COUR DES COMPTES

LA

SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2011

SOMMAIRE

	Réponses
SOMMAIRE I	
AVANT PROPOS V	
DÉLIBÉRÉ 1	
INTRODUCTION GÉNÉRALE 3	
PREMIERE PARTIE LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX 7	
Chapitre I - Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010 9	
I - Les déficits sociaux : un niveau sans précédent 11	
II - La dette sociale : un poids croissant 35	
Chapitre II - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010 49	533
I - Un pilotage plus ferme de l'ONDAM 51	
II - Les modalités d'élaboration de l'ONDAM 2010 55	
III - Un ONDAM respecté pour la première fois depuis 1997 67	
Chapitre III - Le financement des déficits sociaux 77	
I - Une progression continue de la dette sociale à l'incidence considérable sur les acteurs de son financement 80	
II - Une dette sociale financée sans rupture dans un contexte de crise financière 87	
III - Un modèle de financement de la dette sociale qu'il est impératif de mieux encadrer 94	
DEUXIEME PARTIE LES DEPENSES DE SOINS ET LEUR MAITRISE 107	
Chapitre IV - La maîtrise des dépenses de médicaments 109	534
I - Des dépenses de médicaments structurellement élevées 112	
II - Un système d'admission au remboursement et de fixation des prix insuffisamment rigoureux 115	
III - Les faiblesses persistantes des dispositifs de régulation de la dépense 129	

Réponses

Chapitre V - La répartition territoriale des médecins libéraux 147 549
I - Une croissance des effectifs qui laisse subsister d'importantes disparités 149
II - L'impact insuffisant des politiques actuelles 156

Chapitre VI - Le rôle des sages-femmes dans le système de soins 173 551
I - Une profession en forte croissance et aux compétences de plus en plus étendues 175
II - Les débats relatifs à la technicisation de l'accouchement 184
III - Faire évoluer la fonction des sages-femmes 190

Chapitre VII - Tarification à l'activité et convergence tarifaire 199 554
I - Des progrès dans la collecte des données médico-économiques 201
II - Les tarifs « éclairés » par les coûts : un apport limité à la maîtrise de la dépense 209
III - La convergence tarifaire : un enjeu à piloter plus fermement 217

Chapitre VIII - Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU) 229
I - Une spécificité restreinte 232
II - Une réforme tarifaire à la portée atténuée par la croissance des dotations forfaitaires 238
III - Une dynamique d'efficience insuffisamment enclenchée 248

Chapitre IX - Les coopérations hospitalières 259 555
I - Des instruments nombreux, très partiellement mis en œuvre 262
II - Des fragilités préjudiciables 266
III - Un impact contrasté sur la recomposition de l'offre de soins 273
IV - La nouvelle politique de coopération : un changement de dimension ? 281

Réponses

TROISIEME PARTIE COUVERTURE OBLIGATOIRE ET PROTECTION FACULTATIVE 287

Chapitre X - La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale.....289 559
I - Un dispositif d'exonérations complexe.....291
II - Un coût insuffisamment connu 306
III - Un effet inégal sur les restes à charge.....313

Chapitre XI - Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire.....321 560
I - Un marché hétérogène.....324
II - Des aides fiscales et sociales d'un coût élevé et à la pertinence discutable.....329
III - Des dispositifs de soutien aux catégories défavorisées mal articulés 337

Chapitre XII - Les aides publiques à l'épargne retraite.....347
I - Des dispositifs foisonnants aux statuts juridiques divers.....349
II - Des aides publiques d'environ 2 Md€ par an.....358
III - Des dispositifs mal orientés 361

QUATRIEME PARTIE LA QUALITE DE GESTION DES CAISSES ET DES REGIMES 373

Chapitre XIII - La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général 375 564
I - Des gains de productivité parfois significatifs mais des objectifs en réalité peu ambitieux 378
II - La nécessité de systématiser l'effort en matière de productivité 390

Chapitre XIV - Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements.....405 566
I - Une part de plus en plus importante de l'activité des caisses d'allocations familiales 408
II - Une grande hétérogénéité de gestion 413
III - La nécessité d'une stratégie claire et d'un réel pilotage.....423

Réponses

Chapitre XV - La réorganisation de la Mutualité sociale agricole 435 567
I - Une restructuration du réseau à parfaire 438
II - Une affirmation encore insuffisante de la caisse centrale 446
III - Une réforme du financement incomplète 450
IV - Une réflexion stratégique à préciser 455

Chapitre XVI - Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général 461 569
I - Un parc immobilier important mal géré 463
II - Une gestion peu active des surfaces occupées 471
III - Le questionnement sur les unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS) 473

Chapitre XVII - Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte 477 571
I - L'évolution des réseaux 479
II - Les contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte 486

A N N E X E S 499
Annexe 1 Le suivi des recommandations formulées par la Cour 501
Annexe 2 Liste récapitulative des recommandations 505

RÉPONSES DES MINISTRES 519

REPONSES DES ORGANISMES 531

GLOSSAIRE 575

AVANT PROPOS

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

- élaboration et publication -

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

Prévu par les dispositions combinées des articles L.O. 132-3 du code des juridictions financières et L.O. 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 l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). S'y ajoute pour la première fois un avis sur la cohérence du tableau patrimonial de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du FSV, du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

En outre, il contient une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Il rend compte des travaux d'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, que la Cour, en liaison avec les chambres régionales des comptes, effectue en application des dispositions de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières.

La préparation du rapport est assurée, au sein de la Cour, par la chambre chargée du contrôle de la sécurité sociale. Les chambres régionales des comptes y contribuent pour certains thèmes. 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

Conformément aux dispositions de l'article L. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Ce texte a été arrêté au vu des projets qui avaient été communiqués au préalable aux administrations concernées, et après qu'il a été tenu compte, quand il y avait lieu, des réponses fournies par celles-ci. En application des dispositions susvisées, ces réponses sont jointes au rapport ; elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, premier président, MM. Picq, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Lévy, présidents de chambre, M. Pichon, Mme Cornette, MM. Hernandez, Hespel, présidents de chambre maintenus en activité, MM. de Mourgues, Rémond, Gillette, Duret, Troesch, Cardon, Thérond, Beysson, Mme Bellon, M. Moreau, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Lebuy, Lefas, Schwerer, Cazala, Lafaure, Frangialli, Mme Morell, MM. Braunstein, Bernicot, Mme Lamarque, M. Phéline, Mme Ulmann, MM. Barbé, Bertucci, Gautier (Jean), Vermeulen, Tournier, Mmes Darragon, Seyvet, M. Vachia, Mme Moati, MM. Cossin, Diricq, Sabbe, Petel, Mme Malégat-Mély, MM. Valdiguié, Lair, Mmes Trupin, Froment-Védrine, MM. Ravier, Doyelle, Piolé, Mme Briguet, MM. Salsmann, Guédon, Mme Gadriot Renard, MM. Martin (Claude), Bourlanges, Urgin, Baccou, Sépulchre, Antoine, Mmes Bouygard, Vergnet, MM. Hernu, Chouvet, Viola, Mme Démier, M. Clément, Mme Cordier, MM. Léna, Migus, Rousselot, Laboureix, Mme Esparre, MM. Geoffroy, Lambert, Mme Dardayrol, MM. de la Guéronnière, M. Brunner, Duwoye, Aulin, Jamet, conseillers maîtres, MM. Schott, Klinger, Dubois, Carpentier, Blairon, Marland, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Etaient également présents :

- M. Bénard, procureur général, qui a présenté ses observations, et M. Michaut, avocat général, qui l'assistait ;

- M. Laboureix, conseiller maître, rapporteur général du rapport soumis à délibération, assisté de M. Bertoux, auditeur.

***

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

Fait à la Cour, le 6 septembre 2011.

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

- Mmes Bellon, Lévy-Rosenwald, MM. Braunstein, Bonin, Diricq, Rabaté, Viola, Laboureix, Azerad, conseillers maîtres, M. Klinger, conseiller maître en service extraordinaire ;

- M. Samaran, Mmes Bouzane de Mazery, Bigas-Reboul, MM. Colin de Verdière, Vasseur, Mme Falk, M. Richard, conseillers référendaires ;

- M. Bertoux, auditeur ;

- Mme Le Bret, M. Gallée, Mmes Jourdier, Assous, Pelletier, rapporteurs ;

- Mmes Apparitio, Pagliaroli, Koci, assistantes.

Le rapporteur général était M. Laboureix.

Ce projet de rapport a été délibéré par la 6ème chambre de la Cour les 11 et 13 avril, les 9, 18 et 23 mai et le 7 juillet 2011 sous la présidence de M. Durrleman, président de chambre.

Ce projet a ensuite été arrêté par le comité du rapport public et des programmes des 26 avril, 10 et 27 mai et le 19 juillet 2011 présidé par M. Migaud, premier président et a été communiqué, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés.

INTRODUCTION GENERALE

Jamais le déficit de la sécurité sociale n'a atteint un niveau aussi élevé qu'en 2010. A -29,8 Md€, le déficit cumulé des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a un caractère historique. Il a plus que triplé en deux ans (- 8,9 Md€ en 2008).

Le présent rapport s'attache d'abord à éclairer cette dégradation sans précédent des comptes sociaux et l'aggravation de la dette sociale qui en résulte, elle aussi exceptionnelle par son ampleur, telles que retracées respectivement dans les tableaux d'équilibre et le nouveau tableau patrimonial dont la cohérence est soumise à l'avis de la Cour. Pour l'essentiel, ces déficits se sont concentrés sur le régime général, dont toutes les branches ont vu leur déficit augmenter, et sur le FSV, chroniquement sous-financé. Mais le déséquilibre de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, qui a dû être financé par recours à un emprunt bancaire, est également extrêmement préoccupant.

Le niveau exceptionnellement élevé des déficits ne s'explique que partiellement par la crise économique. Moins de la moitié de celui du régime général provient de la faiblesse de la conjoncture : les facteurs structurels expliquent environ 0,7 point d'un déficit qui a représenté 1,2 point de PIB en 2010.

Leur accumulation entretient une spirale d'accroissement de la dette sociale : l'endettement du régime général préfinancé par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a doublé d'une année sur l'autre pour atteindre 49,5 Md€ et celui porté par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est de 86,7 Md€, soit un total de 136,2 Md€ fin 2010.

Comme l'a déjà exprimé la Cour, notamment dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin dernier, la dette sociale constitue en elle-même une anomalie. Aucun de nos grands voisins européens n'accepte des déséquilibres durables de sa protection sociale.

La Cour a cherché à mettre en perspective les modalités de financement de la dette sociale depuis la création de la CADES en 1996, dont le coût en termes de charges d'intérêts s'est élevé à 30 Md€ depuis l'origine. Ce dispositif exceptionnel de cantonnement de dette, en principe limité dans le temps et financé par un prélèvement spécifique, s'est banalisé avec la récurrence et l'importance grandissante des transferts de dettes fixés désormais à 260 Md€, le doublement de la durée de vie de la caisse et aussi le faible niveau actuel des taux d'intérêt qui rend plus indolore le poids de l'endettement. Devenu déresponsabilisant, ce système a été poussé à ses limites, alors même qu'en l'état actuel de la trajectoire prévue pour le redressement des comptes sociaux des déficits supplémentaires devront être repris.

Revenir à l'équilibre des comptes sociaux est ainsi un impératif premier et essentiel. L'accélération du redressement doit s'accompagner du rétablissement d'un lien fort entre le déficit d'une année et les ressources supplémentaires affectées à la CADES à l'occasion de son transfert pour en assurer l'amortissement. La Cour propose à cette fin d'instituer, par une modification de loi organique et dans le cadre d'un calendrier précis et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux, un transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV, en privilégiant une hausse de la CRDS pour son amortissement.

L'effort accru de rétablissement des comptes doit par priorité concerner l'assurance maladie, dont le déficit représente près de la moitié de celui du régime général. Certes l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté en 2010, pour la deuxième fois seulement depuis son institution. Ce résultat en soi positif, s'il est dû à un pilotage plus fin et plus ferme de la dépense, est aussi lié à des facteurs circonstanciels. La tenue dans la durée d'un ONDAM resserré nécessite d'amplifier considérablement les efforts et de mobiliser avec constance toutes les marges d'efficience possibles.

La Cour s'est ainsi attachée à analyser dans quels domaines et selon quelles modalités une maîtrise plus stricte de la croissance des dépenses de soins serait nécessaire.

Le rapport examine en premier lieu la problématique de la maîtrise des dépenses de médicament, d'un niveau particulièrement élevé dans notre pays sans que l'état de santé de la population y soit significativement différent de celui de nos voisins. Le système d'admission au remboursement et de fixation des prix apparaît insuffisamment rigoureux, peu transparent, pas assez encadré et les multiples dispositifs de régulation de la dépense connaissent des faiblesses persistantes. Le déficit sans précédent de l'assurance maladie appelle une refonte d'ensemble de la politique suivie depuis vingt ans en la matière, en redéfinissant des règles plus claires et précises, en développant une démarche d'évaluation médico-économique, en relançant la politique des génériques qui s'est essoufflée et en régulant plus activement la prescription, en particulier hospitalière.

Le rapport s'intéresse ensuite aux professions de santé. Il n'y a jamais eu autant de médecins en France et leur nombre augmentera de nouveau après un creux d'ampleur et de durée plus limitées qu'on ne le croit. La régulation d'ores et déjà des flux de formation apparaît souhaitable pour éviter une surmédicalisation à terme, qui pèserait sur l'assurance maladie sans régler les inégalités de répartition territoriale aujourd'hui constatées et dont la correction exige des mesures nettement plus fortes que celles jusqu'ici mises en œuvre. De même, le nombre de sages-femmes a quasiment doublé depuis 1990 et une complémentarité

mieux articulée avec les autres professionnels de la naissance serait de nature à valoriser les compétences respectives de ces professions médicales au bénéfice de la sécurité des patientes, des objectifs de la politique de périnatalité et de l'optimisation des prises en charge par l'assurance maladie.

Dans le système hospitalier, des marges de progrès sont possibles. La tarification à l'activité devrait bien davantage dynamiser la gestion des établissements grâce à une meilleure connaissance des éléments de sous compétitivité et une limitation de la croissance des dotations forfaitaires. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent être incités à considérablement intensifier leurs efforts de réorganisation interne dès lors notamment que leur spécificité en matière de soins apparaît en réalité limitée. Une nouvelle impulsion à la convergence entre secteur public et secteur privé apparaît aussi nécessaire pour tenir l'objectif de 2018 fixé par la loi. Les coopérations hospitalières pourraient enfin apporter une contribution accrue à une meilleure utilisation et à la qualité de l'offre de soins par un pilotage plus affirmé.

Le rapport aborde ensuite certains aspects de l'articulation entre protection obligatoire et protection facultative.

En analysant les multiples modalités de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, la Cour a constaté que le dispositif actuel se révèle complexe, illisible et peu cohérent. Malgré l'existence de mécanismes comme celui des affections de longue durée, qui couvrent une part croissante de la population et dont le coût par rapport à une prise en charge de droit commun est élevé - de l'ordre de 10 Md€ pour les seuls soins de ville -, l'objectif de limitation des restes à charge importants n'est pas atteint. Une remise à plat d'ensemble s'impose tout en préservant une dimension forte de solidarité.

La Cour s'est intéressée aussi aux dispositifs d'aide publique au financement de la couverture maladie complémentaire d'une part, de l'épargne retraite d'autre part. Les aides publiques qui leur sont consacrées, essentiellement sous forme de dépenses fiscales et d'exonérations de charges sociales, sont importantes, de l'ordre respectivement de 6 et 2 Md€. Dans un contexte de réduction indispensable des niches sociales et fiscales, un réexamen de ces aides s'impose pour limiter les effets d'aubaine que la Cour a relevés et réorienter le soutien public vers les populations qui en ont le plus besoin.

Enfin, la Cour s'est penchée sur la qualité de la gestion des caisses et des régimes de sécurité sociale. Dans le contexte financier préoccupant des comptes sociaux, la mobilisation de toutes les économies possibles dans leur gestion, en particulier celle du régime général dont le coût s'élève à 10 Md€, est une priorité incontournable.

La Cour a ainsi centré ses travaux sur la productivité des organismes du régime général et analysé les progrès, réels mais relativement peu ambitieux des dernières années. Les marges demeurent considérables et doivent impérativement être mobilisées avec détermination par un pilotage plus ferme des performances des caisses, l'amplification des réorganisations et mutualisations fonctionnelles au-delà des fusions juridiques d'organismes, grâce en particulier à la renégociation des dispositifs conventionnels régissant la mobilité des agents et à l'accélération des processus de dématérialisation. Dans ce contexte, l'optimisation de la gestion immobilière des caisses, dont l'enjeu est important, n'est encore qu'esquissée. La restructuration du réseau de la mutualité sociale agricole reste également à parfaire au regard de ces problématiques, mais la situation de ces régimes appelle plus largement à une réflexion stratégique sur leur évolution et leur avenir. Sur un autre plan, la branche famille, qui est devenue majoritairement un opérateur au service de l'Etat et des départements, doit améliorer ses coûts de gestion et se doter d'une comptabilité analytique pour les facturer systématiquement à ceux qui lui délèguent le service de prestations aussi diverses et complexes que les aides au logement, l'allocation aux adultes handicapés ou le revenu de solidarité active (RSA).

La réduction rapide des déficits sociaux et le retour à un équilibre durable, qui ne fasse plus peser sur la génération à venir le poids de la dette sociale, supposent ainsi un effort de réforme multiple dans ses points d'application, continu dans sa durée, et d'une ampleur à la hauteur des enjeux que représente la nécessité de préserver le haut degré de protection sociale de notre pays.

PREMIERE PARTIE

LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX

Chapitre I

Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010

PRESENTATION

Après avoir porté un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010 soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, la Cour analyse l'évolution des comptes de la sécurité sociale par rapport à 2009 et aux prévisions des lois de financement de la sécurité sociale. L'exercice 2010 se caractérise par une nouvelle dégradation des déficits au-delà du niveau, lui-même exceptionnel, de ceux de 2009 (I).

Puis, la Cour décrit les conséquences des déficits sur l'endettement social. Au préalable, elle exprime pour la première fois un avis sur la cohérence du tableau patrimonial, nouveau document intégré à l'annexe A de la loi de financement de la sécurité sociale soumise à l'approbation du Parlement, qui retrace la dette sociale dans l'ensemble de ses éléments (II).

I - Les déficits sociaux : un niveau sans précédent

A – Les tableaux d'équilibre

1 – Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2010

Etablis par la direction de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre prennent la forme de comptes de résultat simplifiés, qui comportent trois agrégats : les charges (« dépenses »), les produits (« recettes ») et les résultats. Ils portent sur trois ensembles distincts : l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (dont les données sont présentées par branche), le régime général (selon une présentation également par branche) et les organismes concourant au financement de ces régimes. Depuis la suppression du FFIPSA en 2009, cette dernière catégorie ne comprend plus qu'un seul organisme : le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Objet de l'avis de la Cour, les tableaux d'équilibre présentés ci-après seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012.

Au titre de l'exercice 2010, ils indiqueront des déficits sans précédent : -25,7 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, -23,9 Md€ pour le régime général, qui concentre la plus grande partie des déficits de ces régimes et -4,1 Md€ pour le FSV.

Pris ensemble, les déficits des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV ont atteint en 2010 -29,8 Md€, soit l'équivalent

de 1,5 % du PIB. Pour l'ensemble formé par le régime général et le FSV, le déficit total s'élève à -28 Md€.

Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	167,1	178,5	-11,4
Vieillesse	183,6	194,6	-11,0
Famille	50,7	53,4	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	12,7	-0,7
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	408,1	433,9	-25,7

Source : ministère chargé des comptes publics

Régime général

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	143,1	154,7	-11,6
Vieillesse	93,5	102,4	-8,9
Famille	50,2	52,9	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,5	11,2	-0,7
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	292,1	316,1	-23,9

Source : ministère chargé des comptes publics

Organisme concourant au financement des régimes de base

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	13,4	17,5	-4,1

Source : ministère chargé des comptes publics

2 – Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre de l'exercice 2010

Pour le cinquième exercice consécutif, la Cour exprime un « avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos », instauré par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005.

A ce titre, la Cour apprécie la présentation des résultats annuels de la sécurité sociale donnée par les tableaux d'équilibre, la permanence et la pertinence des règles retenues pour les établir, par sondage l'intégration des données comptables des régimes et organismes nationaux de sécurité sociale et la correcte élimination des transferts entre ces entités ainsi que, de manière générale, la qualité de l'information procurée au Parlement.

En outre, la Cour prend en compte dans son appréciation les opinions exprimées par les auditeurs externes des comptes des régimes et organismes nationaux de sécurité sociale (Cour des comptes pour les établissements publics nationaux, les branches et l'activité de recouvrement du régime général et commissaires aux comptes pour les autres régimes et organismes nationaux).

*

* *

En application du 2° du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2010, établis sous la responsabilité du ministère chargé des comptes publics.

