaux déclarés par les entreprises de manière agrégée constituent la somme de ceux détaillés par salarié.

Cette évolution implique dans un premier temps de faire converger les nomenclatures respectives des données agrégées et des données individuelles, qui diffèrent et, en amont, de simplifier et de clarifier l'objet, parfois obscur, des rubriques déclaratives des prélèvements sociaux (dites « codes type personnel ») à utiliser par les entreprises et par leurs mandataires et à paramétrer à cette fin par les éditeurs de logiciels. La période couverte par la nouvelle COG devrait être consacrée à la préparer.

⁴⁷⁰ Sur les enjeux correspondants, voir Cour des comptes, *Rapport public annuel 2018*, Tome II. La lutte contre la fraude aux cotisations sociales : une politique à relancer, p. 241-263, janvier 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Le paiement à bon droit des prestations et aides sociales

Pour les autres organismes sociaux, d'importantes marges de progrès concernent l'utilisation des données individuelles en vue de fiabiliser l'attribution des prestations sociales. Comme la Cour le souligne régulièrement dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général de sécurité sociale⁴⁷¹, de fréquentes erreurs de portée financière affectent l'attribution des prestations sociales, en faveur ou au détriment de leurs bénéficiaires, au regard des règles de droit applicables à leur situation. Une grande partie de ces erreurs est liée à des données incomplètes ou erronées portant sur cette même situation.

En 2017, le montant agrégé des erreurs, dans les deux sens, qui affectent les prestations versées par les CAF et qui ne seront pas corrigées dans un délai de 24 mois⁴⁷² était estimé à 2,8 Md€. De même, les erreurs en faveur ou au détriment des salariés (ou de leurs employeurs en cas de subrogation) au titre des indemnités journalières nouvellement mises en paiement représentaient 418 M€ tous risques confondus.

Or l'utilisation des données individuelles de la DSN afin de fiabiliser l'attribution des prestations sociales est aujourd'hui très progressive et, de fait, très partielle.

La CNAV a investi dans la création d'une base de données pour alimenter le système national de gestion des carrières (SNGC), mais toujours à un rythme annuel à ce jour, comme c'était le cas pour les salaires déclarés dans la DADS annuelle. Lorsque que le SNGC aura été remplacé en 2020 par le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), commun à l'ensemble des régimes de retraite, elle prévoit de mettre en œuvre une alimentation mensuelle de ce dernier. Pour assurer la complétude des carrières des assurés sociaux, les organismes de son réseau n'auront alors plus à demander à ceux partant à la retraite en début d'année de communiquer leurs bulletins de salaire relatifs à la dernière année civile, dans l'attente de l'intégration à leurs comptes de carrière des salaires déclarés dans la DADS, puis dans la DSN, avec des risques de non-exhaustivité des montants de salaires ainsi pris en compte.

⁴⁷¹ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁷² Correspondant au terme du délai de prescription des indus non frauduleux.

La CNAF mène depuis octobre 2017 une expérimentation pour renforcer le contrôle des ressources déclarées pour la perception du revenu de solidarité active (RSA). La création d'ici juin 2019 d'une « base ressources »⁴⁷³ en lien avec la réforme des aides au logement⁴⁷⁴ contribuerait également à fiabiliser l'attribution de cette prestation, en assurant une connaissance actualisée des ressources prises en compte à ce titre. La CNAF mentionne à cet égard un potentiel de 125 M€ d'économies de frais de gestion des CAF, permis par une réduction de la volumétrie des indus et des rappels à traiter. De fait, les indus et rappels liés à l'actualisation ou à la correction des données des bénéficiaires des prestations engendrent des coûts de gestion significatifs pour les organismes de protection sociale.

À terme, l'utilisation des données de cette « base ressources » devrait être élargie à la gestion des autres prestations de la branche famille, ainsi qu'à celle des prestations et des aides de l'assurance maladie assises sur les salaires ou fonction de ressources prenant en compte ces derniers, afin de réduire les omissions et les erreurs affectant les ressources déclarées, aujourd'hui très fréquentes.

S'agissant des prestations versées par les CAF, les données de la « base ressources » pourraient permettre de pré-remplir les déclarations trimestrielles de ressources du foyer par les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), de la prime d'activité et de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), à charge pour ces allocataires de confirmer les montants de ressources ainsi indiqués ou de les modifier en produisant des justificatifs. À l'instar des aides au logement, ces données pourraient permettre de surcroît de prendre en compte les ressources contemporaines des allocataires pour le versement de l'AAH, qui repose à l'heure actuelle sur les revenus de l'année N-2.

Quant aux prestations et aides accordées par les CPAM, au-delà des progrès à apporter à la liquidation des indemnités journalières⁴⁷⁵, les données de la « base ressources » permettraient de fiabiliser les salaires des douze derniers mois pris en compte pour calculer les rentes d'incapacité permanente attribuées dans certains cas à la suite d'accidents du travail et maladies professionnelles. Pour le service des pensions d'invalidité, ces mêmes données permettraient de pré-remplir les déclarations de ressources

⁴⁷³ Alimentée mensuellement par des données de salaires de la DSN et de revenus de remplacement issus du flux PASRAU. Les autres revenus (comme les pensions alimentaires) continueraient d'être transmis à un rythme annuel par la DGFIP.

⁴⁷⁴ Voir B - 2 – *supra*.

⁴⁷⁵ Voir I - D - 2 – *supra*.

de leurs bénéficiaires, à l'instar des déclarations trimestrielles de ressources adressées aux CAF et d'identifier sans attendre⁴⁷⁶ les reprises d'activité qui justifient la suspension ou la réduction du montant des prestations versées. De même, les demandes de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pourraient elles aussi être pré-remplies des revenus salariaux des douze derniers mois des demandeurs.

3 - La réalisation de gains d'efficience

La lenteur dans la mise en œuvre des transformations induites par la DSN explique que les gains d'efficacité ou de productivité attendus, d'une ampleur certes moindre que les gains estimés pour les entreprises ou de ceux attendus de la fiabilisation de la collecte des prélèvements sociaux et de l'attribution des prestations sociales, restent plus virtuels que réels.

S'agissant du réseau des URSSAF, l'ACOSS chiffre ainsi à 2,9 M€ l'économie annuelle réalisée sur les processus internes de gestion et à 59 emplois exprimés en équivalent temps plein (ETP) la réduction d'effectifs rendue possible en 2018-2019. La CCMSA chiffre à 200 agents la diminution potentielle des effectifs de son réseau, une part importante de cette réduction étant liée à l'auto-liquidation des prélèvements sociaux par les employeurs de salariés⁴⁷⁷. Pour l'ensemble AGIRC-ARRCO, l'équivalent de 323 ETP pourrait être économisé d'ici fin 2020. Il reste que la plupart des organismes avancent que l'adaptation à la DSN induit des délais dans la réduction des effectifs.

Compte tenu par ailleurs de l'absence de suivi précis des coûts engagés par les organismes de protection sociale pour le déploiement de cette déclaration (voir encadré suivant), une évaluation des gains et des coûts de la DSN telle qu'elle a été mise en œuvre s'impose.

⁴⁷⁶ Les titulaires d'une pension d'invalidité connus pour ne pas exercer d'activité professionnelle doivent produire une déclaration de situation et de ressources uniquement une fois par an.

⁴⁷⁷ Avant la DSN, les employeurs adressaient les données de salaires aux MSA qui procédaient au calcul des prélèvements exigibles, puis les leur notifiaient.

Des coûts mal connus

Outre les gains d'efficacité, les coûts du projet pour les organismes de protection sociale demeurent également incertains.

Le GIP-MDS, financé selon une clé de répartition par l'ensemble de ces organismes, évalue à 75 M€ environ le coût global de la DSN sur la période 2012-2017 pour ce qui le concerne. À cette dépense s'ajoutent les frais occasionnés par l'adaptation à la DSN des outils informatiques de chaque régime, branche ou organisme et la formation des personnels que peu d'organismes sont capables d'identifier, les évolutions informatiques ayant souvent une portée plus large.

En extrapolant le ratio de la contribution de l'ACOSS au GIP-MDS et de ses dépenses internes au titre de la DSN, l'ordre de grandeur du coût du projet pour les organismes de protection sociale peut être estimé à environ 225 M€ au global sur la période 2012-2017.

D - Renforcer la gouvernance du projet

La DSN n'a pas encore atteint le niveau de maturité qui permettrait de ne plus la gérer en « mode projet ». L'extension aux trois fonctions publiques, l'intégration de nouvelles déclarations, le développement des fonctionnalités manquantes, l'utilisation des potentialités de cet outil par les organismes sociaux pour réduire les erreurs et lutter contre les fraudes aux prélèvements et aux prestations, constituent autant de nouveaux chantiers qui ne se réduisent pas à une simple déclinaison de l'existant. De nouveaux arbitrages seront nécessaires pour mieux prendre en compte les intérêts des usagers, pour continuer à simplifier les données à déclarer et pour assurer une coopération optimale entre organismes sociaux, rompant avec leur fonctionnement traditionnel en « silo ».

Dans ce contexte, il convient de préparer et d'afficher une feuille de route fixant un ordre des priorités pour les développements futurs. Les évolutions attendues des organismes de protection sociale ne se limitent pas à une refonte partielle de leurs systèmes d'information. Elles touchent à des questions d'organisation, voire de culture d'entreprise.

Seul l'État, dans sa dimension interministérielle, est en mesure d'assurer la cohérence et la réalisation des objectifs initialement assignés à la DSN. C'est la raison pour laquelle il est urgent de reconstituer, en la renforçant, une véritable maîtrise d'ouvrage stratégique, sous l'autorité des trois ministres concernés (santé, emploi-travail, budget), qui soit en position de proposer les arbitrages nécessaires. Un délégué interministériel

pourrait être désigné. En tout état de cause, il convient qu'un nouveau responsable de la MOAS soit nommé, le poste étant vacant depuis mars 2018 et qu'il préside le comité de normalisation, comme son prédécesseur.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans son principe, la DSN permet de disposer chaque mois et non plus une fois par an, comme avec la DADS qu'elle a remplacée, d'une représentation complète des effectifs de salariés et des rémunérations qui leur sont versées. Par-delà des difficultés inhérentes à un projet complexe et ambitieux, sa généralisation à l'ensemble des employeurs de salariés du secteur privé est presque totale et s'est effectuée sans incident notable.

Au-delà même de l'intégration aux systèmes d'information de la DSN et de la paie de nombreuses entreprises des fonctionnalités prévues qui leur font encore défaut, il reste aujourd'hui à faire de la DSN un outil qui réponde pleinement aux attentes à l'origine de sa conception.

Plusieurs objectifs ont été mis en avant. À ce jour, ils restent inégalement et, de fait, incomplètement pris en compte.

Le premier est celui de la simplification pour les entreprises. C'est, à ce jour, celui qui est le plus avancé, la DSN se substituant dans le cas général à dix déclarations périodiques et à deux déclarations d'événements non récurrents antérieures. Le potentiel de simplification de la DSN reste cependant pour partie inexploité. D'autres obligations déclaratives à caractère social des employeurs du secteur privé ont vocation à lui être intégrées. En outre, les efforts d'homogénéisation de la définition et de réduction des données à déclarer doivent être approfondis.

La DSN n'est pas encore un outil « universel », à défaut notamment d'intégrer les fonctions publiques et les agents contractuels de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux publics. La perspective de cette intégration n'a cessé de reculer, malgré ses apports prévisibles à la connaissance et à la maîtrise des effectifs et de la masse salariale des administrations publiques, comme à la fiabilisation de leurs déclarations de prélèvements sociaux.

Du point de vue des usagers, l'utilisation des données individuelles de la DSN reste à développer afin qu'elles contribuent au développement de nouveaux services statistiques pour les entreprises, tout en permettant aux salariés de mieux connaître leurs droits, comme le préconise la CNIL.

Enfin, l'utilisation par les organismes sociaux de ces mêmes données individuelles n'en est encore qu'à un stade embryonnaire. Elles restent à mettre pleinement au service de la fiabilisation des déclarations de prélèvements sociaux par les employeurs de salariés et de celles de ressources des demandeurs et titulaires d'un grand nombre de prestations et aides sociales, ainsi que de la lutte contre la fraude.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

35. intégrer à la DSN les fonctions publiques et les agents contractuels de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux publics d'ici à 2022 au plus tard, sans nouveau report et fiabiliser en conséquence les données de la paie ;

36. développer toutes les potentialités de la DSN pour les entreprises et les salariés en élargissant le périmètre de la DSN à de nouvelles déclarations, en poursuivant la réduction du nombre de données à déclarer et en menant à terme les projets de base de données offrant de nouveaux services aux entreprises et aux salariés ;

37. systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'ACOSS et l'État, les contrôles automatisés de cohérence entre les données agrégées de prélèvements et les données individuelles de salaires de la DSN pour la fiabilisation du recouvrement des prélèvements sociaux et du calcul des droits des salariés et mettre en place des modalités d'échange avec les entreprises assurant une correction effective des anomalies détectées ;

38. systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par les COG passées par la CNAF et la CNAM avec l'État, l'utilisation des données individuelles de la DSN pour attribuer à bon droit l'ensemble des prestations sociales sous condition de ressources ou dont le calcul repose sur les salaires (ensemble des prestations versées par la branche famille, indemnités journalières, rentes AT-MP, pensions d'invalidité), ainsi que certaines aides (CMU-C et ACS) ;

39. reconstituer une gouvernance interministérielle chargée de définir les priorités, la méthodologie et les étapes nécessaires pour utiliser pleinement les potentialités de la DSN et en mesurer les gains et les coûts pour les entreprises et les administrations.

Chapitre X

Les caisses de sécurité sociale

en Guadeloupe, en Guyane et à la

Martinique : un redressement impératif

PRÉSENTATION

Dans le prolongement d'une précédente enquête sur les réseaux d'organismes du régime général de sécurité sociale⁴⁷⁸, la Cour s'est penchée sur l'exercice de leurs missions par les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique⁴⁷⁹.

Ces trois départements, qui sont également des régions sur le plan administratif, comprennent chacun⁴⁸⁰ deux organismes distincts de sécurité sociale : une caisse générale de sécurité sociale (CGSS) et une caisse d'allocations familiales (CAF). En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la caisse Antilles-Guyane du régime social des indépendants, inter-régionale, sera intégrée aux CGSS d'ici au 1^{er} janvier 2020⁴⁸¹.

Créées en 1947 sur un modèle intégré multibranches, les CGSS versent les prestations d'assurance maladie-maternité, d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) et de retraite et recouvrent les prélèvements sociaux du régime général et de celui des exploitants agricoles⁴⁸². Par exception à cette compétence généraliste des CGSS, les CAF ont été créées en 1972 pour isoler la gestion des prestations familiales de celle des autres prestations et du recouvrement des prélèvements sociaux ; leurs missions sont identiques à celles des caisses métropolitaines.

En 2017, les CGSS et CAF de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique, avec 2 800 collaborateurs permanents, ont versé 6,2 Md€ de prestations et encaissé 2,9 Md€ de prélèvements sociaux.

⁴⁷⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre XIII La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible *statu quo*, p. 451-491, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁷⁹ En application de l'article R. 134-3 du code des juridictions financières, les travaux de la Cour ont bénéficié du concours de la « mission nationale de contrôle » de la direction de la sécurité sociale et de la « mission risques et audit » de la direction générale des finances publiques pour la réalisation des contrôles sur place. Les réalisations des CAF au titre de l'action sociale n'étaient pas comprises dans le champ de l'enquête.

⁴⁸⁰ C'est également le cas à La Réunion. Pour sa part, Mayotte compte un seul organisme de sécurité sociale.

⁴⁸¹ Les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 relatives à la suppression du RSI et à l'intégration au régime général de certaines professions de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) s'appliquent aux DOM.

⁴⁸² A la différence de la métropole, les salariés agricoles relèvent du régime général.

Dans un contexte économique et social exigeant pour l'exercice de ses missions, l'organisation de la sécurité sociale dans les Antilles-Guyane présente une grande complexité (I). Malgré les moyens mobilisés, une part importante des prestations est versée dans des délais excessifs ou pour des montants erronés, tandis que le recouvrement des prélèvements sociaux est largement défaillant (II). Au-delà d'indispensables mesures d'urgence, un redressement durable de cette situation appelle des transformations en profondeur dans l'organisation des missions, l'emploi des ressources humaines et le soutien apporté par les organismes nationaux au fonctionnement des caisses (III).

I - Une organisation complexe de la sécurité sociale outre-mer face à des enjeux élevés

Les organismes ultramarins de sécurité sociale ont à faire face à une réalité économique et sociale qui a de fortes incidences sur les conditions d'exercice de leurs missions. À cet égard, la réunion de missions hétérogènes au sein des CGSS, selon un modèle d'organisation distinct de celui de métropole, s'il est en apparence plus intégré, en complique le pilotage.

A - Un contexte économique et social exigeant pour les caisses de sécurité sociale outre-mer

La Guadeloupe, la Guyane et la Martinique connaissent des dynamiques démographiques divergentes. Si la population stagne en Guadeloupe et diminue à la Martinique⁴⁸³, la dynamique démographique en Guyane est cinq fois plus élevée que la moyenne nationale, sous l'effet d'une natalité élevée et d'importants flux migratoires.

Trait commun aux trois départements, seule une personne sur deux y est en activité et le chômage y est deux fois plus élevé que la moyenne nationale. Le taux de pauvreté s'élève à 20 % aux Antilles et à 30 % en Guyane, pour une moyenne de 14 % en France métropolitaine⁴⁸⁴. Les

⁴⁸³ Le nombre de naissances se réduit et le solde migratoire est négatif.

⁴⁸⁴ En référence aux seuils de pauvreté locaux (soit 60 % de la médiane des revenus disponibles).

familles monoparentales, plus exposées au risque de pauvreté, sont beaucoup plus fréquentes qu'en métropole.

Tableau n° 58 : indicateurs socio-économiques sous-jacents à l'activité des CGSS et CAF en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	France entière
Démographie				
Population (2017, estimée)	396 012 ⁽¹⁾	281 612	371 646	67 186 638
Part des moins de 20 ans (2017)	26,0 %	42,0 %	23,0 %	24,0 %
Part des plus de 60 ans (2017)	25,0 %	9,0 %	28,0 %	26,0 %
Variation annuelle de la population (2009-2014)	-0,1 %	+2,4 %	-0,6 %	+0,5 %
Indicateur conjoncturel de fécondité (2016)	2,12	3,62	1,91	1,92
Part des familles nombreuses ⁽²⁾	12,0 %	30,0 %	10,0 %	10,0 %
Part des familles monoparentales ⁽²⁾	39,0 %	39,0 %	41,0 %	15,0 % ⁽²⁾
Structures économiques et emploi				
PIB par habitant (€, 2015)	21 201	15 853	23 900	32 967
Taux de chômage (2017)	23,8 %	23,2 %	17,6 %	10,1 % ⁽³⁾
Part des travailleurs indépendants dans le nombre total d'établissements (2015)	77,3 %	74,4 %	80,0 %	71,1 %
Part de la fonction publique dans l'emploi total (2015)	33,0 %	41,0 %	33,0 %	20,0 %
Prestations familiales et de solidarité				
Part de la population couverte par la CAF (2017)	60,0 %	57,0 %	55,0 %	47,0 %
Allocataires du RSA rapportés à la population des 15 à 64 ans (2016)	17,9 %	13,6 %	15,1 %	4,5 %
Part de la population couverte par la CMU-C (fin 2016)	27,3 %	35,0 %	22,0 %	8,0 %

(1) Y compris la partie française de l'île de Saint-Martin (2) Au recensement de la population de 2013 (3) 2016.

Sources : Insee, DREES, Fonds CMU-C, CNAF.

Les évolutions démographiques, les fragilités du tissu économique et l'étendue des situations de précarité ont une forte incidence sur les conditions d'exercice des missions des caisses ultramarines.

Les CAF servent un important volume de prestations conditionnées par la production annuelle (dans le cas général) ou trimestrielle (RSA et prime d'activité) de déclarations de ressources par les foyers qui en bénéficient. Les CGSS reconduisent également un grand nombre d'aides tributaires de déclarations annuelles de ressources par leurs titulaires (CMU-C et, eu égard à l'importance des flux migratoires, aide médicale de

l'État au cas particulier de la CGSS de la Guyane⁴⁸⁵). Ces prestations et aides donnent lieu à un grand nombre de demandes d'attribution et de justificatifs à traiter et suscitent une forte demande d'accompagnement, notamment dans les accueils⁴⁸⁶.

La part élevée des familles recensées comme monoparentales et l'étendue du travail dissimulé créent un risque sur l'exhaustivité des ressources déclarées au titre du foyer par les bénéficiaires des prestations et des aides sociales tributaires ou modulées en fonction du niveau des ressources de ce dernier. En Guyane, la place importante de l'habitat informel crée une difficulté spécifique pour la délivrance des correspondances administratives et le contrôle sur place de la réalité des situations familiales et des ressources déclarées.

En dehors du travail dissimulé, le recouvrement des prélèvements sociaux est affecté par la sur-représentation des travailleurs indépendants dans le fichier des cotisants des CGSS.

B - Une organisation de la sécurité sociale propre à l'outre-mer qui reste très compartimentée

Les CGSS de Guadeloupe, Guyane et Martinique ont collecté 2,9 Md€ de prélèvements sociaux en 2017 et versé 3,1 Md€ de prestations maladie-maternité et d'AT-MP et 1 Md€ de prestations de retraite. Dans ces trois départements, les CAF ont pour leur part versé près de 2,1 Md€ de prestations. Ces organismes emploient près de 2 800 personnes (en CDI) pour un budget de gestion administrative de 240 M€.

Les CGSS ont une compétence généraliste, à l'exception des prestations familiales et de celles versées pour le compte des départements et de l'État. Selon un paradoxe apparent, ce mode d'organisation intégré, propre aux DOM, s'accompagne d'un fonctionnement cloisonné, « en silo », des différentes branches et régimes et, ce faisant, d'une grande complexité de pilotage et de gestion.

⁴⁸⁵ En 2017, la CGSS de la Guyane comptait près de 23 000 bénéficiaires de l'AME, contre 11 600 en 2014.

⁴⁸⁶ D'après la méthode d'estimation révisée par la CNAF en 2017, la charge de travail des CAF de la Guadeloupe et de la Martinique les place aux 31^{ème} et 37^{ème} rangs de son réseau de 101 caisses départementales, alors que ces départements sont respectivement les 60^{ème} et 63^{ème} départements les plus peuplés. La CAF de la Guyane, qui dessert le 78^{ème} département le plus peuplé, se situe quant à elle au 59^{ème} rang.

Tableau n° 59 : prélèvements sociaux, prestations versées et frais de gestion administrative (2017, en M€) et effectifs (2017, en ETPMA)

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Sous-total	Total
Prélèvements sociaux encaissés (régimes général et agricole)	1 111	437	1 371	-	2 919
CGSS – Prestations maladie-maternité et AT-MP	1 425	565	1 140	3 130	6 201
CGSS – Prestations de retraite	454	74	478	1 006	
CAF – Prestations légales et extra-légales	277	229	238	2 065	
CAF – Prestations versées pour le compte des départements (RSA) et de l'État (aides au logement, AAH, prime d'activité)	583	266	472		
CGSS – Budget de gestion administrative (2017 exécuté)	84	33	71	188	240
CAF – Budget de gestion administrative (2017 exécuté)	22	10	20	52	
CGSS – Effectifs (2017 – CDI)	932	333	802	2 067	2 775
CAF – Effectifs (2017 – CDI)	296	141	271	708	

Sources : caisses locales et nationales. Les montants de prélèvements se rapportent aux seuls cotisants rattachés aux CGSS, à l'exclusion de ceux gérés par des URSSAF métropolitaines.

1 - La coexistence de caisses intégrées (CGSS) et de caisses d'allocations familiales sur le modèle hexagonal

En France métropolitaine, sauf exception⁴⁸⁷, le recouvrement des prélèvements sociaux et le service des différentes prestations sociales aux assurés du régime général sont confiés à des organismes locaux distincts, généralement rattachés à un seul organisme national.

Dans chacun des quatre départements d'outre-mer créés en 1946 - la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion - la sécurité sociale est organisée selon un modèle de caisse à vocation généraliste : une caisse générale de sécurité sociale (CGSS) recouvre l'ensemble des prélèvements sociaux et verse l'ensemble des prestations du régime général et du régime agricole, à l'exception de celles relevant des CAF.

⁴⁸⁷ La caisse commune de sécurité sociale de Lozère est l'unique exemple métropolitain d'organisme local qui exerce simultanément les missions d'une CPAM, d'une CAF et d'une URSSAF, mais pas celles d'une caisse de retraite. Le recouvrement est assuré sous le pilotage fonctionnel de l'URSSAF Languedoc-Roussillon dans le cadre d'une convention de partenariat.

À leur création en 1947, les missions des CGSS coïncidaient, sauf exception⁴⁸⁸, avec celles des caisses de sécurité sociale des salariés du secteur privé alors en vigueur en métropole. Elles s'en écartent depuis les ordonnances du 21 août 1967, qui, en métropole, ont confié à des organismes locaux distincts les risques maladie-maternité et AT-MP (CPAM), le risque vieillesse (CRAM, auxquelles ont succédé des CARSAT en 2010) et le recouvrement des prélèvements (URSSAF).

En 1972, l'organisation de la sécurité sociale dans les DOM a été alignée sur celle de la métropole pour l'une des quatre branches de la sécurité sociale : la gestion des prestations familiales a été retirée aux CGSS pour être confiée à des CAF, nouvellement créées.

2 - Une gestion cloisonnée des caisses multibranches

Du fait du périmètre des missions de ces organismes, chaque directeur de CGSS n'a pas moins de quatre interlocuteurs nationaux : la CNAM pour les prestations maladie-maternité et AT-MP et la tarification des risques professionnels, la CNAV pour les prestations de retraite, l'ACOSS pour le recouvrement des prélèvements sociaux et la CCMSA pour les prélèvements et prestations du régime des exploitants agricoles.

Chaque CGSS cosigne avec les interlocuteurs nationaux précités cinq contrats pluriannuels de gestion (CPG)⁴⁸⁹ distincts, qui, pour la période 2014-2017, juxtaposaient la quasi-totalité des objectifs assignés à chaque CPAM, CARSAT, URSSAF et MSA de métropole. Chaque CGSS était ainsi appelée à se mobiliser sur 178 indicateurs de résultat ou de suivi au total : 33 pour le recouvrement, 79 pour la maladie, 26 pour les AT-MP, 21 pour la retraite et 19 pour le régime agricole.

Pour l'exercice de ses différentes missions, chaque CGSS exploite environ 250 systèmes d'information distincts mis à sa disposition par les organismes nationaux. Plusieurs années de travaux sous la coordination d'une instance interbranche ont été nécessaires pour mettre à la disposition des CGSS des outils de communication unifiés (messagerie, intranet) et établir un plan de sécurité informatique commun.

⁴⁸⁸ Elles couvraient tous les risques, y compris la famille, alors qu'en métropole, les CAF avaient remplacé en 1945 les caisses de compensation de la loi du 11 mars 1932.

⁴⁸⁹ Les CPG ont pour objet de décliner au niveau des organismes locaux les objectifs opérationnels fixés par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées par les organismes nationaux avec l'État.

La tenue de la comptabilité des CGSS repose sur la mise en œuvre de systèmes d'information, d'instructions et de dossiers de clôture propres à chaque branche et régime, mis en œuvre par des équipes de taille très réduite. En l'absence d'un système d'information comptable interbranches et régimes, de nouvelles saisies manuelles sont nécessaires pour établir les états financiers d'ensemble de chaque caisse soumis à l'approbation de leur conseil d'administration. Non vérifiés par les caisses nationales, ils présentent des irrégularités significatives⁴⁹⁰.