A l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 fournissent une image cohérente des résultats des régimes obligatoires de base, du régime général et du FSV pour l'exercice 2010, sous réserve des quatre observations suivantes :

1. Les tableaux d'équilibre procurent une information réduite sur la formation des résultats de l'exercice 2010, en raison de l'absence de toute indication sur la composition des charges et d'indications insuffisamment détaillées sur celle des produits dans les annexes à la loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de financement de la sécurité sociale.
2. Les règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre à partir des comptes de résultats des entités comprises dans leur périmètre, notamment la contraction de certains produits et charges en vue de procurer une information à caractère économique sur l'évolution des comptes de la sécurité sociale, ne sont qu'imparfaitement formalisées, ce qui ne permet pas d'en garantir la permanence, la pertinence et l'application homogène.
3. Les tableaux d'équilibre intègrent des transferts non éliminés entre des entités de leur périmètre (selon l'estimation partielle à laquelle la Cour a pu procéder, à hauteur de 5,2 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 5 Md€ pour le régime général), ainsi qu'une minoration de produits et de charges (à hauteur de 440 M€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base).
4. Pour 2010, les opinions exprimées par les auditeurs externes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne.

3 – Motivations détaillées de l'avis exprimé par la Cour

a) Une information limitée sur les produits et les charges

Les tableaux d'équilibre mentionnent un montant total de produits, un montant total de charges et un solde au titre du seul exercice concerné. L'annexe B[1] de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) permet cependant de comparer ces montants avec ceux de l'exercice précédent.

Par ailleurs, l'annexe C[2] décrit, uniquement par grandes masses, les produits de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et de l'organisme concourant à leur financement (FSV).

En revanche, aucune annexe à la LFSS ou au PLFSS ne précise la nature, le niveau et l'évolution des charges dont l'approbation est demandée au Parlement sous la forme d'un montant global.

La Cour recommande qu'une nouvelle annexe à la LFSS ou au PLFSS assure l'information du Parlement sur les charges et que la nomenclature des produits soit plus détaillée dans l'annexe C.

b) L'« approche économique » des produits et des charges

Comme les années précédentes, le ministère chargé des comptes publics a établi les tableaux d'équilibre en procédant, au-delà de l'élimination normale des transferts entre des entités comprises dans leurs périmètres, à des contractions de produits et de charges.

Il justifie ces contractions par l'objectif de procurer une information à caractère économique sur l'évolution des comptes sociaux :

- la contraction des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie et d'accidents du travail en vue du financement de dépenses relevant de l'ONDAM médico-social (établissements et

1. « Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branches des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ».

2. « Etat des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général de sécurité sociale ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale ».

services médico-sociaux pour les personnes âgées ou handicapées) et des contributions des régimes à la CNSA à ce même titre a pour objet de faire apparaître la contribution véritable de la CNSA à ces derniers. En 2010, le montant de cette contribution s'élève à 1,3 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, dont 1,1 Md€ pour le régime général[3] ;

- le reclassement aux postes de produits (cotisations sociales et cotisation sociale généralisée [CSG]) et de charges (prestations sociales) des pertes sur créances irrécouvrables, des dotations (et reprises) aux provisions pour dépréciation de créances et des dotations (et reprises) aux provisions pour risques et charges doit permettre aux postes précités de refléter les seuls produits dont le recouvrement est intervenu ou est anticipé et la totalité des charges exposées ou anticipées[4].

Cependant, ces contractions sont contraires au principe comptable général de non-compensation des produits et des charges et, ce faisant, au cadre normatif fixé par la LOLFSS pour l'élaboration des comptes sociaux. Dès lors, la Cour recommande à nouveau d'y mettre fin et de retracer dans les tableaux d'équilibre des montants de produits et de charges conformes à ceux qui figurent dans les comptes des régimes et organismes nationaux de sécurité sociale.

Si le ministère chargé des comptes publics décidait de ne pas suivre cette recommandation, il devrait alors pousser l'« approche économique » jusqu'à son terme, en formalisant en interne et dans une annexe au PLFSS, de manière exhaustive[5] et cohérente[6], l'ensemble des règles appliquées pour établir les tableaux d'équilibre, les changements qui leur sont apportés et l'incidence de ces derniers sur la comparabilité des exercices. Cette formalisation permettrait de garantir la permanence, la pertinence et l'application homogène des règles appliquées. L'annexe entrerait dans le champ de l'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre.

3. Ont été contractés 14,9 Md€ de produits et de charges pour l'ensemble des régimes, dont 12,9 Md€ pour le régime général.

4. En 2010, ont été contractés 19,7 Md€ de produits et de charges pour l'ensemble des régimes, dont 15,7 Md€ pour le régime général.

5. L'annexe 4 au PLFSS annuel (« recettes des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche ») mentionne des informations partielles.

6. Ce qui n'est pas pleinement le cas sous les règles en vigueur. Ainsi, les dotations (et reprises) sur provisions pour litiges sont reclassées à une rubrique d'autres charges et non aux postes comptables concernés (cotisations sociales, CSG ou prestations). Cette incohérence affecte aussi la présentation des produits dans l'annexe C de la LFSS.

c) Autres défauts affectant l'élaboration des tableaux d'équilibre[7]

Le ministère chargé des comptes publics établit les tableaux d'équilibre à partir des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC), qui ont pour objet d'assurer une imputation homogène de leurs produits et de leurs charges par les régimes et organismes nationaux. Pour l'établissement des tableaux d'équilibre, il vérifie la conformité des données des TCDC à celles qui figurent dans les comptes de résultats et demande aux organismes d'effectuer les corrections nécessaires. Les TCDC 2010 ont fait l'objet de contrôles renforcés, qui ont permis de circonscrire à des niveaux négligeables les écarts relatifs aux montants totaux de produits et de charges par rapport aux comptes proprement dits.

Cependant, la démarche suivie dans l'établissement des tableaux d'équilibre fait apparaître deux défauts :

L'absence d'élimination de la totalité des transferts internes

Dans les projets de tableaux d'équilibre communiqués à la Cour par la direction de la sécurité sociale, trois catégories de transferts entre des entités comprises dans leur champ ne sont pas neutralisées :

- la part des produits de la branche vieillesse au titre de la prise en charge des majorations pour enfants par le FSV, qui est compensée par un transfert de la branche famille à ce dernier (en 2010, 3,6 Md€ pour le régime général et l'ensemble des régimes) ;
- les produits des régimes qui correspondent à des prises en charge de cotisations et de contributions sociales par la branche famille et par le régime agricole au titre du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE, montant inconnu pour les motifs exposés ci-après) ;
- les produits et les charges des régimes de base d'assurance maladie (régime général, régime social des indépendants (RSI) et régime agricole) et de la branche famille relatifs aux prises en charge par ces régimes des cotisations maladie et famille des praticiens et auxiliaires médicaux (en 2010, 1,6 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 1,4 Md€ pour le régime général).

La Cour recommande une neutralisation de ces transferts :

- pour le financement des majorations pour enfants, le FSV constitue un simple écran entre deux branches du régime général. Déjà

7. Ces défauts affectent également la présentation des produits dans l'annexe C à la LFSS.

prépondérante en 2010 (85 %), la compensation par la branche famille à la branche vieillesse, via le FSV, est devenue intégrale en 2011 ;

- une neutralisation des produits et charges relatifs aux prises en charge de prélèvements sociaux est d'autant plus nécessaire qu'elles correspondent pour les régimes de sécurité sociale à des pertes de recettes. Cependant, la neutralisation des transferts internes au titre de la PAJE a pour préalable la mise en place par l'ACOSS d'un suivi comptable par attributaire des flux concernés. L'absence d'individualisation de ces flux dans les comptes (où ils sont confondus avec les prélèvements exigibles auprès des employeurs) a suscité une réserve de la Cour dans sa position sur les comptes 2010 de l'activité de recouvrement[8].

Minoration de produits et de charges

Selon une pratique constante, le TCDC du régime des mines n'intègre pas les produits et les charges afférents aux œuvres, mais uniquement leur solde, ce qui minore les montants totaux de produits et de charges du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base (à hauteur de 440 M€).

d) Les constats des auditeurs externes sur la qualité des comptes

A l'exception de quatorze régimes de petite taille[9], les comptes pour l'exercice 2010 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au PLFSS pour 2009[10] ainsi que ceux du FSV ont été contrôlés par des auditeurs externes.

Le tableau ci-après synthétise les opinions qu'ils ont exprimées :

8. Voir Cour des comptes, Rapport de certification des comptes 2010 du régime général, juin 2011, pp. 18 et 41.

9. Des enjeux financiers limités s'attachent à ces régimes (ports autonomes, retraite des cultes d'Alsace-Moselle, rentes d'accidents du travail du département de Paris, notamment).

10. Les régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat n'y figurent pas.

La certification des comptes 2010 des régimes et organismes nationaux

	Branches et caisses nationales du régime général	Autres régimes et organismes	En % des charges totales
Refus de certifier	1 (AT–MP)	3 (RSI, MSA et régime des mines)	13,2 %
Certification avec réserves	3 (Maladie/CNAMTS, Famille/CNAF, et Vieillesse/CNAVTS) + activité de recouvrement /ACOSS	3 (CNAVPL, CNMSS et ENIM)	69,9 %
Certification sans réserves		13 + FSV	7,4 %
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'Etat)		Régime des pensions des agents de l'Etat	9,4 %
Régimes non significatifs / autres cas		14	0,1 %

Source : Cour des comptes

Comme l'année précédente, la Cour a certifié avec des réserves les comptes de l'activité de recouvrement, de la branche maladie et de la branche famille relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce 2010. En raison des améliorations apportées à l'auditablité des comptes et au contrôle interne, elle a pu certifier avec des réserves les comptes de la branche retraite pour ce même exercice, alors que ceux des deux exercices précédents avaient fait l'objet d'un refus de certification. En revanche, la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), en raison d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne relatifs aux cotisations et à une partie des prestations.

Comme les années précédentes, les trois régimes organisés en réseaux de caisses locales (MSA, RSI et régime des mines) ont fait l'objet d'un refus de certification par leurs commissaires aux comptes. Ces régimes représentent 55,6 % du total des charges des régimes de base de sécurité sociale autres que le régime général et le régime des pensions des agents de l'Etat.

En dehors de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), qui avait fait l'objet d'un refus de certification au titre des deux exercices précédents, les organismes nationaux dont les comptes ont été à nouveau certifiés avec des réserves sont des établissements publics administratifs équilibrés au plan financier par l'Etat (établissement national des invalides de la marine ou ENIM) ou par le régime général (caisse nationale militaire de sécurité sociale ou CNMSS). Au total, les organismes certifiés avec des réserves représentent

5,6 % du total des charges des régimes autres que le régime général et le régime des pensions des agents de l'Etat.

Enfin, les principaux régimes dont les comptes sont certifiés sans réserve sont gérés par la caisse des dépôts et consignations (caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales [CNRACL] notamment), issus d'entreprises nationales soumises de longue date à une obligation de certification (caisse nationale des industries électriques et gazières [CNIEG] caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF [CPRPSNCF] et caisse de retraites du personnel de la RATP [CRPRATP]) ou relatifs à des professions juridiques (caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires ou CRPCEN et caisse nationale des barreaux français ou CNBF).

Les difficultés apparaissent ainsi concentrées sur les régimes organisés en réseaux qui gèrent l'ensemble des risques. Les importants chantiers engagés par ces régimes en vue de renforcer la maîtrise des risques de portée financière affectant leurs activités, qui impliquent fréquemment des évolutions de leurs systèmes d'information, n'auront d'effets déterminants qu'au terme de plusieurs années.

B – Les déficits du régime général et du FSV

1 – Des déficits historiques

a) L'aggravation des déficits

En 2010, le régime général de sécurité sociale et le FSV ont dégagé des déficits sans précédent dans l'histoire de la sécurité sociale.

Ainsi, le déficit du régime général a atteint -23,95 Md€, en hausse sensible par rapport à celui de 2009 (-20,3 Md€), qui avait lui-même doublé par rapport à celui de 2008. Le FSV a lui aussi dégagé un déficit accru (-4,1 Md€ contre -3,2 Md€ en 2009). Au total, les déficits du régime général et du FSV ont atteint 28 Md€, soit 1,4 % du PIB.

Déficits 2010 des branches du régime général et du FSV

En Md€

	Solde 2010	Solde 2009	Variation	Solde 2008
Maladie	-11,6	-10,6	-1,0	-4,4
AT-MP	-0,7	-0,7	-	0,2
Famille	-2,7	-1,8	-0,9	-0,3
Vieillesse	-8,9	-7,2	-1,7	-5,6
Sous-total régime général	**-23,9**	**-20,3**	**-3,6**	**-10,2**
FSV	-4,1	-3,2	-0,9	0,8
Vieillesse + FSV	*-13,0*	*-10,4*	*-2,6*	*-4,8*
Total régime général + FSV	**-28,0**	**-23,5**	**-4,5**	**-9,4**
En % des charges brutes	-7,7 %	-6,7 %	-1,0 %	-2,8 %
En % du PIB	-1,4 %	-1,2 %	-0,2 %	-0,5 %

Source : comptes des branches du régime général et du FSV

b) Des déficits inférieurs aux prévisions

Comme le montre le tableau ci-après, les déficits se sont inscrits nettement en-deçà des prévisions, y compris celles de la LFSS 2011 :

Comparaison des soldes 2010 réalisés avec ceux prévus par les LFSS

En Md€

	Soldes 2010 réalisés	Prévision soldes 2010 LFSS 2011	Ecart	Prévision soldes 2010 LFSS 2010	Ecart
Maladie	-11,6	-12,1	+0,5	-14,5	+2,9
AT-MP	-0,7	-0,6	-0,1	-0,8	+0,1
Famille	-2,7	-2,9	+0,2	-4,4	+1,7
Vieillesse	-8,9	-9,1	+0,2	-10,7	+1,8
Sous-total régime général	**-23,9**	**-24,8**	**+0,9**	**-30,5**	**+6,6**
FSV	-4,1	-4,3	+0,2	-4,5	+0,4
Vieillesse+FSV	*-13,0*	*-13,4*	*+0,4*	*-15,2*	*+2,2*
Total	**-28,0**	**-29,1**	**+1,1**	**-35,0**	**+7,0**

Source : comptes des branches du régime général et du FSV et LFSS 2010 et 2011

Les écarts de soldes par rapport à la LFSS 2011 (+1,1 Md€ au total pour le régime général et le FSV) reflètent notamment :

- des produits plus dynamiques (branche maladie : +340 M€ au titre des impôts et taxes affectés ; branche vieillesse : +360 M€ au titre des cotisations et des contributions de retraite et de préretraite) ;

- des charges moins élevées que prévu (branche maladie : impacts de +230 M€ au titre des prestations légales et extra-légales et de +120 M€ au titre de la gestion administrative ; branche famille : impact de +230 M€, au titre notamment des aides au logement et des prestations pour garde d'enfants) ;
- des changements comptables : à la suite d'une réserve de la Cour sur les comptes 2009 de l'activité de recouvrement, l'ACOSS a pour la première fois estimé des produits à recevoir au titre des prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement versés par les cotisants gérés par les URSSAF (impact de +381 M€, dont +236 M€ pour la branche maladie et +80 M€ pour le FSV). Par ailleurs, elle a affiné l'estimation des provisions pour litiges et a répondu à une autre réserve de la Cour en intégrant à ces dernières, pour la première fois une estimation partielle des intérêts moratoires (impact total de -220 M€, dont -120 M€ pour la maladie)[11].

Beaucoup plus conséquents (+7 Md€ au total pour le régime général et le FSV), les écarts de soldes par rapport à la LFSS 2010 concernent à la fois les produits et les charges :

Comparaison des produits et des charges 2010 avec la LFSS 2010

En Md€

	Produits réalisés PLFSS 2012	Produits prévus LFSS 2010	Impact sur les soldes	Charges réalisées PLFSS 2012	Charges prévues LFSS 2010	Impact sur les soldes
Maladie	143,1	141,2	+1,9	154,7	155,7	+1,0
AT-MP	10,5	10,6	-0,1	11,2	11,4	+0,2
Famille	50,2	49,6	+0,6	52,9	54,1	+1,2
Vieillesse	93,5	92,1	+1,4	102,4	102,9	+0,5
Régime général (après élimination des transferts)	**292,1**	**288,1**	**+4,0**	**316,1**	**318,5**	**+2,4**
FSV	13,4	12,9	+0,5	17,5	17,4	-0,1

Source : tableaux d'équilibre en PLFSS 2012 et en LFSS 2010

Ces écarts reflètent notamment des évolutions macro-économiques et propres à l'assurance maladie plus favorables que celles retenues dans les hypothèses de cadrage de la LFSS 2010 (annexe B) :

11. Voir rapport de certification des comptes 2010 du régime général, pp. 21 et 38.

Les hypothèses de cadrage de la LFSS 2010 : prévisions et réalisations

	Hypothèse LFSS 2010	Réalisé	Impact estimé des écarts de prévision sur le solde du régime général + FSV
PIB en volume	+0,8 %	+1,5 %	impact non directement mesurable
Masse salariale du secteur privé	-0,4 %	+2,05 %	+5,1 Md€, à part constante des exonérations dans la masse salariale
Inflation	+1,2 %	+1,5 %	-0,3 Md€
ONDAM en valeur	+3,0 %	+2,7 %	+0,4 Md€

Source : LFSS 2010, ACOSS et rapport à la CCSS de juin 2011

Les conséquences de ces évolutions sur les produits et les charges, ainsi que les autres facteurs explicatifs de la formation des résultats 2010 des branches du régime général et du FSV sont décrits ci-après.

2 – Une reprise encore limitée des produits

a) L'augmentation globale des produits

Dans les tableaux d'équilibre 2010, les produits ont augmenté de +6,3 Md€, soit +2,2 %, par rapport aux tableaux d'équilibre 2009 présentés à périmètre constant par rapport à 2010 :

Les produits du régime général en 2010[12]

En Md€

	2010	2009 à périmètre 2010	Variation en valeur	Variation en %
Cotisations sociales	170,4	166,2	*Non comparable*	
- salariés	166,4	163,3	+3,0	+1,9%
- travailleurs indépendants	4,3	4,6	-0,3	-6,2%
- autres cotisations sociales	1,9	1,9	-	-
- provisions et admissions en non valeur	-2,2	-3,7	*Non comparable*	
Cotisations prises en charge par l'Etat	3,4	3,4	-	-1,4%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,6	1,4	+0,2	+12,9%
CSG	62,6	62,8	*Non comparable*	
- CSG	63,4	62,8	+0,5	+0,9%
- provisions et admissions en non valeur	-0,8	-	*Non comparable*	
Impôts et taxes affectés (ITAF)	31,8	31,6	+0,2	+0,6%
- compensation des allègements généraux[13]	21,0	21,5	-0,5	-2,3%
- compensation des exonérations « TEPA »	3,0	2,9	+0,1	+4,2%
- autres ITAF	7,9	7,3	+0,6	+7,8%
Contributions publiques	0,1	0,4	-0,2	-63,2%
Transferts entre organismes	18,3	15,9	+2,4	+15,2%
Produits financiers	Ns	Ns	Ns	Ns
Autres produits	3,8	4,1	-0,2	-5,3%
Total	**292,1**	**285,9**	**+6,2**	**+2,2%**

Source : tableaux d'équilibre détaillés (ministère chargé des comptes publics)

En 2010, la variation des produits par rapport à l'exercice précédent est tirée par les transferts entre organismes (assurés à plus des 4/5èmes par les concours du FSV à la branche vieillesse), les impôts et taxes affectés au financement de la sécurité sociale (« autres ITAF ») et, avec moins d'intensité, par les cotisations sociales des salariés et la contribution sociale généralisée (CSG).

12. Dans les tableaux d'équilibre détaillés, les pertes sur créances irrécouvrables et les provisions pour dépréciation de créances étaient, avant 2010, à tort, intégralement imputées aux cotisations sociales. En 2010, elles sont affectées à la fois aux cotisations sociales et à la CSG. Pour cette raison, la comparabilité des cotisations sociales et de la CSG par rapport à 2009 n'est pas assurée dans ce tableau et dans ceux par branche. Afin d'assurer une présentation à caractère économique pleinement cohérente des produits et des charges, les pertes sur créances irrécouvrables et les provisions pour dépréciation de créances devraient aussi être pour partie affectées aux impôts et taxes recouvrés par les organismes de l'activité de recouvrement.

13. La diminution des produits traduit la réaffectation d'une partie des ITAF au remboursement de dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale (voir II - B – 2 - infra). Malgré cette réduction, les allègements généraux de cotisations sociales ont été compensés de manière quasi-intégrale par les ITAF restants.

b) La reprise des prélèvements sur les revenus d'activité

Les résultats du régime général sont très sensibles à l'évolution de la masse salariale versée par les employeurs. En effet, les prélèvements sur les revenus d'activité représentent près des 3/4 de ses produits.

En 2010, la masse salariale des employeurs du secteur privé[14] a augmenté de +2,05 % en valeur absolue, sous l'effet d'une progression de +2,25 % du salaire moyen et d'un recul de -0,2 % de l'effectif moyen[15].

La progression plus limitée des cotisations sociales des salariés (+1,9 %) traduit l'incidence, sur les cotisations plafonnées affectées à la branche vieillesse, d'une revalorisation du plafond (+0,9 %) plus faible que la croissance du salaire moyen (+2,25 %) et de la hausse des heures supplémentaires exonérées[16]. En sens inverse, le recul des exonérations sur les bas salaires, qui sont très sensibles à la situation de l'emploi, a soutenu le produit des cotisations des branches du régime général[17].

Par ailleurs, la baisse des cotisations (famille) et de la CSG (dans une mesure comparable) sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants (pour l'essentiel, les artisans et commerçants relevant du dispositif de l'interlocuteur social unique ou ISU partagé avec le RSI et les professions libérales) traduit l'incidence d'effets non reconductibles propres à 2009[18] et de la baisse globale des revenus de l'année 2009 qui ont été pris en compte dans le cadre de la régularisation effectuée en 2010, par rapport à ceux de l'année 2008.

Par rapport à celle des cotisations sociales, l'évolution moins favorable de la CSG sur les revenus d'activité (+1,7 %, tous attributaires confondus, voir c) infra) pourrait refléter un moindre dynamisme

14. Ici entendus hors employeurs de personnel de maison et grandes entreprises nationales. Par nature, sont également exclus les travailleurs indépendants.

15. En 2009, elle avait diminué de -1,3 %, sous l'effet d'une forte baisse de l'effectif moyen (-2,3 %), non compensée par l'augmentation du salaire moyen (+1 %).

16. Les heures supplémentaires n'ont pas d'impact sur les produits, car elles sont intégralement compensées par des impôts et taxes affectés. Cependant, une partie des produits de contribution sociale sur les bénéfices (254 M€ en 2010) anticipent en réalité des produits de l'exercice suivant (voir rapport de certification des comptes 2010 du régime général, p. 10).

17. Mais il n'a pas eu d'impact sur le montant total des produits, compte tenu de la réaffectation d'impôts et de taxes destinés à compenser les allègements généraux de cotisations (voir II - B - 2 - infra).

18. Report de la régularisation débitrice 2007 pour les cotisants trimestriels.

d'éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette de la contribution, mais pas dans celle des cotisations (intéressement et participation).

c) Les évolutions contrastées des composantes de la CSG

Les composantes de la CSG ont connu des évolutions contrastées : forte augmentation pour les revenus de remplacement (sous l'effet notamment d'un changement comptable, voir 1 - b) supra), augmentation soutenue pour les revenus de placement (hausse des plus-values immobilières et des dividendes, suppression de l'exonération sur les contrats d'assurance vie multi-supports en cas de décès de l'assuré), augmentation limitée pour les revenus d'activité (voir b) supra), contraction pour les revenus du patrimoine (chute des plus-values mobilières et des revenus des capitaux mobiliers) et chute pour les jeux (en raison du réaménagement des prélèvements sociaux en ce domaine).

Le tableau ci-après retrace l'évolution de la CSG et des prélèvements sociaux qui soit ont la même assiette (contribution au remboursement de la dette sociale ou CRDS et prélèvement social de 2 %), soit ont été pour partie substitués à la CSG en 2010 (prélèvements sur les jeux et paris instaurés en 2010, qui compensent la diminution du produit de la CSG sur les jeux).

La CSG et les prélèvements connexes en 2010 – Tous attributaires

En Md€

	2010	2009 à structure 2010	Variation	Variation en %
CSG sur les revenus d'activité	59,5	58,5	+1,0	+1,7%
CSG sur les revenus de remplacement	15,1	14,6	+0,5	+3,2%
Hors changement comptable 1 – b) supra	*14,8*	*14,6*	*+0,2*	*+1,1%*
Majorations et pénalités	0,2	0,2	-	+7,6%
CSG sur les revenus du patrimoine	3,8	4,1	-0,3	-8,2%
CSG sur les revenus de placement	5,0	4,8	+0,2	+3,6%
CSG sur les revenus des jeux	0,4	0,5	-0,1	-21,0%
Total CSG	**84,0**	**82,8**	**+1,2**	**+1,4%**
CRDS	6,0	6,0	-	-
Prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et de placement	2,1	2,2	-	-1,6%
Prélèvements sur les jeux et paris	0,1	-	+0,1	+100%

Source : comptes et tableaux d'équilibre détaillés des branches et du FSV

Au regard de l'évolution globale du produit de cette contribution, la CSG affectée à la branche maladie du régime général a augmenté dans

une mesure plus faible (+0,7 %), en raison de l'incidence défavorable en 2010 du mode de calcul de la CSG affectée aux autres régimes d'assurance maladie (en hausse de +5,4 %)[19].

3 – La formation des résultats des branches et du FSV

a) Branche maladie : un déficit en hausse malgré l'évolution positive des produits

En 2010, l'augmentation des produits, qui est la plus forte parmi les quatre branches de prestations du régime général, n'a pas été suffisante pour empêcher une détérioration du déficit par rapport à 2009. Il a atteint 7,5 % des charges nettes retracées par les tableaux d'équilibre, contre 7 % en 2009.

Au-delà des commentaires précédents sur l'évolution des cotisations sociales et de la CSG (voir 2 - supra), les produits des « autres ITAF » ont été favorablement impactés par l'élargissement de l'assiette et le relèvement de 2 % à 4 % du taux de la contribution patronale dite « forfait social » (impact de +350 M€), ainsi que par l'instauration d'une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires au titre de la pandémie grippale (impact de +110 M€).

Pour l'essentiel, l'augmentation des charges est concentrée sur les prestations légales, même si les transferts en direction d'autres régimes (prises en charge totale ou partielle des déficits, compensation démographique) contribuent également à l'augmentation du déficit. Par rapport à 2009, les charges comprises dans le périmètre de l'ONDAM, notamment les soins de ville et les établissements de santé, ont enregistré une décélération importante (+2,7 % au lieu de +3,5 %), sous l'effet notamment de mesures d'économie détaillées plus avant dans le cadre du présent rapport (voir chapitre II, p. 49).

19. Revalorisation de la CSG de l'année précédente (N-1) à hauteur de la hausse de la CSG entre les deux années antérieures (N-2 et N-3), à législation constante.

Formation du résultat 2010 de la branche maladie

En Md€

	2010	2009	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**154,7**	**150,3**	**+4,4**	**+2,9%**
Prestations	142,1	138,0	+4,2	+3,0%
- prestations légales	140,9	136,6	+4,3	+3,1%
- prestations extra-légales	0,2	0,3	-0,1	-13,2%
- autres prestations	0,8	0,9	-0,1	-7,4%
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	0,3	0,3	-	-3,9%
Transferts	5,2	5,0	+0,2	+5,0%
Charges financières	0,2	0,1	+0,1	+198%
Charges de gestion courante	5,9	6,0	-0,1	-1,7%
Autres charges	1,2	1,2	-	+0,2%
PRODUITS NETS	**143,1**	**139,7**	**+3,4**	**+2,4%**
Cotisations sociales	68,2	65,5	*Non comparable*	
- salariés	67,9	66,2	+1,7	+2,5%
- autres cotisations sociales	1,0	1,0	-	+4,8%
- provisions et admissions en non valeur	-0,7	-1,6	*Non comparable*	
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,5	1,5	-	-0,1%
Cotisations prises en charge par la Sécu. sociale	1,3	1,1	+0,2	+18,3%
CSG	50,5	50,9	*Non comparable*	
- CSG	51,2	50,9	+0,4	+0,7%
- provisions et admissions en non valeur	-0,7	-	*Non comparable*	
ITAF	16,2	15,4	+0,8	+5,3%
- compensation des allègements généraux	8,8	8,9	-0,2	-1,9%
- compensation des exonérations « TEPA »	0,5	0,5	-	+4,0%
- autres ITAF	6,9	6,0	+1,0	+16,1%
Contributions publiques	0,1	0,4	-0,2	-66,2%
Transferts entre organismes	2,5	2,3	+0,2	+7,6%
Autres produits	2,7	2,6	+0,1	+3,7%
SOLDE	**-11,6**	**-10,6**	**-1,0**	

Source : tableaux d'équilibre détaillés (ministère chargé des comptes publics)

b) Branche AT-MP : un déficit stabilisé en 2010 à un niveau élevé

En 2010, le déficit de la branche AT-MP s'est stabilisé à un niveau équivalent à 6,5 % des charges nettes (6,4 % en 2009), les produits progressant au même rythme que les charges.

Les cotisations sociales des employeurs, qui représentent une part prépondérante des produits de la branche, ont enregistré une évolution favorable. En revanche, le produit des recours contre tiers (rubrique des « autres produits ») a diminué.

A titre principal, l'augmentation limitée des charges reflète la progression ralentie des prestations d'incapacité permanente et temporaire et la stabilité des transferts : contributions aux fonds chargés de financer les cessations anticipées d'activité des travailleurs de l'aimante (FCAATA) et d'en indemniser les victimes (FIVA) et contribution à la

branche maladie du régime général au titre de l'insuffisante reconnaissance des maladies professionnelles.

La LFSS rectificative de juillet 2011 a prévu un retour de la branche à l'équilibre en 2011, sous l'effet notamment du relèvement des taux de cotisation.

Formation du résultat 2010 de la branche AT-MP

En Md€

	2010	2009	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**11,2**	**11,1**	**+0,1**	**+0,9%**
Prestations	7,9	7,8	+0,1	+1,8%
- prestations légales	7,7	7,5	+0,2	+2,6%
- autres prestations	0,2	0,2	-	+6,8%
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	Ns	0,1	-0,1	-91,0%
Transferts	1,3	1,3	-	-2,8%
Charges financières	Ns	Ns	-	+39,6%
Charges de gestion courante	0,8	0,8	-	-0,4%
Autres charges	1,2	1,2	-	+0,2%
PRODUITS NETS	**10,5**	**10,4**	**+0,1**	**+0,9%**
Cotisations sociales (actifs salariés)	8,2	8,0	+0,3	+3,2%
- cotisations	8,4	8,2	+0,2	+2,6%
- provisions et admissions en non valeur	-0,2	-0,2	-	-21,2%
Cotisations prises en charge par l'Etat	Ns	Ns	-	-8,0%
ITAF	1,9	1,9	-	-1,6%
- compensation des allègements généraux	1,8	1,9	-	-1,5%
- compensation des exonérations « TEPA »	0,1	0,1	-	-
Transferts entre organismes	Ns	Ns	-	-
Autres produits	0,3	0,5	-0,1	-27,7%
SOLDE	**-0,7**	**-0,7**	**-**	

Source : tableaux d'équilibre détaillés (ministère chargé des comptes publics)

c) Branche famille : un déficit en augmentation malgré la quasi-stabilité des charges de prestations légales

En 2010, le déficit de la branche famille a fortement augmenté pour représenter 5,1 % des charges, contre 3,6 % en 2009 et ce malgré une augmentation des charges de prestations légales (+0,5 %) inférieure à celle des produits (+1,2 %).

Ce paradoxe apparent traduit l'incidence de deux phénomènes :

- la mise à la charge de la branche famille d'une contribution accrue au FSV en vue de compenser la prise en charge par ce dernier des majorations pour enfants en faveur des régimes d'assurance vieillesse. Instaurée par la LFSS 2001 au taux de 15 %, cette compensation a été portée par étapes à 70 % en 2009, puis à 85 % en 2010 (impact de -0,7 Md€ sur le résultat 2010 de la branche famille). En 2011, elle est devenue intégrale ;

- l'impact favorable sur le niveau du déficit 2009 de la correction d'un excès de dotation aux provisions pour rappels de prestations légales intervenu en 2008 (réduction de 0,6 Md€ du déficit 2009).

La quasi-stabilité des charges de prestations légales reflète quant à elle l'incidence de l'absence de revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), ce qui a entraîné une diminution des allocations aux familles et un ralentissement de l'augmentation des allocations à la petite enfance, malgré un dynamisme maintenu du complément mode de garde de la PAJE. Pour leur part, les charges de prestations extra-légales ont connu une augmentation soutenue (+5,7 %).

Formation du résultat 2010 de la branche famille

En Md€

	2010	2009 à structure 2010[20]	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**52,9**	**51,4**	**+1,5**	**+2,9%**
Prestations	38,0	37,0	+1,0	+2,8%
- prestations légales	34,4	34,2	+0,2	+0,5%
- prestations extra-légales	3,5	3,4	+0,2	+5,7%
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	Ns	-0,6	+0,7	+108,0%
Transferts	8,1	7,6	+0,5	+6,4%
Charges financières	Ns	Ns	-	+273%
Charges de gestion courante	2,6	2,7	-0,1	-3,2%
Autres charges	4,1	4,1	-	+0,7%
PRODUITS NETS	**50,2**	**49,6**	**+0,6**	**+1,2%**
Cotisations sociales	32,6	31,7	*Non comparable*	
- actifs (salariés et travailleurs indépendants)	33,3	32,7	+0,6	+1,8%
- autres cotisations sociales	0,1	0,1	-	+9,3%
- provisions et admissions en non valeur	-0,8	-1,1	*Non comparable*	
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,7	0,7	-	-3,4%
Cotisations prises en charge par la Sécu. sociale	0,3	0,3	-	-6,1%
CSG	12,0	12,0	*Non comparable*	
- CSG	12,2	12,0	+0,2	+1,5%
- provisions et admissions en non valeur	-0,1	-	*Non comparable*	
ITAF	3,9	4,1	-0,2	-5,4%
- compensation des allègements généraux	3,8	4,0	-0,2	-5,7%
- compensation des exonérations « TEPA »	0,1	0,1	-	+2,3%
Contributions publiques	Ns	Ns	-	-
Transferts entre organismes	Ns	Ns	-	-
Autres produits	0,6	0,8	-0,1	-19,5%
SOLDE	**-2,7**	**-1,8**	**-0,9**	

Source : tableaux d'équilibre détaillés (ministère chargé des comptes publics)

20. Comptabilisation au seul bilan de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation aux parents isolés (API) et des contributions de l'Etat à la branche famille à ce titre.

d) Branche vieillesse : un déficit en hausse malgré le ralentissement de l'augmentation des charges de prestations

A titre principal, la hausse du déficit de la branche vieillesse, qui a atteint 8,7 % des charges, contre 7,3 % en 2009, traduit une augmentation limitée des produits, tandis que celle des charges de prestations s'est ralentie par rapport à 2009.

Formation du résultat 2010 de la branche vieillesse

En Md€

	2010	2009	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**102,4**	**98,7**	**+3,7**	**+3,7%**
Prestations	95,3	91,5	+3,8	+4,2%
- prestations légales	95,0	91,1	+3,8	+4,2%
- prestations extra-légales	0,3	0,3	-	-9,8%
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	0,1	0,1	-	+37,9%
Transferts	5,5	5,8	-0,3	-5,1%
Charges financières	0,2	0,1	+0,1	+193%
Charges de gestion courante	1,4	1,4	-	+0,3%
Autres charges	0,1	0,1	-	-
PRODUITS NETS	**93,5**	**91,5**	**2,0**	**+2,1%**
Cotisations sociales	61,3	61,0	+0,3	+0,5%
- salariés	61,1	60,8	+0,3	+0,4%
- autres cotisations sociales	0,8	0,8	-	-7,2%
- provisions et admissions en non valeur	-0,6	-0,7	+0,1	+16,4%
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,2	1,2	-	-1,8%
ITAF	9,8	10,1	-0,4	-3,5%
- compensation des allègements généraux	6,6	6,6	-0,1	-0,9%
- compensation des exonérations « TEPA »	2,3	2,2	+0,1	+4,4%
- autres ITAF	1,0	1,4	-0,4	-29,0%
Contributions publiques	-	Ns	-	-
Transferts entre organismes	21,0	18,9	+2,1	+11,0%
Autres produits	0,2	0,3	-	-18,6%
SOLDE	**-8,9**	**-7,2**	**-1,7**	

Source : tableaux d'équilibre détaillés (ministère chargé des comptes publics)

Comme il a été indiqué, l'écart entre le niveau du relèvement du plafond de la sécurité sociale (+0,9 %) et celui de l'augmentation du salaire moyen (+2,25 %) a freiné la progression du produit des cotisations. La part déplafonnée des cotisations représente moins de 12 % des produits de cotisations de la branche vieillesse.

L'augmentation des produits a été soutenue par celle des prises en charge de cotisations par la FSV, sous l'effet de la dégradation du niveau du chômage et de l'instauration au 1er juillet 2010 d'une prise en charge par le FSV des périodes d'arrêt maladie. En revanche, les impôts et taxes affectés ont diminué, en raison principalement de l'entrée en vigueur de l'interdiction des mises à la retraite d'office avant 70 ans, ce qui a

entraîné une chute du produit de la contribution sur les indemnités de mise à la retraite.

Les charges de prestations légales ont augmenté de +4,3 %, contre +4,9 % en 2009. Ce ralentissement traduit l'incidence d'une revalorisation des pensions de retraite plus faible qu'en 2009 (+0,9 % contre +1,3 %) et, s'agissant des droits propres, la poursuite de la diminution du stock des pensionnés partis de manière anticipée en retraite (158 000 contre 219 000 en 2009)[21], qui bénéficient en moyenne d'une pension plus élevée que les nouveaux pensionnés pris dans leur ensemble (au nombre de 673 000 en 2010, contre 659 000 en 2009).

Au total, les facteurs de l'augmentation des charges de droits propres peuvent être ainsi résumés :

Facteurs d'évolution des charges de droits propres du régime général

	2010	2009
Revalorisation des pensions en moyenne annuelle	+0,9 %	+1,3 %
Retraites anticipées	-0,7 %	-0,4 %
Effectif nombre de pensionnés	+3,5 %	+3,5 %
Pension moyenne	+0,7 %	+0,8 %
Evolution des charges de droits propres	+4,3 %	+5,1 %

Source : CNAVTS

e) Fonds de solidarité vieillesse : un rôle de redistribution des déficits

En 2010, le FSV a enregistré un déficit de -4,1 Md€, contre -3,2 Md€ en 2009. Ce déficit a représenté 23,3 % de ses charges pour ce même exercice, contre 19,6 % en 2009.

Comme la Cour l'a fréquemment souligné, le FSV connaît un déficit structurel imputable à l'insuffisance des ressources qui lui sont affectées. Le transfert de 0,2 point de CSG à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) en 2009 a encore aggravé cette situation, en le privant de 2,2 Md€ de produits.

En outre, le FSV joue un rôle de plaque tournante de distribution des déficits entre le RSI et le régime général et entre les branches de ce dernier.

Ainsi, l'augmentation du déficit du FSV en 2010 traduit non seulement l'incidence de la dégradation du marché de l'emploi sur les

21. Sans atteindre les niveaux observables pour les années 2004 à 2008 (supérieurs à 100 000 départs annuels), le flux entrant des départs anticipés en retraite a cependant augmenté (45 000 contre 25 000 en 2009).

prises en charge de cotisations au titre du chômage, mais aussi la chute du solde de la contribution de solidarité à la charge des sociétés (C3S) qui lui est affecté (tombé de 0,8 Md€ en 2009 à 0,3 Md€ en 2010).

La C3S est affectée en première instance à la couverture des déficits de la protection de base maladie et vieillesse assurée par le régime social des indépendants (RSI). Le FSV assume donc une solidarité de fait avec ce régime, dont les produits sont affectés en 2010 par la baisse des revenus professionnels, le contrecoup du report en 2009 de régularisations au titre des revenus de 2007 et la persistance des dysfonctionnements du dispositif de l'interlocuteur social unique (ISU), instauré en 2008 sous la forme d'un partage des tâches de gestion avec les organismes de l'activité de recouvrement (URSSAF et CGSS).

A l'instar des deux exercices précédents, cette situation a conduit la Cour à exprimer une réserve de portée générale sur les prélèvements sociaux concernés dans sa position sur les comptes combinés de l'activité de recouvrement de l'exercice 2010[22]. Elle a par ailleurs une nouvelle fois contribué à l'expression d'un refus de certification par les commissaires aux comptes du RSI.

Par ailleurs, une contribution du FSV à la branche vieillesse au titre des périodes d'arrêt maladie (impact de -0,6 Md€ sur les charges 2010 du FSV) a été instaurée au 1er juillet 2010. L'incidence de cette contribution sur le résultat du FSV a été compensée par un relèvement au 1er janvier 2010 de 70 % à 85 % du taux de la contribution de la branche famille au titre de la prise en charge par le FSV des majorations pour enfants en faveur de la branche vieillesse du régime général et des régimes alignés (impact de +0,7 Md€ sur les produits 2010 du FSV). Cependant, la branche famille n'a pas bénéficié de ressources additionnelles au titre de ce supplément de charges. Les produits de la branche vieillesse ont donc été soutenus par un creusement du déficit de la branche famille.

C – Les résultats des autres régimes

1 – Les régimes dont les résultats sont par construction équilibrés

Les régimes qui ne sont pas dotés d'une personnalité juridique distincte des employeurs, notamment le régime des pensions des agents de l'Etat, sont équilibrés par les employeurs eux-mêmes. En 2010, les cotisations dites fictives des employeurs ont représenté 39,1 Md€ (contre 39,7 Md€ en 2009).