Le modèle multibranches des CGSS n'a pas fait émerger de synergie entre les métiers communs à l'ensemble des branches et régimes.

Loin de proposer un guichet unique pour leurs assurés, les CGSS cloisonnent par branche leur offre de service, à l'exception d'initiatives notables à la Martinique. C'est seulement à la marge que les implantations physiques des CGSS de la Guadeloupe et de la Guyane sont mutualisées entre branches⁴⁹¹. De ce fait, un assuré souhaitant faire modifier son adresse, son numéro de téléphone ou ses données bancaires doit soit contacter sur internet ou par téléphone chacun des services organisés par branche dont il relève, soit se rendre dans des agences également spécialisées par branche. Par ailleurs, dans toutes les CGSS, une même modification des données de contact des assurés doit être saisie dans des applications distinctes par branche.

Le dispositif de maîtrise des risques de chaque CGSS juxtapose ceux prescrits par chaque caisse nationale, sans mutualisation entre branches, ni actions spécifiques répondant aux enjeux locaux de maîtrise des risques et de lutte contre la fraude. Le pilotage de ces activités est éclaté et les équipes émiettées entre des directions spécialisées⁴⁹².

En définitive, les CGSS sont des organismes multibranches et régimes difficiles à piloter. Loin de regrouper les fonctions communes, elles ont, au contraire, privilégié des organisations cloisonnées par branche et régime. L'exercice de leurs missions ne retire pas de bénéfice tangible de leur compétence généraliste.

⁴⁹⁰ Avant 2018, chaque CGSS gérât par ailleurs six budgets distincts de gestion administrative, là où une CAF avait un budget unique. Tout en compliquant le suivi des moyens accordés, cette gestion éclatée ne garantissait pas que les effectifs financés par chaque branche et régime sont effectivement employés au titre de ces derniers.

⁴⁹¹ Les antennes maladie sont les plus nombreuses et accueillent ponctuellement des permanences de techniciens retraite. Cinq sites en Guadeloupe et trois en Guyane reposent sur moins de quatre agents, ce qui fragilise la continuité du service.

⁴⁹² La CGSS de la Martinique prévoit de regrouper les agents en charge de la lutte contre la fraude et du recouvrement contentieux sous un pilotage unique.

II - Un service public de la sécurité sociale pour partie défaillant

Alors qu'elles disposent de moyens importants pour exercer leurs missions, les performances de gestion des CGSS et, à un moindre degré, des CAF de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique présentent des faiblesses, parfois très significatives, sur des points déterminants d'appréciation de l'exercice de leurs missions.

A - Des moyens significatifs imparfaitement mobilisés

Les caisses de sécurité sociale de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique ont vu leurs moyens globalement préservés au cours des années 2013 ou 2014 à 2017 couvertes par la précédente génération de contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés avec les organismes nationaux de sécurité sociale. L'organisation des caisses affecte toutefois négativement leurs capacités de production et le service rendu aux usagers.

1 - Des budgets et des effectifs substantiels

Prises ensemble, les dépenses de gestion administrative des trois CGSS et des trois CAF de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique sont restées stables, passant de 268,1 M€ en 2013 à 268,9 M€ en 2017. Cette stabilité recouvre une hausse des charges de personnel et une réduction des charges externes. Au titre des évolutions les plus marquantes, on observe une baisse de 11 % des dépenses de fonctionnement de la CGSS de la Martinique et des hausses de 9 % et de 13 % respectivement de celles de la CGSS et de la CAF de la Guyane, sous l'effet de recrutements⁴⁹³.

À l'instar des organismes métropolitains, les charges de personnel constituent le principal poste de dépenses, soit 162 M€ pour les trois CGSS et 47 M€ pour les trois CAF en 2017. La masse salariale des caisses de sécurité sociale dans les DOM, comme celle des autres employeurs publics,

⁴⁹³ Entre 2013 et 2017, les dépenses de gestion administrative hors investissement de la CGSS de la Martinique ont été réduites de 83,2 M€ à 75,2 M€, tandis que celles de la CGSS et de la CAF de Guyane ont été respectivement portées de 30,9 M€ à 33,9 M€ et de 9,1 M€ à 10,5 M€.

intègre une sur-rémunération ou « prime de vie chère », qui majore de 40 % la valeur du point du salaire de base. La rémunération moyenne dans les caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique dépasse ainsi de 31 % celle du régime général⁴⁹⁴.

De 2013 à 2017, les effectifs des CGSS ont baissé de 116 ETP (-5,3 %). Ceux des CAF ont crû de 32 ETP de 2012 à 2017 (+ 4,6 %).

**Tableau n° 60 : évolution des effectifs des CGSS (2013-2017)
et des CAF (2012-2017)⁴⁹⁵**

	Base 2012 (CAF) et 2013 (CGSS)	2017	Variation par rapport à la base		Moyenne réseau
			En ETP	En %	En %
CGSS					
Recouvrement (CDI)	452,8	419,1	-33,7	-7,4 %	-5,6 %
Maladie (CDI)	1 173,9	1 125,6	-48,3	-4,1 %	-7,0 %
AT-MP (CDI)	53,4	55,7	2,3	4,3 %	-5,0 %
Vieillesse (CDI+CDD)	330,7	308,7	-22,0	-6,7 %	-3,9 %
MSA (CDI)	173,8	159,6	-14,1	-8,1 %	-6 % (*)
Total	2 184,6	2 068,8	-115,8	-5,3 %	-
CAF					
Total (CDI)	695,5	727,6	+32,1	+4,6 %	-2,2 %

Note de lecture : l'évolution des effectifs du régime agricole (MSA) correspond à la période 2011-2015. Les effectifs des CAF sont exprimés pour 2017 en ETP au 31 décembre et non en moyenne annuelle, conformément aux modalités de suivi de la COG 2013-2017.

Source : Cour des comptes d'après les données des organismes nationaux de sécurité sociale.

La baisse globale des effectifs des CGSS s'est concentrée sur celles de la Guadeloupe (-63 ETP, soit -6,3 %) et de la Martinique (-60 ETP, soit -6,9 %) et a concerné toutes les missions, sauf les AT-MP. Elle a été moins forte que la moyenne nationale pour la branche maladie et plus forte pour le recouvrement, la vieillesse et le régime agricole. Pour leur part, les effectifs de la CGSS de la Guyane ont augmenté (de 7 ETP, soit +2,4 %).

⁴⁹⁴ En 2017, la rémunération annuelle brute moyenne s'élevait à 48 681 € dans les caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique, au regard de 37 094 € pour le régime général pris dans son ensemble (UCANSS).

⁴⁹⁵ À l'instar des caisses métropolitaines, les caisses des DOM recourent par ailleurs à des contractuels à durée déterminée (en 2017, 110 ETP pour les trois CGSS et une trentaine pour les trois CAF de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique).

Les CAF ont été exemptées de l'effort de réduction d'effectifs appliqué à la branche famille au cours de la COG 2014-2017⁴⁹⁶. Entre 2012 et 2017, leurs effectifs en CDI ont augmenté de 32 ETP (+4,6 %).

Ces trajectoires d'effectifs reflètent non seulement une activité croissante des caisses en Guyane et stable en Guadeloupe et à la Martinique, mais aussi une difficulté des organismes nationaux à fixer des cibles en rapport avec les besoins des caisses des DOM et à garantir le respect des règles budgétaires fixées. Ainsi, si les CAF ultramarines ont été préservées de l'effort de restitution d'effectifs au sein de la branche famille, c'est sous l'effet de l'application par la CNAF d'une méthode d'évaluation de la charge de travail des CAF qui surévaluait celle liée aux dossiers de précarité par rapport à la charge réelle ; compte tenu de la place des dossiers de précarité dans l'ensemble de leur activité, les CAF des DOM⁴⁹⁷ ressortaient comme les caisses les plus productives, ce qu'infirmait pour partie de récentes analyses (voir 3. *infra*). Pour leur part, les CGSS de la Guadeloupe et de la Guyane ont régulièrement dépassé les plafonds d'emploi pour la maladie et le recouvrement, la CNAM et l'ACOSS validant *a posteriori* cet état de fait.

Sous l'effet du renouvellement des effectifs, de la structure de rémunération et des mesures salariales, le salaire moyen par tête a augmenté en moyenne plus fortement entre 2014 et 2017 (+3,1 %) que dans le régime général pris dans son ensemble (moins de +1 %)⁴⁹⁸.

Des investissements importants ont été réalisés, principalement pour les CGSS (plus de 70 M€ entre 2014 et 2017), dont l'acquisition d'un nouveau siège pour la CGSS de la Guadeloupe (près de 50 M€) et de nouveaux locaux pour celles de la Guadeloupe et de la Guyane. L'acquisition d'un nouveau siège pour la CGSS de la Martinique est envisagée d'ici à 2021 (pour un montant estimatif de 44,5 M€).

⁴⁹⁶ Fin 2017, les effectifs de la branche famille s'établissaient à 31 995 agents (en ETP fin de mois), contre 32 707 en base 2012. Alors que la COG 2014-2017 prévoyait une réduction de 1 000 ETP, soit le non remplacement d'un départ en retraite sur cinq, la branche famille a restitué 712 ETP en CDI au total fin 2017.

⁴⁹⁷ Au regard d'une moyenne nationale de 23 %, la part des bénéficiaires de minima sociaux parmi les allocataires des CAF de la Guadeloupe, la Martinique et de la Guyane est comprise entre 45 % et 49 %.

⁴⁹⁸ UCANSS.

2 - Une capacité de production amoindrie

Plusieurs facteurs concourent à réduire la capacité de production des six caisses au regard des ressources humaines dont elles sont dotées.

Fréquemment, les fonctions support⁴⁹⁹ sont surdimensionnées au regard de celles de production. Ainsi, les trois CGSS affectent plus de 750 agents à des fonctions support sur un effectif global de moins de 2 100 agents permanents ; le ratio correspondant atteint ainsi 25 % à la CGSS de la Martinique et 30 % à celle de la Guadeloupe, au regard de taux compris entre 14 et 22 % dans les URSSAF pour l'activité de recouvrement, entre 16 et 33 % pour les CPAM (21 % en moyenne) et entre 15 et 24 % pour la branche vieillesse au plan national (20 % en moyenne). À la CAF de la Guadeloupe, 33 % des agents permanents sont de même affectés à des fonctions support, au regard de taux compris entre 12 et 31 % pour les autres CAF (et une moyenne nationale de 20,4 %⁵⁰⁰).

Suivant un usage local répandu, la plupart des caisses accordent des jours de congé au titre de fêtes locales au-delà des jours fériés légaux. La réduction du temps de travail qui en résulte peut atteindre jusqu'à 50 heures par an, soit l'équivalent de 53,4 ETP dans les trois CGSS et de 9,5 ETP à la CAF de la Guadeloupe.

Très souple, l'organisation du travail répartit de manière déséquilibrée les temps de production et réduit les temps d'échange et de coordination internes. Les agents ont la possibilité d'alterner des journées continues terminées en début d'après-midi et des journées classiques avec pause méridienne. Dans le cas général, des plages fixes de présence obligatoire au travail pour l'ensemble des agents sont prévues le matin et un ou deux après-midis par semaine ; à la CGSS de la Guyane et à la CAF de la Guadeloupe, il n'est pas prévu de plage fixe l'après-midi.

L'absentéisme pour maladie est particulièrement élevé dans les CGSS et, dans une moindre mesure, dans les CAF. Il est ainsi supérieur de près de 60 % à la moyenne des CPAM dans les CGSS et de 20 % à la moyenne des CAF à la CAF de la Guadeloupe. Les journées non travaillées équivalaient en 2016 à près de 8 jours par an et par agent à la CGSS de la Guadeloupe et à 12 jours à celle de la Guyane⁵⁰¹.

⁴⁹⁹ Gestion administrative et des ressources, logistique, maintien en condition des systèmes d'information, communication, analyse des données, comptabilité.

⁵⁰⁰ Hors action sociale.

⁵⁰¹ Déduction faite des absences d'agents en affection de longue durée ou en invalidité.

3 - Une productivité non mesurée ou en retrait

Les outils qui permettraient d'apprécier l'efficacité de l'emploi des moyens des CGSS ne sont pas déployés : alors que ce projet a été initié en 2010, elles ne sont toujours pas dotées d'une comptabilité analytique couvrant leurs différentes activités. De ce fait, la productivité des agents des CGSS n'est pas mesurée⁵⁰² et il n'est pas mis en œuvre d'actions qui viseraient spécifiquement à l'améliorer.

Les travaux conduits par la branche famille depuis 2015 sur le pilotage de la production ont permis de mesurer la productivité moyenne des équipes de liquidation des CAF, exprimée en nombre de pièces traitées par emploi en équivalent temps plein et les écarts entre caisses. Si la CAF de la Guadeloupe mobilise ses ressources aussi fortement que la moyenne du réseau des CAF, celles de la Guyane et de la Martinique font partie des 10 % de caisses dont la productivité est la plus faible.

B - Des prestations versées dans des conditions très disparates

Dans les DOM comme en métropole, l'activité des caisses de sécurité sociale est soumise à un double impératif : traiter rapidement les demandes de prestations afin d'éviter que leurs bénéficiaires ne subissent une rupture de ressources ; payer à bon droit les prestations en appliquant correctement les règles juridiques en vigueur à la situation des demandeurs. Sur le premier point, les performances des CGSS de la Guadeloupe et de la Guyane sont inférieures aux objectifs qui leur sont assignés. Sur le second, les résultats des CGSS des trois départements sont très dégradés pour le seul domaine où ils sont objectivés, celui des pensions de retraite.

⁵⁰² À titre d'illustration, contrairement aux URSSAF, l'ACOSS ne suit pas le nombre de comptes cotisants actifs pondérés (CAP) par ETP, ni le coût unitaire de gestion par CAP.

1 - Des délais de paiement des prestations parfois excessifs

Les délais de mise en paiement des prestations par les CAF et CGSS de la Martinique et les CAF de la Guadeloupe et de la Guyane approchent ou dépassent parfois les objectifs qui leur sont assignés par le niveau national. En revanche, les CGSS de la Guadeloupe et de la Guyane versent avec retard les indemnités journalières et les pensions de retraite.

Tableau n° 61 : délais de mise en paiement des prestations (2017)

	Objectif	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Moyenne nationale
CGSS					
Indemnités journalières (non subrogées par l'employeur)	42 jours	60 jours	71 jours	39,5 jours	Non disponible ⁵⁰³
Pensions de droit propre Part des dossiers payés dans le mois suivant la date d'effet	96 %	73 %	82 %	96 %	96 %
Pensions de droit dérivé Mêmes critères	89 %	44 %	100 %	89 %	87 %
Pensions de droit propre Part des dossiers dont la date d'effet est à > 3 mois dans le stock	5 %	21 %	5 %	2 %	2,4 %
CAF					
Minimas sociaux Part des pièces traitées en moins de 10 jours	90 %	85,1 %	90,7 %	97,1 %	94 %
Autres prestations Part des pièces traitées en moins de 15 jours	85 %	84 %	89 %	99 %	86 %

Sources : CNAF, CNAM et CNAV.

Depuis 2014, la CAF de la Martinique fait partie de celles qui versent le plus rapidement les prestations. Depuis 2017, la CAF de la Guyane les verse en moyenne annuelle dans les délais prescrits, bien qu'avec des fluctuations. Avant 2016, tel était également le cas de la CAF de la Guadeloupe. Depuis lors, ses résultats se sont détériorés sous l'effet de l'absentéisme et de départs en retraite tardivement remplacés.

⁵⁰³ L'objectif national de délai de liquidation des indemnités journalières, de 30 jours, a été aménagé pour les CGSS à 42 jours en 2017 (49 jours en 2016). L'objectif national est respecté par 88,5 % des CPAM.

Si la CGSS de la Martinique se rapproche progressivement de l'objectif national de délai de règlement à 30 jours des indemnités journalières non subrogées par l'employeur et a respecté en 2017 l'objectif intermédiaire qui lui a été assigné (42 jours), la CGSS de la Guadeloupe et, malgré des progrès⁵⁰⁴, celle de la Guyane, en restent éloignées.

À la CGSS de la Guadeloupe, les retards de liquidation des pensions de retraite provoquent des ruptures de ressources⁵⁰⁵. Plus d'un quart des pensions de droit propre et plus de la moitié de celles de réversion ne sont pas mises en paiement dans le mois suivant leur prise d'effet. Pour une pension de droit propre sur cinq, la date de prise d'effet est dépassée de plus de trois mois quand le premier paiement intervient. À la CGSS de la Guyane, le stock de demandes en instance de traitement diminue. Néanmoins, près d'une pension de droit propre sur cinq n'était pas mise en paiement dans le mois suivant sa prise d'effet en 2017.

2 - Un paiement à bon droit pour partie compromis

Dans les branches du régime général de sécurité sociale, des indicateurs portant sur les erreurs de portée financière, non prévenues ou corrigées par les dispositifs de contrôle interne en vigueur⁵⁰⁶, permettent d'apprécier la capacité des caisses locales à verser à bon droit les prestations.

En 2017, plus d'une pension de retraite sur trois mises en paiement par la CGSS de la Guadeloupe et plus d'une pension sur quatre pour les CGSS de la Martinique et de la Guyane étaient affectées par des erreurs financières, d'importance variable, en faveur ou au détriment des nouveaux retraités⁵⁰⁷.

⁵⁰⁴ Le délai de règlement est passé de 104 jours en 2016 à 71 jours en 2017.

⁵⁰⁵ Alors qu'ils étaient respectés en 2014, les objectifs nationaux de versement à échéance ont reculé depuis 2015, tout particulièrement en 2017.

⁵⁰⁶ Contrôles automatisés intégrés aux systèmes d'information, supervisions internes aux services ordonnateurs qui liquident les prestations, contrôles effectués par les agences comptables sur les prestations liquidées avant ou après leur mise en paiement.

⁵⁰⁷ Les impacts portent sur le montant mensuel ou la date d'effet de la pension.

Cette fréquence est deux à trois fois plus élevée que la moyenne nationale, elle-même insatisfaisante, des erreurs affectant les pensions de retraite du régime général : en 2017, 13,3 % des pensions mises en paiement par les caisses locales du réseau de la CNAV comportaient une erreur de portée financière, contre 10,5 % en 2016⁵⁰⁸. Elle est déterminée de façon centralisée par la CNAV, ce qui garantit l'homogénéité des contrôles sur les échantillons de pensions qui servent à l'établir ainsi que celle de leurs résultats.

Les autres indicateurs font apparaître de meilleurs résultats que les moyennes nationales, qu'il s'agisse des indemnités journalières versées par les CGSS⁵⁰⁹ ou des prestations versées par les CAF⁵¹⁰. Toutefois, ils sont déterminés par les caisses locales elles-mêmes, ce qui conduit à les relativiser. De fait, lorsque les caisses locales du réseau de la CNAV mesuraient elles-mêmes la qualité de leur propre production de retraites, les CGSS détectaient une fréquence d'erreurs bien inférieure à la réalité⁵¹¹.

C - Un recouvrement des prélèvements sociaux largement défaillant

Les résultats particulièrement dégradés du recouvrement des prélèvements sociaux par les CGSS de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane résultent d'une défaillance du paiement à l'échéance, qui concerne toutes les catégories de cotisants, mais aussi d'un manque d'efficacité du recouvrement amiable et forcé, dont les causes sont exogènes, mais aussi pour partie imputables aux caisses elles-mêmes.

⁵⁰⁸ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2017*, mai 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁰⁹ En 2017, les erreurs représentaient 0,4 % des montants concernés pour la CGSS de la Martinique et 1,3 % pour les CGSS de la Guadeloupe et de la Guyane, contre 3,1 % selon la mesure nationale déterminée par la CNAM.

⁵¹⁰ Six mois après leur réalisation, seules 0,8 % des saisies manuelles effectuées par des agents de la CAF de la Martinique, 1 % de celles de la CAF de la Guyane et 3,3 % de celles de la CAF de la Guadeloupe comportaient une erreur financière, contre 3,5 % en moyenne dans le réseau des CAF pris dans son ensemble selon la mesure nationale déterminée par la CNAV. Le résultat de la CAF de la Guadeloupe s'est récemment dégradé sous l'effet d'une perte globale d'expertise liée au renouvellement des effectifs.

⁵¹¹ En 2015, une pension sur 50 pour la CGSS de la Guadeloupe, une sur 14 pour celle de la Martinique et une sur sept pour celle de la Guyane.

1 - L'absence de récupération d'une grande partie des créances sur les cotisants

Fin mars 2018, 586,1 M€ de prélèvements exigibles en 2017 restaient impayés, soit 17,3 % du total des prélèvements exigibles auprès des CGSS de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique⁵¹². Alors que ces trois caisses représentaient 0,9 % du total des prélèvements exigibles auprès du réseau du recouvrement pris dans son ensemble, elles concentraient ainsi à elles seules 11,3 % du total des impayés à ce dernier.

S'ils sont massifs pour les travailleurs indépendants, les retards de paiement des prélèvements sociaux affectent tous les types de cotisants. Fin mars 2018, les impayés sur les prélèvements exigibles en 2017 atteignaient 67,9 % pour les artisans et commerçants et 32,9 % pour les professions libérales. S'agissant des employeurs du secteur privé, 16 % de leurs prélèvements déclarés en 2017 n'avaient pas donné lieu à paiement. De même, les collectivités locales et les hôpitaux publics règlent souvent avec retard les prélèvements ; fin mars 2018, 4,1 % des prélèvements déclarés en 2017 par des employeurs publics restaient impayés.

Faute de règlement ou d'admission en non-valeur lorsque les conditions juridiques en sont remplies, 4,1 Md€ de créances se sont accumulées dans les comptes des trois CGSS (+18 % entre 2014 et 2017)⁵¹³. Ce stock représente près de 15 mois de prélèvements exigibles et 14,9 % du total des créances du réseau du recouvrement pris dans son ensemble. Il augmente à un rythme qui s'accélère⁵¹⁴ et dépasse la hausse du flux des prélèvements exigibles.

⁵¹² Dont 273,8 M€ pour la CGSS de la Guadeloupe (20,5 % du flux de l'exercice), 211,3 M€ pour celle de la Martinique (13,7 %) et 101,1 M€ pour celle de la Guyane (19,5 %).

⁵¹³ Dont 2,32 Md€ pour la Guadeloupe, 1,26 Md€ pour la Martinique et 0,55 Md€ pour la Guyane.

⁵¹⁴ +3,3 % en 2015, +6,7 % en 2016 et +7,1 % en 2017, cette dernière accélération concernant exclusivement la Martinique et la Guyane.

Tableau n° 62 : restes à recouvrer sur les prélèvements exigibles en 2017 (fin mars 2018, en M€) et stock des créances (fin 2017, en M€)

	Restes à recouvrer 2017			Stock des créances (tous exercices)		
	Prélèvements exigibles	Restes à recouvrer	Taux d'impayés	Prélèvements	Total, y compris majorations et pénalités	% du total
Employeurs privés	2 107,4	336,8	16,0 %	1 887,6	2 105,4	50,9 %
Employeurs publics	936,2	38,1	4,1 %	118,4	168,3 ⁵¹⁵	4,1 %
Indépendants	316,7	186,9	59,0 %	1 522,0	1 694,9	41,0 %
Artisans et commerçants	236,5	160,6	67,9 %	1 224,7	1 360,7	32,9 %
Professions libérales	80,2	26,4	32,9 %	297,2	334,2	8,1 %
Employeurs d'aides de maison	33,2	24,3	73,3 %	67,5	122,6	3,0 %
Praticiens et auxiliaires médicaux	0,0	0,0	0 %	34,0	36,9	0,9 %
Divers	0,8	0,0	0 %	4,7	5,4	0,1 %
Total	3 394,2	586,1	17,3 %	3 634,3	4 133,5	100,0 %

Note de lecture : depuis 2016, les prélèvements des praticiens et auxiliaires médicaux sont intégrés à ceux des professions libérales.

Sources : ACOSS (restes à recouvrer) et CGSS (stock des créances).

Au bout de 100 jours suivant leur exigibilité, seules 33 % à 40 % des créances sont récupérées, contre plus de 70 % pour les URSSAF. À 300 jours, ce même taux plafonne autour de 60 %, contre plus de 90 %.

Tableau n° 63 : taux de récupération des créances (toutes catégories de cotisants, en %)

		Guadeloupe	Guyane	Martinique	URSSAF
À 100 jours	2014	46,3	41,8	37,2	68,7
	2015	45,5	45,2	33,8	70,7
	2016	43,1	46,0	42,1	77,9
	2017	40,7	33,3	33,6	73,1
À 300 jours	2014	60,0	61,0	54,5	88,3
	2015	58,7	64,4	49,8	88,3
	2016	59,1	63,8	58,9	92,4

Source : ACOSS.

⁵¹⁵ Dont 73 M€ pour la Guadeloupe (au titre notamment de l'hôpital de Marigot (10,8 M€), du centre hospitalier de Pointe-à-Pitre (8,5 M€), de la commune de Saint Louis (3,7 M€) et de l'établissement public régional Guadeloupe formation (3,6 M€) ; 66 M€ pour la Martinique (notamment les communes de Fort-de-France (14,5 M€) et du Lorrain (2 M€), le centre hospitalier de Fort-de-France (10,5 M€), la chambre des métiers de la Martinique (2,2 M€) et l'hôpital du Saint Esprit (2,1 M€) ; 29 M€ pour la Guyane (notamment l'ancien conseil général (5,2 M€) et les communes de Cayenne (7,3 M€), de Saint-Laurent du Maroni (4,6 M€) et de Matoury (4 M€). Les montants par débiteur correspondent à leur situation à fin juin 2017.

2 - Des causes pour partie exogènes

Pour une part, ces mauvais résultats procèdent de causes qui ne sont pas propres aux CGSS ou sur lesquelles elles n'ont pas de prise.

L'ACOSS centralise dans certaines URSSAF la gestion des comptes cotisants de l'ensemble des établissements d'une même entreprise, notamment de grande taille⁵¹⁶. De ce fait, les prélèvements recouvrés par les CGSS émanent surtout d'entreprises locales, qui présentent un risque de recouvrement plus élevé que ceux des établissements des principaux acteurs de la distribution, de la banque, de l'assurance, des transports, de l'énergie, du BTP ou de l'industrie aéronautique situés dans leur ressort géographique, mais qu'elles ne gèrent pas. De même, l'extension des dispositifs de chèque emploi service universel (CESU) et de prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), gérés par deux centres nationaux, réduit le nombre d'employeurs d'aides à domicile versant aux CGSS, en y augmentant le risque de non recouvrement.

Les dysfonctionnements majeurs qui ont suivi l'instauration au 1^{er} janvier 2008 du dispositif de l'interlocuteur social unique (ISU) pour le recouvrement des prélèvements sociaux des artisans et commerçants ont conduit à plusieurs reprises, sur l'ensemble du territoire national, à suspendre ou à réduire l'intensité des actions de recouvrement forcé à l'égard des travailleurs indépendants, professions libérales comprises. Décidée en 2017, la reprise dans les DOM de l'émission automatisée des actes de recouvrement forcé à l'égard des travailleurs indépendants se heurte à une difficulté de fait, matérielle et liée à la relation avec les cotisants : fin 2017, environ 28 000 contraintes étaient à notifier ou à signifier par la voie d'huissiers sur la zone Antilles-Guyane.