22. Voir rapport de certification des comptes 2010 du régime général, pp. 17 et 33.

Les résultats d'autres régimes sont équilibrés par l'apport de ressources externes[23] :

- intégration financière au régime général, c'est-à-dire la prise en charge du déficit par ce dernier. Un dispositif de cette nature bénéfice aux branches maladie et retraite du régime des salariés agricoles, à la branche maladie du régime des exploitants agricoles (depuis 2009), aux branches maladie et retraite de la caisse qui gère les prestations des ministres des cultes, à la caisse qui gère les prestations maladie des militaires et aux branches maladie et AT-MP du régime des marins. En 2010, ce mécanisme a occasionné 1,2 Md€ de charges pour la branche maladie (1,1 Md€ en 2009) et 0,5 Md€ de charges (comme en 2009) pour la branche vieillesse du régime général ;
- versement par l'Etat de subventions d'équilibre à certains régimes spéciaux de retraite, principalement ceux de la SNCF, des marins, des mines et de la RATP (6,4 Md€ en 2010, contre 6,1 Md€ en 2009) ;
- affectation d'une imposition à la couverture des déficits : comme il a été indiqué, la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) est affectée à due proportion à la couverture des déficits de la protection maladie et vieillesse de base du RSI (montant définitif de 3,7 Md€ pour 2010, après 4 Md€ pour 2009).

2 – Les autres régimes

La situation de trois régimes ne bénéficiant pas de mécanismes d'équilibrage de leurs résultats[24] appelle des commentaires particuliers :

- le régime spécial d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières (IEG) :

Depuis le 1er janvier 2005, le financement du régime spécial d'assurance vieillesse des IEG est adossé au régime général et aux régimes complémentaires de droit commun (ARRCO et AGIRC) dans la limite des règles de ces derniers. Pour le solde, l'équilibre financier du régime est assuré par un ajustement à due proportion des taux de cotisation, à l'exception toutefois des droits non adossés (« chapeau ») acquis au 31 décembre 2004 au titre des activités régulées (distribution et

23 . Impactés au préalable par les dispositifs de compensation démographique généralisée (ensemble des régimes maladie et vieillesse) et spécifique (entre les seuls régimes spéciaux de vieillesse) et de compensation bilatérale (en maladie uniquement). Sur ces dispositifs, voir RALFSS 2010, « Les compensations inter-régimes », p. 61.

24. Au-delà des mécanismes de compensation démographique, qui jouent selon le cas en leur faveur ou en leur défaveur, décrits à la note précédente.

transport), qui sont financés par une imposition de toute nature supportée par le consommateur (la contribution tarifaire sur les prestations de transport et de distribution de l'électricité et du gaz naturel ou CTA).

Dans son précédent rapport, la Cour a souligné que l'adossement était déséquilibré sur un plan financier au détriment du régime général et que la couverture des droits non adossés précités appellerait à l'avenir un alourdissement de la CTA[25]. En 2010, l'application de la clause de rendez-vous de la convention d'adossement avec les régimes complémentaires (incidence nette de +0,2 Md€) a conduit la CNIEG à dégager, de manière conjoncturelle, un léger excédent (de 0,1 Md€).

- le régime de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) :

En 2010, la dégradation tendancielle du résultat de la CNRACL a fait place à un important déficit (-0,5 Md€, soit 2,9 % des charges), à la suite de la mise en place d'un dispositif de neutralisation de l'intégration dans la fonction publique territoriale de personnels de l'Etat en application de la loi de décentralisation de 2004.

Dans le cadre de ce dispositif, la CNRACL reverse à l'Etat les cotisations perçues pour ces personnels, tandis que l'Etat lui rembourse les prestations versées et les charges de compensation supplémentaires liées à leur intégration. Selon les prévisions disponibles, la CNRACL supportera une charge nette jusqu'en 2021 compris. A compter de 2022, cette charge (0,4 Md€ en 2010) s'inversera au détriment de l'Etat.

- la branche retraite du régime des exploitants agricoles :

Depuis la suppression du FFIPSA au 1er janvier 2009, la branche retraite du régime des exploitants agricoles gérée par la CCMSA doit assurer son propre équilibre (voir chapitre XV du présent rapport, p. 435). En 2010, elle a à nouveau dégagé un lourd déficit (-1,3 Md€, soit 14,3 % des charges).

Si le déficit de 2009 avait pu être financé en quasi-totalité par la trésorerie versée à la CCMSA suite à la reprise de la dette du FFIPSA par l'Etat, celui de 2010 a nécessité un recours à l'endettement (voir II – D – infra). Il doit être souligné que la LFSS 2011 et la LFSS rectificative de juillet 2011 n'ont pas prévu de mesures de redressement des comptes de ce régime.

25. Voir RALFSS 2010 « L'organisation de la protection sociale dans les IEG », p. 231.

II - La dette sociale : un poids croissant

A – Le tableau patrimonial

1 – Le tableau patrimonial au 31 décembre 2010

La loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a modifié l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale afin de prévoir l'expression par la Cour d'un avis sur « la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos ».

Elaboré par la direction de la sécurité sociale, ce nouveau document annexé à la LFSS a pour objet d'améliorer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale des entités visées par le II. de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale : l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et les organismes ayant pour mission de concourir à leur financement (FSV), de mettre en réserve des recettes à leur profit (fonds de réserve pour les retraites ou FRR) et d'amortir leur dette (CADES)[26]. Son instauration a contribué à permettre à la Cour de lever sa réserve sur le traitement de la CADES au bilan de l'Etat[27].

En application des dispositions de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, le tableau patrimonial sera intégré à l'annexe A à la LFSS[28]. Les règles retenues pour son élaboration et la consistance de ses rubriques seront détaillées à l'annexe 9 au PLFSS, où sont par ailleurs justifiés les besoins de financement des régimes et organismes habilités à recourir à l'emprunt.

Les projets d'annexes communiqués à la Cour par la direction de la sécurité sociale intègrent des informations détaillées et pertinentes.

26. A ce titre, le tableau patrimonial intègre les résultats du régime général, des autres régimes de sécurité sociale et du FSV, qui sont par ailleurs retracés dans les tableaux d'équilibre.
27. Voir acte de certification des comptes de l'Etat pour l'exercice 2010, pp. 9 et 10.
28. Intitulé indiqué à la Cour : « Rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010 et présentant le tableau patrimonial au 31 décembre 2010 ».

La présentation du tableau patrimonial

Dans le silence de la loi organique sur son contenu, le tableau patrimonial qui sera annexé au PLFSS 2012 retracera l'ensemble des actifs et des passifs comptabilisés aux bilans des régimes de base de sécurité sociale, du FSV, du FRR et de la CADES, après élimination de leurs soldes réciproques[29].

Par nature ou de fait, le périmètre du tableau patrimonial sera moins étendu que celui de la LFSS. D'une part, cinq régimes n'ont pas de bilan (cas notamment du régime des agents de l'Etat qui n'est pas organisé dans le cadre d'une personne morale distincte de ce dernier). D'autre part, seront écartés treize régimes présentant des enjeux financiers limités (bilan inférieur à 200 M€ et absence d'autorisation d'emprunt par la LFSS). Le montant agrégé de leurs bilans est négligeable (0,1 Md€ au total).

Par ailleurs, seront regroupés à une même rubrique, placée en vis-à-vis de ce dernier, l'ensemble des actifs financiers dont la réalisation pourrait permettre de réduire l'endettement social (passif financier). A contrario, une présentation du tableau patrimonial calquée sur la nomenclature comptable aurait conduit à amalgamer aux rubriques d'immobilisations financières des actifs liquides (actions et obligations détenues notamment par le FRR, qui peuvent être cédées sur un marché) avec des actifs illiquides, qui y figurent dès lors à titre quasi-exclusif (prêts à moyen et long terme à des établissements publics de santé et à des associations au titre de l'action sociale et subventions aux unions immobilières, dans le cadre desquelles des organismes locaux de sécurité sociale relevant de plusieurs régimes ou branches gèrent en commun les immeubles qui hébergent leurs activités).

Objet de l'avis de la Cour, le tableau patrimonial présenté ci-après sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012.

Il fera apparaître pour principale information une aggravation du passif financier net de la sécurité sociale. En effet, celui-ci s'élève à 96 Md€ au 31 décembre 2010, soit 4,9 % du PIB, contre 76,3 Md€ au 31 décembre 2009, soit 4 % du PIB. Ce passif financier net correspond à la différence entre le passif financier (dettes financières principalement portées par la CADES et par l'ACOSS, pour cette dernière au titre du régime général) et l'actif financier (titres de placement et disponibilités, principalement détenus par le FRR).

29. S'agissant de l'actif et du passif financier, l'élimination portera sur les billets de trésorerie émis par l'ACOSS (passif) et souscrits par la CADES (actif) afin d'anticiper les transferts de déficits prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, de mutualiser les trésoreries sociales positives et de lisser la dette publique de la France au regard des définitions retenues au niveau européen (11,75 Md€ au 31 décembre 2010). En revanche, le tableau patrimonial intègrera les emprunts effectués par la CADES afin de souscrire ces billets de trésorerie (passif).

Tableau patrimonial au 31 décembre 2010

ACTIF (en Md€)	31/12/10	31/12/09	Var.	PASSIF (en Md€)	31/12/10	31/12/09	Var.
IMMOBILISATIONS	**6,6**	**6,8**	**-0,1**	**CAPITAUX PROPRES**	**-87,1**	**-66,3**	**-20,8**
Immobilisations Non financières	**3,9**	**4,0**	**-0,2**	**Dotations**	**32,8**	**30,3**	**2,4**
				Régime général	0,5	0,5	0,0
				Autres régimes	3,7	3,5	0,2
				CADES	0,2	0,2	0,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	**1,8**	**2,1**	**-0,2**	FRR	28,3	26,1	2,3
				Réserves	**13,2**	**13,7**	**-0,5**
				Régime général	2,6	2,6	0,0
				Autres régimes	6,7	7,0	-0,3
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	**0,8**	**0,8**	**0,0**	FRR	3,9	4,1	-0,1
				Report à nouveau	**-110,0**	**-90,7**	**-19,3**
				Régime général	-13,5	6,9	-20,4
				Autres régimes	-1,3	-0,3	-1,0
				FSV	-3,2	0,0	-3,2
				CADES	-92,0	-97,3	5,3
				Résultat de l'exercice	**-23,9**	**-19,6**	**-4,3**
				Régime général	-23,9	-20,3	-3,6
				Autres régimes	-1,6	-1,2	-0,4
				FSV	-4,1	-3,2	-0,9
				CADES	5,1	5,3	-0,1
				FRR	0,6	-0,1	0,7
				Autres	**0,7**	**0,0**	**0,7**
				FRR	0,7	0,0	0,7
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	**17,0**	**16,4**	**0,5**
ACTIF FINANCIER	**50,7**	**48,4**	**2,3**	**PASSIF FINANCIER**	**146,8**	**124,7**	**22,0**
Valeurs mobilières et titres de placement	**44,6**	**43,9**	**0,8**	**Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)**	**118,8**	**106,5**	**12,3**
Autres régimes	9,2	8,8	0,4	Régime général	17,5	9,6	8,0
CADES	1,5	4,0	-2,4	CADES	101,2	97,0	4,3
FRR	33,9	31,2	2,7	**Dettes à l'égard d'établissements de crédit**	**24,7**	**17,8**	**6,9**
Encours bancaire	**5,9**	**4,3**	**1,6**	Régime général (y compris prêts CDC)	21,0	15,5	5,5
Régime général	0,8	0,5	0,3	Autres régimes	3,7	2,1	1,6
Autres régimes	0,7	0,6	0,1	CADES	0,0	0,2	-0,2
CADES	1,2	1,0	0,2	**Dépôts**	**0,8**	**0,0**	**0,8**
FRR	3,2	2,3	0,9	Régime général	0,8	0,0	0,8
Créances nettes au titre des instruments financiers	**0,2**	**0,2**	**0,0**	**Dettes nettes au titre des instruments financiers**	**0,1**	**0,1**	**0,0**
				FRR	0,1	0,1	0,0
CADES	0,2	0,2	0,0	**Autres**	**2,4**	**0,3**	**2,0**
				Régime général	0,3	0,0	0,2
				Autres régimes	0,1	0,1	0,0
				CADES	2,0	0,2	1,8
ACTIF CIRCULANT	**59,8**	**60,1**	**-0,3**	**PASSIF CIRCULANT**	**40,5**	**40,5**	**0,0**
Créances sur prestations	**7,8**	**9,1**	**-1,3**	**Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires**	**21,3**	**21,3**	**0,0**
Créances et produits à recevoir (PAR) sur cotisations, contributions soc. et impôts	**41,3**	**38,1**	**3,2**	**Dettes à l'égard des cotisants**	**1,4**	**1,0**	**0,4**
Créances et PAR sur l'Etat et autres entités publiques	**6,6**	**10,1**	**-3,5**	**Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques**	**7,6**	**7,2**	**0,4**
Autres actifs	**4,1**	**2,8**	**1,3**	**Autres passifs, dont soulte IEG**	**10,2**	**11,0**	**-0,8**
TOTAL DE L'ACTIF	**117,1**	**115,3**	**1,8**	**TOTAL DU PASSIF**	**117,1**	**115,3**	**1,8**

Source : ministère chargé des comptes publics

2 – Avis de la Cour sur le tableau patrimonial au 31 décembre 2010

En application de l'article 2 de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la Cour exprime pour la première fois un avis « sur la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos ».

A ce titre, la Cour apprécie la présentation de la situation patrimoniale des entités relevant du domaine des lois de financement de la sécurité sociale donnée par le tableau patrimonial, la pertinence des règles établies pour établir ce document, par sondage l'intégration des données comptables de son périmètre et la correcte élimination des soldes réciproques entre ces entités ainsi que, de manière générale, la qualité de l'information procurée au Parlement.

En outre, la Cour prend en compte dans son appréciation les opinions exprimées par les auditeurs externes des comptes des régimes et organismes relevant du domaine des lois de financement de la sécurité sociale (Cour des comptes pour les établissements publics nationaux, les branches et l'activité de recouvrement du régime général et commissaires aux comptes pour les autres régimes et organismes nationaux).

*
* *

En application du 2° du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le tableau patrimonial au 31 décembre 2010 qui figurera à l'annexe A de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, ainsi que sur les éléments d'information complémentaires qui seront intégrés à l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année, établis sous la responsabilité du ministère chargé des comptes publics.

A l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 fournit une image cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010, sous réserve des trois observations suivantes :

1. La qualité de l'information relative aux actifs est affectée par la mention de leur seule valeur nette et le regroupement à une même rubrique des créances et des produits à recevoir des prélèvements sociaux qui financent la sécurité sociale.

2. La grande diversité des pratiques comptables des entités du périmètre du tableau patrimonial et le manque d'informations disponibles sur certains éléments affectent l'exhaustivité de l'imputation des actifs et passifs circulants ainsi que la correcte et exhaustive élimination des soldes réciproques entre entités.

3. Pour 2010, les opinions exprimées par les auditeurs externes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne.

Par ailleurs, la Cour appelle l'attention du lecteur du tableau patrimonial sur les éléments suivants :

- la CADES retrace en engagements hors bilan dans l'annexe à ses comptes les montants correspondant aux transferts des déficits des branches du régime général et du FSV décidés par les lois de financement annuelles de la sécurité sociale. Elle constate des dettes uniquement au moment du versement des fonds à leurs bénéficiaires. Par conséquent, le tableau patrimonial au 31 décembre 2010 ne retrace pas les impacts des transferts de déficits à la CADES en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (dans la limite de 130 Md€ au total). En revanche, il intègre les dettes contractées par l'ACOSS afin de financer les déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV relatifs aux exercices 2009 et 2010 (-50,1 Md€ au total) qui sont transférés à la CADES au cours de l'année 2011 ;

- dans le tableau patrimonial au 31 décembre 2010, les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la CADES au titre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui prévoient le versement annuel de 2,1 Md€ par le FRR à la CADES entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total, ont été neutralisées en raison de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances sur le FRR (elle mentionne les montants correspondants en engagements hors bilan dans l'annexe à ses comptes). Au regard du bilan du FRR, les dotations et réserves indiquées au titre de cet organisme sont par conséquent majorées, tandis que les passifs circulants sont minorés. Cette remarque n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres, mais uniquement sur leur ventilation entre FRR et CADES ;

- à la différence des autres entités comprises dans le périmètre du tableau patrimonial, le FRR valorise les actifs financiers qu'il détient à leur valeur de marché (avis n°2003-07 du CNC du 24 juin 2003). De ce fait, le montant des valeurs mobilières de placement détenues par le FRR au 31 décembre 2010 (33,9 Md€) incorpore des écarts positifs d'estimation (plus-values latentes) d'un montant de 0,7 Md€ au regard de leur valeur d'acquisition (montant non significatif à fin 2009).

3 – Motivations détaillées de l'avis exprimé par la Cour

a) La présentation du tableau patrimonial

Le tableau patrimonial n'adopte pas la présentation des bilans des entités comprises dans son périmètre sur un point qui affecte la qualité de l'information qu'il procure sur les actifs. En effet, seule est présentée la valeur nette des éléments d'actifs et non, comme dans les bilans, la valeur brute, les amortissements et dépréciations et la valeur nette. De ce fait, les montants bruts de créances de prestations et de prélèvements sociaux sur les cotisants et les provisions pour dépréciation qui reflètent leurs perspectives de non-recouvrement ne peuvent être directement appréhendés à la lecture de ce document.

En liaison avec le point précédent, la rubrique relative aux créances de prélèvements sociaux amalgame deux natures différentes de créances : les restes à recouvrer sur les cotisants, qui correspondent à des créances certaines faisant l'objet de provisions pour dépréciation et les produits à recevoir, qui correspondent à des créances estimées dont l'évaluation tient compte de perspectives de non recouvrement.

Pour l'avenir, la Cour recommande de faire évoluer la présentation du tableau patrimonial sur ces deux points.

b) Les problèmes soulevés par les actifs et passifs circulants

A l'occasion notamment de l'élimination de leurs opérations réciproques, l'élaboration du tableau patrimonial a révélé la présence d'anomalies de comptabilisation commises par les entités comprises dans son périmètre.

Ainsi, les entités précitées ne comptabilisent pas systématiquement des éléments de même nature aux mêmes rubriques du bilan. Elles pratiquent parfois des compensations entre des éléments d'actif et de passif. Pour ces motifs, les montants relatifs à de mêmes opérations diffèrent parfois entre les bilans des entités.

Par ailleurs, le manque d'information ou de détail aux bilans et dans les annexes aux comptes de certains organismes a conduit le ministère chargé des comptes publics à se fonder, pour éliminer les opérations réciproques entre entités, sur les chiffres qui apparaissaient les plus fiables ou, plus rarement, à s'abstenir d'y procéder.

Sans affecter la correcte reprise des comptes individuels des entités du périmètre et l'élimination pertinente des opérations réciproques identifiées, les points d'attention qui précèdent perturbent de manière non

négligeable la restitution d'une information financière exhaustive et exacte dans le cadre du tableau patrimonial.

c) Les constats des auditeurs externes sur la qualité des comptes

Sur ce point, il est renvoyé aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (voir I - A - 3 - d) supra). Pour l'appréciation de la cohérence du tableau patrimonial, la portée des opinions de refus de certification et des réserves exprimées par les auditeurs externes est cependant atténuée par le fait que ces refus et réserves ne visent pas l'actif et le passif financier. En outre, les auditeurs externes n'ont pas exprimé de réserves sur les comptes de la CADES et du FRR au 31 décembre 2009 et au 31 décembre 2010.

B – L'endettement financier du régime général porté par l'ACOSS

1 – Un doublement de l'endettement par rapport à 2009

En 2010, l'endettement du régime général porté par l'ACOSS a doublé, sous l'effet des déficits massifs des branches du régime général et du FSV pour les exercices 2009 et 2010 et de la décision de ne pas transférer à la CADES, tout au moins à court terme, les déficits pour l'exercice 2009 :

Endettement financier brut et net de l'ACOSS[30]

En Md€

	31/12/2010	31/12/2009	Variation	31/12/2008
Dettes financières (brutes) [31]	**50,3**	**24,3**	**+26,0**	**17,5**
Disponibilités	0,7	0,2	+0,5	0,2
Endettement financier net	**49,6**	**24,1**	**+25,6**	**17,3**

Source : comptes annuels de l'ACOSS

L'augmentation de l'endettement financier de l'ACOSS trouve son origine dans la dégradation des soldes des comptes courants de l'ensemble des branches du régime général. Comme le montre le tableau ci-après, cette dégradation est fortement corrélée à leurs déficits :

Soldes des comptes courants des branches du régime général à l'ACOSS[32]

En Md€

	31/12/2010	31/12/2009	Variation	*Pm : déficit 2010*	*Pm : déficit 2010 du FSV*
Maladie	-24,0	-12,7	-11,3	*-11,6*	-
AT-MP	-2,2	-1,7	-0,6	*-0,7*	-
Famille	-2,6	-0,7	-1,9	*-2,7*	-
Vieillesse	-21,7	-10,3	-11,4	*-8,9*	*-4,1*
Total	**-50,5**	**-25,3**	**-25,2**	***-23,9***	***-4,1***

Source : comptes annuels de l'ACOSS

30. L'endettement financier du régime général au 31 décembre 2009 tient compte de l'encaissement de 17 Md€ au titre du transfert à la CADES des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse et du FSV au 31 décembre 2008, pour un montant total de 27 Md€. Celui au 31 décembre 2008 tient compte d'un versement anticipé de 10 Md€ en fin d'année au titre de cette même opération.