Plusieurs éléments peuvent se conjuguer pour fragiliser la chaîne du recouvrement : de nombreuses collectivités locales ou hôpitaux règlent couramment leurs fournisseurs avec des délais de paiement pouvant dépasser 100 jours⁵¹⁷, ce qui peut placer ces derniers en difficulté de trésorerie. Par ailleurs, les mesures décidées par les pouvoirs publics à la suite d'événements locaux (moratoires, délais exceptionnels de paiement)

⁵¹⁶ En application des dispositions du code de la sécurité sociale, les établissements des entreprises d'au moins 1 000 salariés relèvent obligatoirement d'une seule URSSAF. Pour les autres entreprises, une centralisation est possible à leur demande. Parfois, les comptes de filiales sont également centralisés avec ceux de la société mère.

⁵¹⁷ Cour des comptes, *Rapport sur la situation financière et la gestion des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, octobre 2017*, Chapitre IV La situation financière des collectivités des départements d'outre-mer, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

peuvent encourager un certain attentisme des cotisants, qui ne sollicitent pas l'application des dispositifs de droit commun d'étalement de leurs paiements et attendent la mise en œuvre de mesures de recouvrement forcé.

3 - Une maîtrise insuffisante des processus du recouvrement

Il reste que la gestion insuffisamment active de leur fichier de cotisants par les CGSS pèse dans les résultats du recouvrement. Ainsi, si les taxations d'office non régularisées constituaient près de la moitié des impayés sur des exigibilités 2017 à fin mars 2018 (8,4 % sur un taux de reste à recouvrer de 17,3 % au global⁵¹⁸), cela tient non seulement à des retards dans l'envoi des déclarations de revenus professionnels (travailleurs indépendants) et de prélèvements (autres cotisants), mais aussi à l'absence de radiation ou à la radiation tardive des comptes de ces derniers par les CGSS en cas de cessation d'activité⁵¹⁹.

La part des taxations d'office non régularisées dans le total des prélèvements exigibles tend ainsi à s'accroître (8,9 % sur les exigibilités 2017 à fin mars 2018 contre 7 % sur les exigibilités 2016 à fin mars 2017). Par ailleurs, les créances constituées de taxations d'office non régularisées se sédimentent, sans perspective de recouvrement⁵²⁰.

De fait, l'absence répétée de déclaration au titre d'une échéance ne donne pas lieu dans un nombre suffisant de cas à une action rapide (appel téléphonique, visite sur place, rapprochement avec l'administration fiscale) visant à obtenir une déclaration de prélèvements (employeurs) ou de revenus professionnels (travailleurs indépendants) ou, à défaut, à constater une cessation d'activité non déclarée.

⁵¹⁸ Les taxations d'office non régularisées représentaient ainsi 50,8 % des restes à recouvrer des travailleurs indépendants, 41,3 % de ceux des employeurs du secteur privé et 17,1 % de ceux des employeurs publics.

⁵¹⁹ À la CGSS de la Guadeloupe, sur 83 150 comptes cotisants actifs fin juin 2017, 39 171 n'avaient pas donné lieu au cours des 12 derniers mois à enregistrement de sommes exigibles, suite à déclaration (soit 47,1 % du total). La situation est comparable à la CGSS de la Guyane (46 %), mais meilleure à celle de la Martinique (16,3 %).

⁵²⁰ Ce qui concourt à expliquer le poids des créances sur des comptes cotisants inactifs dans le stock total de créances (1,45 Md€ sur 2,32 Md€ de créances pour la CGSS de la Guadeloupe à fin 2017, soit 63 % du total, 49,2 % pour la CGSS de la Guyane et 45,8 % pour celle de la Martinique).

Si les actions de recouvrement amiable (appel au cotisant pour obtenir le règlement de l'exigibilité, parfois accompagné de la mise en place d'un échéancier de paiements) se développent, elles s'inscrivent encore en deçà des pratiques métropolitaines (20,1 % des cotisants qui en remplissent les critères à la CGSS de la Guadeloupe et 39,8 % à celle de la Martinique au regard d'une moyenne nationale de 57,5 % en 2016). Elles permettent pourtant de prévenir l'accumulation de créances non réglées.

Le niveau très élevé des créances prescrites (1,1 Md€ fin 2017⁵²¹, soit plus de 26 % du total des créances locales et 29,5 % du total des créances prescrites du réseau du recouvrement pris dans son ensemble), qui portent à la fois sur des sommes déclarées et non réglées et sur des montants taxés d'office à défaut d'une déclaration, dénote quant à lui des insuffisances dans l'exécution des actions de prévention de la prescription.

4 - Un contrôle insuffisant des exonérations de cotisations

Depuis le 1^{er} janvier 2010, la loi de développement économique des outre-mer (LODEOM⁵²²) ouvre droit à une exonération de cotisations patronales, sous réserve d'être à jour du paiement des cotisations. Ces exonérations (dont le coût facturé au budget de l'État atteignait 1 Md€ pour l'ensemble des DOM en 2017, en hausse de 10,2 % par rapport à 2016), sont très insuffisamment contrôlées.

Dans un premier temps, les employeurs ont bénéficié d'une tolérance, en raison de la mise à disposition tardive par l'ACOSS d'un traitement informatique permettant de détecter les cotisants susceptibles de bénéficier à tort d'une exonération et de la lourdeur du contrôle individuel de chacun des dossiers ainsi identifiés.

⁵²¹ Dont 734 M€ pour la Guadeloupe (soit 32 % des créances nées avant 2017), 231 M€ pour la Martinique (18 %) et 145 M€ pour la Guyane (26 %).

⁵²² Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009.

En application d'instructions nationales de 2013, un plan de régularisation a été engagé. Si les comptes des plus gros débiteurs ont été examinés, ce qui a conduit à des dénonciations d'exonérations ou à la mise en place de plans d'échelonnement des paiements, cette régularisation rencontre de multiples difficultés⁵²³. Le traitement informatique de détection n'est toujours pas au point. Les CGSS estiment que plus de la moitié du montant total des exonérations serait injustifié.

Les difficultés de recouvrement des prélèvements sociaux affectent la gouvernance des CGSS, en suscitant des conflits d'intérêts potentiels : sans perdre leur mandat, contrairement aux dispositions législatives en vigueur qui l'imposeraient dans certains cas⁵²⁴, une grande partie de leurs administrateurs représentant les employeurs et les travailleurs indépendants connaissent de tels retards⁵²⁵. Un autre conflit d'intérêts résulte de la dualité même des missions des CGSS, qui sollicitent la participation des praticiens et auxiliaires médicaux, dont elles collectent les prélèvements sociaux, aux actions de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de l'assurance maladie.

⁵²³ Elles tiennent à la complexité du dispositif et au nombre d'entreprises concernées : en Guadeloupe, 44 % des comptes cotisants d'employeurs du secteur privé sont concernés ; à la Martinique, 49 % des emplois du secteur privé. Des circonstances exceptionnelles récentes ont par ailleurs conduit à des reports d'échéances ou de dénonciation d'exonérations (situation sociale en Guyane au printemps 2017 et ouragans Irma et Maria aux Antilles à l'automne 2017).

⁵²⁴ Article L. 231-6-1 du code de la sécurité sociale.

⁵²⁵ À la CGSS de la Guadeloupe, sept membres du conseil d'administration (sur 11 assujettis à prélèvements) n'étaient pas à jour de leurs obligations au dernier trimestre 2017, pour 94 000 € au total. Il en allait de même de six administrateurs pour celle de la Guyane, pour 531 000 €, et de cinq administrateurs pour celle de la Martinique, pour 347 000 €.

III - Des transformations structurelles à mettre en œuvre

Les résultats des caisses de sécurité sociale de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique appellent la mise en œuvre de mesures de redressement urgentes.

S'agissant du recouvrement des prélèvements sociaux, ces mesures devraient consister à rechercher par tous moyens, notamment le droit de communication auprès de tiers (autres administrations, établissements bancaires), la réalité de l'activité des travailleurs indépendants et d'employeurs de salariés taxés d'office depuis plusieurs années, à définir une politique de recouvrement amiable et forcé à l'égard de ces derniers, à intensifier les actions de recouvrement amiable et forcé à l'égard de l'ensemble des cotisants et à mettre en œuvre systématiquement des actes interruptifs de la prescription des créances sur ces derniers.

Par ailleurs, la question d'un soutien plus efficace de l'ACOSS est posée : c'est seulement à partir de septembre 2016 que la tête du réseau du recouvrement a défini à l'attention des CGSS, puis progressivement intégré à leur système d'information, un « socle » de procédures de recouvrement amiable et forcé adaptées à leur situation spécifique. Ce document ne couvre cependant pas les travailleurs indépendants. En outre, une partie des procédures reste à outiller au plan informatique (comme l'automatisation de la délivrance des contraintes aux huissiers) ; d'autres développements informatiques sont à fiabiliser (détection des cotisants bénéficiant à tort d'une exonération propre aux DOM).

Afin de réduire les erreurs affectant les prestations mises en paiement, des supervisions internes aux services ordonnateurs et aux agences comptables devraient être mises en place ou étendues en vue de garantir la bonne application de points de base de la réglementation applicable, en partie méconnus (comme les règles de validation des périodes d'activité et d'inactivité dans le cadre des régularisations de carrière qui précèdent la liquidation des pensions de retraite de droit propre et celles relatives à la prise en compte des ressources pour les prestations du minimum vieillesse et les pensions de réversion).

Au-delà de ces premières mesures, trois transformations plus en profondeur sont à considérer : une redéfinition des missions des caisses, des réorganisations internes et un soutien plus efficace des organismes nationaux de sécurité sociale à l'exercice de leurs missions.

A - Redéfinir les missions des caisses pour mieux les exercer

Le regroupement dans les CGSS de missions aussi éloignées que le recouvrement de prélèvements et l'attribution de prestations pénalise l'exercice de chacune de ces missions. En outre, la gestion par chaque CGSS ou CAF ultramarine de tous les types de cotisants ou de tous les types de prestations (de la ou des branches concernées) prive d'une taille suffisante une partie des moyens qu'elles engagent à cette fin. Cet état de fait est encore accentué par leur maintien à l'écart des réorganisations engagées dans le cadre national. Spécialiser dans un cadre interrégional, voire parfois national, une partie des missions confiées aux CGSS et aux CAF ultramarines permettrait que toutes soient mieux exercées.

1 - Spécialiser les CGSS dans la gestion de prestations et créer une URSSAF interrégionale Antilles-Guyane

Le regroupement au sein des CGSS de missions hétérogènes conduit à faire assumer par leurs agents de direction et par une partie de leur encadrement intermédiaire des objectifs portant sur un éventail d'activités beaucoup trop étendu et hétérogène pour leur permettre d'investir suffisamment chacune d'elles. Il suscite par ailleurs le risque que les progrès réalisés pour une activité, sous l'effet par exemple d'un redéploiement d'effectifs en sa faveur, le soient au détriment des autres.

Afin de concentrer l'action des agents de direction des caisses de sécurité sociale ultramarines sur des objectifs, des leviers d'amélioration des résultats et des indicateurs propres à chacun de ces deux domaines d'activité, la gestion des prestations et le recouvrement des prélèvements devraient être confiés à des organismes distincts.

À cette fin, les missions des CGSS seraient recentrées sur la gestion des prestations maladie-maternité, AT-MP et de retraite, celles des CAF n'étant pas modifiées. Par ailleurs, une URSSAF compétente pour la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique regrouperait au sein d'une seule entité juridique et fonctionnelle l'ensemble des moyens affectés au recouvrement des prélèvements sociaux par les trois CGSS. Ces évolutions appelleraient une modification de l'article L. 752-4 du code de la sécurité sociale qui définit les missions des CGSS.

La nouvelle organisation du recouvrement permettrait d'instaurer une chaîne de responsabilités continue et directe entre l'ACOSS et un directeur inter-régional du recouvrement. Ce dernier pourrait être mobilisé exclusivement sur des objectifs propres au recouvrement, tendant à réduire les écarts de performance avec les URSSAF métropolitaines. L'ACOSS serait en mesure d'intervenir en tant que tête de réseau sur sa désignation et l'évaluation de ses résultats. Pour leur part, les CGSS n'auraient plus que deux interlocuteurs nationaux (la CNAM et la CNAV), à l'instar des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) en métropole.

Le ressort géographique de la nouvelle URSSAF inter-régionale prolongerait la régionalisation des URSSAF de métropole mise en œuvre dans la première moitié des années 2010. En correspondant à celui de la caisse Antilles - Guyane du RSI, qui perdure de manière transitoire sous la forme d'une caisse déléguée des CGSS⁵²⁶, il pourrait faciliter l'intégration des activités de recouvrement du RSI au sein du régime général.

À sa création, l'URSSAF inter-régionale Antilles-Guyane aurait une dimension comparable à celle d'une URSSAF métropolitaine de taille moyenne. En 2017, les effectifs agrégés du recouvrement sur la zone précitée s'élevaient à 418 ETP, soit un niveau voisin des URSSAF Centre (398 ETP) et Languedoc-Roussillon (460 ETP).

2 - Mutualiser une partie des tâches de gestion dans un cadre inter-régional

Les sites de l'URSSAF inter-régionale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique auraient vocation à se spécialiser pour partie par nature de cotisants ou de fonctions. À titre d'illustration, les comptes des cotisants comportant de faibles effectifs - professions libérales, praticiens et auxiliaires médicaux, employeurs d'aides de maison, administrations publiques - pourraient être affectés à des pôles uniques de compétence, dotés d'effectifs suffisants non seulement en nombre, mais aussi en expertise. Cette dissociation du lieu où est géré le compte cotisant de celui où le cotisant est implanté s'inspirerait de modes d'organisation éprouvés en métropole⁵²⁷. De même, les fonctions métier (gestion des encaissements

⁵²⁶ En application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la caisse nationale et les caisses locales du RSI poursuivent leur activité en tant que caisses déléguées de celles du régime général jusqu'au 1^{er} janvier 2020, date à laquelle le RSI est définitivement intégré au régime général.

⁵²⁷ À titre d'illustration, les sites de production des différents départements franciliens ont été spécialisés par segments de cotisants et gèrent ces derniers quel que soit le département dans lequel ils exercent leur activité.

et de la trésorerie, statistiques) et support (paie, achats, comptabilité) auraient vocation à être regroupées par pôle.

S'agissant des prestations gérées par les CGSS et par les CAF, des mutualisations inter-régionales d'activités auraient de même vocation à être mises en œuvre autour de pôles de compétence. Pour la branche maladie, l'instruction des demandes d'affiliation, celle des demandes de CMU-C et d'ACS, le versement des dotations aux établissements publics de santé et aux établissements médico-sociaux et les recours contre tiers, pourraient être confiés à des pôles uniques à caractère interrégional. S'agissant de la branche vieillesse, il pourrait notamment en aller de même pour les pensions de réversion ou la gestion des données. Pour l'ensemble des branches, une mutualisation possible d'activités pourrait notamment concerner les données administratives, celles de paiement des assurés et des allocataires et les oppositions à tiers détenteur.

Afin de mettre en œuvre ces mutualisations inter-régionales, il importe, avec l'appui des caisses nationales, de dépasser les préventions qui se sont manifestées à leur encontre. S'agissant des retraites, la CGSS de la Martinique a ainsi renoncé à participer à des mutualisations, même avec d'autres CGSS ; celles de la Guadeloupe et de la Guyane n'ont pas pris d'initiative en ce sens. Dans le cadre d'un schéma interrégional de mutualisation proposé par les directeurs des caisses en décembre 2015, la CAF de la Martinique devenait caisse pivot pour la gestion de l'allocation de soutien familial (ASF), celle de la Guyane prenait en charge la sécurisation de l'identification des allocataires et celle de la Guadeloupe le télé-recouvrement des créances. Ce projet n'a pas abouti à ce jour.

Quelles que soient les activités attribuées aux différents sites, les assurés, allocataires et cotisants conserveraient dans des points d'accueil des interlocuteurs à même de les informer, de recueillir leurs dossiers, documents et pièces justificatives et de traiter leurs demandes, le cas échéant par la voie d'une conférence audiovisuelle avec le pôle compétent.

3 - Faire participer les organismes ultramarins aux mutualisations d'activités dans le cadre national

Au cours de la précédente génération de COG avec l'État (2013-2017 pour la branche famille, 2014-2017 pour les autres branches), les branches du régime général ont mis en œuvre des mutualisations entre organismes locaux afin de tirer parti d'effets d'échelle liés selon le cas à la faiblesse du nombre de dossiers, à la complexité de ces derniers ou à la masse d'opérations répétitives à traiter par chaque organisme.

Les réseaux qui ont conservé un maillage départemental sont les plus actifs dans cet effort de rationalisation. Dans le cadre du projet « travail en réseau de l'assurance maladie » (TRAM), l'assurance maladie mutualise quatre processus de gestion au sein de pôles nationaux⁵²⁸ et sept activités au sein de pôles interdépartementaux spécialisés⁵²⁹. Pour sa part, la branche famille mutualise plusieurs activités à titre obligatoire⁵³⁰ ou facultatif⁵³¹ au sein de 16 ensembles régionaux de France métropolitaine.

Dotée depuis 1967 d'un réseau de 16 caisses régionales en métropole, la branche vieillesse a engagé, fin 2016, une mutualisation de la gestion de six types de dossiers complexes ou à faible volumétrie⁵³². Pour l'activité de recouvrement, dont les URSSAF ont été régionalisées entre 2012 et 2014, l'impulsion à la redistribution d'activités est récente (début 2018) et vise trois processus, dont un seul sur le cœur de métier⁵³³.

À ce jour, à quelques exceptions près intéressant la CGSS de la Guyane⁵³⁴, les caisses d'outre-mer sont demeurées pour l'essentiel à l'écart des mutualisations nationales engagées par les branches du régime général. En particulier, la CNAM n'a pas intégré, à ce jour, les CGSS au projet TRAM. Avec l'accord de son conseil d'administration (novembre 2017), la CGSS de la Réunion a pour sa part accepté le transfert à des caisses métropolitaines de la gestion des dossiers de retraite précités. Une évolution de même nature devrait être envisagée pour les CGSS de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique. Par ailleurs, la complexité particulière du processus de tarification des accidents du travail et maladies

⁵²⁸ Paie, plateformes de services téléphoniques de délestage pérenne, capitaux décès et aide médicale de l'État (AME).

⁵²⁹ Invalidité, rentes AT-MP, plateformes de services aux employeurs et aux assurés sociaux, recours contre tiers, oppositions à tiers détenteur, relations internationales et numérisation des feuilles de soins papier.

⁵³⁰ Allocation de soutien familial (ASF) et récupération des impayés de pensions alimentaires, assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et numérisation des courriers entrants. La première mutualisation a permis la création de l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires au 1^{er} janvier 2017, service national de la CNAF s'appuyant sur 22 CAF pivot et une MSA en France métropolitaine.

⁵³¹ Immatriculation des bénéficiaires, allocation journalière de présence parentale et télé-recouvrement des créances.

⁵³² Versements pour la retraite, rachats de cotisations, rétablissements dans les droits, annulations de cotisations, allocations veuvage et certains dossiers de retraite faisant application de conventions internationales.

⁵³³ Prélèvements des praticiens et auxiliaires médicaux, paie et accueil téléphonique.

⁵³⁴ La CARSAT Rhône-Alpes contrôle les retraites de droit propre liquidées par la CGSS de Guyane, cette dernière ne disposant pas de contrôleurs en nombre suffisant.

professionnelles⁵³⁵ pourrait justifier de regrouper les tâches correspondantes sur une caisse métropolitaine.

Le régime des exploitants agricoles : sortir du *statu quo*

Le régime des exploitants agricoles couvre des populations limitées d'assurés sociaux : plus de 5 600 exploitants en activité et 9 600 retraités en Guadeloupe, 3 800 exploitants et 3 400 retraités à la Martinique et 1 360 exploitants et 900 retraités en Guyane.

Seule la CGSS de la Guadeloupe s'est dotée d'une direction propre au régime des exploitants agricoles. À la CGSS de la Martinique, les prestations maladie sont liquidées par la direction du risque maladie du régime général. Depuis 2013, la CGSS de la Guyane délègue l'ensemble des tâches de gestion à la MSA d'Armorique (les 10 agents de la CGSS de Guyane interviennent seulement pour la relation avec les assurés, en « front office ») ; elle souhaite cependant reprendre cette délégation.

Pour gagner en efficience, le régime agricole pourrait regrouper les missions relatives aux exploitants agricoles sur la CGSS de la Guadeloupe et spécialiser les sites de la Martinique et de la Guyane dans le « front office ». À défaut, il pourrait transférer l'ensemble des tâches de production à l'une de ses caisses métropolitaines, un « front office » étant maintenu dans chacun des trois départements.

Afin de faciliter la redéfinition des périmètres d'activité des différents sites en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique, une approche coordonnée entre branches, veillant à assurer un certain équilibre dans les transferts de charge de travail entre les sites ultramarins, devrait être privilégiée. L'important renouvellement en cours des effectifs des caisses de la Guadeloupe et de la Martinique renforce l'opportunité de l'engager.

⁵³⁵ Voir le chapitre VIII du présent rapport : la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer, p. 281.

B - Réformer les organisations internes

L'emploi des ressources humaines doit être rendu plus efficace. Il s'agit notamment de rationaliser l'organisation des fonctions de direction des caisses, d'augmenter leur capacité de production et d'orienter plus nettement leurs organisations internes vers le service à leurs publics.

1 - Rationaliser l'organisation des fonctions de direction

Les organigrammes des CGSS devraient être resserrés. Dans chaque caisse, les fonctions de gestion administrative (ressources humaines, logistique, maintenance informatique), aujourd'hui fragmentées entre plusieurs agents de direction, devraient ainsi être regroupées.

Par ailleurs, les fonctions d'aide au pilotage devraient être rassemblées au niveau de la direction générale de chaque CGSS et non plus de chaque direction de branche, afin de renforcer la direction d'ensemble de l'organisme.

2 - Accroître les capacités de production des caisses

Excessive, la place des fonctions support dans l'emploi des effectifs devrait être réduite. Ainsi, à la CAF de la Guadeloupe, où 71 agents sur 212⁵³⁶ sont affectés à des fonctions d'appui et de pilotage, 29 agents seraient à redéployer vers la production des prestations et la relation de service aux allocataires, conformément à la cible fixée par la CNAF.

Les organisations de temps de travail concentrées sur les matinées devraient être revues afin d'augmenter la durée globale du travail et de rééquilibrer les semaines de travail. À cet égard, la CAF de la Guyane a négocié en 2010 un accord local qui impute les jours de fermeture de la caisses liés à des fêtes locales, au-delà des jours fériés légaux, sur les jours de récupération ou les congés conventionnels du personnel.

Enfin, dans les CGSS et CAF, de nouveaux schémas directeurs des ressources humaines devraient identifier les métiers affectés par de nombreux départs en retraite, projeter les besoins de renouvellement des effectifs et métiers en fonction du schéma de spécialisation des activités et élever le niveau d'expertise des agents. Le volet formation des politiques locales des ressources humaines devrait par ailleurs être renforcé, avec le

⁵³⁶ En équivalents temps plein sur le périmètre de la gestion administrative.

soutien des organismes nationaux, avec pour priorités la qualification des nouveaux embauchés, la maîtrise des points réglementaires d'application fréquente pour l'ensemble des agents participant à des tâches de production et le renforcement des compétences expertes nécessaires à la constitution des pôles spécialisés inter-régionaux précités.

3 - Mettre en place une offre de service au public dépassant les cloisonnements internes à la sécurité sociale

Les initiatives des caisses de la Martinique visant à déployer une offre de service coordonnée pourraient être étendues aux autres caisses. La CGSS de la Martinique a mis en place une plateforme de service commune aux branches, qui assure la réponse téléphonique et aux courriels de tous les usagers et traite les problèmes d'adressage et les retours de plis non distribués. En outre, elle a développé pour ses téléconseillers une interface avec les fichiers-clients de chaque système d'information de branche. Enfin, elle coopère avec la CAF, qui déploie avec succès la stratégie nationale d'accessibilité numérique de la branche famille.

Des innovations à étendre en matière d'offre de service

La gestion de la relation avec les assurés et les allocataires doit prendre en compte le nombre élevé de personnes en situation de précarité et d'illettrisme et le risque d'engorgement des accueils physiques et des plateformes téléphoniques lié au besoin de « réassurance » de ces publics.

La CAF de la Martinique propose 18 bornes numériques en libre accès et forme les conseillers⁵³⁷ et les volontaires du service civique chargés d'accueillir les allocataires à l'accompagnement de l'utilisation des outils numériques et à la détection de l'illettrisme. Par ailleurs, elle prend l'initiative de contacts avec des allocataires afin d'anticiper des demandes.

La CGSS de la Martinique prend appui sur la CAF pour démultiplier les accès à l'offre numérique de l'assurance maladie, implantés sur les 18 bornes de la CAF en complément des 9 bornes livrées par la CNAM.

⁵³⁷ 17 ETP conseillers-service à l'usager assurent l'accueil physique *stricto sensu*, soit 7 % des effectifs de la caisse.

Dans les trois départements, les six maisons de services au public, généralement portées par la Poste, constituent un autre type d'expérience de coopération interbranche. Compte tenu de l'isolement des populations, ces lieux d'accueil ainsi que le visio-guichet pour les rendez-vous présentent un intérêt particulier pour les communes de l'intérieur de la Guyane.

Afin de simplifier les parcours et d'améliorer l'accès aux droits des assurés sociaux, il conviendrait de développer les accueils de proximité communs aux différentes branches des CGSS et aux CAF. À cette fin, les équipements d'espaces numériques en libre-service et les conseillers et volontaires de service civique pourraient être mutualisés. S'agissant des ouvertures de droits au RSA et à la CMU-C et des parcours naissance - maternité, les accueils sur rendez-vous coordonnés entre les branches famille et maladie auraient vocation à être généralisés.

C - Rendre plus efficace le soutien des organismes nationaux

Le soutien apporté par les organismes nationaux du régime général aux caisses outre-mer doit gagner en efficacité. Cela nécessite à la fois de mieux prendre en compte la spécificité de leur situation dans le pilotage de leurs réseaux et d'améliorer les conditions d'exercice de leurs missions par tous les organismes locaux, métropolitains comme ultramarins.

1 - Adapter le pilotage national des caisses d'outre-mer

Tout d'abord, les CPG passés par les organismes nationaux avec les caisses ultramarines devraient retenir un nombre resserré d'objectifs et d'indicateurs de résultat opposables, privilégiant les aspects les plus fondamentaux des missions. Tel n'est pas le cas aujourd'hui : dans les CPG des branches maladie et retraite en vigueur, les indicateurs relatifs au paiement dans les délais et à bon droit des prestations représentent respectivement tout au plus 80 points sur 1 000 et 180 points sur 810. Pour les indicateurs, quel qu'en soit l'objet, aujourd'hui très en deçà de la moyenne des organismes métropolitains, les organismes nationaux devraient fixer des cibles en augmentation graduelle sur les cinq années des CPG 2018-2022, plutôt que des niveaux d'emblée hors de portée.

De même, l'intéressement versé aux agents des caisses en fonction des résultats obtenus devrait être plus étroitement corrélé aux aspects les plus fondamentaux des missions. Tel n'est pas le cas à l'heure actuelle : ainsi, à la CGSS de la Martinique, il atteignait, en 2017, 97 % du montant maximal pouvant être versé, soit un niveau supérieur à celui accordé en moyenne aux URSSAF en métropole.