31. L'écart par rapport au montant figurant au tableau patrimonial (38,6 Md€) correspond aux billets de trésorerie émis par l'ACOSS et souscrits par la CADES (11,75 Md€), qui sont éliminés dans le cadre de l'élaboration de ce document.

32. L'écart entre le montant agrégé des soldes des comptes courants des caisses nationales à l'ACOSS et l'endettement financier net de l'ACOSS (soit 1,3 Md€ au 31 décembre 2009 et 0,9 Md€ au 31 décembre 2010) traduit l'existence d'un concours financier non rémunéré des attributaires autres que les branches du régime général. Ce concours provient des délais frictionnels de versement à leurs attributaires des prélèvements sociaux encaissés par les organismes du recouvrement.

Pour appréhender l'évolution du solde du compte courant de la branche vieillesse, il convient également de tenir compte du déficit du FSV. Cet établissement public qui, à juste titre, n'est pas autorisé à effectuer des emprunts, compense l'insuffisance des ressources qui lui sont affectées en retardant le versement à la CNAVTS (et au régime des salariés agricoles, financièrement intégré au régime général) des prises en charge de cotisations au titre du chômage. Ces retards ne donnent pas lieu à facturation d'intérêts au FSV et sont donc supportés par la CNAVTS. La Cour estime qu'il conviendrait d'instaurer une telle facturation afin de faire apparaître le coût économique que ces retards engendrent.

Dans ses rapports sur la certification des comptes du régime général, la Cour préconise d'intégrer le FSV au périmètre de combinaison des comptes de la branche vieillesse du régime général, à due proportion des concours du FSV à cette branche (lesquels représentent les 9/10èmes du total des concours du fonds), afin que les comptes de cette dernière traduisent la réalité de ses produits et de ses résultats[33]. A ce jour, cette recommandation n'a pas été suivie.

2 – L'Etat, créancier de la sécurité sociale en 2010

Au 31 décembre 2010, les écarts qui peuvent être observés entre les montants des déficits d'une part et les variations des comptes courants des branches à l'ACOSS d'autre part traduisent notamment l'incidence du remboursement en début d'année par l'Etat de dettes antérieures à 2009, à la suite des ouvertures de crédits et des réaffectations d'impôts et de taxes (initialement affectés au financement du « panier » des allègements généraux de cotisations sociales) opérées par la loi de finances rectificative de fin d'année 2009 (à hauteur de 2,5 Md€ au total).

La loi de finances rectificative de fin d'année 2010 a procédé au remboursement de dettes de l'Etat selon des modalités de même nature.

Dans son rapport sur les résultats et la gestion budgétaire pour l'exercice 2010[34], la Cour a porté un regard critique sur cette opération, qui a privé les régimes de sécurité sociale de produits qui, toutes choses égales par ailleurs, auraient permis de réduire leurs déficits, a soustrait de la norme d'évolution des dépenses de l'Etat pour 2010 des ressources affectées à la couverture de dettes exigibles correspondant à des charges permanentes de ce dernier (compensation de l'AAH, des aides au logement et d'une partie des exonérations ciblées de cotisations sociales) et a anticipé une partie des dépenses budgétaires de 2011.

33. Voir rapport de certification des comptes 2010 du régime général, p. 9.
34. Voir pp. 39-40.

En effet, l'ampleur des ressources affectées à la réduction des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale (1,4 Md€) a été telle qu'elle a eu pour effet d'inverser les positions habituelles de l'Etat et du régime général, en faisant apparaître non plus des dettes, mais des créances de l'Etat sur ce dernier : dans l'état semestriel des dettes de l'Etat à l'égard des régimes obligatoires de base de sécurité sociale communiqué au Parlement en application de l'article L.O. 111-10-1 du code de la sécurité sociale, l'Etat détient ainsi 0,5 Md€ de créances sur les branches du régime général au 31 décembre 2010 (montant identique pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale), alors qu'il était encore redevable à leur égard de 0,8 Md€ au 31 décembre 2009 (0,7 Md€ pour l'ensemble des régimes)[35]. De fait, ces créances contribueront à financer des dépenses budgétaires de l'Etat dont le besoin est né en 2011.

C – La dette sociale portée par la CADES

Au 31 décembre 2010, 134,6 Md€ de déficits sociaux avaient été transférés à la CADES. Ce montant intègre l'incidence de la reprise de 27 Md€ de déficits des branches maladie et vieillesse du régime général et du FSV à fin 2008 décidée par la LFSS 2009.

A la même date, la CADES avait remboursé 47,9 Md€ de dettes sociales, ce qui laissait 86,7 Md€ de dettes sociales à amortir[36]. Ce montant n'intègre pas le transfert supplémentaire à la CADES d'un montant maximal de 130 Md€ de déficits des branches maladie, vieillesse et famille et du FSV décidé par la LFSS 2011[37].

En 2010, comme les exercices précédents, le service des intérêts de la dette sociale (3,3 Md€) a absorbé une part importante des ressources de la CADES procurées par la CRDS et par une fraction de 0,2 point de CSG

35. Par rapport aux bilans des régimes et organismes nationaux de sécurité sociale au 31 décembre et donc du tableau patrimonial, l'état semestriel prend en compte les versements intervenus après le 31 décembre, au cours de la période complémentaire d'exécution du budget de l'Etat.

36. Au passif du bilan de la CADES, le montant des dettes financières s'inscrit à un niveau plus élevé (101,2 Md€). La différence avec le montant précité de dettes sociales restant à amortir, soit 14,5 Md€, correspond à des actifs financiers (billets de trésorerie émis par l'ACOSS, créances à terme sur des établissements de crédit et disponibilités). Au-delà, le montant de dettes financières de la CADES figurant au tableau patrimonial (103,2 Md€) intègre des dépôts de garantie reçus dans le cadre des contrats de marché à terme et de pensions livrées mis en place afin de couvrir le risque de contrepartie, qui sont classés parmi les « autres passifs » au bilan de la CADES (2 Md€).

37. Voir chapitre III du présent rapport, p. 82.

affectée au FSV avant 2009 (8,2 Md€ au total[38]) et des produits d'intérêt (0,3 Md€).

Egalement pour 2010, les ressources qu'a pu consacrer la CADES à l'amortissement de la dette sociale (5,1 Md€ [39]) ont représenté uniquement 38 % du montant moyen des déficits du régime général et du FSV entre 2002 et 2010 (soit 13,6 Md€) ou encore 65 % de ce même montant moyen entre 2002 et 2008 (soit 7,9 Md€). Ces données témoignent de l'ampleur des ressources qui restent à mobiliser afin d'assurer l'extinction de la dette sociale à son terme, fixé à 2025.

D – Les autres dettes sociales

En dehors d'emprunts destinés à couvrir les décalages calendaires entre l'encaissement des cotisations et le paiement des pensions de retraite à terme à échoir (CPRPSNCF et CNIEG), les dettes financières des régimes autres que le régime général retracées par le tableau patrimonial au 31 décembre 2010 comprennent des emprunts destinés à assurer la continuité du financement du régime des mines (0,5 Md€) et de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles (1,6 Md€, montant particulièrement important souscrit en décembre 2010 par la CCMSA), qui connaissent des déficits structurels (voir I – C – 2 - supra).

CONCLUSION

Au-delà des observations que porte la Cour dans ce chapitre sur le caractère perfectible de leurs modalités d'élaboration ou de leur présentation, 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 2012 traduisent correctement l'ampleur des déficits et de l'endettement financier de la sécurité sociale à fin 2010.

En 2010, les régimes de sécurité sociale et le FSV ont dégagé des déficits sans précédent (-29,8 Md€ au total, soit -1,5 % du PIB). Pour l'essentiel, ces déficits sont concentrés sur les banches du régime général et le FSV (-28 Md€ au total, soit -1,4 % du PIB). Par leur ampleur, ils ont entraîné en un an un doublement de l'endettement net du régime général porté par l'ACOSS (49,6 Md€ à fin 2010). Le déficit de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, financé lui aussi par endettement, est également très préoccupant (-1,3 Md€).

38. Après déduction des frais d'assiette et de recouvrement et pour dégrèvement et admissions en non valeur et des dotations aux provisions.
39. Ce montant correspond au résultat de la CADES.

Au-delà, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011 (juillet 2011) prévoit encore des déficits des régimes obligatoires de base et du FSV de près de 21 Md€ en 2014. La réalisation de cet objectif est elle-même tributaire de la poursuite de la décélération de l'ONDAM et de l'absence d'aléas conjoncturels sur les recettes. D'ici 2020 et à tendances inchangées, comme la Cour l'a souligné dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques (juin 2011), la persistance des déficits sociaux conduira inévitablement à de nouvelles reprise de dettes par la CADES.

Des réformes nouvelles portant tant sur les recettes que sur les dépenses apparaissent donc indispensables afin de réduire les déficits sociaux et ralentir l'accumulation de la dette sociale.

La mise en œuvre de ces réformes devrait s'accompagner d'une stabilisation de la définition des produits et des charges de chacune des branches du régime général et du FSV, dont l'instabilité chronique affecte la comparabilité de leurs résultats d'un exercice à l'autre.

RECOMMANDATIONS

Relatives à l'équilibre des comptes sociaux

1. Revenir à l'équilibre des comptes sociaux selon un calendrier rapproché. En conséquence, intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales.

2. Mettre fin au sous-financement structurel du FSV.

3. Affecter des ressources supplémentaires à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles afin d'assurer un équilibre pérenne de ses comptes et son désendettement.

Relatives à l'information du Parlement sur les comptes sociaux

4. Intégrer aux annexes de la loi ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale une ventilation détaillée des produits et des charges, indiqués dans les tableaux d'équilibre sous la forme de montants globaux.

5. Pour l'élaboration des tableaux d'équilibre, éliminer l'ensemble des transferts internes et mettre fin aux pratiques de contractions de produits et de charges. Si les contractions visant à assurer une présentation à caractère économique de l'évolution des produits et des charges devaient être confirmées, il conviendrait alors de développer

l'information du Parlement sur les règles d'élaboration des tableaux d'équilibre (nature des règles ; nature et portée des changements).

6. Parfaire l'information financière procurée par le tableau patrimonial, en homogénéisant les méthodes de comptabilisation des opérations de même nature entre les entités de son périmètre et en améliorant la présentation des postes d'actif non financier.

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010

PRESENTATION

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été institué en 1996 afin de réguler les dépenses de santé financées par la sécurité sociale[40].

L'exécution de l'ONDAM en 2010 a été marquée par le début de l'application d'un ensemble de dix propositions formulées par un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, présidé par M. Raoul Briet, dont les conclusions ont été validées par la deuxième conférence sur le déficit public du 20 mai 2010. Un an après cette annonce, la Cour, qui avait, au même moment, fait état d'observations en grande partie identiques[41]*, a examiné la mise en œuvre de ces propositions qui devraient permettre un meilleur pilotage de l'ONDAM.*

Après plus de dix années de dépassements systématiques et pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM de 2010, fixé à 162,4 M€, en croissance de 3 %, a été tenu, avec un montant de réalisations légèrement inférieur au montant voté. Ce résultat a été en partie obtenu grâce à un renforcement effectif du pilotage. Cependant, le respect de l'ONDAM reste fragile car il résulte aussi en 2010 d'éléments plus circonstanciels difficilement reproductibles.

I - Un pilotage plus ferme de l'ONDAM

L'ONDAM est déterminé chaque année lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale.

Son élaboration et sa gestion s'inscrivent désormais dans le cadre d'orientations dont la portée prescriptive a été renforcée tant au niveau du cadrage pluriannuel que de la gestion infra-annuelle.

A – Un cadrage pluriannuel volontariste bien que non contraignant

Depuis 2009, la détermination de l'ONDAM doit tenir compte des orientations pluriannuelles des finances publiques définies par les lois de programmation instaurées par la réforme constitutionnelle de 2008.

40. L'ONDAM couvre essentiellement des dépenses des régimes d'assurance maladie obligatoires, mais aussi des dépenses des régimes d'accidents du travail et maladies professionnelles.
41. RALFSS 2010, pp. 33 à 60.

La première de ces lois, celle du 9 février 2009, prévoyait pour la période 2009 à 2012 de limiter à 3,3 % par an la croissance des dépenses relevant de l'ONDAM, marquant ainsi une décélération par rapport aux réalisations des années antérieures[42].

La seconde loi, celle du 28 décembre 2010, qui porte sur la période de 2011 à 2014 a été plus loin en fixant des montants d'ONDAM à respecter correspondant à des taux d'évolution plus contraints avec une croissance de 2,9 % en 2011 par rapport à l'ONDAM voté pour 2010, puis de 2,8 % par an jusqu'en 2014.

Le respect de l'ONDAM prévu par ces lois de programmation représente un engagement plus fort, car son dépassement conduirait à compromettre l'ensemble de la trajectoire des finances publiques sur laquelle le gouvernement s'est engagé, mais ces lois de programmation ne sont pas revêtues d'une valeur juridique supérieure à celle des autres lois.

Cependant est en cours d'examen un projet de loi constitutionnelle qui prévoit l'adoption de lois cadre qui viendraient remplacer les actuelles lois de programmation, dont les dispositions s'imposeraient aux LFSS dans des conditions déterminées par loi organique.

Cette révision permettrait de mettre en œuvre l'une des propositions du rapport Briet consistant à insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle.

B – Une gestion infra-annuelle plus rigoureuse

Les orientations retenues à la suite du rapport Briet se rapportent aux conditions d'élaboration et de vote de l'ONDAM, à la gouvernance prévue pour suivre cet agrégat et enfin à la mise en place de nouveaux dispositifs de régulation.

1 – Les conditions d'élaboration et de vote de l'ONDAM

Les deux propositions du rapport retenues sont les suivantes :

- confier au comité d'alerte[43] un rôle de contrôle ex ante sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM

42. Le taux d'augmentation des dépenses réalisées était de +4,2 % en 2007 et de +3,5 % en 2008 (cf. RALFSS 2010 précité).

43. Le rôle de cette instance est d'assurer le suivi infra-annuel de l'ONDAM. Si l'analyse de la tendance fait apparaître une prévision de dépassement de l'ONDAM allant au-delà du seuil d'alerte, une procédure peut être déclenchée conduisant à la mise en œuvre de mesures de redressement en cours d'année.

avant le vote de la LFSS, de manière à s'assurer de l'absence de biais manifeste ;

- rassembler dans une annexe au PLFSS les informations détaillées sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours ainsi que les hypothèses techniques retenues pour la construction de l'ONDAM de l'année à venir.

Les dispositions du code de la sécurité sociale[44] ont été modifiées de manière à confier au comité d'alerte le contrôle ex ante décrit supra. Le premier avis à ce titre est attendu à propos de l'ONDAM pour 2012.

Par ailleurs, l'annexe 7 dans le PLFSS pour 2011 a été enrichie et explicite davantage les méthodes retenues, sans pour autant aller aussi loin que ce que proposait le rapport Briet en termes d'explicitations des hypothèses techniques.

Comme l'a souligné la Cour en juin 2011 dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques[45], la solidité et la transparence des hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM constituent un domaine où les efforts engagés doivent être poursuivis, afin que le comité d'alerte puisse pleinement jouer son rôle. Par ailleurs, une explicitation plus détaillée de ces hypothèses dans le cadre de l'annexe 7 du PLFSS apparaît nécessaire.

2 – La gouvernance de l'ONDAM

En la matière, il a été retenu :

- d'instaurer un comité de pilotage se réunissant régulièrement, de lui donner un fondement réglementaire et de tenir régulièrement informées de ses travaux les commissions compétentes du Parlement ;
- de renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM et de rassembler dans une même entité l'ensemble des acteurs de la production de données ;
- d'augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte en prévoyant un tel avis dès la mi-avril ;
- d'abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 % de l'ONDAM.

Le comité de pilotage a été mis en place de facto et se réunit régulièrement, bien que dépourvu du fondement réglementaire dont le rapport Briet avait souligné l'importance. Ses travaux s'appuient sur ceux

44. Article L. 114-4-1.
45. Page 164.

du groupe statistique, dont la constitution était également recommandée par le rapport.

L'avis obligatoire du comité d'alerte de la mi-avril a été prévu par la même disposition que celle instituant l'avis du mois d'octobre. Le premier avis de ce type a été rendu à propos de l'ONDAM pour 2011.

Enfin, l'abaissement progressif du seuil d'alerte de 0,75 % à 0,5 % du montant de l'ONDAM sera achevé en 2013.

3 – Les outils de régulation

Les trois orientations retenues par les pouvoirs publics consistent :

- à instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel, total ou partiel ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le comité de pilotage ;
- à conditionner, sous la responsabilité du comité de pilotage, la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles contenues dans la LFSS (ainsi que celles susceptibles d'être décidées en cours d'année) au respect de l'ONDAM ;
- à prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre effective rapide des mesures correctrices.

Le principe de la mise en réserve des dotations a été prévu par la loi de programmation de décembre 2010, à hauteur d'un minimum de 0,3 % de l'ONDAM de l'année.

Dès avant ce texte, des mesures de gel de dotation ont été mises en œuvre pour la gestion de l'ONDAM 2010. Par la suite, l'ONDAM 2011 a aussi donné lieu à un gel de dotation, portant sur un montant du même ordre de grandeur que ce plancher légal[46]. L'ensemble de ces mesures a concerné essentiellement l'ONDAM hospitalier (cf. infra).

En revanche, restent à définir tant les règles conditionnant l'adoption des mesures nouvelles au respect de l'ONDAM que la procédure accélérée à mettre en œuvre en cas de déclenchement de l'alerte par le comité.

46. Les gels pratiqués en 2011 portent sur 530 M€ selon l'avis du comité d'alerte du 30 mai 2011. Le plancher légal était de l'ordre de 501,3 M€ sur la base d'un ONDAM 2011 fixé à 167,1 Md€.

II - Les modalités d'élaboration de l'ONDAM 2010

L'ONDAM se décompose en six sous-objectifs[47] qui sont les mêmes que ceux qui existaient les années précédentes, à savoir un sous-objectif relatif aux soins de ville, deux sous-objectifs portant sur les dépenses relatives aux hôpitaux et cliniques[48] usuellement regroupés sous le terme d'ONDAM hospitalier, deux sous-objectifs afférents aux dépenses médico-sociales et un sous-objectif dédié aux autres prises en charge.

La composition de ces sous-objectifs est restée la même qu'en 2009, réserve faite des dépenses liées aux soins effectués en France par les non résidents relevant de régimes étrangers de sécurité sociale.

47. La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale impose de définir en LFSS au moins cinq sous-objectifs au sein de l'ONDAM et d'en donner le montant.

48. Le deuxième sous-objectif concerne les dépenses entrant dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) ainsi que les MIGAC, alors que le troisième sous-objectif s'applique aux champs non couverts par la T2A (SSR, psychiatrie, USLD), au financement du FMESPP ainsi qu'aux dépenses dites non régulées des établissements de santé.

ONDAM– composition des sous-objectifs

Sous-objectifs	Composantes des sous-objectifs
Dépenses de soins de ville	- honoraires (médicaux, infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes…) et prise en charge des cotisations sociales des PAM - produits de santé et autres prestations (médicaments, produits et prestation de la LPP, biologie, transports) - indemnités journalières (IJ) sauf IJ maternité
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	- dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements pour leur activité faisant objet d'un tarif (T2A), forfaits annuels, médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) facturés en sus des séjours, forfaits haute technicité (dépenses dites ODMCO) - dotations pour les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC)
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	- dépenses de soins de suite et de réadaptation et de séjours en établissements psychiatriques en application d'un tarif pour les cliniques privées pour les frais de séjours, les médicaments, les dispositifs médicaux (dépenses dites OQN SSR et psy) - dotations annuelles de financement pour les soins de suite et de réadaptation, pour l'activité de psychiatrie, pour les unités de soins de longue durée (USLD) pour les hôpitaux publics ou participant au service public et les hôpitaux locaux, dépenses de soins des établissements de Mayotte et de St-Pierre-et-Miquelon (dépenses dites de l'ODAM) - établissements conventionnés installés à l'étranger (Andorre, Monaco), (dépenses dites non régulées) - dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	dotation au FIQCS, dépenses du secteur médico-social hors champ de la CNSA, remboursement au CLEISS des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger

Source : Cour des comptes

Les quatrième et cinquième sous-objectifs, à dimension médico-sociale sont d'une nature spécifique : ils ne se rapportent pas, en tant que tels, à des prestations d'assurance maladie, mais déterminent la contribution des régimes de sécurité sociale au financement de l'objectif global de dépenses (OGD)[49] propre à ce secteur. C'est à l'OGD, dont la

49. Le complément de financement est apporté par la CNSA, au moyen notamment des prélèvements sociaux qui lui sont affectés.

gestion incombe en premier lieu à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qu'il revient d'encadrer les règlements aux établissements et services médico-sociaux liés aux activités de soins dispensés à leurs résidants.

A – Des difficultés récurrentes d'élaboration

Le processus d'élaboration de l'ONDAM implique, schématiquement, trois étapes principales :

- la détermination d'une base de référence, à laquelle va s'appliquer le taux d'évolution retenu pour l'année considérée ;
- l'estimation d'une évolution tendancielle correspondant à la croissance spontanée des dépenses, avant mesures correctrices ;
- la définition des mesures d'économies à réaliser par rapport à cette évolution tendancielle, de façon à atteindre le montant cible de dépenses retenu.

Pour chacune de ces étapes, tant les travaux de la Cour que ceux du groupe de travail Briet ont relevé des faiblesses de nature à fragiliser l'élaboration de l'ONDAM.

1 – La détermination de la base

Le calcul de la base de référence prend en compte principalement deux éléments : d'une part, une prévision de dépenses pour l'année en cours, d'autre part, d'éventuels changements de périmètres.

a) La difficulté d'appréhender le niveau de dépenses de l'année 2009

La base de référence pour l'ONDAM de 2010 est fondée sur la prévision de dépenses pour 2009 telle qu'établie en septembre de cette année, au moment de la publication du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Ce dispositif - identique à la pratique des années antérieures - a pour objet de prendre en compte les phénomènes de dépassement, ou inversement de sous consommation, de manière à rendre plus réaliste la construction de l'ONDAM.

Toutefois, un élément de fragilité inhérent à ce stade tient au risque de divergence entre les montants ainsi pris en compte et les réalisations effectives qui ne sont connues qu'après le vote de la LFSS, exposant ainsi à modifier les conditions de respect de l'ONDAM par rapport à ce qui avait été envisagé initialement.

Ce phénomène s'est fait sentir tout particulièrement pour l'ONDAM 2010, quoique dans des sens opposés pour les soins de ville et l'ONDAM hospitalier. Ainsi, pour l'ONDAM 2010 a-t-il été tenu compte d'un dépassement prévisionnel de 335 M€, dont 350 M€ au titre des soins de ville, 160 M€ au titre de l'ONDAM hospitalier et une sous réalisation de 150 M€ au titre de l'ONDAM médico-social.

ONDAM 2009 – estimations successives du dépassement global

En M€

	Rapport CCSS septembre 2009	Avis comité d'alerte mai 2010	Rapport CCSS septembre 2010	Réalisations définitives (juin 2011)
Soins de ville	350	230	0	20
ONDAM hospitalier	160	620	550	600
ONDAM médico-social	-150	-150	-150	-150
Autres prises en charge	-25	40	50	40
ONDAM	335	740	450	510

Source : rapports CCSS, comité d'alerte, direction de la sécurité sociale

S'agissant des soins de ville, le sous-objectif pour 2010 a ainsi été construit à tort sur la base d'un dépassement de l'ordre de 350 M€, puisqu'il s'est avéré par la suite que le sous-objectif arrêté pour 2009 avait en fait été quasiment respecté. Le dépassement anticipé ainsi pris en compte a procédé, comme pour les années antérieures, d'une prévision de dépense établie à partir de méthodes économétriques.

En revanche, pour ce qui est de l'ONDAM hospitalier, le dépassement pris en compte lors du calcul de la base a été notablement inférieur à celui qui s'est manifesté en définitive. Ce manque en base, qui a porté sur 440 M€, a conduit à l'adoption en 2010 de mesures d'économies complémentaires en plusieurs vagues, au fur et à mesure que l'importance du dépassement de 2009 se révélait.

Ce dépassement non anticipé tient à deux facteurs différents. En premier lieu, se sont fait sentir les dernières répercussions de la 11ème version de la classification de l'activité hospitalière dans le cadre de la T2A. En outre, mais dans une moindre mesure, il a été constaté en cours d'année 2010 que l'activité des établissements avait été plus soutenue que prévue, du fait d'un important épisode grippal (lié notamment à la grippe A(H1N1)v) en fin d'année 2009.

En définitive, le manque en base global au niveau de l'ONDAM a été de 175 M€.

b) Les modifications de périmètre

Outre la prise en compte du dépassement anticipé, la base de référence fait l'objet d'ajustements en fonction de changements de périmètre de l'ONDAM. Ces changements sont exposés chaque année dans l'annexe 7 du PLFSS.

Pour 2010, la principale opération de ce type a consisté à extraire de l'ONDAM les dépenses afférentes aux soins effectués en France par les non résidents, pour un montant global de 491 M€, dont 231 M€ sur les soins de ville et 248 M€ sur le troisième sous-objectif.

Ces dépenses ne sont pas sujettes à régulation : en effet, si les soins effectués pour les non résidents donnent lieu, dans un premier temps, à des décaissements de la part des organismes d'assurance maladie, ces dépenses ont vocation à être prises en charge in fine par les régimes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés.

Cette mesure va dans le sens d'une recommandation formulée par la Cour en 2009. L'ONDAM continue cependant à couvrir des dépenses non régulées, pour un montant prévu en 2010 de l'ordre de 400 M€ au sein de l'ONDAM hospitalier. Est concerné un ensemble hétérogène de dépenses (cliniques de Monaco et d'Andorre ainsi que d'autres dépenses dont l'objet reste mal cerné par l'administration).

2 – Le taux d'évolution tendancielle

Le taux d'évolution tendancielle retenu par le ministère de la santé pour la construction de l'ONDAM 2010 a été de 4,3 %, dont +5,0 % pour les soins de ville, +3,4 % pour l'ONDAM hospitalier et +5,8 % pour l'ONDAM médico-social.

Ces évolutions tendancielles sont, dans l'ensemble, semblables à celles proposées par la CNAMTS[50] dans le cadre du rapport annuel prévu par le code de la sécurité sociale (article L. 111-1) qui comporte une analyse des principales caisses nationales de sécurité sociale sur l'évolution tendancielle des dépenses ainsi que leurs propositions de mesures d'économies.

Le taux d'augmentation tendanciel proposé par la CNAMTS résulte de projections sur les effectifs de patients ainsi que sur celle des volumes de consommation unitaires. A cet égard, cette analyse a pris en

50. Le taux d'augmentation tendancielle proposé par la CNAMTS était de +4,3 % pour l'ONDAM dans son ensemble, mais de +5,1 % pour les soins de ville et +3,1 % pour l'ONDAM hospitalier.

compte l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies sévères, terme qui, dans les analyses de la CNAMTS, désigne les personnes en ALD ainsi que les malades consommant fréquemment des médicaments pour certaines pathologies chroniques. Etaient concernées en 2008 près de 15 % de la population totale et 62 % des dépenses de la branche maladie du régime général.

Le taux d'évolution tendancielle de 2010 est inférieur à celui pris en compte les années précédentes (+4,5 % pour les années 2007, 2008 et 2009) ; il en va ainsi pour chacun des sous-objectifs.

Par ailleurs, la direction générale de l'offre de soins procède à un calcul de l'évolution tendancielle propre à l'ONDAM hospitalier, puis aux objectifs de dépenses qui y correspondent. Ce calcul s'appuie essentiellement sur des prévisions d'évolution des charges des hôpitaux et cliniques (charges de personnel, achats de médicaments, coûts induits par l'application des plans de santé publique et des programmes d'investissement, tels qu'Hôpital 2012).

Ce processus, propre à l'ONDAM hospitalier, repose sur une méthodologie différente de celle applicable aux soins de ville. Elle comprend à la fois des chiffrages sur des données exogènes, la prise en compte des effets des mesures de santé publique décidées antérieurement et des mesures nouvelles qui font l'objet d'un arbitrage. Il intègre pour partie aussi des efforts de productivité attendus des hôpitaux sous forme de baisse de certains tarifs. Cette méthode de calcul explique notamment le fait que le conseil de l'hospitalisation [51] ait formulé une recommandation qui avait été en juin 2009 de +3,9%, supérieure d'un demi-point à l'évolution tendancielle finalement arbitrée.

Ce constat de différences significatives de méthode de construction du tendanciel entre secteur hospitalier et soins de ville appelle un travail d'harmonisation. Il atteste une nouvelle fois la nécessité de mieux expliciter les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM dans l'annexe 7 du PLFSS.

De surcroît, comme l'a indiqué la Cour dans le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de 2011, il serait utile d'approfondir la réflexion autour de cette notion d'évolution tendancielle, en conduisant des analyses afin de prendre en compte certaines dynamiques de plus long terme (démographie médicale, innovation

51 . L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale confie au conseil de l'hospitalisation un rôle de recommandation en matière de financement des établissements de santé et de fixation des objectifs de dépenses d'assurance maladie.

pharmaceutique, dynamique des départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière)[52].

3 – Les mesures d'économies programmées

La réconciliation entre l'évolution tendancielle, les mesures nouvelles de dépenses qu'il est prévu d'engager en cours d'année[53] et l'ONDAM se fait sous la forme de mesures d'économies à réaliser. Ces mesures sont exposées dans l'annexe 9 du PLFSS.

Les économies attendues pour l'ONDAM 2010 représentaient 2,2 Md€, dont 1,8 Md€ au titre des soins de ville et près de 0,4 Md€ au titre de l'ONDAM hospitalier.

Ces économies anticipées apparaissent, en proportion[54], nettement plus élevées pour les soins de ville (2,4 %) que pour l'ONDAM hospitalier (0,6 %). Cependant, cette différence résulte en partie des différences de méthode évoquées ci-dessus pour la construction de l'évolution tendancielle applicable aux soins de ville et aux dépenses hospitalières. Le fait que des mesures d'économie propres au secteur hospitalier aient déjà été intégrées au calcul tendanciel et n'apparaissent pas parmi les mesures d'économie programmées empêche une connaissance complète et transparente des mesures d'économie consenties par chaque secteur et rend difficile toute comparaison entre le secteur hospitalier et les soins de ville.

52. Voir page 167 du rapport précité.

53. Ces mesures nouvelles de dépenses (300 M€ anticipés pour les soins de ville en 2010) concernent en particulier les revalorisations tarifaires consenties aux professions de santé dans le cadre des négociations conventionnelles. L'ONDAM pour 2010 prenait ainsi en compte un surcroît de dépenses de 140 M€ sur six mois (donc près de 300 M€ en année pleine) au titre de la revalorisation du tarif de consultation des généralistes.

54. Rapportées au montant d'ONDAM auquel aurait correspondu le taux d'évolution tendanciel.

ONDAM 2010 – mesures d'économie prévues

En M€

	Soins de ville	ONDAM hospitalier	Total
Baisse de tarifs des prestations remboursées	Baisses de prix médicaments et dispositifs médicaux : 300 Baisse de tarifs (radiologues, biologistes) : 240 Générication clopidogrel : 200 Baisse de prix génériques : 100	Convergence ciblée public/privé : 150	990
Gestion du risque	Maîtrise médicalisée hors produits de santé : 390 Maîtrise médicalisée prescriptions produits de santé : 200 Lutte contre la fraude : 150	Produits liste en sus des tarifs des GHS 40	780
Réduction de la part prise en charge par l'assurance maladie	Remboursements à 15 % pour médicaments à SMR réduit : 145 IJ sur 365 jours : 110	Hausse du forfait journalier hospitalier : 156 Contribution centre national de gestion : 30	441
Economies non ciblées	-	69	
Total	1 835	445	2 280

Source : PLFSS 2010 annexe 9, présentation retraitée par la Cour

Les économies attendues portaient en premier lieu sur un ensemble de baisses de tarifs ou de prix des prestations ou médicaments remboursés (840 M€ pour les soins de ville et 150 M€ au titre de la convergence ciblée entre les tarifs des hôpitaux et ceux des cliniques). Elles incluaient une économie de 200 M€ liée à la générication du clopidogrel, qui est le principe actif du Plavix®, dont le brevet devait tomber dans le domaine public en 2010.

Elles concernaient également la gestion du risque (740 M€ pour les soins de ville, dont 590 M€ au titre de la maîtrise médicalisée et 40 M€ pour l'ONDAM hospitalier).

Enfin, les réductions de prises en charge incombant aux régimes d'assurance maladie représentaient 441 M€ (255 M€ pour les soins de ville, dont 145 M€ liés à une baisse du taux de remboursement de

médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant[55] et 110 M€ faisant suite à un changement du mode de calcul des indemnités journalières).

B – Une évolution de l'ONDAM fixée en 2010 à un niveau inférieur à celle prévue pour 2009

1 – L'ONDAM et ses composantes

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, les montants retenus en LFSS 2010[56] pour l'ONDAM et ses sous-objectifs ont été les suivants.

ONDAM 2010 : base, taux d'évolution et montants votés

En Md€

	Base	Taux d'évolution	Montants votés
Dépenses de soins de ville	73,2	+2,8 %	75,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	+2,7 %	52,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	+3,0 %	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	+10,9 %	7,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	+1,7 %	7,9
Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	+5,0 %	1,0
ONDAM	157,6	+3,0%	162,4

Source : direction de la sécurité sociale

55. Voir infra dans ce rapport le chapitre IV relatif à la maîtrise des dépenses de médicaments, à propos de la prise en charge des médicaments à SMR insuffisant.
56. L'article 64 de la LFSS pour 2010 donne le montant de l'ONDAM et de ses sous-objectifs.

Le taux d'évolution auquel correspondait l'ONDAM était inférieur à celui retenu en LFSS pour 2009 (+3,3%)[57], mais supérieur à celui prévu pour 2008 (+2,8 %) ainsi qu'à l'inflation attendue pour 2010[58].

Rapporté aux réalisations des années précédentes, le respect de l'ONDAM de 2010 impliquait une décélération assez nette des dépenses, en particulier pour les établissements de santé.

ONDAM : taux d'évolution 2010 et réalisations antérieures[59]

En %

	Réalisations 2008	Réalisations 2009	Taux d'évolution 2010
Dépenses de soins de ville	+2,6	+3,2	+2,8
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	+3,9	+3,5	+2,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé			
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	+8,0	+5,6	+10,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	+5,3	+4,6	+1,7
Dépenses relatives aux autres prises en charge	+4,9	+0,8	+5,0
ONDAM	+3,5	+3,5	+3,0

Source : direction de la sécurité sociale pour taux 2010, rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010 pour réalisations 2009 et rapport CCSS octobre 2009 pour réalisations 2008

Ne sont évoqués ci-après que les sous-objectifs relatifs à l'ONDAM hospitalier ainsi qu'au secteur médico-social, dont la déclinaison opérationnelle est moins directe que pour les soins de ville.

57. Il en va de même pour chacun des sous-objectifs.

58. Selon le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2010, l'augmentation prévue de l'indice des prix à la consommation était de 1,2 %.

59. Les données communiquées par le ministère de la santé en termes de réalisation, sur la base des comptes des régimes, font masse des deuxième et troisième sous-objectifs. La Cour a recommandé à plusieurs reprises d'y remédier.

2 – L'ONDAM hospitalier et ses composantes

Postérieurement à l'adoption de la loi sur le financement de la sécurité sociale pour l'année N, les dépenses de l'ONDAM hospitalier font l'objet d'un second cadrage au printemps de l'année N. Ce second cadrage intervient au moment de la définition des objectifs servant effectivement à la régulation des dépenses : objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO), MIGAC, objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM), objectif quantifié national (OQN).

Le champ couvert par ces objectifs diffère, pour 700 M€, du cadrage retenu en LFSS, du fait de deux facteurs :

- les opérations dites de fongibilité (pour 300 M€) effectuées chaque année tendant à extraire de l'ONDAM hospitalier les structures sanitaires transformées en institutions médico-sociales entre l'examen du PLFSS et le début de l'année 2010 [60];
- le maintien, évoqué plus haut, de 400 M€ de dépenses non régulées au sein de l'ONDAM hospitalier et qui ne sont donc pas soumises à ces différents objectifs.

60. Ce type d'opération a trait, notamment, aux transformations d'unités de soins de longue durée (USLD) en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pris en charge sur l'OGD.

ONDAM hospitalier 2010 – décomposition[61]

En Md€

	Bases	Taux d'évolution	Montants arrêtés
Deuxième sous-objectif	51,1	2,7%	52,4
ODMCO	43,1	2,7%	44,3
dont ODMCO public	*33 ,6*	*2,1%*	*34,5*
dont ODMCO privé	*9,5*	*2,9%*	*9,8*
MIGAC	7,9	2,9%	8,1
Troisième sous-objectif	17,5[62]	3,1%	18,1
ODAM	14,1	2,1%	14,4
OQN	2,3	3,7%	2,3
USLD[63]	0,9	8,9%	1,0
FMESPP	0,2	38,5%	0,3
Total	68,6	2,8 %	70,5

Source : direction générale de l'offre de soins, données retraitées

Les taux d'évolution auxquels correspondent ces objectifs sont inférieurs à ceux retenus pour l'année 2009.

3 – L'ONDAM médico-social et l'objectif global de dépenses

Le montant actualisé d'ONDAM médico-social, compte tenu de l'opération de fongibilité mentionnée plus haut, a été fixé par arrêté[64] à 15,2 Md€, dont 7,3 Md€ au titre de l'accueil des personnes âgées et 7,9 Md€ pour l'accueil des personnes handicapées. Le même texte a fixé l'OGD à 16,4 Md€ (8,2 Md€ pour chacun des deux secteurs concernés).

Par différence, l'apport financier attendu de la CNSA pour couvrir les dépenses relevant de l'OGD était de 0,3 Md€ pour le secteur des personnes handicapées et 0,8 Md€ pour celui des personnes âgées.

61. Hors dépenses non régulées.
62. Au lieu des 18,2 M€ pris en compte au moment de la LFSS : c'est à ce niveau que se constate la différence de 0,7 M€ signalée plus haut, qui n'entrent pas dans le champ d'action de la DGOS.
63. Bien que relevant du champ de l'ODAM, les dépenses d'assurance maladie dédiées au financement des USLD font en pratique l'objet d'un suivi distinct de la part de l'administration.
64. Arrêté du 9 juin 2010.

III - Un ONDAM respecté pour la première fois depuis 1997

Telles qu'elles apparaissent dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011, les réalisations de l'ONDAM ont été de 162,0 Md€ en retrait de 0,4Md€ par rapport à l'objectif arrêté. Rapportés aux montants arrêtés, les écarts par rapport aux sous-objectifs sont les suivants[65] :

ONDAM 2010 : réalisations

En Md€

	Objectifs arrêtés	Réalisations provisoires	Ecarts
Dépenses de soins de ville	75,2	75,0	-0,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	70,9	70,8	-0,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé			
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,3	7,2	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9	7,9	0
Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,1	0,1
ONDAM	162,4	162,0	-0,4

Source : Cour des comptes et direction de la sécurité sociale

Ces réalisations sont toutefois dites provisoires en ce qu'elles prennent en compte les provisions comptables passées par les régimes d'assurance maladie en vue de rattacher à l'exercice 2010 des dépenses payées en 2011, mais dont le fait générateur (la réalisation des soins) se situe bien en 2010[66]. Le calcul de ces provisions se fait à partir de prévisions de dépenses effectuées par les régimes (pour les soins de ville

65. Le tableau des réalisations de l'ONDAM mentionné dans le rapport de la CCSS rapporte les réalisations à des sous-objectifs modifiés compte tenu des opérations de fongibilité, et non par rapport à ceux fixés en LFSS.

66. De la sorte, contrairement à ce que laisse entendre son intitulé, l'ONDAM porte ne porte pas uniquement sur des décaissements, mais bien sur des charges en droits constatés.

et les cliniques) ainsi que par le ministère de la santé (pour les dépenses liées aux hôpitaux).

Ce n'est qu'en 2012, au vu des comptes des régimes pour l'exercice 2011, que seront constatées les réalisations définitives, prenant en compte la différence entre ces provisions et les dépenses effectivement intervenues en 2011 et se rattachant à 2010. Comme cela a été constaté pour l'ONDAM de 2009 avec un dépassement définitif de 510 M€ contre celui observé à titre provisoire de 450 M€[67], les différences peuvent être non négligeables. Le montant définitif de ces réalisations pourra donc différer des réalisations actuellement connues.

A – Des mesures d'économies supplémentaires arrêtées en cours d'année

L'année 2010 a vu l'introduction de gels de dotation en cours d'année, portant sur des montants importants, en anticipation des travaux du rapport Briet.

Ces mesures font suite au constat d'un manque en base, lié à un dépassement de l'ONDAM 2009 dont l'importance est apparue croissante au cours de l'année 2010. Elles ont été décidées par le comité de pilotage nouvellement constitué.

Elles ont initialement porté sur un total de 650 M€. Le montant et le contenu des mesures mises en œuvre a ensuite évolué en cours d'année, en fonction de l'augmentation du dépassement attendu[68].