Les organismes nationaux devraient par ailleurs resserrer leur dialogue de gestion avec les caisses outre-mer pendant la période d'exécution du CPG. Seule la CNAF met en œuvre des démarches contractualisées de redressement portant sur une période plus courte que celle des cinq années du CPG : après un auto-diagnostic, la CAF en difficulté s'engage sur un plan d'actions ; la CNAF l'accompagne par des conseils de gestion et des hausses ponctuelles de moyens (enveloppes financières permettant de recruter des CDD et mobilisation de dispositifs nationaux d'entraide entre CAF afin de réduire les stocks d'opérations en attente de traitement). La fréquence particulièrement élevée des erreurs qui affectent les prestations de retraite mises en paiement par les CGSS justifierait que la CNAV engage une démarche similaire.

Enfin, la mission de coordination des organismes nationaux sur les questions d'intérêt commun aux caisses d'outre-mer devrait engager certains chantiers comme la mise en place d'une base unique de données de contact des assurés sociaux, d'une application de gestion de la relation-client interbranches et d'un parcours coordonné interbranches d'accès aux droits, le paramétrage dans les outils du régime général de la gestion des assurés du régime agricole et la définition d'actions spécifiques et coordonnées de lutte contre la fraude. En effet, ils impliquent des travaux d'élaboration de dispositifs articulant les outils informatiques respectifs des différentes branches. Sous réserve d'adaptations, certaines de leurs réalisations pourraient être transposées en métropole.

2 - Améliorer les conditions d'exercice de leurs missions par tous les organismes locaux, métropolitains comme ultramarins

Si les caisses d'outre-mer rencontrent des difficultés prononcées dans leur activité, elles ne sont pas seules à en connaître. Les organismes métropolitains peuvent rencontrer des difficultés du même ordre. C'est notamment le cas des URSSAF ayant pour ressort des régions marquées par la faiblesse de leur tissu économique, des CAF dont les prestations procurent un revenu socialisé à une part importante de la population et des CPAM qui attribuent la CMU-C à un grand nombre de foyers. Par ailleurs,

les erreurs de liquidation des prestations de retraite en faveur ou en défaveur des assurés sont fréquentes dans les caisses métropolitaines⁵³⁸.

À cet égard, l'amélioration des performances des organismes locaux, métropolitains comme ultramarins, est en grande partie tributaire de celle des outils informatiques que mettent à leur disposition les organismes nationaux de sécurité sociale. De fait, ces outils présentent de nombreuses insuffisances fonctionnelles qui ont pour corollaires des saisies manuelles consommatrices en ressources humaines et des risques accrus d'erreur dans le traitement des opérations à effectuer.

Certaines activités ne sont pas du tout informatisées ou le sont uniquement par la voie d'applications locales. Tel est par exemple le cas de la gestion des contentieux pour les branches maladie et AT-MP.

L'informatisation de certains processus de gestion dans le cadre d'applications nationales reste incomplète. Ainsi, le salaire retenu pour déterminer le montant des rentes AT-MP est calculé sur des tableurs en dehors de l'application nationale servant à gérer ces prestations, puis saisi dans ces dernières. Les ressources déclarées par les demandeurs de la CMU-C sont saisies dans des tableurs locaux, puis leur montant agrégé ainsi calculé est saisi dans l'application nationale servant à gérer cette aide. L'application nationale de déclaration et de contrôle des personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie couvre les seuls EHPAD, à l'exclusion des autres structures.

S'agissant de l'activité de recouvrement, le contrôle des travailleurs indépendants, dont la reprise a été amorcée au niveau national en 2016, demeure fragilisé par des dysfonctionnements informatiques affectant les mises en recouvrement de redressements notifiés. Par ailleurs, les URSSAF ne sont pas dotées d'outils permettant de recenser les suites données aux signalements reçus et aux procès-verbaux de travail dissimulé notifiés.

De manière générale, les fonctions de pilotage des applications informatiques de recouvrement des prélèvements sociaux et de gestion des prestations comportent de fréquentes omissions de données de gestion, préjudiciables à la maîtrise du volume et de la qualité de la production des organismes de sécurité sociale.

⁵³⁸ Ainsi, une prestation de retraite nouvellement liquidée par la CARSAT d'Alsace-Moselle sur 25 comportait une erreur financière en 2017, mais il en allait de même d'une prestation sur six pour celles de Nord-Picardie, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Languedoc Roussillon et d'une sur sept pour la CNAV d'Île-de-France.

Sauf exception, l’instruction des pièces justificatives (papier ou dématérialisées) des assurés et des allocataires par les agents des CAF, des CPAM et des CARSAT n’est pas modélisée dans des circuits informatisés de *workflow* formalisant les différentes étapes de leur traitement, proposant les décisions possibles aux agents et permettant à l’encadrement de mettre en œuvre des supervisions. Cette lacune favorise les erreurs de liquidation des prestations mises en paiement.

Au-delà des progrès que peut permettre l’exploitation par les organismes de protection sociale des données individuelles des salariés véhiculées par la déclaration sociale nominative⁵³⁹, il convient ainsi de remédier aux insuffisances fonctionnelles des applications informatiques nationales afin d’améliorer la qualité et l’efficacité du service public de la sécurité sociale, en métropole comme dans les départements d’outre-mer. La définition du contenu des schémas directeurs des systèmes d’information qui accompagnent les nouvelles conventions d’objectifs et de gestion des branches du régime général avec l’État pour les années 2018 à 2022 revêt un caractère stratégique à cet égard.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réalité économique et sociale outre-mer exige un service public de la sécurité sociale à la hauteur d’enjeux de grande ampleur. Or la gestion des caisses de sécurité sociale implantées en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique fait apparaître des résultats souvent en deçà, parfois gravement, des exigences de paiement rapide et à bon droit des prestations sociales et de recouvrement des prélèvements sociaux.

Cette situation résulte de trois difficultés principales.

En premier lieu, les CGSS concentrent à elles seules la complexité de l’organisation de la sécurité sociale à l’échelle du pays. Leur gestion se résume trop souvent à la juxtaposition d’exigences propres à chaque branche ou régime, dont l’accumulation complique le pilotage. Pour autant, elle ne produit pas de synergie notable au bénéfice des usagers.

Ensuite, les CGSS ne sont pas en situation d’exercer de manière pleinement efficiente les différentes missions qui leur sont confiées. Au regard de la complexité des règles de la sécurité sociale, elles exigent, pour certains métiers, des compétences techniques rares pour un nombre d’assurés, d’allocataires, de cotisants ou d’opérations parfois réduit.

⁵³⁹ Voir le chapitre IX du présent rapport : la déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire, p. 319.

Enfin, les organisations internes, les usages locaux en matière de temps de travail et l'absence de volonté de travail en commun, qui dépasse les frontières institutionnelles ou géographiques pour dégager des effets d'échelle et se rapprocher des publics concernés, affectent les capacités de production et la qualité de service des CGSS et des CAF.

Sans méconnaître les efforts déployés pour mettre en œuvre les orientations nationales et améliorer certaines situations, il importe, au-delà d'indispensables mesures d'urgence, d'engager des évolutions structurelles à même d'assurer un redressement durable de l'efficacité de la gestion des prestations et du recouvrement des prélèvements.

Un recentrage des missions des CGSS sur la gestion des prestations maladie-maternité, AT-MP et de retraite leur permettrait d'en approfondir l'exercice, en réduisant le nombre d'objectifs qui leur sont assignés par leurs interlocuteurs nationaux, qui ne seraient alors plus que deux (CNAM et CNAV) et celui des systèmes d'information distincts qu'elles utilisent.

Pour sa part, la création d'une URSSAF inter-régionale compétente sur la zone Antilles-Guyane contribuerait à redresser une situation particulièrement détériorée en matière de recouvrement des prélèvements sociaux. Dans le prolongement de la régionalisation des URSSAF métropolitaines, ce nouveau mode d'organisation permettrait notamment de constituer une chaîne exclusive et directe de responsabilité entre l'ACOSS et le directeur inter-régional du recouvrement.

Afin d'élever le niveau d'expertise dans l'exercice des missions et réaliser des gains d'échelle, les sites régionaux auraient vocation à se spécialiser pour partie en des pôles d'activité compétents pour certains types de cotisants ou de prestations, d'opérations ou de fonctions. Ces évolutions seraient effectuées par redéploiement d'activités au sein de l'URSSAF inter-régionale et par mutualisation entre les CGSS et entre les CAF de la zone Antilles-Guyane. Alors qu'ils en sont restés à l'écart, ces organismes devraient par ailleurs désormais participer aux mutualisations d'activités engagées par les organismes nationaux. En outre, ils devraient réformer leurs organisations internes afin de renforcer le pilotage de leurs activités, leurs capacités de production et le service aux usagers.

Pour leur part, les organismes nationaux auraient à adapter le pilotage des caisses d'outre-mer à cet impératif de redressement, notamment en recentrant les contrats pluriannuels de gestion sur un nombre limité d'objectifs et d'indicateurs opposables, qui privilégient les aspects les plus fondamentaux des missions. Une nette amélioration de l'outillage informatique des organismes locaux de sécurité sociale, quelle qu'en soit la localisation, est une autre condition essentielle à celle des performances des organismes ultramarins comme métropolitains.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

40. mettre en œuvre des mesures d'urgence visant à redresser les aspects les plus critiques de la gestion des caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique (erreurs de liquidation des retraites, des indemnités journalières et des prestations versées par la branche famille, taxations d'office non régularisées, prescription de créances) ;

41. spécialiser les CGSS dans la gestion des prestations maladie-maternité, AT-MP et de retraite et confier le recouvrement des prélèvements sociaux à une URSSAF interrégionale compétente pour la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ;

42. développer les mutualisations d'activités, en spécialisant chaque fois que cela est pertinent les sites départementaux de l'URSSAF interrégionale, des CGSS et des CAF par pôles de compétence couvrant l'ensemble de la zone Antilles-Guyane et en faisant participer ces organismes aux mutualisations mises en œuvre dans le cadre national ;

43. revoir les organisations internes des organismes outre-mer pour renforcer leur capacité de production et la mise à la disposition de leurs publics d'une offre de service multibranches.

Annexe

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE

ASSURER UN RETOUR PÉRENNE À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

1. consolider le retour à l'équilibre de la sécurité sociale par des mesures d'économies structurelles en dépenses sur l'assurance maladie et des mesures de redressement de la trajectoire financière des régimes de retraite de base et du FSV ;

2. compléter le cadre rénové des relations financières entre l'État et la sécurité sociale par la définition de modalités de traitement des variations conjoncturelles de recettes de la sécurité sociale et par un encadrement renforcé des possibilités d'endettement de l'ACOSS ;

3. veiller à prendre en compte dans les prévisions financières des projets de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences comptables des mesures ayant trait aux recettes de la sécurité sociale.

Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles

4. pour les soins de ville, instaurer une réserve prudentielle infra-annuelle permettant de maîtriser les dépassements et mettant en jeu plusieurs mécanismes possibles en fonction de la nature des dépenses de ville concernées (accords prix-volume, mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires) ;

5. annexer à l'ONDAM un objectif de maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé ;

6. compléter la « charte » de l'ONDAM afin de neutraliser l'incidence sur le taux d'évolution de l'objectif de l'ensemble des mesures de périmètre (transferts de dépenses et de recettes non compensés avec d'autres financeurs, contractions de recettes et de dépenses) et de réserver la qualification d'économies aux diminutions nettes des dépenses ;

7. supprimer le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique et réintégrer dans l'ONDAM l'intégralité de la dépense de médicaments (recommandation réitérée) ;

8. aligner les calendriers du constat définitif de l'ONDAM et de la clôture des comptes des établissements publics de santé sur celui des comptes de l'assurance maladie (soit le 15 mars de l'année suivante).

Chapitre III – Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence

9. mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, qui sont contraires 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).

DEUXIÈME PARTIE

PRÉVENIR LES PATHOLOGIES, ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS ET MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS

Chapitre V – Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

10. développer les études médico-économiques permettant de mieux évaluer l'impact financier du virage ambulatoire ;

11. favoriser le développement de la médecine ambulatoire à l'hôpital, en clarifiant les champs respectifs des actes relevant de l'hospitalisation de jour et des actes et consultations externes, en identifiant cette activité de manière distincte des prises en charge conventionnelles dans la nomenclature des séjours hospitaliers et en mettant en place une tarification incitative, qui couvre au plus les coûts de transition vers le mode ambulatoire, sans créer d'effet d'aubaine durable ;

12. faire des pratiques avancées des infirmiers une composante significative de l'offre de soins de premier recours, par le nombre de professionnels concernés comme par la nature des actes qu'ils effectuent, en s'inspirant des meilleures pratiques internationales ;

13. renforcer la formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux aux modes de prise en charge ambulatoire.

Chapitre VI - La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

14. relever les droits d'accises sur l'ensemble des boissons alcoolisées et la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés ;

15. définir à court terme un modèle pertinent de prise en charge des accidents ischémiques transitoires afin de prévenir un plus grand nombre d'accidents vasculaires-cérébraux ;

16. améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé, en unifiant le régime juridique des autorisations, en généralisant dans ce cadre les seuils d'activité, en relevant ceux en vigueur et en appliquant dans les faits les autorisations et seuils fixés ;

17. réviser les tarifs des séjours en établissement de santé liés aux maladies cardio-neurovasculaires, afin de minimiser les effets d'aubaine résultant d'écarts trop importants entre les tarifs et les coûts, entre les tarifs respectifs des secteurs public et privé lucratif à service médical rendu identique et entre les évolutions respectives des tarifs des différents niveaux de sévérité à objet identique des séjours hospitaliers ;

18. adapter les modalités de financement des soins de suite et de réadaptation afin de favoriser l'accueil dans les structures concernées des patients victimes d'accidents cardio ou neurovasculaires.

Chapitre VII - Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

19. élargir l'offre de premier recours aux soins visuels, en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision et les opticiens-lunetiers ceux de la réfraction, sous réserve d'un approfondissement du contenu de leur formation et d'un renvoi systématique à un ophtalmologue des situations pathologiques excédant leur champ de compétence ainsi étendu ;

20. recentrer la prise en charge des renouvellements d'équipements d'optique par les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire sur les besoins médicaux qui en sont à l'origine,

en en portant la périodicité de 24 mois à 36 mois dans le cas général, à moins d'une dégradation constatée de la vue ;

21. conditionner les installations des ophtalmologues en exercice libéral, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de dépassement d'honoraire, à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée de l'assurance maladie (OPTAM) ;

22. structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en soutenant financièrement des regroupements de l'ensemble des professionnels de la filière visuelle autour de plateaux techniques de référence, dans des centres spécialisés en soins visuels ;

23. réviser la classification commune des actes médicaux (CCAM) afin de répercuter dans les tarifs des actes de soins visuels les gains de productivité permis par les récentes innovations organisationnelles et technologiques propres à ce domaine ;

24. réviser fortement à la baisse les prix des médicaments utilisés pour le traitement de la DMLA humide et mettre en œuvre des modalités de distribution aux patients habituellement pris en charge en ville de la molécule la moins onéreuse préparée en établissement hospitalier ;

25. améliorer la santé visuelle en engageant des actions de promotion de la santé et de prévention, en priorité en direction des enfants de moins de six ans et des personnes âgées fragiles et en conduisant régulièrement des enquêtes épidémiologiques territorialisées ;

26. assurer la qualité et la sécurité des soins en établissant des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels à l'attention des professionnels concernés et en fixant des seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes les plus invasifs.

TROISIÈME PARTIE

RÉDUIRE LES RISQUES PROFESSIONNELS

RECOMMANDATIONS

Chapitre VIII – La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

27. *continuer de circonscrire par la voie réglementaire la part des allègements généraux de cotisations imputée sur les cotisations AT-MP ;*

28. *en tarification individuelle et mixte, fixer les taux de cotisation AT-MP par code risque au sein de chaque entreprise et non plus par section d'établissement ;*

29. *mettre fin aux exceptions aux règles générales de tarification dont bénéficient les secteurs d'activité relevant de certains codes risque (groupements financiers, application dérogatoire de taux collectifs, abattements sur les coûts moyens) ou redéfinir ces exceptions afin d'en fiabiliser l'application (fonctions support) ;*

30. *rendre la tarification plus incitative à la prévention des accidents du travail, en majorant les taux de cotisation lorsque l'entreprise présente une sinistralité anormalement élevée dans son domaine d'activité et en surpondérant les coûts moyens pour les classes d'accidents les plus fréquents ;*

31. *rendre la tarification plus incitative à la prévention des maladies professionnelles, en circonscrivant l'utilisation du compte spécial et en mutualisant les maladies à effet différé par domaine d'activité et non plus dans le cadre national interprofessionnel du compte spécial ;*

32. *comprimer la part des dépenses liées à des accidents du travail et à des maladies professionnelles non prises en compte dans le calcul des taux bruts de cotisation, en actualisant régulièrement les coefficients forfaitaires de valorisation des prestations d'incapacité permanente ;*

33. *rééquilibrer le partage de la valeur du risque entre les entreprises de travail temporaire et celles recourant à l'intérim et partager cette même valeur entre les entreprises donneuses d'ordre et celles sous-traitantes travaillant sur site ;*

34. *accroître la fiabilité et l'efficacité du processus de tarification des risques professionnels, en investissant dans l'amélioration de la performance des systèmes d'information qui y concourent.*

QUATRIÈME PARTIE

FAVORISER UNE MISE EN ŒUVRE PLUS EFFICACE DE LEURS MISSIONS PAR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre IX - La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire

35. *intégrer à la DSN les fonctions publiques et les agents contractuels de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux publics d'ici à 2022 au plus tard, sans nouveau report et fiabiliser en conséquence les données de la paie ;*

36. *développer toutes les potentialités de la DSN pour les entreprises et les salariés en élargissant le périmètre de la DSN à de nouvelles déclarations, en poursuivant la réduction du nombre de données à déclarer et en menant à terme les projets de base de données offrant de nouveaux services aux entreprises et aux salariés ;*

37. *systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'ACOSS avec l'État, les contrôles automatisés de cohérence entre les données agrégées de prélèvements et les données individuelles de salaires de la DSN pour la fiabilisation du recouvrement des prélèvements sociaux et du calcul des droits des salariés et mettre en place des modalités d'échange avec les entreprises assurant une correction effective des anomalies détectées ;*

38. *systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par les COG de la CNAF et de la CNAM avec l'État, l'utilisation des données individuelles de la DSN pour attribuer à bon droit l'ensemble des prestations sociales sous condition de ressources ou dont le calcul repose sur les salaires (ensemble des prestations versées par la branche famille, indemnités journalières, rentes AT-MP, pensions d'invalidité), ainsi que certaines aides (CMU-C et ACS) ;*

39. *reconstituer une gouvernance interministérielle chargée de définir les priorités, la méthodologie et les étapes nécessaires pour utiliser pleinement les potentialités de la DSN et en mesurer les gains et les coûts pour les entreprises et les administrations.*

Chapitre X - Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

40. mettre en œuvre des mesures d'urgence visant à redresser les aspects les plus critiques de la gestion des caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique (erreurs de liquidation des retraites, des indemnités journalières et des prestations versées par la branche famille, taxations d'office non régularisées, prescription de créances) ;

41. spécialiser les CGSS dans la gestion des prestations maladie-maternité, AT-MP et de retraite et confier le recouvrement des prélèvements sociaux à une URSSAF interrégionale compétente pour la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ;

42. développer les mutualisations d'activités, en spécialisant chaque fois que cela est pertinent les sites départementaux de l'URSSAF inter-régionale, des CGSS et des CAF par pôles de compétence couvrant l'ensemble de la zone Antilles-Guyane et en faisant participer ces organismes aux mutualisations mises en œuvre dans le cadre national ;

43. revoir les organisations internes des organismes outre-mer pour renforcer leur capacité de production et la mise à la disposition de leurs publics d'une offre de service multibranches.

Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACAATA	Allocation de cessation anticipée d'activité
ACEMO	Activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé
AE	Attestation de l'employeur
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AGS	Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salaires
AIT	Accident ischémique transitoire
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANSP	Agence nationale de santé publique
AP-HP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASF	Allocation de soutien familial
ASSO	Administrations de sécurité sociale (comptabilité nationale)
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BRC	Bordereau récapitulatif de cotisations
BTS	Brevet de technicien supérieur
C4S	Contribution sociale supplémentaire de solidarité des sociétés
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAP	Charge à payer

CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CAT-MP	Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CEA	Chèque emploi associatif
CESU	Chèque emploi service universel
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CHAP	Commission de hiérarchisation des actes et prestations
CHNO	Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts
CHR	Centre hospitalier régionale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CITS	Crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL	Casse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNDS	Comité de normalisation des données sociales
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNoCP	Conseil de normalisation des comptes publics
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPRP-SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CRCNPAC	Caisse de retraite complémentaire du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale

CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire
CSG	Contribution sociale généralisée
CTN	Comité technique national
CVAE	Cotisation sur la valeur ajoutée
D.	Article d'un décret simple
DAD-e	Droit d'accès aux données individuelles
DADS-U	Déclaration annuelle des données sociales unifiée
DAF	Dotation annuelle de financement
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DMP	Dossier médical partagé
DOETH	Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRP	Direction des risques professionnels
DSIJ	Déclaration de salaires pour les indemnités journalières
DSN	Déclaration sociale nominative
DUCS	Déclaration unifiée de cotisations sociales
EDI	Échange de données informatisé
EFI	Échange de formulaire informatisé
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHIS-ESPS	Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante
ENC	Étude nationale des coûts
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
ETP	Équivalent temps plein
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
FCATA	Fonds commun des accidents du travail agricole
FEH	Fonds pour l'emploi hospitalier
FFiP	Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique

FHF	Fédération hospitalière de France
FIR	Fonds d'intervention régional
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FPH	Fonction publique hospitalière
FPT	Fonction publique territoriale
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSE	Fonds social européen
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIP	Groupement d'intérêt public
GIP-MDS	Groupement d'intérêt public de modernisation des déclarations sociales
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HPST (loi)	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IEG	Industries électriques et gazières
IFOP	Institut français d'opinion publique
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IMC	Indice de masse corporelle
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISU	Interlocuteur social unique
L.	Article de loi
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LO.	Loi organique
M€	Million d'euros

MCNV	Maladies cardio-neurovasculaires
MCOO	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
Md€	Milliard d'euros
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MEDEF	Mouvement des entreprises en France
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MOAS	Maîtrise d'ouvrage stratégique
MSA	Mutualité sociale agricole
MSU	Maître de stage des universités
NAF	Nomenclature d'activités française
NHS	<i>National Health Service</i> (Royaume-Uni)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCTA	Organismes collecteurs de la taxes d'apprentissage
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OGD	Objectif global de dépense
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONP	Opérateur national de paie
OPCA	Organismes paritaires collecteurs agréés
OPTAM	Option de pratique tarifaire maîtrisée
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PAM	Praticien et auxiliaire médical
PASRAU	Prélèvement à la source pour les revenus autres que salariaux
PCG	Plan comptable général
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNDS	Portail numérique des droits sociaux
PPCR	Parcours professionnels, carrières et rémunérations
PSY	Soins psychiatriques
PTA	Plateformes territoriale d'appui
PUMa	Protection universelle maladie
R.	Article d'un décret en Conseil d'État
RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
RG	Régime général
RGCU	Répertoire de gestion des carrières unique
ROB	Régime obligatoire de base

ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SFC	Société française de cardiologie
SNGC	Système national de gestion des carrières
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNIR	Système national inter-régimes
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TESA	Titre emploi simplifié agricole
TESE	Titre emploi service entreprise
TIC	Tarifs issus des coûts
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TR	Tableau récapitulatif
TRAM	Travail en réseau de l'assurance maladie
TSA	Taxe de solidarité additionnelle
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
TVS	Taxes sur les véhicules de société
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UIOSS	Union immobilière des organismes de sécurité sociale
UNCAM	Unité nationale des caisses d'assurance maladie
UNV	Unité neurovasculaire
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USIC	Unité de soins intensifs de cardiologie
USLD	Unité de soins de longue durée

Réponses des administrations et des organismes concernés

SOMMAIRE DES RÉPONSES

RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (AGNÈS BUZYN) ET DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS (GÉRALD DARMANIN)	415
<i>Première partie – Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale.....</i>	423
Chapitre I La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme.....	423
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CADES) (JEAN-LOUIS REY)	423
Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles.....	423
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	423
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA).....	424
<i>Deuxième partie – Prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé</i>	425
Chapitre IV Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France....	425
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	425
Chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager en ville comme à l'hôpital.....	426
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	426
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA).....	427
Chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins	427
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	427
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA).....	427

Chapitre VII Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser.. 428

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	428
RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (DOMINIQUE LE GULUDEC)	429
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM) (MAURICE RONAT)	431
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ)	431
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)	435
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA)	437
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)	437

Troisième partie – Réduire les risques professionnels..... 438

Chapitre VIII La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer..... 438

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS) (YANN-GAËL AMGHAR)	438
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	439

Quatrième partie – Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale..... 440

Chapitre IX La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire 440

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS) (YANN-GAËL AMGHAR)	440
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC)	442
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	443
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ)	444
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)	445
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)	446
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC MODERNISATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES (GIP MDS) (ÉLISABETH HUMBERT-BOTTIN)	446
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV) (RENAUD VILLARD)	448

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE PÔLE EMPLOI (JEAN-BASSÈRES)	449
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GIE AGIRC-ARRCO (FRANÇOIS-XAVIER SELLERET)	449
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)	449

Chapitre X Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif 449

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS) (YANN-GAËL AMGHAR)	449
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC)	452
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	454
RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA MARTINIQUE (CAF) (NADINE JEANNETTE) .	455
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUADELOUPE (CGSS) (HENRI YACOU)	460
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE (CGSS) (MONIQUE HARANG)	464
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV) (RENAUD VILLARD)	466
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)	466
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUADELOUPE (CAF) (MARIANNE GRENIER-DRANEBOIS)	466
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUYANE (CAF) (PATRICK DIVAD)	466
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA MARTINIQUE (CGSS) (FRANTZ LEOCADIE)	467

*RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA
SANTÉ (AGNÈS BUZYN) ET DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS (GÉRALD DARMANIN)*

Nous avons pris connaissance avec un grand intérêt du projet de 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 la situation financière de la sécurité sociale, le projet de rapport de la Cour constate le redressement des comptes sociaux qui s'est poursuivi en 2017 et confirme la perspective prochaine d'un retour à l'équilibre. Comme le souligne la Cour, outre les efforts de maîtrise de la dépense réalisés, la sécurité sociale a bénéficié d'une conjoncture économique plus favorable qu'anticipé ; des efforts structurels restent à accomplir pour assurer le retour à l'équilibre pérenne des comptes sociaux à compter de 2020.

Cet objectif devra par ailleurs être atteint dans le cadre de relations financières renouvelées entre l'État et la sécurité sociale. En effet, les transferts financiers entre l'État et la sécurité sociale sous-jacents à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 ont été fixés dans l'attente de la remise du rapport sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale prévu par l'article 27 de la même loi. Les prochaines lois financières permettront de clarifier pour l'avenir les règles régissant les modalités et le montant de ces transferts ainsi que le panage du coût des mesures de baisse des prélèvements obligatoires.

Ces efforts de maîtrise, comme la rénovation des relations financières entre État et sécurité sociale, s'articulent avec l'objectif de désendettement de la sécurité sociale. L'endettement de la sécurité sociale, qui se réduit déjà depuis 2015, doit être résorbé d'ici 2024 avec l'extinction de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et l'apurement de la dette sociale. Cette exigence s'inscrit plus largement dans une volonté de désendettement des comptes publics, qui doit s'inscrire sur le long-terme.

Une vigilance particulière doit en outre être conservée sur les branches maladie et retraite (en y incluant le FSV), encore déficitaires en 2017. S'agissant de la première, le Gouvernement rappelle son objectif de limiter la progression des dépenses de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDANI) à 2,3 % en moyenne annuelle sur le quinquennat. Quant à la seconde, la réforme des retraites en cours d'élaboration qui sera présentée au cours du 1^{er} semestre 2019 permettra d'assurer la soutenabilité financière du système de retraite universalisé, à moyen comme à plus long terme.

Concernant l'assurance maladie, l'ONDAM a été respecté en 2017 pour la huitième année consécutive, malgré un tendanciel de dépenses très dynamique. Ce résultat reflète les efforts d'efficience consentis par l'ensemble

des acteurs de l'offre de soins. Il témoigne également de l'efficacité de l'ONDAM comme cadre général de la régulation des dépenses de santé. Comme le remarque la Cour, l'exécution 2017 a toutefois été marquée par d'importants transferts entre sous-objectifs, par des délégations postérieures au 31 décembre, et par un doublement du déficit hospitalier. Ce constat appelle des ajustements dans les modalités de régulation infra-annuelle. A ce titre, nous soutenons l'identification d'une réserve pour le sous- objectif soins de ville.

La remise des comptes des établissements de santé, actuellement fixée au 25 avril, ne nous semble pas pouvoir être avancée comme le propose la Cour, car ce délai est nécessaire pour répondre aux exigences de la certification et assurer la fiabilité de leurs comptes mais nous rejoignons la recommandation de la Cour pour une meilleure prise en considération du résultat des établissements publics de santé dans les documents soumis au Parlement, dans le cadre du PLFSS. En 2019, il sera également mis un terme à la comptabilisation des dépenses de médicaments *via* le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), conformément à votre préconisation.

Le Gouvernement souscrit à la recommandation de la Cour appelant à un approfondissement de la maîtrise des dépenses concernant les prochains exercices. Pour 2018, premier exercice plein du quinquennat, l'effort d'économie a ainsi été porté à plus de 4 Md€, ce qui est supérieur à 2017, en dépit du relèvement du taux à hauteur de 2,3 % dans la trajectoire prévue en loi de programmation des finances publiques. Pour documenter ces économies, et en assurer le portage aux niveaux national et régional, un nouveau plan a été adopté pour la période 2018-2022 avec comme ligne directrice l'amélioration de la pertinence des soins dans l'ensemble des segments de notre système de santé.

Concernant l'organisation de l'offre de soins médicaux, le Gouvernement partage l'avis de la Cour sur la nécessité d'amplifier le virage ambulatoire. C'est un enjeu d'optimisation des moyens mais également de qualité de soins que la stratégie de transformation de notre système de santé va amplifier. A ce titre, il faut se féliciter des progrès significatifs accomplis en chirurgie avec un taux en augmentation de plus de 10 points depuis 2010. Ce résultat est à relier à la mobilisation consentie par l'État et l'assurance-maladie pour construire une politique d'ensemble avec les leviers tarifaires et organisationnels adéquats. L'effort sera poursuivi. Comme le souligne la Cour, cette dynamique doit désormais être engagée dans le domaine de la médecine. C'est une des priorités du plan ONDAM 2018-2022. Cela suppose toutefois une approche différente compte tenu de la diversité des parcours et des activités qui s'exercent aujourd'hui aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Comme le préconise la Cour, les leviers à la disposition de l'échelon national (régime des autorisations, tarification, classification) seront mobilisés. Mais il conviendra également au niveau local, sous l'égide des Agences régionales de santé (ARS), de favoriser une meilleure structuration des relations entre la ville et l'hôpital afin de favoriser la pertinence des soins. Le dispositif créé par l'article 51 de la

Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 a notamment vocation à faire émerger des solutions de prises en charge et de financement innovantes. Enfin, la Cour recommande de faire des pratiques avancées des infirmiers une composante significative de l'offre de soins de premier recours. C'est une priorité du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre 2017. Le cadre réglementaire est d'ores et déjà en place suite à la publication des textes en juillet dernier. Une dizaine d'universités proposeront une formation de niveau master dès la rentrée 2018 pour un déploiement rapide sur le terrain des pratiques avancées.

S'agissant des soins visuels, le Gouvernement s'est mobilisé pour permettre un accès à des équipements optiques de qualité avec un reste à charge nul conformément à l'engagement pris par le Président de la République. Avec le protocole d'accord signé en juin et la définition d'un panier « 100 % santé » sur un ensemble de montures et de verres, nous comptons répondre au problème du renoncement aux équipements d'optique qui est de 10 % pour l'ensemble de la population française et de 17 % pour les Français avec les revenus les plus faibles. C'est une avancée majeure de notre système de santé. Comme le souligne à juste titre la Cour, les difficultés ne se limitent pas aux aspects financiers et la réforme comprend également des actions sur l'organisation des soins et la prévention. En effet le secteur est également caractérisé par des difficultés d'accès aux médecins et c'est la raison pour laquelle de nouveaux modes d'organisation fondés notamment sur les coopérations entre les différents professionnels doivent être promues. Des avancées significatives sont à souligner à ce titre : l'assurance maladie a inscrit au remboursement les actes effectués dans le cadre du protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes pour le bilan visuel de renouvellement/adaptation des corrections ; le protocole d'accord de juin avec le secteur de l'optique prévoit également une rémunération pour la prestation d'adaptation de la correction optique par les opticiens afin de favoriser le renouvellement sans nouvelle ordonnance jusqu'à 5 ans après la prescription.

Concernant les soins ophtalmologiques et cardio-neurovasculaires, la Cour recommande de structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en favorisant le regroupement des professionnels autour de plateaux techniques de référence, et de fixer des seuils d'activité par établissement ou professionnel de manière à assurer la qualité et la sécurité des soins pour les gestes les plus invasifs. Ces réflexions sont conduites dans le cadre des travaux en cours concernant la réforme du régime d'autorisation des activités de soins. Ils ont débuté en juillet 2018 concernant l'activité de chirurgie et réunissent l'ensemble des parties prenantes et devront aboutir à la révision des décrets d'activités correspondants d'ici 2020.

Concernant la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires, le Gouvernement partage pleinement la recommandation de la Cour concernant la priorité à donner à la prévention. Le Gouvernement s'est déjà engagé dans cette voie notamment via le Plan National « Priorité Prévention » présenté en

mars 2018. S'agissant de la lutte contre le tabac, plusieurs mesures citées par la Cour ont été mises en place, notamment l'importante hausse des droits de consommation sur les tabacs ainsi que la prise en charge des substituts nicotiniques dans les conditions de droit commun. Pour agir avec la même détermination sur l'alcool, le fonds de lutte contre le tabac sera élargi dans le cadre du PLFSS 2019 aux autres substances psychoactives, et donc en premier lieu financera également des actions de prévention relatives à la consommation excessive d'alcool.

Le 4^{ème} programme national nutrition santé, lancé en début d'année 2019, aura pour objectif d'accentuer la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée. Pour prévenir l'obésité et le diabète, plusieurs expérimentations ont récemment également été mises en œuvre par l'assurance maladie, notamment l'expérimentation, prévue à l'article de 68 LFSS pour 2016, relative à la prise en charge et le suivi d'enfants présentant un risque d'obésité, pour laquelle le volet dédié à l'activité physique a été renforcé, ou encore l'expérimentation mettant en place un programme de prévention du diabète chez les personnes à haut risque. Nous rejoignons également la position de la Cour quant à l'utilité de la fiscalité pour diminuer la consommation de certains produits néfastes à la santé. Les boissons contenant des sucres ajoutés ont ainsi vu les droits de consommation qui leur sont applicables être refondus et augmentés en LFSS pour 2018. De telles mesures, symboliquement fortes, nécessitent toutefois d'être finement évaluées avant d'être amendées ou même étendues. D'autant que si, comme le signale la Cour, les premiers effets de cette politique se font déjà sentir, celle-ci s'inscrit dans un temps long (avec une entrée en vigueur récente pour les boissons sucrées, et une poursuite des mesures fiscales sur plusieurs années pour le tabac), et nécessite un recul plus important pour être totalement appréciée.

Concernant la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles, le Gouvernement partage le constat fait par la Cour de la complexité du dispositif et la volonté d'améliorer sa lisibilité et son impact en matière de prévention des risques. Comme le souligne la Cour, les réformes entreprises ces dernières poursuivent ces deux objectifs et les travaux engagés avec la branche pour les années à venir s'inscrivent dans la continuité de ces ambitions. Plus précisément, le Gouvernement souscrit à la nécessité d'une révision régulière des coefficients forfaitaires de valorisation des rentes - comme cela a été fait en décembre 2016 et sera réexaminé, pour le régime général, en décembre 2019 - ainsi qu'à la nécessité de refonte de l'outil de production en matière de tarification, qui mobilisera une partie essentielle des moyens informatiques dédiés dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la période 2018-2022. Le Gouvernement expertisera par ailleurs les propositions de la Cour en matière de rationalisation de la tarification, au regard de leur impact sur les différents secteurs, et de rééquilibrage des coûts, notamment dans le secteur de l'intérim, entre entreprise de travail temporaire et entreprise utilisatrice.

Le Gouvernement maintient en revanche ses réserves quant à une pondération des catégories de coûts moyens par la fréquence de chacune de ces catégories et sa préférence, pour garder le principe d'une imputation interprofessionnelle en ce qui concerne le coût des maladies à effet différé qu'il n'est pas possible d'imputer à un employeur, compte tenu de la diversité des parcours professionnels entre les différents secteurs d'activité. Quant à l'imputation des allègements généraux sur les cotisations AT-MP, le Gouvernement rappelle qu'elle est plafonnée et qu'elle ne s'effectue que sur la part mutualisée du taux, de sorte qu'elle est sans incidence sur l'incitation des entreprises à prévenir les risques professionnels.

Concernant la gestion de la sécurité sociale, et notamment la Déclaration sociale nominative (DSN), nous nous réjouissons de l'analyse faite pas la Cour, qui souligne le déploiement avec succès d'un projet d'ampleur permettant la mise en œuvre concrète du principe « dites-le nous une fois » en simplifiant les obligations déclaratives des employeurs.

En ce qui concerne la recommandation de la Cour d'étendre la DSN aux employeurs publics, nous souhaitons rappeler que les règles de paie et la logique déclarative du secteur public sont trop éloignées de celles du secteur privé pour que la DSN, telle qu'elle a été conçue, soit directement applicable aux employeurs publics. Aussi, dans le nouveau calendrier établi par l'article 22 bis de la loi pour un État au service d'une société de confiance, il appartiendra aux administrations concernées de déterminer les modalités propres de cette application.

Concernant les entreprises, la poursuite de l'objectif de simplification avec la prise en charge de nouvelles démarches déclaratives demeure d'actualité, avec en particulier l'intégration des déclarations relatives à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, à la taxe d'apprentissage et à la contribution formation professionnelle, prévue dans le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Dans ce cadre, l'utilisation de toutes les possibilités offertes par les données collectées pour le développement de services, notamment pour donner aux salariés une plus grande visibilité sur leurs droits, est effectivement un des objectifs de la DSN depuis le début du projet. Le développement du portail national des droits sociaux et, à partir de mi-2018, l'enrichissement de ce portail au moyen des données individuelles permet d'ores et déjà d'offrir à l'ensemble des assurés couverts une visibilité sans précédent sur leur situation sociale. La poursuite du projet de base ressources, qui trouvera prochainement une assise législative, confirme l'impulsion donnée par les pouvoirs publics dans ce domaine. En revanche, nous ne partageons pas le projet de recommandation invitant à relancer le projet d'entrepôt de données sociales présenté par le GIP-MDS au sens où il paraît au contraire préférable, avant de définir la solution technique, de concevoir clairement l'ensemble des usages, leur priorisation dans le temps au vu des projets du Gouvernement et de

déterminer s'il est préférable qu'un organisme, ou le GIP, assure seul, ou pour l'ensemble de la protection sociale, la mission de gestion de cette base.

Dans le domaine de la fiabilisation du recouvrement, le rapprochement des données individuelles et agrégées de la DSN est engagé. La Convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et l'ACOSS pour la période 2018-2022 fixe des objectifs précis à la branche recouvrement dans ce domaine. Elle pourra capitaliser sur les travaux expérimentaux conduits dans ce domaine par l'URSSAF Provence Alpes Côte d'Azur, qui ont notamment visé, dans l'esprit de la loi ESSoC, à identifier et signaler aux employeurs des incohérences dans leurs déclarations, indiquant des erreurs potentielles.

En termes de gouvernance, il convient de distinguer deux aspects. D'une part, la réalisation des suites du projet notamment dans la fonction publique constitue un projet en soi dont la réalisation suppose une organisation en partie détachée du projet dans son ensemble. D'autre part, l'achèvement de la phase <<projet>> pour la DSN applicable au secteur privé invite plutôt à repenser l'organisation qui avait été conçue dans ce cadre en vue de mettre en place une organisation qui soit désormais capable d'assurer à la fois que toutes les conséquences de la DSN seront tirées par les organismes (exploitation des données pour la suppression des formalités, déploiement des bases ressources, fiabilisation des données, restitutions aux entreprises et salariés) et que le dispositif restera fidèle à son ambition initiale (sélection stricte des données pouvant ou devant intégrer le dispositif, non-complexification des données déjà demandées, efforts de rationalisation supplémentaires de celles qui le sont déjà) tout en évoluant pour anticiper l'ensemble des réformes voulues par le Gouvernement (prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, contemporanéisation du calcul des prestations etc.).

Il s'agit donc moins de renforcer la maîtrise d'ouvrage stratégique dans ses attributions actuelles que de constituer une structure pérenne suffisamment forte et intégrée dans les structures administratives compétentes pour pouvoir réaliser directement, au nom de l'État, les arbitrages s'imposant aux organismes. C'est cette réflexion qui est en cours. À cet égard, le calendrier choisi par la Cour pour ses travaux sur la DSN et la richesse de ce travail d'enquête offrent l'opportunité et constituent en même temps un apport majeur pour une vraie réflexion sur la meilleure organisation à mettre en place.

Concernant l'exercice des missions des caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique, comme le souligne la Cour, il est impératif de mettre en œuvre les moyens permettant d'améliorer la qualité de service offerte aux assurés et l'efficacité du recouvrement des cotisations.

En ce qui concerne le pilotage de leur activité par les caisses nationales, les caisses de sécurité sociale d'outre-mer gérant plusieurs risques (CGSS et CSS Mayotte) disposeront, à compter de 2018, d'un budget de gestion unique (hors investissement immobilier et informatique), contre six budgets aujourd'hui, porté par le fonds national de gestion de la branche maladie et

abondé par chacun des fonds de gestion du régime général. Ce budget unique permettra une simplification de la gestion des caisses et un meilleur pilotage en réduisant le nombre de leurs interlocuteurs et en unifiant la vision qu'elles ont de leurs moyens disponibles. Il permettra également une mutualisation des moyens humains et financiers en inter branches.

La Cour suggère de spécialiser les CGSS dans la gestion des prestations maladie- maternité, AT-MP et de retraite et de confier le recouvrement des prélèvements sociaux à une URSSAF interrégionale (Guadeloupe, Martinique et Guyane). Les difficultés récurrentes rencontrées par les CGSS dans leur activité de recouvrement appellent en effet des évolutions organisationnelles. La création d'une URSSAF inter-régionale pourrait présenter à cet égard des avantages importants, identifiés par la mission. L'horizon de réflexion ne peut être que celui de la prochaine COG, les conventions récemment signées avec les trois branches ayant consolidé et renouvelé le modèle des caisses générales.

Pour autant, les résultats médiocres des indicateurs relatifs à la performance du recouvrement appellent des actions immédiates. Ainsi, des instructions ont été adressées le 18 mai dernier aux préfets concernés, afin qu'ils agissent spécifiquement auprès des débiteurs publics dont les dettes de cotisations posent un évident problème d'exemplarité. Nous estimons également que la réforme des règles applicables au calcul et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants qui permettront, grâce à la régularisation des cotisations, d'assurer une plus grande contemporanéité entre les revenus et les charges qui en procèdent, contribueront aussi à améliorer la régularité des déclarations et la soutenabilité des cotisations appelées. Surtout, l'ACOSS s'engage dans la COG 2018-2022 conclue avec l'État à maintenir et surtout à renforcer un dispositif de pilotage en vue de réduire les écarts de performance entre l'Outre-mer et la métropole.

Pour ce faire, l'ACOSS s'engage également à mutualiser des activités support entre branches du régime général ainsi qu'à renforcer la coopération entre les organismes ultra-marins et les URSSAF d'appui en optimisant le dispositif d'accompagnement (formations, immersions, benchmark, opérations de fiabilisation des données). L'ACOSS mènera avec les organismes ultra-marins une réflexion sur l'accroissement des opérations de mutualisations et de redistribution d'activités des CGSS et de la CSSM entre elles ou avec la métropole. Dans ce dernier domaine, si les échanges entre caisses générales sont engagés, l'appui des unions métropolitaines ou de certains de leurs services spécialisés gagnerait en effet à être plus fortement mobilisé. À titre d'exemple, l'organisation d'un système d'entraide national a permis en 2015-2016 à deux CARSAT confrontées à de lourdes difficultés de production de revenir à une qualité de service proche des standards nationaux. Un plan d'action partagé, mobilisant des ressources en métropole dans un système d'entraide, pourrait utilement concourir à la levée de certaines problématiques identifiées dans le rapport, y compris sous la forme d'opérations ponctuelles. Le traitement des dossiers en risque de prescription, et le contrôle de

l'éligibilité à l'exonération de cotisations au titre de la LODEOM (loi pour le Développement Économique des Outre-Mer) pourraient être ciblés dans ce cadre.

Néanmoins, l'ensemble de ces actions ne peut être véritablement efficace que par un travail plus global, en lien en particulier avec les administrations de l'État (notamment les services du ministère du travail et l'administration fiscale) et les organismes capables d'informer et de former les employeurs (par exemple, les chambres consulaires). Les CGSS seules, même accompagnées et soutenues par l'ACOSS, ne sont pas en mesure d'apporter des réponses complètes aux difficultés du recouvrement.

Enfin, s'agissant des autres branches et notamment les branches famille et maladie, les mutualisations effectives en métropole et encore ineffectives dans ces départements doivent, ainsi que le souligne la Cour, enfin entrer en vigueur pour améliorer à la fois la qualité de service et l'efficacité.

Première partie – Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Chapitre I

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CADES) (JEAN-LOUIS REY)

En réponse à votre lettre du 25 juillet, j'ai l'honneur de vous informer que les extraits du rapport cité en objet que vous m'avez transmis n'appellent pas d'observations de ma part.

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)

La Cour dresse une série de constats sur la construction et l'exécution de l'ONDAM qui n'appellent pas de remarques particulières.

Je tiens toutefois à souligner que certains des postes les plus dynamiques contribuant au dépassement de l'enveloppe des soins de ville (transports sanitaires majoritairement prescrits en établissements, médicaments issus de la rétrocession hospitalière, voire actes techniques de médecins spécialistes en partie réalisés durant les séjours en établissement) trouvent leur origine en dehors du champ *stricto-sensu* de la ville. Ce constat, illustrant une certaine porosité entre les sous-objectifs de l'ONDAM, pourrait amener à davantage de prudence dans l'affectation de la responsabilité du dépassement de l'ONDAM « soins de ville » à ce seul secteur.

Par ailleurs, la Cour réitère et précise sa recommandation relative à l'instauration d'un dispositif de régulation infra-annuelle des dépenses de soins de ville, associant le développement d'accords prix-volume et la mise en réserve des dotations forfaitaires et d'une partie du supplément de dépenses induit par les augmentations tarifaires.

Comme vous le soulignez, le protocole d'accord sur la régulation des dépenses de biologie médicale, va dans le sens, d'une plus grande responsabilisation des professionnels de santé dans la maîtrise de l'évolution des dépenses. Cette approche innovante pourrait effectivement être, à terme, élargie à certains des autres secteurs d'activité qui se prêtent à ce type d'accords, en concertation avec les professionnels concernés.

S'agissant de l'objectif de déploiement d'un mécanisme de réserve prudentielle sur les effets de mesures conventionnelles, il convient tout d'abord de rappeler que, conformément à l'article L. 114-1-1 du code de la sécurité sociale relatif aux compétences du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie, lorsque celui-ci émet un avis estimant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, l'entrée en vigueur de mesures conventionnelles peut être suspendue. La perspective de la mise en place d'un dispositif prudentiel, préalable à l'apparition même d'un risque de dépassement, s'il répond à une préoccupation de maîtrise des dépenses, partagée par l'Assurance maladie, apparaît à ce jour délicat à mettre en œuvre. Tout d'abord, la mise en place d'un dispositif conditionnant l'entrée en vigueur des mesures de revalorisation tarifaire à des contreparties en termes de maîtrise des dépenses supposerait que les conventions conclues avec les professionnels de santé en fixent le cadre et le principe. Par ailleurs, une attention particulière devrait être portée aux modalités effectives de mise en œuvre, afin de s'assurer de la bonne adéquation entre l'origine des éventuels dépassements constatés et les professionnels concernés par le dispositif.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

Deuxième partie – Prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé

Chapitre IV

Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)

La Cour fait un état des lieux large des réformes survenues dans d'autres pays européens. Si l'Assurance maladie n'a pas vocation à apprécier la pertinence des réformes conduites dans les pays étrangers, elle partage avec la Cour l'intérêt de s'appuyer sur des analyses internationales pour alimenter la réflexion et documenter des propositions nouvelles, comme nous le faisons chaque année dans le cadre du rapport « Charges et Produits ».

Les conclusions formulées dans le rapport au sujet des évolutions à apporter au système de santé français font écho aux orientations portées par l'Assurance maladie, récemment inscrites dans la Convention d'Objectifs et de Gestion conclue avec l'État pour la période 2018-2022, qu'il s'agisse de la plus grande structuration des parcours de soins des patients, de l'amélioration de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital ou encore de l'encouragement à l'exercice pluri professionnel ou regroupé de la médecine libérale. À cet égard, le déploiement du Dossier médical partagé au mois d'octobre prochain, puis d'outils d'aide à la décision pour les professionnels de santé par le biais de la prescription et de la facturation électronique devraient constituer des leviers déterminants.

Ces orientations marquent la volonté de l'Assurance maladie de poursuivre et accélérer la démarche de transformation de notre système de santé et d'organisation des soins, afin de parvenir à des gains en terme de qualité et d'efficacité compatibles avec le maintien d'un haut niveau de couverture des besoins en santé, objectif auquel l'Assurance maladie est particulièrement attachée.

Chapitre V

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager en ville comme à l'hôpital

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)*

La Cour appelle à un renforcement des actions favorisant les prises en charge ambulatoires, à l'hôpital et en ville.

Cette ambition, au service de la qualité et la pertinence des soins, est pleinement partagée par l'Assurance maladie et joue un rôle moteur dans les évolutions récentes et annoncées de notre système de santé.

Il en va ainsi notamment des actions entreprises visant à améliorer la coordination des soins et l'exercice regroupé, soutenues par la conclusion par l'UNCAM de l'accord conventionnel interprofessionnel conclu en avril 2017. Par ailleurs, l'Assurance maladie a, dans tous les accords conventionnels conclus au cours des deux dernières années avec une profession de santé, introduit un élément de rémunération (le plus souvent dans le cadre d'un forfait structure) valorisant spécifiquement la participation du professionnel de santé soit à une équipe de soins primaires soit à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Les premières expérimentations mises en œuvre, dès 2019, au titre de l'application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, devraient également y contribuer, en favorisant des modes innovants de prise en charge. L'enjeu est d'encourager, d'accompagner et d'accélérer les innovations qui décloisonnent la ville et l'hôpital. Le déploiement d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement permettra d'inciter à la coopération entre les différents acteurs, notamment à travers des objectifs d'efficience, une meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins. Des résultats sont à en attendre en termes d'amélioration du service rendu pour les usagers, d'organisation mais aussi de pratiques professionnelles et d'efficience pour les dépenses de santé.

Enfin, face aux effets complexes et parfois incertains du virage ambulatoire sur les dépenses de santé, je partage la volonté de la Cour de disposer d'études médico-économiques pertinentes. C'est dans cet esprit que l'Assurance maladie avait consacré un chapitre conséquent de son rapport « Charges et Produits 2017 » à ce sujet.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

Chapitre VI
**La lutte contre les maladies cardio-
neurovasculaires : une priorité à donner à la
prévention et à la qualité des soins**

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)*

Les recommandations formulées par la Cour correspondent pleinement aux orientations portées par l'Assurance Maladie, notamment en ce qui concerne la nécessité de renforcer les actions de prévention ou la recherche d'un parcours de soins mieux coordonné entre la ville et l'hôpital, comme entre les médecines de ville.

Dans ce parcours de soins, il convient également de conforter la place du patient, qui doit pouvoir disposer de toutes les informations utiles permettant d'agir pour la préservation de sa santé. Cela passe notamment par la diffusion de messages concernant les signes évocateurs d'accidents ischémiques, l'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins disponible et, comme le souligne la Cour, le développement des actions d'éducation thérapeutique.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

Chapitre VII

Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)

La Cour appelle à une réorganisation de la filière visuelle pour répondre notamment aux enjeux d'accès aux soins, tant financiers que territoriaux.

Elle y recommande notamment d'élargir l'offre de premier recours aux soins visuels en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision.

Afin d'améliorer l'accès des patients aux soins visuels, le ministère de la santé et l'UNCAM encouragent depuis plusieurs années le développement d'une meilleure coordination entre les différents acteurs de la filière et notamment entre les médecins ophtalmologistes et les orthoptistes en assurant notamment le financement d'actes réalisés en coopération.

Cette évolution a été confortée en 2016 par la parution de dispositions législatives et réglementaires favorisant le travail en coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes avec l'élargissement du champ de compétences des orthoptistes pour faciliter l'accès aux soins visuels des patients pour les pathologies les plus courantes.

Dans la même logique, l'Assurance maladie et les représentants des orthoptistes libéraux ont convenu, dans le cadre de l'avenant 12 à la convention, publié en juin 2017, de la nécessité de poursuivre l'accompagnement de ces évolutions de la filière visuelle en confortant la place de l'orthoptiste dans la prise en charge coordonnée du patient avec les autres professionnels de santé.

À cet égard, il apparaît nécessaire d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de ces premières mesures sur l'amélioration de l'offre de soins visuels avant d'examiner, le cas échéant, l'opportunité de mettre en place de nouvelles dispositions visant à élargir encore le champ de compétence des orthoptistes (qui devrait alors s'articuler avec une révision de leur formation).

Concernant la recommandation suggérant de conditionner les installations des ophtalmologues en exercice libéral, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de dépassement d'honoraires à l'adhésion à l'OPTAM, l'Assurance maladie privilégie une approche visant à inciter les ophtalmologues en exercice à adhérer à l'OPTAM. Alors qu'à la fin de l'année 2016, on comptabilisait 260 ophtalmologistes de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, on recensait 516 ophtalmologistes adhérents aux options de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) en juin 2018, soit une progression de 98 %. Cette politique incitative porte ses fruits. Entre

2012 et 2017 le taux de dépassement moyen des ophtalmologistes a ainsi baissé de 5,5 % passant de 59,8 % à 54,3 %.

L'idée de structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en soutenant financièrement des regroupements de l'ensemble des professionnels de la filière visuelle autour de plateaux techniques de référence, dans des centres spécialisés en soins visuels doit être creusée en lien avec le Ministère et avec les représentants des professionnels concernés. Il convient en effet d'expertiser comment pourraient s'articuler de telles expérimentations avec les contrats collectifs qui peuvent être souscrits par les maisons de santé pluri professionnelles et les centres de santé depuis l'été 2018 afin de les aider à s'équiper en matériel optique et valoriser le travail en coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes.