Au final, ces économies décidées en cours d'année ont ainsi représenté en réalisation un total de 734 M€, se répartissant entre :

- 364 M€ du fait de MIGAC non déléguées, ayant essentiellement porté sur les crédits au titre des aides à la contractualisation (AC)[69] ;
- 105 M€ d'économies sur la dotation au FMESPP (voir infra) ;
- 100 M€ liées à des baisses de prix sur les médicaments qui étaient initialement programmées pour 2011 ;
- 100 M€ de réduction de la participation des régimes d'assurance maladie à la couverture des dépenses relevant de l'OGD ;

67. Cf. tableau p. 58.

68. Le montant final des mesures d'économies décidées en cours d'année découle d'une réunion du comité de pilotage du 26 novembre 2010.

69. Les économies portant sur des crédits AC, (cf. également le chapitre VIII relatif au financement des CHU, p. 229) ont représenté 322 M€ ; le solde de 42 M€ a concerné différentes mesures financées par les MIGAC, essentiellement liées à la formation.

- 55 M€ au titre de gels sur les dotations annuelles de financement consacrées aux unités de soins de longue durée (USLD), à la psychiatrie et aux soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- 10 M€ au titre de la non revalorisation des indemnités journalières (IJ) longues[70].

Ces économies supplémentaires ont donc concerné les soins de ville à hauteur de 110 M€, l'ONDAM hospitalier à hauteur de 524 M€ et l'ONDAM médico-social pour 100 M€.

D'une certaine manière, elles ont donc contribué à modifier quelque peu le poids des économies pesant sur les soins de ville (1,8 Md€ + 110 M€, soit 1,9 Md€ au total) et sur l'ONDAM hospitalier (376 M€ + 524 M€, soit 900 M€ au total) dont les réalisations ont été respectivement de 75,0 et de 70,8M€ en 2010.

L'économie réalisée au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Le FMESPP a été institué par la LFSS pour 2003 et a pour objet le financement d'opérations de modernisation au sein des hôpitaux et cliniques.

L'abondement de ce fonds par les régimes d'assurance maladie constitue une dépense intégrée dans l'ONDAM depuis 2006.

Le versement effectif des fonds aux établissements au titre du financement des dépenses éligibles est sujet à une règle de déchéance quadriennale institué par la LFSS pour 2010.

C'est le constat que cette déchéance concernait un encours de financements accordés de l'ordre de 105 M€, portant sur des financements accordés entre 2001 et 2005, qui a été identifié comme une piste d'économies au cours de l'année 2010. De la sorte, les versements au FMESPP ont porté sur 159 M€, au lieu des 264 M€ prévus initialement.

La surveillance régulière de l'application de cette règle de déchéance se justifie en soi pour éviter un abondement excessif du FMESPP. Il paraît toutefois difficile d'y voir une contribution durable à la régulation des dépenses d'assurance maladie, mobilisable en cours d'année en cas de risque de dépassement.

70. En application de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale, les indemnités journalières pour les arrêts de travail excédant les trois mois peuvent être revalorisés en cas d'augmentation générale des salaires durant cette période. Les coefficients de majoration sont alors à fixer par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

B – Les dépenses de soins de ville

Les réalisations provisoires font apparaître que le sous-objectif a été respecté, avec des dépenses un peu inférieures au montant cible (280 M€ de différence). Sur le fond, l'exercice 2010 a vu une certaine décélération des dépenses de soins de ville -liée notamment à des niveaux de dépenses en janvier et décembre de l'année significativement moins élevés qu'à l'accoutumée- qui a contribué au respect du sous-objectif.

Ainsi, selon le rapport de la CCSS de juin 2011, les dépenses du régime général (60,4 Md€) ont augmenté en 2010 de 2,9 % contre +3,2 % en 2009. La moitié de ces dépenses se rapportent à trois postes :

- 18,5 Md€ de dépenses au titre des médicaments, soit une augmentation de 1,9 % par rapport à 2009, marquant ainsi une décélération par rapport à l'évolution constatée entre 2009 et 2008 (+2,8 %) ;
- 8,3 Md€ de dépenses correspondant aux honoraires de spécialistes, soit une augmentation de 2,4 % par rapport à 2009, contre +2,1 % entre 2008 et 2009, cette accélération étant à attribuer à l'évolution du volume d'actes techniques réalisés par ces médecins ;
- 6,2 Md€ de dépenses d'indemnités journalières pour le risque maladie, soit une augmentation de +3,8 % entre 2009 et 2010 contre +5,1 % entre 2009 et 2008

Selon les estimations de la direction de la sécurité sociale, le taux de réalisation des économies attendues sur les soins de ville serait proche de 78 %, le principal facteur de décalage par rapport aux attentes concernant le mode de calcul des IJ, entré en vigueur tardivement au cours de l'année 2010.

Cependant, même en prenant en compte les mesures supplémentaires décidées en cours d'année, le rendement des économies attendues est significativement inférieur aux 1,8 Md€ attendus comme le fait apparaître le tableau suivant.

Soins de ville 2010 – degré de réalisations des économies

	Mesures prévues	Réalisations
Baisse de tarifs des prestations remboursées	Baisses de prix médicaments et dispositifs médicaux (y.c. génériques): 400 Baisse de tarifs (radiologues, biologistes) : 240 Générication clopidogrel : 200	Baisses de prix médicaments et dispositifs médicaux (y.c. génériques): 410 Baisse de tarifs (radiologues, biologistes) : 188 Générication clopidogrel : 163
Gestion du risque	Maîtrise médicalisée hors produits de santé : 390 Maîtrise médicalisée prescriptions produits de santé : 200 Lutte contre la fraude : 150	Maîtrise médicalisée hors produits de santé : 156 Maîtrise médicalisée prescriptions produits de santé : 345 Lutte contre la fraude[71] : 50
Réduction de la part prise en charge par l'assurance maladie	Remboursements à 15 % pour médicaments à SMR réduit : 145 IJ sur 365 jours : 110	Remboursements à 15 % pour médicaments à SMR réduit : 107 IJ sur 365 jours : 10
Total	**1 835**	**1 429**

Source : direction de la sécurité sociale

D'autres facteurs ont donc contribué au respect du sous-objectif. Il s'avère en effet qu'outre la dynamique propre à l'évolution de la consommation de soins -du fait notamment d'un épisode grippal nettement moins intense en 2010 qu'en 2009- se font fait sentir deux facteurs circonstanciels.

Il s'agit en premier lieu de l'excès en base mentionné plus haut, causé par un montant effectif de provisions, qui a porté sur plus de 350 M€ en 2010.

En outre, il a été anticipé lors de l'élaboration de l'ONDAM des dépenses nouvelles liées à la revalorisation du tarif de consultation des généralistes, pour un montant de 140 M€, dans le cadre des négociations conventionnelles. Cependant, celles-ci n'ayant pas abouti dans les délais

71. Le décalage observé entre le montant d'économies espéré de la lutte contre la fraude et celui effectivement constaté souligne le caractère incertain de certaines des propositions d'économies faites pour 2010.

attendus, l'absence de revalorisation en 2010 a permis d'éviter ce surcroît de dépenses.

De manière plus générale, l'absence de revalorisation significative des honoraires des professions de santé dans leur ensemble a aidé au respect de l'ONDAM pour les soins de ville.

Le respect du sous-objectif et la décélération relative des dépenses observée en 2010 ne tient donc qu'en partie à l'efficacité de la maîtrise des dépenses, mais s'explique aussi par des facteurs soit ponctuels, soit inhérents à la construction de l'ONDAM et dont la répétition ne peut être tenu pour acquise pour les années ultérieures.

C – Les dépenses relevant de l'ONDAM hospitalier

1 – Les réalisations constatées

Les réalisations provisoires mentionnées par le rapport de la CCSS sont de 70,8 Md€, soit une sous réalisation de 0,1 Md€ par rapport à l'ONDAM hospitalier corrigé des opérations de fongibilité[72].

Pour les seules dépenses soumises aux objectifs de régulation (ODMCO, MIGAC, ODAM, OQN) et en faisant abstraction du FMESPP, les réalisations observées à partir de données extracomptables[73] produites pour l'observatoire de l'hospitalisation publique et privée font apparaître un dépassement de 93 M€.

Ce dernier correspond à un dépassement de l'ODMCO (567 M€[74]) lié à un très fort dynamisme de l'activité en MCO[75], dont l'incidence sur le respect de l'ONDAM hospitalier est tempérée par des sous-réalisations en ce qui concerne les MIGAC (339 M€) et l'ODAM (134 M€). Ces sous-réalisations procèdent directement des mesures d'annulations de dotations décidées en cours d'année. Concernant les MIGAC, les annulations ont porté essentiellement sur les aides à la contractualisation (322 M€). Le rapport de l'observatoire constate par ailleurs un respect strict de l'OQN.

72. Le rapport se réfère à un montant cible de 70,9 Md€, soit la différence entre le montant voté (71,2 Md€) et les opérations de fongibilité (0,3 Md€).
73. Données PMSI et SNIIRAM.
74. Dont 502 M€ pour l'ODMCO public et 65 M€ pour l'ODMCO privé.
75. Selon l'ATIH, la croissance du volume d'activité en 2010 a été de +3,1 % pour les établissements anciennement sous DG et de +2,2 % pour les cliniques, alors que l'ONDAM hospitalier avait été bâti sous l'hypothèse d'une prévision de volume, commune aux deux secteurs, de +1,7 %.

La direction générale de l'organisation des soins considère les économies programmées lors de l'élaboration de l'ONDAM comme automatiquement réalisées. Pour autant, il apparaît que le rendement de ces mesures, en particulier l'augmentation effective du forfait hospitalier journalier et la convergence ciblée des tarifs entre hôpitaux et cliniques, sont fonction du volume et de la nature de l'activité effectivement constatées dans les établissements en 2010. La Cour renouvelle donc sa recommandation [76] tendant à mieux suivre les mesures d'économies.

En définitive, il s'avère donc que, sans les mesures de gel pratiquées en cours d'année sur les dotations aux établissements à hauteur de 524 M€ portant principalement sur les MIGAC, le dynamisme des dépenses relevant de l'ODMCO aurait conduit à un dépassement conséquent de l'ONDAM hospitalier.

Ces mesures de gel de 2010 sont, en soi, conformes aux orientations proposées par le rapport Briet et reprises par les pouvoirs publics. Mais le levier des MIGAC a été régulièrement utilisé ces dernières années afin de compenser pour certains établissements les conséquences négatives de la tarification à l'activité (T2A). La Cour a constaté qu'il y avait là une dérive à laquelle il convenait de mettre fin[77]. Cette croissance des MIGAC ne pourra donc pas se poursuivre indéfiniment. Dès lors se pose la question de savoir si la limitation future des MIGAC sera compatible avec une pratique récurrente des gels sur ce même poste pour respecter l'ONDAM.

2 – La difficulté persistante des dépenses dites non régulées

La recommandation de la Cour faite en 2010 tendant à produire une restitution des dépenses relevant de l'ONDAM hospitalier en fonction des sous-objectifs votés en LFSS n'a pas été suivie d'effet et est réitérée. La DSS explique cette carence par l'impossibilité actuelle de déterminer sur un total de dépenses non régulées[78] de 400 M€ la nature exacte d'un total de dépenses de 176 M€ enregistrées, dans la comptabilité des régimes, sur des comptes relatifs à des dépenses non régulées.

76. Recommandation n° 6 dans le RALFSS de 2010.

77. Cf. chapitre VII – Tarification à l'activité et convergence tarifaire du présent RALFSS.

78. L'administration ne parvient pas à faire le départ entre les sommes qui sont effectivement hors champ de régulation et celles qui sont enregistrées par erreur dans les comptes en question.

La DSS prévoit d'engager un travail commun avec les régimes, de sorte à améliorer la ventilation comptable de ces charges. La menée à bien de ce travail apparaît d'autant plus souhaitable qu'il permettra que l'ONDAM soit exclusivement consacré à des dépenses régulées et rendra possible une présentation des réalisations de l'ONDAM hospitalier en sous-objectifs.

D – L'ONDAM médico-social

Le tableau ci-après retrace les réalisations constatées au titre de l'OGD et de l'ONDAM médico-social.

ONDAM médico social et OGD 2010

En Md€

Libellés	Personnes handicapées		Personnes âgées		Total	
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
OGD	8,204	8,401	8,182	7,954	16,386	16,355
ONDAM	7,941	7,947	7,270	7,170	15,211	15,117
Apport financier CNSA	0,262	0,454	0,912	0,783	1,174	1,237

Source : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Le secteur des personnes handicapées a connu un dépassement de l'OGD qui, à ONDAM médico-social constant, a conduit à relever le niveau d'apport financier de la CNSA. Ce dépassement (191 M€) porte sur 2,3 % de l'OGD, qui devient ainsi significatif[79]. Une mission d'inspection a été chargée d'analyser les causes de ce dépassement.

En revanche, le secteur des personnes âgées est demeuré affecté par des sous consommations, à hauteur de 230 M€, soit 2,8 % de l'OGD prévu (contre 3,5 % en 2010 et 8 % en 2009). La contribution effective de l'assurance maladie à ces dépenses a été réduite par rapport au montant initialement prévu, à la suite de mesures d'économies prises en cours d'année.

79. L'année 2008 avait vu un léger dépassement de l'objectif et l'année 2009 une sous-consommation.

CONCLUSION

La tenue de l'ONDAM constitue une condition essentielle du respect de la trajectoire de réduction des déficits et de l'endettement publics prévue par la deuxième loi de programmation des finances publiques et plus largement du respect des engagements européens de la France.

L'exercice 2010 a constitué une première étape à cet égard : l'ONDAM a été respecté pour la première fois depuis 1997 -et la deuxième fois seulement depuis son institution- et le sous-objectif relatif aux soins de ville a été respecté pour la deuxième année consécutive.

Ce résultat constitue en soi un facteur positif pour l'évolution de la situation financière des régimes. Il a été rendu possible en particulier par la mise en place d'un pilotage plus ferme ainsi que par le recours à de nouvelles mesures de régulation à effet immédiat.

Cependant le respect de l'ONDAM a tenu aussi à une combinaison d'éléments aléatoires ou particuliers à 2010, qu'il s'agisse du contexte grippal favorable, d'économies de constatation sur l'un des fonds de l'assurance maladie ou de l'absence de revalorisation significative d'honoraires de professions de santé. Ce résultat demeure donc en définitive assez fragile.

La réalisation de l'ONDAM 2010 constitue un facteur favorable à la tenue de l'ONDAM 2011, compte tenu de son mode de calcul. Pour autant, les mesures mises en œuvre en 2010 ne pourront durablement suffire à contenir l'évolution des dépenses relevant de l'ONDAM : c'est bien de la maîtrise des dépenses correspondant directement à des remboursements de soins que dépend sur la durée le respect des orientations pluriannuelles en matière de finances publiques. C'est tout l'enjeu de la réalisation de l'ONDAM 2011 mais surtout de l'élaboration de l'ONDAM 2012.

En outre, le respect d'un taux de croissance de l'ONDAM maintenu pendant les prochaines années au niveau de 2,8 %, s'il permettrait un recul de la part des dépenses d'assurance maladie dans le PIB, ne suffirait cependant pas à résorber totalement le déficit structurel : ainsi que le décrit le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de 2011, une telle évolution conduirait à un très lent recul du déficit. Celui-ci serait encore de 5 Md€ en 2020 et l'équilibre ne serait atteint qu'en 2027[80].

80. Rapport de la Cour sur la situation et les perspectives des finances publiques, juin 2011, p. 114. L'hypothèse sous-jacente est celle d'une progression de la masse salariale égale à sa tendance des 12 dernières années.

RECOMMANDATIONS

7. Expliciter complètement les hypothèses techniques qui sous-tendent l'élaboration de l'ONDAM, de manière à en garantir la solidité et la transparence.

8. Rendre plus rigoureux et transparent le calcul des taux d'évolution tendancielle, en engageant un travail d'harmonisation des méthodes applicables au secteur hospitalier et aux soins de ville et d'analyse de facteurs de plus long terme, notamment la démographie médicale, l'innovation pharmaceutique et les anticipations de départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière.

9. Extraire l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'ONDAM (recommandation réitérée).

10. Assurer effectivement le suivi des mesures d'économies, en particulier pour celles qui concernent l'ONDAM hospitalier.

11. Présenter le constat de l'ONDAM selon les sous-objectifs définis par la LFSS (recommandation réitérée).

Chapitre III

Le financement des déficits sociaux

PRESENTATION

Au regard du changement de dimension des déficits sociaux sur la dernière décennie et de leur caractère récurrent, la Cour analyse les conditions de financement de la dette sociale et s'interroge sur l'évolution de son cadre.

La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), créée en 1996[81]*, était un dispositif de cantonnement d'une dette issue en bonne partie de la récession de 1993 et de responsabilisation collective. Financée par un nouveau prélèvement spécifique à assiette large, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), la caisse devait rembourser sur treize ans, jusqu'en 2009, les emprunts qu'elle avait émis pour couvrir la reprise de ces déficits.*

Les déséquilibres persistants des comptes de la sécurité sociale ont conduit à de nouveaux transferts massifs de dettes à la CADES, dont la durée de vie a été repoussée à plusieurs reprises jusqu'en 2025. Le rôle de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a été profondément modifié dès lors qu'elle a dû préfinancer pour des montants parfois considérables des déficits dans l'attente de leur transfert à la caisse. Le dispositif de cantonnement de la dette sociale s'est ainsi banalisé et son financement est devenu moins lisible.

La Cour, qui s'est exprimée à plusieurs reprises déjà sur cette évolution[82]*, examine en premier lieu les effets de l'augmentation des déficits sur les organismes chargés de leur financement et sur la dynamique de la dette sociale (I). Elle met ensuite en lumière que si cette dernière a pu être financée sans rupture malgré le contexte de crise financière (II), un meilleur encadrement du dispositif de financement s'impose (III).*

81. Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996. La création de la CADES accompagnait la mise en place des lois de financement de la sécurité sociale du plan de réforme de la sécurité sociale du 15 novembre 1995.

82. Voir notamment le RALFSS 2009, pp. 31 à 46, et la communication de juillet 2009 à la commission des affaires sociales et à la commission des finances de l'Assemblée nationale sur « la gestion des découverts de trésorerie et le financement de la dette sociale ».

I - Une progression continue de la dette sociale à l'incidence considérable sur les acteurs de son financement

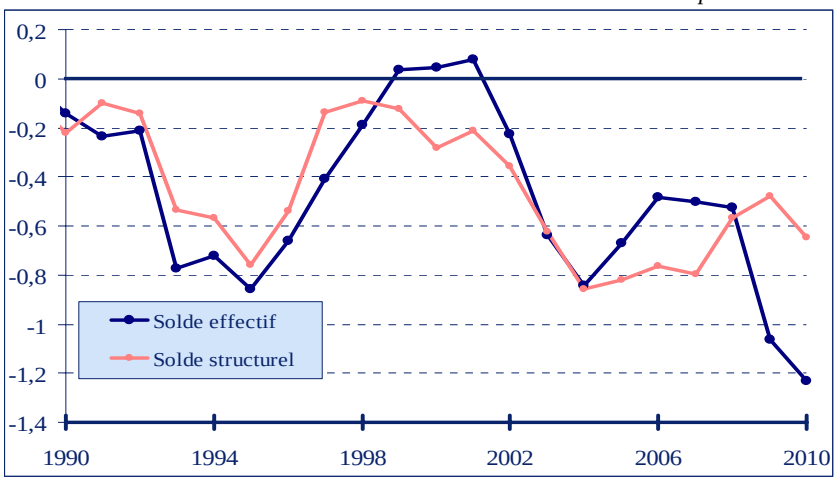
A – Un régime général structurellement en déficit

Depuis la création de la CADES, le régime général a connu 13 années de déficit en 16 ans. Le retour précaire à l'équilibre au tournant des années 2000 a en effet été suivi d'une nette dégradation sur la première moitié de la décennie. Après un début d'amélioration, le déficit du régime général s'est de nouveau nettement aggravé avec la crise économique et financière jusqu'à atteindre 1,2 point de PIB en 2010 (23,9 Md€).

Toutefois, cette détérioration historique des comptes sociaux ne s'explique que partiellement par des facteurs conjoncturels. Même corrigé des effets de la conjoncture, le solde du régime général s'est nettement dégradé au cours de la dernière décennie. En moyenne annuelle depuis 2000, le déficit structurel du régime général s'élève à 0,6 point de PIB.

Le solde effectif et le solde structurel du régime général sur les vingt dernières années

En points de PIB



Source : Cour des comptes

Le fait que la France soit entrée en récession avec un déficit structurel du régime général, qui plus est élevé, explique autant que la récession le niveau sans précédent des déficits sociaux l'an dernier. En

effet, en 2010, un peu plus de la moitié du déficit du régime général relève de facteurs structurels (environ 0,7 point sur 1,2 point de PIB de déficit constaté)[83].

Ce déficit constant et structurel du régime général distingue la France de ses voisins européens. Il est le facteur principal du décalage constaté lorsque l'on compare les soldes des administrations sociales (ASSO) au sein de l'Union. En 2010, le besoin de financement des administrations sociales françaises (-1,2 point de PIB) est le plus élevé de la zone euro (-0,1 point de PIB en moyenne), aggravant le constat de ce décalage que l'on peut faire sur moyenne période[84].