Enfin, en matière de développement des actions de prévention en direction des enfants de moins de 6 ans, je partage votre préoccupation mais tiens à vous rappeler que l'avenant 12 à la convention des orthoptistes prévoit précisément la mise en place d'expérimentations pour favoriser le dépistage des troubles visuels et le suivi des jeunes enfants par les orthoptistes libéraux. Les modalités de ces expérimentations sont en cours de définition, en lien avec le ministère de l'Éducation Nationale. Elles pourraient conduire à faire appel à des professionnels de santé libéraux en complément de celles menées par la médecine scolaire dans le cadre d'une convention formalisée entre l'Assurance maladie et l'Éducation Nationale.

*RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE
AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (DOMINIQUE LE GULUDEC)*

La HAS rappelle à la Cour ses travaux thématiques publiés dans ce domaine. D'une part, deux rapports sur les conditions d'environnement des actes interventionnels :

Le premier, généraliste, [Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ?](#) en décembre 2010

Le second, spécifique à la cataracte [Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique](#), en juillet 2010

Ces deux rapports invitaient à définir réglementairement plusieurs niveaux d'environnement, adaptés aux risques des interventions, ce qui aurait permis la réalisation de la chirurgie de la cataracte dans un environnement réglementé permettant d'assurer la qualité et spécialement la sécurité de cette intervention sans consommation excessive de ressources. A la connaissance de la HAS, ces deux rapports n'ont pas été suivis d'effet.

D'autre part, ses travaux sur le dépistage de la rétinopathie, dont la rétinopathie diabétique :

[Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil](#), Recommandation en santé publique - Mis en ligne le 4/3/2011

[Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète](#), Recommandation en santé publique - Mis en ligne le 13/2/2015

[Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase](#), Évaluation des technologies de santé - Mis en ligne le 11/7/2007

Ainsi que sur différents protocoles associant les orthoptistes :

[Avis de la HAS sur le protocole de coopération : «Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un\(e\) orthoptiste et/ou infirmier\(e\) en lieu et place d'un ophtalmologiste»](#).

[Avis de la HAS sur le protocole de coopération entre d'une part les orthoptistes et les infirmières \(délégué\) et d'autre part les ophtalmologistes exerçant en mode libéral \(délégants\) pour la mise en place d'une consultation de dépistage de la rétinopathie diabétique via télésurveillance](#)

[Avis de la HAS sur le protocole de coopération : Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique](#)

Pour clore sur les productions HAS relevant du champ du rapport, la HAS indique à la Cour que :

Pour la partie intitulée *Garantir la qualité et la sécurité des soins visuels* (p 23-24), une fiche pertinence sur la cataracte est à ce jour en cours en finalisation ;

Figure au programme de travail 2018 de la HAS : l'[Évaluation de l'efficacité, de la sécurité et de l'impact médico-économique de la chirurgie de la cataracte assistée par laser femtoseconde](#).

Enfin, la HAS est citée dans la partie traitant des pratiques dérogatoires des orthoptistes en application des protocoles de coopération prévus par l'article 51 de la loi HPST (p 19, note 341). Elle note l'articulation complexe entre les deux dispositifs législatifs qui induit une confusion pour les acteurs de terrain.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES
ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE
(UNOCAM) (MAURICE RONAT)*

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) n'entend pas formuler de commentaire sur ce document.

Toutefois, elle souhaite porter à la connaissance de la Cour un élément nouveau relatif à l'amélioration de la lisibilité des garanties (évoquée page 267 dans le dernier paragraphe du chapitre « 2 – *Abaisser le prix des équipements d'optique* »).

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent ont mené à bien de nouveaux travaux en 2018, visant à définir un accord de place sur l'amélioration de la lisibilité des garanties, dont la signature est prévue dans les prochaines semaines. Cet accord de place engage notamment les organismes complémentaires d'assurance maladie à harmoniser les principaux intitulés de leurs garanties et à mettre à disposition de leurs prospects, adhérents ou assurés des exemples de remboursement en valeur absolue.

Ces travaux ont fait l'objet de nombreux échanges avec la Direction de la Sécurité sociale et la Direction générale du Trésor, puis avec le Comité consultatif du secteur financier (CCSF). Ils ont également été présentés à France Assos Santé. Ils ont fait l'objet d'un avis du CCSF le 19 juin 2018.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ)*

Par courrier du 25 juillet 2018, vous nous avez adressé deux chapitres du projet de Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. La FFA tient à formuler les observations suivantes.

S'agissant du chapitre relatif aux soins visuels

Nous vous remercions vivement pour l'envoi de ce chapitre, qui fait suite aux deux rencontres que nous avons précédemment eues avec la Cour sur ce dossier. La FFA tient à souligner la qualité de l'analyse faite par la Cour : nous partageons pleinement le constat qui est établi ainsi que les pistes proposées, qu'il s'agisse de renforcer la prévention, de peser plus fortement sur les coûts ou de transformer l'organisation des prises en charge en matière de soins visuels.

La FFA souhaiterait toutefois formuler quelques remarques.

- Page 261 : bien qu'obligatoires, les dépistages à 6 ans et 12 ans en milieu scolaire sont très inégalement réalisés sur le territoire, faute de médecins scolaires dans certaines régions ou villes. Nous partageons pleinement la nécessité de faire des enfants une priorité en matière de

prévention et de dépistage des troubles visuels. C'est la raison pour laquelle l'association Attitude Prévention a décidé de mener une action d'information et de sensibilisation à la santé visuelle, auprès d'enfants d'école primaire (6-10 ans) en milieu défavorisé (une première phase expérimentale doit être prochainement lancée dans la région des Hauts de France).

- Page 262 : la FFA partage pleinement le constat de la Cour sur l'insuffisance de recommandations de bonnes pratiques et de référentiels par la Haute Autorité de santé. Mais, au-delà des actes ophtalmologiques, des implants, des prothèses ou des lentilles, c'est aussi l'évaluation des lunettes et des verres qui fait cruellement défaut en France.

Depuis plusieurs années, la FFA sollicite une action des pouvoirs publics en faveur d'une évaluation médico-économique des équipements d'optique et des innovations présentées par les fabricants. Au même titre que pour les autres dispositifs médicaux, il est indispensable d'inscrire les équipements d'optique dans une expertise du service médical attendu et des améliorations apportées. Cette démarche serait cruciale pour faire baisser les coûts des équipements d'optique et améliorer l'information et la transparence vis-à-vis des patients, deux évolutions que la Cour appelle de ses vœux. Pour les assureurs santé et leurs plateformes, cela constituerait des éléments indispensables d'amélioration de l'efficacité des réseaux de soins et la pertinence des soins. C'est une condition absolument nécessaire pour que les prises en charge par les organismes complémentaires soient mieux ciblées en fonction des besoins effectifs de santé (cf. la proposition de la Cour faite en page 277).

- Pages 264-265 : nous partageons le constat fait quant à l'impact des dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires mis en place par la convention médicale (« contrat d'accès aux soins » devenu « option de pratique tarifaire maîtrisée ») : très faible attractivité du dispositif pour la spécialité des ophtalmologues (d'autant plus problématique qu'elle concerne les médecins installés mais aussi les futurs praticiens), très faible impact sur la progression des taux de dépassements d'honoraires (hormis l'effet mécanique de l'obligation de pratiquer des tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS), persistance des niveaux élevés de dépassements d'honoraires en valeur absolue, faiblesse des contrôles de l'assurance maladie obligatoire et des mises en garde... Comme déjà évoqué, nous tenons à insister une nouvelle fois sur l'impact du plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires santé en termes de restes à charge pour les patients. Dans une spécialité comme l'ophtalmologie où une proportion importante d'actes est à l'origine de dépassements supérieur à 100% de la base de remboursement et où une très faible proportion de médecins sont adhérents à l'OPTAM, les restes à charges laissés aux assurés sont fréquents (actes cliniques) et peuvent être très conséquents (actes techniques). Ce plafonnement est source d'incompréhensions et de nombreuses réclamations

des assurés auprès des organismes complémentaires. La FFA appelle de ces vœux une évaluation objective de la mesure.

- Pages 261 et 266 : la FFA remercie la Cour pour sa prudence quant à l'impact financier de la réforme « 100 % santé » pour les organismes complémentaires. A ce stade, beaucoup trop d'incertitudes existent en effet pour évaluer objectivement le coût de la réforme : comportement des opticiens et promotion des offres RAC 0, comportements des fabricants et information faite aux patients, effet rattrapage des assurés non ou mal équipés, effets d'aubaine... La FFA tient toutefois à formuler deux remarques.

- Pour les assureurs de la FFA, tel que choisi et tarifé (cf. le niveau des PLV fixés avec les représentants de la profession de l'optique), le panier du « 100% santé » va nécessairement tirer vers le haut le marché avec des impacts sur les coûts : l'anti-reflet devient un standard minimal (même dans les cas où il n'est pas justifié, comme pour les enfants) et les prix facturés s'aligneront sur les PLV fixés alors que ceux-ci sont bien souvent supérieurs aux tarifs négociés dans le cadre des réseaux de soins. Ainsi, la réforme du « 100% santé » induira un relèvement du plancher minimal de prise en charge fixé par le contrat responsable (aujourd'hui de 50€ pour des verres simples et 200€ pour des verres complexes) ; ce plancher deviendra en outre une garantie minimale des contrats (plus de possibilité de choisir une garantie couvrant exclusivement le ticket modérateur, comme c'est le cas aujourd'hui), d'où un renchérissement de tous les contrats à faible garanties en optique.
- L'abaissement de 150 € à 100 € du plafond de prise en charge de la monture n'aura un impact financier que sur les seuls contrats qui prévoyaient déjà un remboursement supérieur à 100 €, c'est-à-dire sur les contrats dont les garanties sont les plus élevées. Pour tous les autres, l'impact sera nul et en particulier, pour les contrats à faibles garanties qui subiront en revanche pleinement le surcoût décrit au premier point. Dans ces conditions, l'effet du plafonnement du remboursement de la monture sur l'évolution des cotisations des complémentaires santé est loin d'être évident. Si d'un point de vue macro-économique (approche de marché), la mesure conduira à la réduction de certaines dépenses, d'un point de vue micro-économique (approche contrat par contrat), elle n'aura pas du tout l'effet de « contrepoids » escompté, notamment sur les contrats d'entrée de gamme. En revanche, il est à craindre un fort taux de mécontentement de la part des assurés qui bénéficiaient d'un remboursement supérieur à 100 €.

- Pages 266 et 267 : plusieurs remarques doivent être formulées :

- Premièrement, la Cour souligne à juste titre le rôle extrêmement positif des réseaux de soins sur les prix et la qualité des équipements d'optique. Dans ces conditions, il est, pour la FFA, extrêmement regrettable que les pouvoirs publics n'aient pas davantage compté et promu l'action des

réseaux dans la réforme du « 100% santé ». Au contraire, il est à craindre que la réforme ait des effets négatifs sur eux alors que ceux-ci ont pleinement prouvé leur efficacité et leur rôle dans la régulation du secteur. C'est pourquoi la FFA ne partage pas la proposition de la Cour de vouloir généraliser le tiers payant sur la part relevant des assurances complémentaires, dans et hors réseau. Ce serait en effet une nouvelle façon de limiter l'usage de leviers par les complémentaires pour inciter les assurés à une plus grande pertinence des soins ; ce serait une nouvelle fois supprimer des marges de manœuvre aux organismes complémentaires en termes de gestion du risque. C'est en effet exactement du même ordre que la mesure « tiers payant contre génériques » mise en place par l'assurance maladie obligatoire pour sensibiliser les assurés et promouvoir les génériques en France (mesure qui a eu des impacts très positifs).

- Deuxièmement, la Cour évoque l'action des réseaux de soins uniquement sur les équipements d'optique. Or, leur action en matière chirurgie réfractive mériterait aussi d'être soulignée. Plus généralement, au regard de la fréquence et des niveaux des dépassements d'honoraires pratiqués pour la chirurgie de la cataracte, il serait légitime de s'interroger sur une évolution de la loi « Le Roux » du 27 janvier 2014 pour permettre le développement de réseaux de soins dit de deuxième génération permettant une prise en charge globale des patients (pré et post opératoire), incluant les dépassements d'honoraires et les coûts annexes (comme la chambre particulière facturée y compris en ambulatoire).

- Page 267 : la Cour évoque la nécessité d'améliorer la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire. Dans un contexte de complexification croissante des modalités de prise en charge du régime obligatoire et sachant la nouvelle étape induite par la réforme du « 100 % santé », la FFA, associée à la FNMF, au CTIP et à l'UNOCAM, ont décidé de prendre de nouveaux engagements pour mieux aider les assurés ou prospects à comprendre leurs contrats complémentaires santé. Ces engagements seront rendus publics à l'automne 2018 et sont à la disposition de la Cour.

- Pages 269 et plus : la FFA soutient pleinement les propositions de la Cour en matière de réorganisation des prises en charge. Deux remarques toutefois.

- Comme déjà exprimée, la FFA milite, depuis plusieurs années, en faveur d'une évolution des compétences des différents acteurs de la filière visuelle, et en particulier des opticiens-optométristes. Si les opticiens sont aujourd'hui trop nombreux et les tarifs pratiqués trop élevés, ils constituent pour autant des professionnels de santé de proximité, sur lesquels il est impératif de compter. Comme le souligne la Cour, par une action sur la formation et la qualification des opticiens et l'octroi de compétences nouvelles, il est possible de faire évoluer le modèle économique des distributeurs : la baisse des prix des équipements sera

compensée par de nouvelles prestations et services médicaux rendus, notamment en termes de réfraction. C'est un modèle gagnant-gagnant car les assurés y gagnent en termes d'accès aux soins et de délais d'attente, de même que les ophtalmologues en termes de temps médical dégagé ; pour la collectivité, les effets médico-économiques seraient également indéniables.

- La FFA appelle de ces vœux à davantage d'évaluations médico-économiques des schémas organisationnels mis en place. Elles sont essentielles pour estimer leurs retombées réelles et concrètes en termes d'accès aux soins. À titre d'exemple, il est regrettable qu'il soit si peu fait écho aux expérimentations, lancées dans les zones sous-dotées en ophtalmologues, d'actions coordonnées entre médecins généralistes et orthoptistes, y compris pour les primo-accédants à un équipement d'optique.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)*

Comme la Cour le note, les pouvoirs publics se sont engagés à proposer à partir de 2020 des offres de matériels optiques comportant un reste à charge nul pour les patients après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. La Mutualité Française partage l'idée de la Cour que le reste à charge n'est pas le principal obstacle à l'accès aux soins visuels.

Un peu plus loin, la Cour affirme que l'abaissement des plafonds de remboursements des montures et équipements d'optique dans les contrats responsables « doit contribuer à modérer l'évolution des tarifs des assurances complémentaires ». La Mutualité Française conteste cette affirmation trop incomplète, l'évolution des tarifs des organismes complémentaires d'assurance maladie dépendant de nombreux facteurs, comme la fiscalité ou les décisions de l'État imposant une augmentation tarifaire des prestations (forfait hospitalier). Cet abaissement serait en revanche de nature à modérer les tarifs pratiqués par les opticiens, comme la Cour le souligne page 266.

La Mutualité Française souhaite porter à la connaissance de la Cour les récents travaux menés par l'UNOCAM et les fédérations qui la composent pour améliorer la lisibilité des garanties des organismes complémentaires d'assurance maladie. Au travers d'un accord de place, dont la signature interviendra très prochainement, les organismes complémentaires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser les principaux intitulés de leurs garanties et à mettre à disposition de leurs prospects, adhérents ou assurés des exemples de remboursement en valeur absolue.

Dans cette même page, au paragraphe relatif à la lutte contre les effets d'aubaines, la Cour a mis en exergue l'importance des volumes de séjours pour traitement de la cataracte. Les fortes disparités régionales en termes de taux de recours appellent à un renforcement des actions en faveur de la pertinence des actes. Un travail d'objectivation et de mise en lumière des écarts de pratiques, par le biais d'une mise en commun des travaux des plans pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins pourrait constituer une démarche utile.

En complément, une réflexion pourrait être engagée sur la systématisation des volets relatifs à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, au sein des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins qui lient les établissements, l'assurance maladie et les ARS.

Page 272, s'agissant des actes effectués par les orthoptistes, la Mutualité Française indique à la Cour que l'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de l'acte de réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste (RNO) est en cours. Ce bilan, qui s'adresse aux patients âgés de 6 ans à la veille incluse des 51 ans, peut être réalisé par un orthoptiste. Ce bilan sera valorisé à hauteur de 28 € et pris en charge à 70 % par l'Assurance Maladie obligatoire. Il devra être réalisé à tarif opposable et ne pourra être facturé avec aucune majoration. Cette inscription devrait accélérer la délégation de compétence entre ophtalmologues et orthoptistes.

La Mutualité française est favorable à la recommandation 19 d'élargir l'offre de premier recours aux soins visuels. Des réponses doivent être apportées à la population pour réduire des délais d'attente et supprimer les refus de soins. Les mesures prises depuis quelques années pour étendre le champ de compétences des orthoptistes et des opticiens lunetiers pour dégager du temps médical aux ophtalmologues répondent à ce besoin.

La Mutualité Française partage la recommandation 22 relative à la structuration d'une offre de soins graduée portées par des initiatives locales de regroupement de professionnels de statuts diversifiés autour de plateaux techniques de références. Soucieuse de contribuer au décloisonnement ville/hôpital, la Mutualité est engagée en ce sens à Saint-Étienne comme le mentionne la Cour en page 274.

La Cour recommande de baisser les tarifs des soins visuels de la CCAM afin de répercuter les gains productivité permis par les récentes innovations organisationnelles et technologiques propres à ce domaine. La Mutualité Française partage cette proposition dans la mesure où l'analyse effectuée montre que la forte croissance des honoraires des ophtalmologistes (+4,4 % par an entre 2005 et 2016) est en grande partie imputable à une forte croissance des actes techniques. Il peut paraître logique que le progrès technique soit associé dans un premier temps à des

tarifs élevés puis qu'avec la diffusion de ces techniques, les prix soient corrigés à la baisse.

En matière de prévention en santé visuelle, la Mutualité Française regrette, comme la Cour, la faiblesse de l'action dans ce domaine malgré l'enjeu de santé publique. Comme la Cour l'indique, les personnes âgées et les enfants sont les plus touchés. La Mutualité Française est très engagée dans la prévention. Au travers de l'évaluation des actions qu'elle mène auprès des actifs et personnes âgées, il apparaît que 10 % des tests de vision réalisés ont nécessité une orientation vers un professionnel de santé. Des dispositifs de prévention pourraient être envisagés à l'instar de ce qui est proposé en matière dentaire dans le cadre du dispositif « M'tes dents » ou à l'entrée en EHPAD.

La Mutualité Française rejoint la recommandation 26 de la Cour concernant la définition de seuil d'activité pour les gestes invasifs les plus courants en ophtalmologie. Cette mesure serait de nature à améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge. Au-delà d'une autorisation par ophtalmologue, la Mutualité Française s'interroge sur l'intégration de la dimension territoriale au sein de ces autorisations, à l'échelle d'une équipe de soins par exemple

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES
INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)*

Le CTIP n'a pas d'observations à formuler sur les extraits qui lui ont été adressés.

Troisième partie – Réduire les risques professionnels

Chapitre VIII

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)
(YANN-GAËL AMGHAR)*

L'ACOSS partage les constats de la Cour concernant la complexité du dispositif au plan de la gestion :

Les échanges d'information entre branches AT-MP et Recouvrement occasionnent aujourd'hui une charge de gestion importante pour le réseau Urssaf. Compte tenu de leur volumétrie (de l'ordre de 30 000 notifications de taux émises par les CARSAT chaque mois), ces échanges génèrent des anomalies fréquentes, dont le traitement s'avère très mobilisateur pour les organismes ;

Cette gestion est particulièrement lourde dans le cadre de la tarification par section d'établissement. Comme l'indique la Cour, celle-ci peut donner lieu à des pratiques d'optimisation de la part des redevables. Elle génère également une charge très significative pour les Urssaf, responsables de l'application du bon taux de cotisation aux différentes fractions de masse salariale concernées ;

Comme le souligne le rapport, le dispositif actuel s'accompagne d'un volume important de contentieux, conduisant à de fréquents réajustements du taux de cotisation.

Sur ce sujet, il apparaît nécessaire de rappeler la forte mobilisation de la branche Recouvrement, mobilisation d'ailleurs reconnue par la Cour avec la levée des réserves de certification relatives à la gestion des taux AT-MP.

Cet investissement se poursuivra. La vigilance sera maintenue sur la qualité des données et la gestion des rejets dans le cadre des échanges CARSAT-URSSAF. L'analyse des causes d'écarts sera également poursuivie, en lien avec la branche AT-MP et la tutelle, afin d'identifier les pistes de travail les plus pertinentes, notamment en matière de systèmes d'information et d'articulation avec les logiciels de paie des entreprises.

Au-delà, l'ACOSS partage la préoccupation de simplification exprimée par la Cour, des modalités de tarification allégées et plus uniformes étant de nature à réduire les discordances et ainsi faciliter la gestion du dispositif pour le réseau Urssaf mais aussi les entreprises.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)*

La Cour dresse un bilan de l'évolution des règles de tarification AT/MP depuis 2010.

L'Assurance maladie est, de longue date, engagée dans des efforts continus d'améliorer de ce système de tarification. Les avancées constatées par la Cour en sont la résultante et constituent une reconnaissance importante pour la branche et un encouragement essentiel à la poursuite de la dynamique.

L'Assurance maladie relève ainsi avec satisfaction que la Cour salue les améliorations importantes apportées par la réforme de la tarification de 2010 qui a permis de rendre la tarification plus incitative à la prévention pour les entreprises. Elle partage également les constats de la Cour qui souligne les progrès dans la simplification du système de tarification portés par la précédente COG (2014-2017), notamment à travers la forte diminution des codes risques et les réformes qui tendent à rendre la tarification plus simple et réactive.

Les pistes de réflexion proposées par la Cour pour réduire la complexité du processus de tarification, favoriser l'équité entre les établissements et renforcer le signal prix sont intéressantes. Elles devront toutefois être approfondies pour analyser leur faisabilité et devront être concertées avec les partenaires sociaux qui ont des prérogatives en matière de tarification.

Enfin, l'investissement dans l'amélioration des systèmes d'information et plus particulièrement la refonte de l'outil SNTRP servant à la tarification des AT/MP prévue lors de la prochaine COG AT/MP devrait permettre de renforcer la robustesse des données et des processus et réduire les coûts de gestion de la branche.

Quatrième partie – Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale

Chapitre IX **La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire**

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)
(YANN-GAËL AMGHAR)

L'ACOSS tient tout d'abord à saluer la qualité et l'ampleur de l'étude menée par la Cour, qui apporte un éclairage précieux sur la mise en œuvre de cette réforme de simplification majeure pour les entreprises.

Si les constats et préconisations formulés dans le rapport sont globalement partagés, il apparaît nécessaire de revenir plus particulièrement sur la recommandation 37⁵⁴⁰ et les observations qui la sous-tendent.

Comme l'indique la Cour, l'ACOSS fait de l'exploitation des données de la DSN une priorité centrale de la COG 2018-2022. Couvrant tous les métiers de la branche, cette stratégie vise notamment à mobiliser les données individuelles de la DSN à des fins de fiabilisation afin de garantir l'exhaustivité de la collecte mais aussi l'exactitude des informations alimentant les droits à prestations des salariés.

Dans la droite ligne des préconisations du rapport, il s'agit de mettre en œuvre, à une échelle industrielle, une série de contrôles de cohérence :

- cohérence entre données individuelles et données agrégées, afin de garantir la conformité entre montants cotisés et droits ouverts ;
- cohérence entre données individuelles, soit au regard des règles en matière de cotisations (exemple : cohérence entre l'application d'une exonération à un salarié et d'autres caractéristiques individuelles du salarié), soit au regard des règles en matière de prestations. Comme l'indique la Cour, l'ACOSS teste ainsi depuis 2017 l'application aux

⁵⁴⁰ Recommandation 40 : « systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'ACOSS avec l'État, les contrôles automatisés de cohérence entre les données agrégées de prélèvements et les données individuelles de salaires de la DSN pour la fiabilisation du recouvrement des prélèvements sociaux et du calcul des droits des salariés et mettre en place des modalités d'échange avec les entreprises assurant une correction effective des anomalies détectées ».

DSN, pour le compte de la CNAV, des fiabilisations qui étaient réalisées jusque-là par cette dernière sur les déclarations annuelles de données sociales pour garantir la qualité des données individuelles.

La mise en œuvre de ces orientations sera échelonnée sur toute la durée de la COG, afin d'étendre progressivement le champ de ces contrôles. D'ores et déjà, ces travaux de fiabilisation donnent lieu à des expérimentations en région, visant à mieux connaître les motifs d'anomalies et à définir les modalités appropriées d'échanges avec les entreprises afin de les conduire à régulariser leurs déclarations. Ces expérimentations seront graduellement étendues à de nouvelles thématiques, en vue d'une industrialisation de ces contrôles en 2020-2021.

Comme l'indique la Cour, ces travaux conduiront également l'ACOSS à expérimenter la reconstitution des montants de cotisation agrégés à partir des données individuelles. Cette reconstitution sera dans un premier temps conduite à des fins de fiabilisation des données.

Si la question de la suppression totale ou partielle du double niveau de déclaration (individuelle et par établissement), préconisée dans le rapport, n'est dans ce cadre pas fermée, celle-ci ne peut effectivement se poser qu'à moyen terme.

En la matière, plusieurs points paraissent devoir être rappelés :

- l'idée que ce double niveau de déclaration serait un facteur de complexité ou de charge pour les déclarants doit tout d'abord être nuancée, dans la mesure où, en cible, la donnée agrégée a vocation à être produite de façon automatisée par le logiciel de paie, en agrégeant l'information individuelle ;
- à court terme, ce double niveau de déclaration représente une garantie indispensable, dans un contexte où ce pont entre données individuelles et données agrégées n'est pas toujours assuré par le logiciel de paie, et où la qualité des données peut être supérieure pour le niveau agrégé, comme le démontrent les travaux conduits par l'ACOSS (exemple : surestimation de la base assujettie individuelle pour les salariés multi-contrats de travail) ;
- de façon plus structurelle, ce double niveau de déclaration constitue un instrument de sécurisation précieux dans le cadre d'un processus Urssaf où déclaration et paiement sont synchrones. Du point de vue du collecteur, il permet une vérification instantanée de la cohérence entre paiement et déclaration, ainsi que des contrôles de masse sur cette dernière (cohérence assiettes / taux / montants de cotisation par exemple). Du point de vue du déclarant lui-même, l'information agrégée constitue un instrument de contrôle du montant de cotisations dues et de ses déterminants, permettant de prévenir des versements trop faibles ou trop importants.

En dernier lieu, le niveau agrégé porte aujourd'hui des informations spécifiques, dont certaines n'ont pas de contrepartie individuelle (ex : mesures maîtres et documentalistes, mesures colporteurs de presse, cotisations sur revenus de retraites (hors paie)).

Ces constats ne font évidemment pas obstacle, à plus court terme, à une simplification des nomenclatures utilisées, préoccupation que l'ACOSS partage largement. En la matière, un travail de revue, visant à mieux documenter et rationaliser l'usage des codes type de personnel Urssaf a été engagé. Cette démarche se poursuivra. Elle implique néanmoins une réflexion concomitante sur la complexité de la réglementation sous-jacente et sur les besoins de suivi statistique associés.

À cet égard, l'ACOSS partage pleinement la préconisation de la Cour de renforcer la gouvernance de la DSN, et d'adosser cette dernière à une démarche globale de normalisation et de simplification des données sociales, dans le prolongement des travaux conduits en amont de la réforme.

Cette gouvernance est également la condition d'un dialogue satisfaisant avec l'ensemble des acteurs de l'écosystème DSN (éditeurs de logiciel, tiers déclarants...), appelés à jouer un rôle central dans l'atteinte des objectifs de fiabilisation et de simplification précités.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC)

La CNAF partage les observations formulées par la Cour et notamment la recommandation 38 qui répond totalement aux objectifs portés par la COG et le schéma directeur du système d'information associé. En effet, l'expérimentation conduite par la CNAF et les CAF relative à l'utilisation des données de la DSN pour le calcul du RSA servira à fiabiliser les données et les procédures techniques et métiers en vue d'un programme plus important de contemporanéisation des ressources pour le calcul des aides en logement prévu en 2019.

La CNAF attire toutefois l'attention de la Cour sur les limites suivantes :

- la recommandation 36 proposant de poursuivre la réduction du nombre de données à déclarer par les entreprises ne doit pas conduire à limiter les données utiles au calcul des prestations familiales et sociales ;
- la DSN est partielle tant sur les publics (absence de la fonction publique, des agents contractuels de l'État, des travailleurs indépendants) que sur les natures de ressources récupérées pour le calcul des aides sociales. En effet, les bases ressources des prestations familiales et sociales sont composées des salaires mais également de tous les autres revenus de remplacement, pensions alimentaires, indemnités, revenus du capital, etc. et variables selon les prestations RSA, prime d'activité et les autres prestations. Elle ne peut donc à elle seule être utilisée ou se substituer aux

ressources déclarées par les allocataires. En vue de la délivrance des prestations familiales et sociales, il est donc essentiel pour la CNAF de disposer d'une collecte exhaustive de l'ensemble des ressources des allocataires à partir de la base ressource mensuelle (BRM) prévue dans le cadre de la réforme AL 2019, elle-même en partie alimentée par la DSN et par PASRAU, et qui ne dispensera pas certaines catégories d'usagers de déclarer certaines natures de ressources ;

- la base ressources RSA et celle de la Prime d'activité s'appuient sur des notions complexes à appréhender pour l'utilisateur. En effet, il doit déclarer le montant des salaires nets perçus, valeur jamais véhiculée sur les bulletins de salaire. Il s'agit donc d'une donnée à reconstituer par l'allocataire, induisant des risques d'erreur importants et confirmés lors de l'expérimentation menée sur la DSN. La CNAF propose de prolonger l'expérimentation par l'usage du revenu net imposable, conforme aux autres bases ressources des aides sociales, en appliquant un coefficient correcteur propre à reconstituer le montant net perçu, afin de simplifier les démarches des usagers et de sécuriser l'information en s'appuyant sur les données ressources issues de la BRM,

Enfin, l'évolution de la norme PASRAU vers NEORAU pour l'année 2020 peut également permettre de récupérer des données de ressources supplémentaires et ainsi sécuriser davantage de ressources prises en compte pour le calcul du RSA.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)*

La Cour revient sur la mise en œuvre et la généralisation de la DSN.

L'Assurance maladie partage le constat de la Cour que la DSN est un outil permettant la fiabilisation des données, effectivement utile à l'attribution de prestations sociales. La création d'une base ressources ou l'accès à cette base faciliterait la gestion et les contrôles de prestations faisant intervenir ces données, en particulier pour le calcul des revenus de substitution et l'attribution de la CMU et de l'ACS.

La pré-remplissage de formulaires pour l'invalidité (déclaration de ressources) ou pour les demandes de CMU pourrait effectivement constituer par ailleurs une simplification pour l'assuré, en permettant une vérification et d'éventuelles modifications plutôt que la saisie. Toutefois, pour la gestion et le contrôle de ces prestations par l'Assurance maladie, cela semble moins évident dans la mesure où seuls les revenus figurant sur la DSN feront l'objet de ce pré-remplissage, à l'exclusion des autres revenus qui doivent également être pris en compte.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ)*

S'agissant du chapitre relatif à la déclaration sociale nominative

Nous tenons, en préalable, à réaffirmer l'engagement des sociétés d'assurances qui se sont pleinement mobilisées en faveur du développement de la DSN, et particulièrement dans le cadre de la phase 3. La FFA, membre du GIP MDS, a mis en place des procédures d'accompagnement pour ses membres afin de faciliter le déploiement de ce projet ambitieux, lequel transforme en profondeur les modalités de gestion des contrats des organismes complémentaires.

En ce qui concerne plus précisément le projet de rapport, nos observations sont les suivantes :

- Le projet de rapport indiquant que « l'implication d'une partie des organismes de protection complémentaire dans le projet DSN reste insuffisante » laisse à penser que les organismes complémentaires ne se sont pas suffisamment engagés dans le dispositif. Cela est loin d'être le cas au regard des millions d'investissements réalisés par nos membres dans la mise en œuvre du projet DSN. Leur forte implication sur ce projet se poursuit et doit permettre de corriger les imperfections du dispositif et de poursuivre la phase de montée en charge actuelle.

Il est intéressant de souligner que ce chantier représente pour les assureurs un investissement de plusieurs dizaines de millions d'€, et donc de centaines de milliers de jours-homme de travaux pour sa réalisation.

- La phrase « Alors que la DSN a pour objet de remplacer cette déclaration, des organismes complémentaires ont dû demander à leurs adhérents de communiquer une DADS-U début 2018 » ne mentionne pas une des difficultés majeures pour les organismes complémentaires, celle de la qualité des données. En effet, les données figurant dans les déclarations DSN transmises par les entreprises ou les experts comptables aux entreprises d'assurances ne sont pas toujours exploitables en l'état par l'assureur et nécessitent donc d'être vérifiées. Dans encore 30 % à 40 % des cas, la déclaration DSN ne peut être exploitée comme elle devrait l'être et le recours à l'ancienne procédure peut s'avérer nécessaire. Pour contribuer à la réussite de la généralisation, les fédérations d'organismes complémentaires, dont la FFA, diffusent gratuitement depuis février 2018 aux déclarants/tiers déclarants un outil pour tester la qualité des DSN avant leur transmission (au regard des fiches de paramètres xml).

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)*

Page 330 : la Cour résume la gouvernance mise en place pour le projet DSN. La Mutualité Française s'est félicité de cette gouvernance, qui permettait en effet une réelle concertation entre les acteurs, membres et financeurs du GIP, et les maîtrises d'ouvrages nationales, avec un alignement stratégique piloté par l'État. Toutefois, avec les autres membres du GIP-MDS, la Mutualité a regretté que cette gouvernance évolue, sans réelle concertation, avec une disparition de fait de la MOAS, alors même que le projet n'est pas terminé. La Mutualité Française souligne l'importance de maintenir une bonne concertation entre tous les acteurs, car le projet DSN se poursuit (notamment pour la DSN du secteur public) et doit être complété par de nombreux projets complémentaires. Elle rejoint en cela les constats faits par la Cour page 352, et notamment la nécessité de reconstituer une MOAS dotée d'un réel poids politique et capable d'une concertation opérationnelle, à l'écoute des organismes complémentaires (comme cela fut le cas durant les premières années du projet).

La Cour souligne page 336 que « l'implication d'une partie des organismes de protection complémentaire dans le projet DSN reste insuffisante ». Ce point avait déjà été porté à notre connaissance par la Cour dans son rapport d'observation provisoire sur la DSN du 27 avril 2018. Dans notre réponse à la Cour du 23 mai 2018 (à M. Denis Morin), nous avons eu l'occasion de souligner l'importance de l'implication des mutuelles dans le projet et leurs nombreuses initiatives, malgré les difficultés qu'elles rencontrent aujourd'hui. A ce titre, nous approuvons la proposition de la Cour de relancer le chantier avec l'appui de la MOAS, notamment auprès des éditeurs concernés.

Pour ce qui concerne le nombre de mutuelles qui auraient exploité les données de la DSN cité à la même page (90 mutuelles sur 200 concernées), il convient de souligner qu'il s'agit d'un traitement complètement automatisé des DSN. Certaines mutuelles ont en effet pu mettre en place des solutions provisoires, en attendant notamment la mise à jour de leurs logiciels de liquidation des prestations.

Aux limites que la Cour pointe page 338 concernant le TESE, on peut ajouter l'incapacité actuelle, pour l'ACOSS, de fournir aux organismes complémentaires concernés le détail des cotisations perçues par contrat. Les informations envoyées par l'ACOSS dans le cadre du TESE sont insuffisantes, ce qui ne facilite pas la gestion des contrats pour les petites entreprises et peut, dans certains cas, entraîner une rupture des prestations de couverture santé des salariés concernés.

La Mutualité Française partage le souhait de la Cour d'une entrée en DSN des trois fonctions publiques la plus fluide possible. Notre fédération s'emploie à suivre de près les travaux du GIP-MDS pour informer et préparer

les mutuelles concernées ; une meilleure visibilité sur le calendrier des travaux serait la bienvenue (à cet égard, la proposition 35 formulée page 354 - une DSN Fonction Publique au plus tard en 2022 - nous paraît structurante).

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES
INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)*

Le CTIP n'a pas d'observations à formuler sur les extraits qui lui ont été adressés

*RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC
MODERNISATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES (GIP MDS)
(ÉLISABETH HUMBERT-BOTTIN)*

Le GIP-MDS souhaite appeler l'attention de la Cour sur quelques éléments de précision que vous trouverez ci-dessous.

- Pages 336-337 : l'objectif majeur de simplification, tel qu'affirmé par IGAS IGF comme la cible principale et unique des travaux, n'est pas suffisamment atteint pour étendre à de nouveaux objectifs avant qu'il ne soit consolidé, de nombreuses données proches pourraient être allégées avec un vrai travail de normalisation à mener au niveau du CNDS.
- Page 341 il est mentionné : *Les vertus simplificatrices de la DSN dans l'exercice de leurs obligations déclaratives par les employeurs seront d'autant plus fortes qu'elle s'élargira au plus grand nombre possible de déclarations sociales prenant en compte tout ou partie des données de la paie.*

Ce ne sera pas le cas si cet élargissement ne s'accompagne pas d'une vraie recherche de normalisation de la part de l'État. Quatre exemples :

- la DOETH doit être proposée en DSN à compter de 2020; alors même que la première expression de besoin avait été portée par le CNDS en recherchant de vrais leviers de simplification, une information récente est venue remettre en cause cela et finalement la DOETH ne sera pas « naturelle » en sortie de la DSN ;
- alors même que les notions de mois principal déclaré et date de versement étaient homogènes entre la DGFIP et la sécurité sociale depuis la création du système social et que la portée des deux dans un même message (la DSN) était possible car c'était homogène, une évolution des textes a rompu ce lien à compter de janvier 2018; la DSN véhicule désormais les données du mois d'activité pour la sphère sociale mais celle du mois de versement pour la sphère fiscale, ce qui est orthogonal avec un axe de simplification ;

- alors que le plafond de sécurité sociale était depuis l'automatisation de la paie calculé en 30^{ème}, il est depuis le décret recouvrement de novembre et un décret complémentaire paru en mai à calculer en nombre réel vis-à-vis du mois concerné, ce qui oblige à ajouter une donnée dans la DSN ;
- alors que les rappels de salaire étaient pris en compte avec les salaires du mois, le même décret que supra évoque désormais la date de fin de contrat pour application des règles, taux et plafonds de l'époque. Cela complexifie non seulement l'acte de paie, mais également les informations à véhiculer en DSN.
- Page 342 : La dénormalisation ci-dessus évoquée se retrouve dans les chiffres sur le nombre de données en DSN. Alors que la phase 3 (qui est celle en place) devait normalement être fondée sur une déclaration contenant environ 250 données, c'est donc déjà plus de 400 qui sont in fine rendues nécessaires du fait des arbitrages pris ces derniers temps, semblant indiquer un abandon au moins partiel de l'objectif de normalisation.
- Page 343 : Ainsi que mentionné ci-avant, l'objectif louable du CNDS lors du lancement des travaux DOETH ne s'est finalement pas avéré confirmé et de nouvelles notions d'effectifs seront à traiter selon une praticabilité non établie à ce jour pour les entreprises.

Puis sur la mention : *à partir des données déclarées par les employeurs, l'ACOSS pourrait ainsi reconstituer, puis transmettre aux autres organismes de protection sociale concernés les données relatives aux effectifs mensuels et aux effectifs moyens.*

Il est prévu depuis le lancement de la DSN avec la mise en place du RCD (répertoire commun des déclarants) de mettre à disposition de tous les partenaires de la sphère sociale les effectifs calculés par l'ACOSS pour les entreprises du régime général et la MSA pour les entreprises du régime agricole. Le GIP a proposé le lancement de ce projet dès début 2018 mais à ce stade l'ACOSS (qui est maître d'œuvre du RCD) n'a pas donné de suite favorable. Ce sujet pose la question de la gestion du collectif, qui pour dépasser les cloisonnements naturels tels qu'évoqués au début du rapport de la Cour entre OPS, doit continuer d'être entretenue comme elle l'est depuis des années au niveau du GIP dans un cercle plus large que celui d'un organisme unique.

- Page 344 à propos de la mention : *Les fonctionnalités du PNDS devront être rendues complémentaires à celles du portail du compte personnel d'activité www.moncompteactivite.gouv.fr, qui permet d'accéder en ligne aux bulletins de paie.*

Il convient de noter que cette concomitance d'affichage pose également la question de la traduction juridique de l'usage des données DSN en lieu et place du Bulletin de salaire. Rien ne permet d'affirmer d'une stricte exactitude entre les deux et laisser les deux sources conduira à des incompréhensions des

salariés (PNDS) et surtout de forts alourdissements de la gestion par les organismes (BRM).

- Page 348 il est écrit : *À moyen terme, la DSN devrait ainsi être réaménagée afin que les assiettes salariales et les prélèvements sociaux déclarés par les entreprises de manière agrégée constituent la somme de ceux détaillés par salarié.*

C'est normalement déjà le cas. Le vrai objectif de simplification serait de supprimer tout agrégat chargé à ceux qui reçoivent de les calculer car par nature les agrégats dépendent des législations de chacun : fond à alimenter pour ACOSS, contrat pour les complémentaires, SIREN pour la DGFIP, etc. et donc les faire porter par les entreprises est contre nature vis-à-vis de l'acte de paie qui est toujours nominatif.

- Page 349 il est écrit : *Pour assurer la complétude des carrières des assurés sociaux, les organismes de son réseau n'auront alors plus à demander à ceux partant à la retraite en début d'année de communiquer leurs bulletins de salaire relatifs à la dernière année civile.*

Ce pourrait déjà être le cas via un usage de Dad e. *A contrario* l'alimentation mensuelle du RGCU pourrait présenter à terme des inconvénients en termes de cohérence.

- Page 354 il est mentionné : *Développer toutes les potentialités de la DSN pour les entreprises et les salariés en élargissant le périmètre de la DSN à de nouvelles déclarations, en poursuivant la réduction du nombre de données à déclarer et en menant à terme les projets de base de données offrant de nouveaux services aux entreprises et aux salariés.*

Plutôt que « en poursuivant », nous suggérons « en réaffirmant et en portant réellement ».

Il est mentionné : *Reconstituer une gouvernance interministérielle chargée de définir les priorités, la méthodologie et les étapes nécessaires pour utiliser pleinement les potentialités de la DSN et en mesurer les gains et les coûts pour les entreprises et les administrations.*

Nous suggérons d'ajouter que cette gouvernance interministérielle doit porter la normalisation et les arbitrages stratégiques et que concernant les questions opérationnelles, elles relèvent de la compétence du GIP ce qui pose de fait la nécessité d'un travail en étroite articulation entre cette MOAS et le GIP-MDS, à l'instar de ce qui avait été instauré au lancement de la DSN.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE (CNAV) (RENAUD VILLARD)*

Les extraits communiqués n'appellent pas de remarques particulières de notre part.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE PÔLE EMPLOI
(JEAN-BASSÈRES)*

Dans le cadre du projet de rapport précité, j'ai pris connaissance avec intérêt de vos observations concernant la déclaration sociale nominative.

Je n'ai pas d'observations particulières sur cette partie du projet de rapport dans laquelle la Cour a intégré les observations que j'ai formulées et communiquées par un courrier du 28 mai 2018.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GIE AGIRC-ARRCO
(FRANÇOIS-XAVIER SELLERET)*

Nous avons pris bonne note du projet de rapport de la Cour. Toutefois, nous n'avons pas de remarque particulière à formuler.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA
MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)*

Ces textes n'appellent pas d'observations de ma part.

Chapitre X

Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES
ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)
(YANN-GAËL AMGHAR)*

Le projet de rapport appelle une série d'observations de la part de l'ACOSS.

La première série de remarques porte sur le recouvrement des prélèvements sociaux dans les caisses de Guadeloupe, Martinique et Guyane.

D'importants efforts sont consacrés par l'ACOSS et le réseau (dispositif d'Urssaf d'appui) en termes d'accompagnement et d'évolution des SI pour renforcer et professionnaliser le recouvrement amiable et forcé en CGSS. Des progrès ont été constatés même s'ils ne permettent pas encore de combler l'écart avec les performances des Urssaf de métropole. En la matière, l'ACOSS fixe des objectifs importants d'amélioration des indicateurs, estimant qu'une progression est possible même si l'action de recouvrement sur ces territoires est plus complexe, y compris pour des raisons exogènes comme le pointe justement la Cour.

Plusieurs séries d'actions ont été engagées au service de cet objectif d'amélioration des performances :

La formalisation et la mise en place, en 2017, d'une stratégie de recouvrement spécifique aux organismes concernées (rédaction d'une politique RAF dédiée et implémentation dans le SI). Cette démarche donnera bien évidemment lieu à un suivi attentif, afin d'observer l'évolution des résultats et d'identifier les axes d'ajustements à envisager.

Des plans d'actions nationaux sont mis en place au sein de chaque CGSS afin d'optimiser la gestion et le suivi du partenariat avec les huissiers, avec notamment pour objectif d'influer positivement sur les résultats du recouvrement forcé.

En matière de gestion de la prescription des créances, un chantier d'optimisation du paramétrage du SI RAF dans les DOM a été lancé en 2017, avec un travail sur le paramétrage des traitements de surveillance et l'exploitation des listes de surveillance ainsi que le développement d'un automate pour l'enregistrement des créances prescrites. Une formation sur le renforcement des compétences en matière de prescription a également été déployée en CGSS en juillet 2017. Des actions sont conduites auprès des études d'huissiers (information et communication entre les caisses et les études, mise à disposition des listes, suivi des comptes ciblés) en lien avec la rénovation progressive du partenariat avec les huissiers de justice. Le passage des traitements de surveillance et de codification de la prescription fait l'objet d'un suivi bimestriel avec les CGSS.

Un plan de fiabilisation des Taxations d'office (TO) a été mis en place, comprenant notamment les actions suivantes : relance téléphonique, radiation des comptes multi TO après vérification administrative, accompagnement des cotisants sur les régularisations DSN, fiabilisation mensuelle des TO à fort enjeux financiers. Ce plan vise à une résorption des stocks permettant une gestion plus réactive des flux. Il s'est traduit par la rédaction d'une fiche de procédure sur le recouvrement des TO. Les indicateurs de suivi sur la part des TO dans les cotisations liquidées et d'intensité de la politique amiable font également l'objet d'un suivi bimestriel.

Concernant le recouvrement des travailleurs indépendants, l'ACOSS et les CGSS Antilles-Guyane mettent en œuvre en 2018 un plan de reprise de l'envoi automatisé des contraintes. La première phase de ce plan consiste en une reprise du stock des mises en demeure, avec priorisation des contraintes à adresser aux huissiers de justice sur la base du risque de prescription, et sur la mise à disposition d'un outil permettant aux organismes d'automatiser la communication des contraintes aux huissiers de justice. Cet automate a été développé en fin d'année 2017 et livré en janvier 2018. Une phase de test est en cours. La seconde phase consiste à mettre en œuvre la gestion automatisée de l'envoi des contraintes sur le flux : une évolution des traitements

informatiques sera livrée au cours du second semestre de l'année 2018 pour adresser automatiquement les contraintes aux huissiers de justice.

S'agissant enfin de la situation de certains administrateurs de CGSS susceptibles de se trouver en retard vis-à-vis de leurs obligations sociales (II.C.4.), l'ACOSS prend note des constats formulés par la Cour. Ces situations font l'objet d'un examen approfondi en lien avec les caisses concernées.

La seconde série de remarques porte sur la gestion des exonérations de cotisations (LODEOM) par les organismes concernés.

La mise en œuvre des vérifications liées à la condition d'être à jour du paiement des cotisations a effectivement été retardée, compte tenu des anomalies constatées sur le traitement de détection des comptes concernés.

Le dispositif de suivi des exonérations s'inscrit dorénavant dans le cadre d'un plan progressif coproduit par les CGSS et la caisse nationale, avec en perspective une automatisation attendue de la gestion du dispositif d'analyse et de remise en cause du droit aux exonérations. Les vagues d'actions ont été définies avec l'ACOSS et les seuils sont abaissés après évaluation de la vague précédente. Ces vagues concerneront de fait un nombre important de cotisants et d'effectifs salariés.

À ce jour cependant, et indépendamment des aspects SI, la gestion de ce dispositif demeure complexe, et un examen individualisé des situations reste souvent indispensable avec à la clé une charge significative et des retards dans le traitement des dossiers.

La refonte annoncée des exonérations applicables à l'Outre-mer peut être l'occasion d'une simplification en la matière, dont il appartiendra à la tutelle d'apprécier l'opportunité.

La troisième série de remarques porte sur l'organisation des caisses de sécurité sociale des Antilles et de Guyane et les mutualisations d'activité

L'ACOSS rappelle que les CGSS sont parties intégrantes du programme de mutualisation amorcé suite à la signature de la COG. Des mutualisations sont effectivement prévues entre CGSS. Les activités retenues sont à ce stade la téléphonie, le recouvrement auprès des praticiens et auxiliaires médicaux, et celui de la cotisation PUMA. Une quatrième thématique est par ailleurs encore à l'étude (trésorerie).

Afin de s'assurer d'une cohérence globale et de viser une plus grande efficience collective, l'ACOSS procédera in fine aux arbitrages nécessaires dans la délégation de gestion. Ces choix seront intégrés dans les projets de CPG discutés avec les CGSS.

Sur la question de l'organisation proprement dite, l'ACOSS prend note de la recommandation de la Cour concernant la création d'une Urssaf interrégionale Antilles-Guyane. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur

cette orientation, très structurante, et qui engage également les autres branches ainsi que la tutelle.

Concernant le pilotage national des caisses d'outre-mer (III.C.1.), l'ACOSS souhaite préciser qu'elle a entrepris, conformément aux préconisations de la Cour, de revoir les modalités de fixation et de suivi des objectifs impartis aux CGSS.

Dans le cadre des CPG, les indicateurs impartis aux CGSS s'assortiront de cibles en augmentation croissante afin de tenir compte des écarts de performance actuels avec les organismes métropolitains. Cette approche, retenue pour les indicateurs métier, n'apparaît pas justifiée pour les indicateurs liés à la qualité de service pour des raisons d'égalité de traitement entre cotisants.

Le dialogue de gestion avec les CGSS sera par ailleurs resserré, via l'organisation d'un bilan annuel pour chacun des organismes concernés.

Enfin, les organismes d'outre-mer seront réintégrés à partir de 2019 au champ du dispositif d'audit national et d'audit en région, de manière à permettre un examen plus régulier de la situation des structures concernées.

S'agissant enfin du renforcement du rôle de la mission de coordination (MICOR), l'ACOSS partage les préoccupations exprimées dans le rapport, mais appelle néanmoins l'attention de la Cour sur la nécessité de doter celle-ci des moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces ambitions.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC)

Ce chapitre reprend l'essentiel des observations formulées dans le rapport issu de l'enquête sur les organismes de sécurité sociale des Antilles et de Guyane, que vous nous avez transmis le 9 mai 2018.

Il appelle de notre part les mêmes réponses :

- nous partageons largement les observations formulées sur la performance et la situation des CAF des Antilles et de la Guyane ;
- les travaux déjà engagés avec ces organismes vont dans le sens des recommandations émises et seront poursuivis dans la période conventionnelle 2018-2022 qui lie les CAF et la CNAF.

Recommandation n° 40 : « Mettre en œuvre des mesures d'urgence visant à redresser les aspects les plus critiques de la gestion des caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique (erreurs de liquidation [...] et des prestations versées par la branche famille) ».

- Les CAF des Antilles et de la Guyane bénéficient des dispositifs institutionnels de formation initiale pour les métiers de service aux usagers (gestionnaires conseils, conseillers de service à l'usager,

contrôleurs). La réussite de ces parcours de formation est sanctionnée par la délivrance d'un certificat de qualification professionnelle.

Par ailleurs, afin de prévenir les erreurs de liquidation, les orientations de la CNAF visent à affecter les tâches de liquidation adaptées aux techniciens selon leurs compétences, à partir d'un diagnostic des compétences.

À titre d'illustration, la branche Famille a déployé un programme « qualité - coût - délais (QCD) » (avec les CAF de Seine-Saint-Denis, du Pas-de-Calais et du Var) dont un des axes est de renforcer les coopérations entre les services ordonnateurs et ceux de vérification comptable pour limiter la non-qualité avec :

- des échanges réguliers et systématiques visant à harmoniser les pratiques (cellule d'arbitrage neutre, cellule d'harmonisation) ;
- des routines qualité qui visent à assurer le traitement quotidien de tous les rejets de liquidation par unité afin d'identifier les actions individuelles et collectives à mener pour améliorer la qualité de la liquidation des interfaces organisées via des canaux multiples (ligne et permanence téléphonique, visite du vérificateur dans les unités de production...).

Par ailleurs, la CNAF rappelle que l'amélioration de la qualité et de la liquidation nécessite une révision systémique de son modèle de production dont le premier palier est la réforme de l'allocation logement prévue en 2019.

Recommandation n° 42 : « Développer les mutualisations d'activité, en spécialisant chaque fois que cela est pertinent les sites [...] et des CAF par pôles de compétence couvrant l'ensemble de la zone Antilles-Guyane et en faisant participer ces organismes aux mutualisations mises en œuvre dans le cadre national ».

- Concernant les CAF des Antilles et de la Guyane, la CNAF veillera à l'aboutissement de la mise en œuvre des mutualisations nationales obligatoires qui n'ont pas été engagées jusqu'à présent, particulièrement la gestion mutualisée de l'ASFR.

Pour renforcer l'accessibilité de l'ensemble des CAF en matière de réponse téléphonique, il sera étudié la possibilité de tirer parti du décalage horaire des CAF des Dom (Antilles-Guyane et La Réunion) pour leur confier une réponse téléphonique permettant de couvrir des créneaux horaires élargis.

Recommandation n° 43 : « Revoir les organisations internes des organismes outre-mer pour renforcer leur capacité de production et la mise à la disposition de leurs publics d'une offre de services multi branches ».

Si les CAF des Antilles et de la Guyane ont eu une évolution d'effectifs plus favorable au cours de la COG 2013-2017, justifiée par l'évolution de leurs charges de travail, elles contribueront comme toute CAF à la trajectoire de réduction des effectifs de la branche Famille au cours de la période 2018-

2022. Les services de soutien dans les CAF participent déjà pleinement aux efforts de gestion et à la trajectoire de restitution des effectifs. Ils seront encore plus largement mis à contribution pour garantir l'atteinte d'un ratio de 50 % des effectifs de gestion administrative affectés à la liquidation des droits, conformément aux consignes nationales. Le suivi renforcé des CAF par la caisse nationale sera poursuivi, si c'est nécessaire, dans le cadre du programme des CAF à forts enjeux.

Les CAF des Antilles et de la Guyane auront à déployer, comme l'ensemble des CAF, des parcours usagers qui visent à proposer une offre globale de service à des usagers confrontés à un événement particulier ou une situation de vie. Ces parcours seront progressivement déployés (en commençant par les parcours séparation et naissance) et intègrent une dimension d'offre partenariale associant les autres branches sécurité sociale.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)*

La Cour dresse un constat sévère sur le fonctionnement des organismes de sécurité sociale des Antilles et de la Guyane, tout en relevant les spécificités de ces territoires qui contribuent à la complexité des contextes locaux.

Les organismes de sécurité sociale exercent dans des territoires marqués par des singularités démographiques (populations plus jeunes) et économiques (revenus moyens très nettement inférieurs à la France métropolitaine) ayant un impact certain sur l'activité des CGSS.

L'Assurance maladie partage l'analyse de la Cour sur la nécessité de tirer parti d'effets d'échelle liés, selon le cas, à la faiblesse du nombre de dossiers, à la complexité de ces derniers ou à la masse d'opérations répétitives à traiter par chaque organisme. Ainsi, à l'instar de ce qui est fait dans le réseau des CPAM, la mise en place d'un Travail en Réseau de l'Assurance Maladie (TRAM), adapté aux CGSS, pourrait permettre l'amélioration de la productivité sur certains processus. Cette mise en place nécessitera un travail commun préalable, respectant les spécificités de chacune des CGSS.

Les CGSS ont dès à présent la possibilité de faire appel au programme d'aide ponctuelle « Phare », permettant aux organismes en difficultés sur certains processus, de confier temporairement une partie de leur charge de travail à un autre organisme. Une extension de ce dispositif est en cours de déploiement dans le réseau de l'assurance maladie.

L'Assurance maladie partage également la préoccupation de la Cour de voir la coordination interbranche mieux assurée et de rendre plus efficace le soutien des caisses nationales. C'est dans cet esprit qu'est mis en place, en 2018, le budget unique des CGSS, la CNAM jouant le rôle de caisse pivot nationale. Cette évolution devrait simplifier et faciliter la gestion budgétaire et comptable dans les CGSS. S'agissant des aspects immobiliers, un plan

immobilier national spécifique aux CGSS a d'ores et déjà été validé par l'ensemble des branches. Sa mise en œuvre interviendra sur la période couverte par la COG 2018-2022.

Il est également prévu un contrat pluriannuel de gestion (CPG), pour partie commun, élaboré et négocié en concertation avec l'ensemble des caisses nationales. Ce CPG commun a pour but le développement des synergies interbranches et de renforcer la réactivité des CGSS. Enfin, pour les outils informatiques, un applicatif de relation client interbranche est déjà utilisé à la CGSS de la Martinique. Sa généralisation au sein des autres CGSS nécessite néanmoins des travaux complémentaires.

*RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE
LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA MARTINIQUE (CAF)
(NADINE JEANNETTE)*

La CAF de la Martinique remercie la délégation de la Cour pour le bon climat relationnel durant la période d'investigation même si la pression était très prégnante lors des questions croisées et les demandes de données, qui nous l'espérons ont toutes été satisfaites à la mesure de nos moyens.

Les présentes réponses transmises à la demande des auditeurs ont pour finalité d'éclairer la Cour sur les quelques points du rapport.

1- Périmètre d'intervention

La CAF de la Martinique regrette que le cadrage des auditeurs par la Cour n'ait porté que sur la mission de payeur de prestation, même si les bons résultats de la CAF de la Martinique dû à l'engagement du CA et du personnel de l'organisme ont été soulignés par la Cour (depuis 2015 la CAF de la Martinique fait partie des 5 premières CAF du réseau qui verse le plus rapidement les prestations 0 à 2 jours).

Qu'est-ce qu'une CAF à notre avis ? Un outil local de mise en œuvre des Politiques Publiques de la Famille.

La mission des auditeurs ne portait visiblement pas sur ce périmètre. Les actions très importantes, les innovations de service mis en œuvre sur le territoire dont la complexité est reconnue, n'ont pas été audités même si la délégation a jeté un regard rapide sur l'action sociale.

La demande de la population porte sur les services et non forcément sur les prestations en numéraire.

Si ces services portés par l'action sociale sont nettement moins coûteux et répondent aux besoins des populations, il nous faut les développer et les valoriser peut-être en optimisant les prestations.

Ces services en ce qui concerne par exemple la Petite Enfance ou la Parentalité ne seraient qu'embryonnaires dans notre territoire sans l'action de la CAF. Situation amplifiée dans les Outre-Mer, ils contribuent par ailleurs largement à la paix sociale.

2- Productivité

La Cour fait état d'une productivité légèrement inférieure au réseau de la CAF Martinique.

Le contexte social accroît incontestablement la charge de travail pourtant la Cour souligne la forte incidence des facteurs sociaux économiques sur l'exercice du métier : les Prestations sous condition de ressource, la part élevée des familles mono parentales, nous ajouterons la précarité exacerbée, l'illettrisme, le désengagement financier des collectivités sur le plan social, des territoires en voie de développement, etc. Ce contexte reconnu par la Cour comme différent, accroît incontestablement la charge de travail.

Ce surcroît de charge et de complexité n'est pas mesuré ni pris en compte. (La grille Nationale peu adaptée au contexte est appliquée indifféremment en ce qui concerne les moyens).

Comment expliquer la productivité légèrement inférieure de la CAF de la Martinique par rapport au réseau et ses excellents résultats ?

Comme indiqué aux auditeurs :

La CAF de la Martinique à la suite de l'excellente démarche CAF à forts enjeux National et de l'enquête réassurance (financée par le National) a développé en local un modèle de Production de Service.

Le niveau de Production de la CAF de la Martinique découle d'une stratégie intégrée orientée client de traitement de flux et visant à répondre le plus rapidement possible aux forts enjeux de précarité des territoires « La misère n'attend pas ».

Quelques points clés :

- Tous les engagements de moyens humains ne sont pas pris en compte dans la mesure de la productivité :

- Anticipation des services (non évalué) ;
- Stratégie numérique (Caravane des droits ; accompagnement des populations valorisé au niveau National : Meilleur Service CAF COM d'or). Dispositif tous ambassadeurs (non évalué) ;
- Amélioration de la qualité (non évalué) : (La CAF de la Martinique est certifiée ISO 9001 depuis décembre 2015) ;
- Traitement en flux tendu (non évalué) ;

- Pilotage d'un réseau d'accompagnateur des « laissé pour compte » de la stratégie numérique (non évalué) ;

- Engagement dans les Politiques Publiques de la Famille (non évalué) ;

Etc.

- Le retard et les stocks génèrent artificiellement des flux, du renvoi de pièces de 2 à 3 fois, parfois jusqu'à 5 fois : Réitération.

Le dispositif actuel de mesure de la productivité accorderait donc plus de moyens et une meilleure production à ceux qui ont des stocks.

- Le numérique génère une productivité moindre qui n'est qu'apparente.

Le numérique traite principalement les situations simples, les dossiers complexes (qui prennent du temps) sont à la charge du technicien. Ce sont les volumes de pièces et les dossiers simples qui permettent d'augmenter la productivité. Tous les techniciens le savent et les cadres aussi.

La CAF de la Martinique dispose donc d'une bonne productivité

3- Effectifs GRH

Les observations faites par la Cour des Comptes présentent un caractère global en ce qui concerne les Organismes des Territoire d'Outre-Mer.

Ce rapport présente de manière significative deux niveaux d'analyse :

- Des budgets et des effectifs substantiels

- Une capacité de production amoindrie

Les effectifs

Ces deux points donnent lieu à des remarques globales et ne prennent pas en compte les efforts faits principalement par la CAF de la Martinique :

1 - Le rapport pointe, en le regrettant, que la Caisse Nationale a volontairement exempté les CAF de l'effort de diminution d'effectifs et révèle une augmentation de leurs effectifs de 4,6 %.

Il est admis qu'à l'instar des Organismes voisins d'Outre-Mer, la CAF de la Martinique maîtrise un contexte social plus complexe et nécessite des actions spécifiques et des moyens pour le faire sur le territoire qui ne sont pas pris en compte dans le moule National. La CAF de la Martinique souffre d'une précarité plus élevée sur son territoire que dans l'hexagone. Dans de nombreux cas, les organismes des régions ultra-périphériques s'efforcent d'apporter aux populations les meilleurs services possibles et doivent composer en tenant compte des difficultés inhérentes à leur territoire liées de surcroît notamment à l'analphabétisation, au besoin de ré-assurance, à la fracture numérique, à la monoparentalité, etc.

Cependant, Il convient de préciser au-delà de la vision DOM la maîtrise d'effectifs opérés par la CAF de la Martinique tout au long de la COG 2013-2017. Cela constitue un élément majeur de la gestion de la CAF de la Martinique au regard du respect des règles budgétaires (voir tableau remis aux auditeurs).

2 - La Cour recommande : « de nouveaux Schémas Directeurs R H qui sauraient identifier les métiers affectés par de nombreux départs à la retraite ».

La CAF de la Martinique dispose d'un Schéma Directeur de Gestion des Ressources Humaines (SDRH), a développé une GPEC, une Charte des Valeurs, une Démarche de Maîtrise des Risques Psychosociaux (avec des consultants) et organise cette année un Forum des Métiers à l'intention de son personnel pour préparer les Agents et accompagner le Futur.

4- Budgets substantiels

L'analyse que la Cour fait des dotations budgétaires appelle un élément de réponse en ce qui concerne la CAF de la Martinique. En effet, de 2012 à

2017, les crédits de référence (CREF) servant à rémunérer les effectifs en place ont constamment diminué au cours de cette période. Il en va également pour les autres dépenses de fonctionnement (ADF). Globalement la diminution des dépenses budgétaires a été de -16,20 % sur l'ensemble de la COG 2013-2017.

EVOLUTION DES RESSOURCES

GESTION UNIQUE ADMINISTRATIVE

Limites financières	2017	Evol. (%)	2016	Evol. (%)	2015	Evol. (%)	2014	Evol. (%)	2013	Evol. (%)	2012
CREF	13 743 473,00	-1,67%	14 006 002,00	-3,67%	14 560 880,00	-6,41%	14 621 061,00	0,40%	14 591 740,00	-3,14%	15 064 304,00
Excédent							341 270,00	-100,00%		-100,00%	768 789,00
Recettes	723 741,00	46,07%	495 469,00	75,39%	282 500,00	100,00%	135 184,00	46,14%	92 501,00	-79,67%	455 032,00
Mutualisation											
Missions								-100,00%	100 000,00	-10,26%	111 828,00
Surcoûts	5 087 318,00	0,43%	5 065 712,00	-0,04%	5 069 872,00	-0,27%	5 083 594,00	1,48%	5 011 122,00	0,48%	4 988 344,00
Intersement	202 614,00	-0,69%	204 434,00	-4,14%	213 274,00	142,80%	87 839,00	-53,00%	187 074,00	7,17%	174 658,00
Expérimentation	353 170,00	3,67%	340 023,00	10,22%	308 504,00	8,46%	281 850,00	118,86%	21 750,00		
Total	20 110 316,00	-0,01%	20 111 640,00	-1,58%	20 435 030,00	-0,56%	20 550 798,00	2,72%	20 004 187,00	-7,22%	21 562 955,00



- La CAF de la Martinique est une des CAF les moins chères du Réseau quand on exclut le surcoût (voir nuage de points remis à la délégation).

- Enfin, les moyens budgétaires raréfiant, la CAF de la Martinique comme elle l'a expliqué à la délégation s'est régulièrement retrouvée en difficulté sur ce plan et donc dans un « dialogue de gestion » (dispositif National d'accompagnement des CAF qui ont des difficultés budgétaires).

Conclusion :

La CAF de la Martinique remercie les auditeurs et la Cour pour cet éclairage sur ses missions et cette occasion de se projeter sur le futur en s'arcboutant sur le passé.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE
SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUADELOUPE (CGSS)
(HENRI YACOU)*

La Direction de la CGSS de la Guadeloupe ainsi que son Conseil d'Administration considèrent que l'enquête conduite en 2017 par la Cour des Comptes auprès des CGSS et des CAF des 3 départements des Antilles et de la Guyane est intervenue à un moment tout à fait stratégique de la vie des organismes de protection sociale outre-mer.

En effet, 70 ans après leur création, la question de la pertinence et l'efficacité du modèle de gestion de la protection sociale outre-mer confiée à deux organismes la CAF et la CGSS rattachés à 5 organismes nationaux et à la question de leur place dans les réseaux de caisses redouble d'acuité au vu des réformes organisationnelles en cours au niveau des réseaux des différentes Branches de Sécurité Sociale.

• Des constats et des analyses reconnus par la CGSS de la Guadeloupe

- « Une CGSS : une grande complexité de pilotage et de gestion... »

La complexité du pilotage administratif, comptable, budgétaire d'une CGSS, la gestion séparée par branche avec des systèmes informatiques cloisonnés qui ne favorisent pas les synergies internes, les difficultés à développer une stratégie commune et à offrir un service complet de qualité à ses ressortissants, le décalage dans l'atteinte des objectifs nationaux, ce sont autant de réalités incontestables.

Un autre décalage ressort entre cette complexité et les enjeux sur ces territoires aux climats économique et social fragiles. Réalités exposées par les CGSS elles-mêmes qui après avoir mesuré les difficultés résultant de la déclinaison des systèmes nationaux dans les CGSS à l'identique des caisses de métropole ont suscité auprès des caisses nationales des solutions adaptées pour gérer cette complexité et simplifier leur gestion.

Un pilotage des activités forcément éclaté par CPG (5) sans un outil de comptabilité analytique dédié.

CPG transverse, voire CPG unique, budget unique, mutualisation et spécialisation des missions, interopérabilité des systèmes d'informations, système informatique unique sur le modèle du régime agricole (proposition de la CGSS Guadeloupe) sont autant de sujets qui ont été travaillés ces dernières années sous l'égide de la MICOR. Certains projets de simplification seulement ont abouti, d'autres n'ont pas obtenu le consensus indispensable entre CGSS et entre Caisses Nationales. La multiplicité des interlocuteurs et des décideurs n'est sans doute pas étrangère à cette absence d'évolution organisationnelle significative

• Une absence de visibilité sur le sort des CGSS dans un contexte général de mutualisation et de spécialisation qui inquiète ... sans prise en compte de façon experte de l'environnement externe d'une CGSS quant aux données sociales, sanitaires, économiques et environnementales.

• Il faut donc intégrer dans le Management général d'une CGSS les évolutions démographiques, les fragilités du tissu social et économique.

• Les situations de fragilité liée à la précarité des usagers (pour les prestations et pour le recouvrement) ont une forte incidence sur les conditions d'exécution des activités et sur nos politiques d'accueil.

Parallèlement, la CGSS de la Guadeloupe est de longue date très consciente des évolutions qui ont touché les différents réseaux au niveau national : mouvements de mutualisation inter organisme et de spécialisation tant dans les branches maladie, retraite, recouvrement qu'au sein du régime agricole. Au rythme de chaque COG, ce phénomène s'accroît et concerne cette année en outre la branche AT/MP.

Dans ce contexte de politique nationale de redistribution des missions entre organismes, la CGSS ressent plus que jamais le manque de mise en commun de ces stratégies nationales à l'égard des CGSS qui « subissent » un éclatement non synchronisé qui brouille la vision du sens et de l'avenir de ses missions.

Comment préserver la pérennité de la gestion de la protection sociale sur place, au plus près de son public ?, comment garantir l'activité locale ?, comment se positionner dans un réseau avec la contrainte de la distance géographique et des volumes d'activité d'une petite région ? Autant de sujets qui interpellent et inquiètent le Conseil d'Administration, dans toutes ses composantes, les représentants du personnel et plus largement le personnel de la CGSS.

• Des recommandations de la Cour qui appellent des réorganisations de fond auxquelles la CGSS de la Guadeloupe souhaite pouvoir apporter sa contribution

Pour réaliser la nécessaire évolution de l'organisation de la gestion outre-mer de la protection sociale dans ses missions recouvrement et service de prestations en vue d'une meilleure efficacité, la Cour dans sa conclusion a émis plusieurs propositions d'envergure majeure.

La direction de la CGSS Guadeloupe avait déjà mis à profit les recommandations issues de l'enquête Guadeloupe 2017 sur plusieurs points : le resserrement de l'équipe de direction, le pilotage centralisé et les priorités portées sur la production.

Or il s'avère que les recommandations de la synthèse globale vont bien plus loin, elles portent sur la répartition des missions Inter-CGSS et inter-caisses de métropole, sur des réformes organisationnelles et des spécialisations. Par exemple, l'organisme unique de recouvrement, la séparation de la gestion maladie par domaine sont des sujets d'évolutions significatives pour les organismes, de même que les perspectives d'accueils communs CGSS/CAF.

Ces orientations dont notamment le projet de création d'un organisme régional de recouvrement interroge aujourd'hui car en ce moment même les CGSS préparent au contraire l'éclatement du RSI Antilles-Guyane et la répartition de la gestion des Cotisants Indépendants dans chacun des 3 départements région.

Une maîtrise insuffisante des processus du recouvrement peut s'entendre et être acceptée.

Mais il y a noter que la gestion d'un compte cotisant en outre-mer est chronophage pour au moins 4 séries de motifs :

- le tissu important des petites entreprises qui gèrent avec beaucoup de difficultés les procédures et obligations du processus recouvrement
- L'« insuccès » des mesures dites d'exonérations Outre-Mer , improductives car après plus de 20 ans de mesures d'exonérations la situation des entreprises interpellent
- Les « désordres réglementaires et organisationnelles » de nos systèmes d'informations qui ne sont pas au rendez-vous
- Enfin le contexte qui veut que « la commande publique » soutient l'économie mais cette même commande publique est à l'origine des difficultés de trésorerie compte tenu des importants retards de paiements.

Les choix organisationnels sont donc divers et les options stratégiques représentent des enjeux majeurs.

Il y a certes des « ... transformations structurelles à mettre en œuvre... ».

Mais entre la spécialisation des CGSS dans la gestion des prestations et la création d'une URSSAF inter-régionale Antilles Guyane il y a un autre schéma si on veut agir sur tous « ... les leviers d'amélioration ».

Une URSSAF inter-régionale avec « une chaîne de responsabilité continue et directe entre l'ACOSS et un directeur inter-régional du recouvrement... » est très certainement une option [...] à condition que cette gouvernance « inter-régionale » vienne gommer les résultats négatifs de plusieurs législations d'exonérations de charges et des résultats du recouvrement dans les DOM toujours depuis plus de 25 ans en deçà des « standards nationaux ».

La problématique des résultats du recouvrement peut difficilement être structurellement modifiée par la définition d'une nouvelle « ...chaîne de responsabilité ».

La mutualisation peut également s'entendre dans un périmètre inter-régional.

Mais la protection sociale a développé une autre mutualisation : celle d'une... « mutualisation de proximité sur un territoire ».

Il faut rappeler que sur le petit territoire de la collectivité de Saint Barthélemy, il a été procédé en 2017 à la gestion mutualisée de toute la protection sociale, recouvrement et prestations y compris prestations familiales à partir d'un outil de gestion informatique unique, et ce pour les ressortissants du Régime Général, du régime Agricole et des Travailleurs Indépendants (RSI).

Compte tenu de cette orientation des pouvoirs publics, le Conseil d'Administration de la CGSS a le 04 Mai 2018 réitéré son choix d'expérimenter à Saint-Martin le modèle mis en place pour Saint-Barthélemy mais en conditionnant ce choix à un développement de la présence de la CGSS sur l'île.

L'intérêt de cette solution est de préserver un certain niveau d'activité à Saint-Martin et de veiller à ce que la CGSS participe au développement territorial de la Collectivité sur le plan social, sanitaire et économique.

Ce positionnement a été salué par les pouvoirs publics de Saint-Martin et les élus, d'autant qu'ils demandent instamment à la CGSS de participer à la « reconstruction » de l'île suite à l'ouragan IRMA.

Au total pour gagner :

- en efficacité et en amélioration de la production ;
- en qualité de service (multi branches/régimes et risques avec « ... une offre de service dépassant les cloisonnements » ;
- en maîtrisant les risques et les coûts - voire à se préparer en anticipant les diminutions de ressources.

L'avenir de la CGSS passe par :

- un seul CPG, dans la suite de la mise en place du budget unique ;
- ce CPG serait décliné par branches, risques et régimes ... ;
- une comptabilité analytique unique ;
- une maîtrise des risques et lutte contre la fraude intégrées ;

- et enfin une tenue des comptes « combinée » permettant une vision globale de la situation patrimoniale, et financière de l'organisme facilitant ainsi la validation des comptes.

- L'avenir des CGSS demande que l'on « regarde » le modèle de système d'information de la MSA mis en œuvre à Saint -Barthélémy par les équipes de la CGGS et celles de la CCMSA sous la tutelle de D.S.S.

-L'interopérabilité voulue par le Rapport sur l'Optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale (cf. IGF/IGAS Février 2016) trouverait un terrain d'exercice idéale pour « ... la recherche d'efficacité » dans une période où numérisation, digitalisation devront être au service de la qualité de services et de la maîtrise de nos procédures et de notre gestion... sans remettre en cause l'unité juridique des CGSS, acteur reconnue du développement territorial.

Aussi, la CGSS de la Guadeloupe émet-elle, sur ce point, le souhait de participer aux travaux de réflexion et d'analyse. Elle exprime sa volonté d'être acteur de la restructuration de ses missions, dans le respect de l'équilibre des charges entre sites ultra marins, ceci pour davantage d'efficacité et pour la pérennité de ses moyens.

*RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE
SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE (CGSS) (MONIQUE HARANG)*

Je serais brève et je parle à deux titres :

En ma qualité de Directeur d'un organisme de sécurité sociale, fût-il multi branches,

En ma qualité de Directeur de la CGSS de Guyane dans laquelle j'exerce mes fonctions de Directeur Général depuis 5 ans mais forte d'une expérience ultra-marine globale à ce jour de 15 années (Guyane et Guadeloupe).

Sur les maigres résultats, loin, à quelques exceptions, des attendus des Caisses Nationales, je ne reviendrai pas dessus car je partage totalement vos constats : je déplore cependant qu'il n'y ait pas de réelle reconnaissance de notre engagement quotidien sur place dans la direction des organismes pour tenter de réaliser malgré tout nos missions de service à nos publics.

Je doute que des dirigeants de caisses locales de Métropole confrontés aux contextes tels que celui que je vis en Guyane obtiennent de brillants résultats mais, en toute simplicité, je suis preneuse de tout conseil et leçons en la matière.

Mes observations après ce liminaire :

Vous semblez dans vos écrits assimiler les Antilles et la Guyane notamment dans les pistes de redressement : hors la Guyane n'a rien de

commun dans sa trajectoire socio- économique et démographique (plus de 26 000 bénéficiaires de l'AME et plus de 10 000 demandeurs d'asile bénéficiaires de la CMUC), ce qui n'est pas le cas dans les Antilles françaises distantes de près de 2 000 kms. Ni la Martinique, ni la Guadeloupe n'ont à faire face à ce flot de population clandestine, majoritairement en provenance d'Haïti. La structure de la pyramide d'âge, population légale et clandestine confondues, n'a rien de commun avec les Iles Antillaises. Les réponses ne peuvent être les mêmes ! Le vieillissement de la population est une réalité certes naturelle mais n'impacte pas de manière majeure les besoins de la population guyanaise comme cela est déjà le cas aux Antilles.

Comment assimiler des territoires où, par exemple, la Guyane fonctionne en mode ONG et non CPAM « classique » ?

Vous préconisez pour l'URSSAF un regroupement : je reste très dubitative quant à la volonté de dupliquer à l'outre-mer des solutions ou méthodes nationales métropolitaines qui fonctionnent ; en effet, ce qui permet d'avancer (et je parle pour la Guyane), c'est la proximité et le partenariat sur place notamment avec les services de l'État, qui permettent d'instaurer une relation de confiance, préalable à mon sens au déploiement de politiques fermes, pas une gestion à distance.

S'agissant des services de base : globalement tout ce qui est numérique est apprécié de la population et la fracture, en Guyane, est plus électrique que numérique, probablement à mettre en lien avec la jeunesse de la population. L'exemple donné pour la mise à jour du RIB ou de l'adresse pour justifier d'un accueil mutualisé interbranches est pour le moins étonnant quand on sait que tous les CPG déclinés des COG ont un axe de déploiement de la transition numérique ! Il s'agit pour les caisses d'optimiser leurs Offres de services en ligne. À titre d'exemple, car je crois profondément que le numérique sera réellement facteur d'accès aux droits et à la santé en Guyane, notamment en pays amérindien et bushinengué dans les sites très isolés, depuis Mai 2018, l'accueil des assurés sociaux est de la même qualité à Maripa Soula sur le Maroni qu'à Cayenne en termes d'accès aux applications nationales de la CNAM. Autant je pense urgent et indispensable de s'appuyer sur les progrès numériques, autant je ne peux imaginer mélanger les accueils ONG de ceux des cotisants et des retraités voire des exploitants agricoles.

Enfin, dans les relations avec les Caisses Nationales, je n'ai pas de jugement à porter si ce n'est à reconnaître leur soutien et leur accompagnement que je qualifie d'inconditionnel car, et c'est juste et rien que ma vision des choses :

Je suis très satisfaite de leur accompagnement et de leur écoute bien réelle,

Je suis persuadée qu'il faut, pour les domaines « métiers », rester dans le cœur des applications nationales car c'est pour nous, à plusieurs milliers de kilomètres de distance, la garantie d'être dans toutes les vagues de déploiement

des nouveaux outils ou versions, de pouvoir avoir des solutions de repli en cas de PCA (Plan de Continuité d'Activités) ou d'entraide, bref être comme une caisse « lambda » du réseau. De fait, hormis la Branche Recouvrement pour les CGSS, il y a peu de différence de réglementation.

Je suis étonnée que vous n'évoquiez pas la piste d'une réflexion qui viserait à :

Regrouper en un seul organisme local les missions des CGSS et des CAF car, dans ce cas, en termes de mutualisation, sur les services supports, il y a réellement matière à optimiser et les fonctionnements, et les dépenses,

Pousser fortement les organismes des DOM vers des mutualisations territoriales avec les services de l'État,

Imaginer la création d'une Direction Nationale de l'Outre-Mer rattachée à une Caisse Nationale qui agirait en lieu et place de la MICOR, avec des responsabilités et des pouvoirs élargis.

En conclusion, je partage tout à fait vos exigences en termes de qualité de service public rendu et je ne m'y soustrairais jamais quels que soient les obstacles et embûches à dépasser, d'autant que la part de population vulnérable est très importante, mais je ne partage pas complètement vos voies pour y parvenir. Encore une fois, ceci n'est que ma vision et n'a pas d'autre prétention.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE (CNAV) (RENAUD VILLARD)*

Les extraits communiqués n'appellent pas de remarques particulières de notre part.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA
MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)*

Ces textes n'appellent pas d'observations de ma part.

*RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE LA GUADELOUPE (CAF)
(MARIANNE GRENIER-DRANEBOIS)*

Je vous prie de bien vouloir noter que la CAF de la Guadeloupe et de Saint-Martin ne formule aucune observation particulière sur [son]contenu.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE LA GUYANE (CAF) (PATRICK DIVAD)*

Je vous informe que je ne souhaite apporter aucune réponse au dit projet.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE
SÉCURITÉ SOCIALE DE LA MARTINIQUE (CGSS) (FRANTZ LEOCADIE)*

Je fais suite à votre courrier référencé PCA/2018/11 et vous informe que le projet de rapport transmis sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale n'appelle aucune remarque de la part de la Direction de la CGSS Martinique.