B – La multiplication en corollaire des reprises de dettes

L'accumulation de déficits sociaux a conduit inéluctablement à de nouveaux transferts de dettes à la CADES pour en assurer l'amortissement. Le rythme de ces reprises de dettes s'est accéléré et leurs montants ont complètement changé de dimension.

Après une reprise de dettes initiale à hauteur de 44,7 Md€ en 1996, la loi de financement pour 1998 a prévu le transfert de 13,3 Md€ supplémentaires, avec une prolongation de cinq ans de la caisse, de 2009 à 2014.

Les reprises limitées de 2003 et 2004[85] ont été suivies du transfert d'une dette maximale de 50 Md€[86] prévu par la loi du 13 août 2004 au titre des déficits de la branche maladie de 2004 à 2006, de façon étalée

83. Calculs sur la base des estimations d' «output gap» et d'une hypothèse d'élasticité unitaire des prélèvements obligatoires utilisées par la Commission européenne, selon la méthode de la Cour présentée dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques au 23 juin 2011 (voir notamment pour la méthode pp. 26 à 32 et pour le solde structurel du régime général pp. 51 à 53). Pour ces développements, il est aussi tenu compte des travaux du ministère de l'économie et des finances (Cahiers de la DGTPE, numéro 2009/12, décembre 2009) et du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (rapport annuel 2010).

84. Source Eurostat. Les administrations sociales au sens de la comptabilité nationale recouvrent principalement le régime général de la sécurité sociale, les régimes complémentaires obligatoires (Agirc, Arrco) et l'assurance chômage (Unedic).

85. 2,4 Md€ au titre des allègements de charges sociales (FOREC).

86. La dette effectivement transférée s'est élevée en définitive à 47,2 Md€ en trois ans.

sur trois années, avec une nouvelle prolongation de la CADES jusqu'à une date de référence de 2021[87], soit sept années supplémentaires.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a autorisé un nouveau transfert de 27 Md€ au titre des déficits 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV, effectué en deux tranches en 2008 et 2009.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu le transfert à partir de 2011 et jusqu'en 2018 d'un maximum de 130 Md€ supplémentaires, avec une nouvelle prolongation de quatre années de la CADES jusqu'au terme de référence de 2025.

Le transfert de 130 Md€ de dettes supplémentaires à la CADES de 2011 à 2018

La loi de financement pour 2011 a prévu le transfert à la CADES :

- en 2011, dans la limite de 68 Md€, des déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV pour les exercices 2009 et 2010 et des déficits prévisionnels des branches maladie et famille pour l'exercice 2011;

- à compter de 2012 jusqu'en 2018, dans la double limite de 62 Md€ et de 10 Md€ par an, des déficits de la branche retraite et du FSV pour les exercices 2011 à 2018, en accompagnement de la montée en puissance de la réforme des retraites.

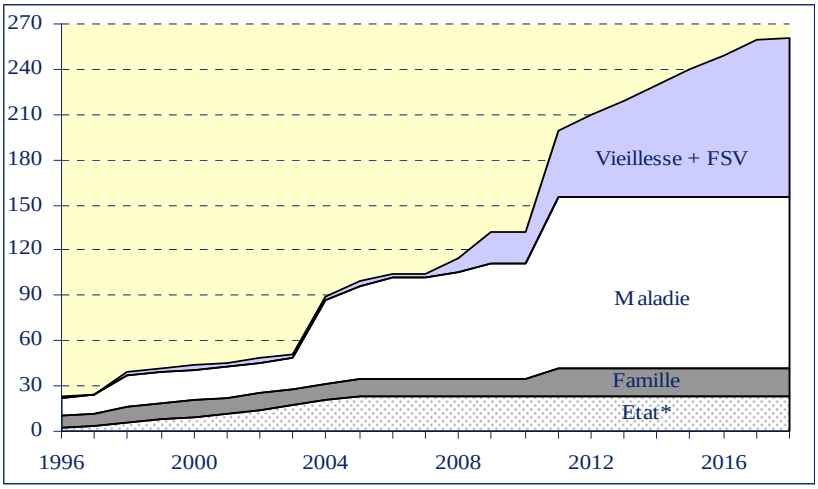
Le décret n°2011-20 du 5 janvier 2011 a fixé à 65,3 Md€ le montant provisionnel du premier transfert.

Au total, de sa création à 2018, la CADES se sera vu transférer pour 260 Md€ de dettes.

87. La loi du 13 août 2004 a fait disparaître l'indication d'une date pour l'achèvement de la mission de la caisse. La loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 a précisé que la durée d'amortissement est désormais appréciée au vu des éléments apportés par la caisse dans ses estimations publiques. De fait, l'extinction de la caisse est devenue une date de référence selon un calcul de probabilité effectué par l'établissement avec un modèle dit « actif-passif », et non plus une date-butoir.

Cumul des déficits transférés à la CADES de 1996 à 2018[88]

En Md€



** La CADES a versé à l'Etat jusqu'en 2005 un total de 23,38 Md€ au titre d'un emprunt ACOSS repris par l'Etat en 1994.*

Source : LFSS et rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale

Cette succession de reprises de dettes s'est accompagnée d'un renforcement progressif de son cadre juridique. Ainsi, la loi organique du 2 août 2005 a lié les reprises de dettes par la CADES à l'affectation de recettes supplémentaires et rendu plus contraignant tout allongement de la durée d'amortissement en exigeant un texte de niveau organique. La récente prolongation de quatre années a ainsi été rendue possible par la loi organique n°2010-616 du 13 novembre 2010.

De plus, le Conseil constitutionnel vérifie désormais que le transfert de ressources à la CADES associé à une reprise de dettes permet de respecter le terme prévu sans dégrader les conditions de l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale, appréciation réalisée au moment de l'examen de la loi de financement décidant du transfert de dettes[89]. Lors du débat parlementaire de l'automne 2010, les ressources transférées à la CADES ont été ainsi modifiées de façon à en améliorer le caractère pérenne et dynamique et à éviter tout risque de censure constitutionnelle.

88. Déficits effectivement transférés jusqu'en 2010, transferts autorisés par la LFSS au-delà.

89. Décision n° 2010-616 du 10 novembre 2010.

C – Une transformation profonde des acteurs du financement de la dette sociale

1 – L'ACOSS, devenue un financeur à grande échelle des déficits sociaux avant transfert à la CADES

Chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général de la sécurité sociale[90], l'ACOSS porte, dans son bilan, l'endettement généré par les déficits du régime général et la dette du FSV à son égard[91].

La loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, reprenant sur ce point les dispositions de la loi n° 96-646 du 22 juillet 1996, prévoit une fixation par la loi de financement de la sécurité sociale des limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes. En dépit de cette formulation, les « plafonds d'emprunt » votés en LFSS sont fixés de manière à couvrir le besoin de financement des différents régimes, y compris la part de ce besoin représentative de leurs déficits prévisionnels.

De fait, le profil de trésorerie de l'ACOSS, qui résulte de la différence entre les encaissements et les tirages effectués pour le compte du régime général et pour le compte de tiers, porte la marque de la dégradation des résultats du régime général et du FSV, dont l'impact a été partiellement ou complètement compensé au cours des huit dernières années par les mesures de reprise de dette par la CADES et d'apurement de la dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale. Ce profil de trésorerie connaît par ailleurs des variations infra-annuelles importantes et régulières, la dégradation journalière pouvant dépasser 8 Md€ lors des échéances mensuelles de versement des pensions.

90. Article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.

91. Les impayés de l'Etat ont longtemps représenté également une part importante de cet endettement (cf. infra).

Evolution de l'endettement de l'ACOSS depuis 2003

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
endettement au 31 décembre (Md€)	14,0	-3,4	6,9	12,5	20,1	17,3	24,1	49,5
endettement moyen (Md€)	5,4	12,9	0,1	8,8	15,8	21,2	12,1	33,3
résultat net de trésorerie (M€)[92]	-123	-280	-8	-271	-648	-832	-100	-92 (-324)

Source : ACOSS

Malgré les mesures de reprises de dette par la CADES et d'apurement de la dette de l'Etat, l'ACOSS a dû porter un endettement moyen de 12,9 Md€ en 2004, 15,8 Md€ en 2007 et 21,2 Md€ en 2008. La décision de ne pas procéder à une reprise de dette à la fin 2009, en dépit du niveau atteint par son endettement en fin d'année (24,1 Md€) et du montant du déficit anticipé pour 2010, a contraint l'ACOSS à porter un endettement moyen de 33,3 Md€ en 2010, débouchant en fin d'année sur un niveau historique de 49,5 Md€, équivalant à 2,5 points de PIB.

Pour assurer son financement, l'ACOSS a été autorisée à solliciter de façon croissante les marchés financiers, en particulier par l'émission de billets de trésorerie dont elle est devenue le premier intervenant sur le marché français en 2010.

2 – La CADES, un émetteur pérenne sur les marchés financiers

L'accumulation des déficits toujours repris en définitive par la caisse a fait de la CADES un acteur pérenne, contrairement aux intentions initiales. Elle est aujourd'hui un émetteur quasi-souverain comparable à un Etat moyen de la zone euro, avec un programme d'émission annuelle à moyen et long terme de 30 à 35 Md€ en 2011 et 2012**.**

Le plafond de reprise de 68 Md€ de dettes en 2011 est d'un montant analogue au besoin de financement de l'Allemagne en 2009, année de récession économique.

Au total, les dettes reprises par la CADES devraient passer de 3,7 points du PIB en 1999 (45 Md€) à 13,4 points de PIB (260 Md€) d'ici 2018. Ce quasi-quadruplement en points de PIB de la dette reprise par la CADES depuis sa création s'est accompagné d'un allongement de sa mission de 13 à 30 ans, jusqu'en 2025 environ.

92. En 2010, le résultat net de trésorerie de -92 M€ devient -324 M€ en tenant compte du coût du prêt à 12 mois de la CDC à hauteur de 20 Md€, dont les intérêts étaient payables à l'échéance des deux tranches en janvier et mars 2011.

Malgré cet étalement de la charge, l'amortissement de la dette sociale a un coût. Fin 2010, la CADES a perçu 77,8 Md€ de ressources en cumulé depuis sa création, amorti 47,9 Md€ de dettes et payé 29,9 Md€ d'intérêts. La seule charge d'intérêts payés par la CADES depuis sa création est d'un ordre de grandeur comparable à une croissance du PIB français de 1,5 %.

Ces évolutions reviennent in fine à reporter le financement des déficits du régime général au-delà de la génération qui les a créés. Le remboursement différé de la dette sociale constitue un transfert de charges en faveur des tranches d'âge les plus élevées et au détriment des générations ayant connu la plus longue période d'activité durant la période d'amortissement de la dette sociale[93].

D – Une dette sociale en progression continue

Depuis 2003, la somme de la dette sociale portée par la CADES et du cumul des déficits sociaux portés en trésorerie par l'ACOSS croît continûment. Elle atteignait 136,2 Md€ fin 2010, soit un triplement en sept ans (+92,2 Md€), comme le fait apparaître le tableau ci-après.

Dynamique de la dette sociale issue du régime général et du FSV

En Md€

	CADES			ACOSS	Dette totale au 31/12
Année	Dette reprise cumulée (a)	Amortissement cumulé (b)	Dette résiduelle (c)=(a)-(b)	Endettement (d)	(e)=(c)+(d)
2003	53,3	-23,3	30,0	14,0	44,0
2004	92,4	-26,7	65,7	-3,4	62,3
2005	102,0	-29,3	72,7	6,9	79,6
2006	107,7	-32,1	75,6	12,5	88,1
2007	107,6	-34,6	73,0	20,1	93,1
2008	117,6	-37,5	80,1	17,3	97,4
2009	134,6	-42,8	91,8	24,1	115,9
2010	134,6	-47,9	86,7	49,5	136,2

Source : données CADES et ACOSS

Cet accroissement s'observe alors même que la CADES dégage chaque année une capacité d'amortissement positive, correspondant au résultat comptable de la caisse, c'est-à-dire à l'excédent des ressources

93. Voir le rapport du conseil des prélèvements obligatoires sur « la répartition des prélèvements obligatoires entre générations et la question de l'équité intergénérationnelle », novembre 2008, pp. 433 à 452.

annuelles de la CADES une fois payées les charges d'intérêts de la dette[94].

En d'autres termes, l'amortissement annuel assuré par la CADES a été chaque année inférieur aux déficits du régime général et du FSV. La dynamique des déficits sociaux a donc conduit jusqu'à présent au fait que l'amortissement de la dette sociale n'a pas empêché la croissance de cette dernière, considérée dans son ensemble. La diminution de la dette sociale ne deviendra possible que lorsque les déficits annuels passeront en dessous de la capacité d'amortissement de la CADES.

II - Une dette sociale financée sans rupture dans un contexte de crise financière

Malgré le changement de dimension des déficits sociaux et la gravité de la crise financière, la dette sociale a pu être financée par un recours accru de l'ACOSS aux financements de marché et, pour la CADES, dans des conditions de coûts comparables à celles de l'Etat sur les cinq dernières années.

A – La désintermédiation croissante des financements de l'ACOSS

1 – Les billets de trésorerie, compléments nécessaires des financements de la caisse des dépôts à partir de fin 2006

La couverture des besoins de trésorerie de l'ACOSS a longtemps été assurée par les avances accordées dans un cadre contractuel par la caisse des dépôts et consignations (CDC). La signature de conventions successives a permis à l'ACOSS d'améliorer au cours des années les conditions des concours qui lui étaient consentis, alors que les interventions de la CDC croissaient fortement, en passant de 6 Md€ en moyenne en 2003 à 18,6 Md€ en 2008.

Pour autant, la CDC a montré des réticences de plus en plus marquées à accompagner par ses financements la croissance des déficits du régime général. En 2004 et 2007, elle a refusé de s'engager à hauteur des plafonds votés en LFSS. En 2004 en particulier, son refus d'aller au-delà de 20 Md€ d'avances à court terme, alors que le plafond fixé en LFSS était de 33 Md€, a contraint l'ACOSS, sur instruction de sa tutelle,

94. En 2010, la CADES a reçu 8,1 Md€ de ressources qui ont permis de payer 3 Md€ d'intérêts tout en dégageant une capacité d'amortissement de 5,1 Md€.

à lancer deux appels d'offres auprès des banques, qui ont permis de faire la jonction avec le transfert de dette à la CADES voté pendant l'été[95].

Pour compléter le financement consenti par la CDC, l'ACOSS a été autorisée par la LFSS pour 2007 à émettre des titres de créance négociables sur le marché français. Cette faculté a été utilisée dès la fin 2006 dans le cadre d'une première opération de lissage de la dette au sens de Maastricht[96], renouvelée ensuite chaque année pour des montants variables. L'ACOSS a ensuite émis des billets de trésorerie pour diversifier ses sources de financement et en diminuer le coût. A l'automne 2008, au plus fort de la crise financière, elle a également demandé à l'Agence France Trésor (AFT) de souscrire pour quelques semaines 2 Md€ puis 3 Md€ de billets de trésorerie, afin de ne pas dépasser le plafond d'avances fixé par la CDC, ce qui l'aurait contrainte à solliciter auprès d'elle des avances exceptionnelles fortement tarifées.

Bénéficiant de la meilleure notation, l'ACOSS s'est ainsi rapidement positionnée comme un émetteur important sur le marché des billets de trésorerie.

2 – De nouveaux instruments de financement mobilisés pour éviter une impasse de trésorerie en 2010.

a) La modification des conditions d'intervention de la CDC

La crise des marchés financiers à l'automne 2008 ayant eu pour effet de renchérir ses propres conditions de refinancement, la CDC a demandé une modification de ses conditions d'intervention contractuelles, qui n'a pu être finalisée qu'en juillet 2009 en raison des réticences exprimées par l'ACOSS.

L'avenant à la convention ACOSS-CDC 2006-2010 signé durant l'été 2009 permettait à la caisse d'être rémunérée sur une base plus proche du taux à trois mois (Euribor) que du taux au jour le jour (Eonia) en période de forte perturbation des marchés, cette modification étant destinée à tenir compte de l'augmentation de ses propres coûts de

95. Loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, art 76.

96. La dette au sens de Maastricht étant une dette brute consolidée, les opérations de lissage consistent à placer les disponibilités détenues par les entités publiques structurellement porteuses de dette à long terme dans des entités publiques endettées à court terme. Les billets de trésorerie émis en fin d'année par l'ACOSS sont ainsi souscrits chaque année par l'AFT depuis 2006 et par la CADES depuis 2010.

refinancement. Les contraintes imposées en matière de prévisibilité du profil de trésorerie de l'ACOSS étaient renforcées[97].

Alors que la convention de 2006 prévoyait un montant de financement maximal de 32 Md€ pour l'année 2009, la CDC a limité à 25 Md€ en 2010 les engagements pris dans le cadre de l'avenant de juillet 2009. Après intervention des tutelles ministérielles, elle a finalement accepté de mettre en place à partir de janvier 2010 un dispositif de prêts à 12 mois, tarifés sur une base du taux Euribor de durée équivalente, pour un montant de 20 Md€, la convention modifiée en juillet ne devant être mobilisée qu'à hauteur de 11 Md€.

b) La mobilisation des trésoreries sociales positives

L'accord trouvé avec la CDC ne réglait que partiellement le problème de la couverture du besoin de financement prévu pour la fin 2010, dont le montant prévisionnel, dans un premier temps évalué à 65 Md€, dépassait encore 50 Md€. Pour surmonter cette impasse de trésorerie et faire la jonction avec le transfert de dette décidé dans le cadre de la LFSS pour 2011, le gouvernement a encouragé le placement à l'ACOSS des disponibilités détenues par les organismes de la sphère sociale, dont les apports ont permis de couvrir un peu moins de 10 % du besoin de financement moyen de l'agence en 2010 (3,2 Md€, pour un endettement moyen de 33,3 Md€).

c) L'émission accrue de billets de trésorerie en France et un accès au marché européen des titres de créances négociables

Compte tenu de la place déjà occupée par l'ACOSS sur le marché des billets de trésorerie, sur lequel l'agence a été autorisée à émettre jusqu'à 15 Md€, s'ajoutant à 10 Md€ pouvant être souscrits par l'AFT, la CADES et les intervenants de la sphère sociale, il a été décidé de solliciter le marché européen des titres de créance négociables (« euro commercial papers », ECP), dont la profondeur est plus de dix fois supérieure[98]. Bénéficiant d'une longue pratique des marchés obligataires et monétaires et des contacts avec les investisseurs, l'AFT a été chargée d'émettre les ECP pour le compte de l'ACOSS, dans le cadre d'un mandat de deux ans. Une part significative des ECP de l'ACOSS sont émis en devises autres que l'euro, de manière à élargir la gamme des

97. Rétrécissement des « tunnels de prévision » assortis de pénalités en cas de dépassement et instauration d'une commission de non engagement, fonction des écarts entre les besoins effectifs et les prévisions trimestrielles.

98. Plus de 600 Md€ pour ce marché international non réglementé, contre moins de 60 Md€ pour le marché des billets de trésorerie.

investisseurs potentiels, le risque de change étant neutralisé par des échanges de devises (« swaps ») conclus dès l'émission.

Durant l'été 2010, l'ACOSS a demandé le soutien de l'AFT et de la CADES, qui ont acquis des billets de trésorerie pour des montants compris entre 1 et 4 Md€, dans l'attente de la mise en œuvre du programme d'ECP, véritablement opérationnel à partir de septembre.

Le préfinancement à la fin 2010 par la CADES de la reprise de dette programmée pour 2011 a entraîné un gonflement inédit des opérations de lissage de la dette au sens de Maastricht de fin d'année : en décembre 2010, l'encours des billets de trésorerie ACOSS représentait, à 24 Md€, 41 % de l'encours total français (résidents et non résidents), 11,7 Md€ étant souscrits par la CADES, 5 Md€ par l'AFT et 1,8 Md€ par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI). Ces placements, auxquels s'ajoutait un dépôt de 0,8 Md€ effectué par la CNSA, ont permis de réduire de 1 point de PIB[99] la dette brute consolidée au sens de Maastricht en 2010.

Les instruments de financement du régime général en 2010

En Md€

	Encours au 31/12/2010	%	Encours moyen 2010	%
Emprunt CDC	20,0	39,9	19,1	56
Avances CDC	-		1,3	4
Billets de trésorerie	24,0	47,9	11,1	32
European Commercial Papers	5,3	10,6	1,9	6
Dépôts d'organismes sociaux	0,8	1,6	0,6	2
Total dettes financières	50,1		34,1	

Source : comptes annuels et rapport financier de l'ACOSS

Ces différentes ressources ont permis de couvrir en 2010 un besoin de trésorerie de l'ACOSS d'une ampleur exceptionnelle. Il ne lui a pas été nécessaire d'explorer plus avant la solution d'un financement bancaire, moins souple et surtout moins avantageux en termes de coûts. Face à la saturation du marché français des billets de trésorerie, l'ouverture réalisée en direction du marché des ECP en devises, moins sollicité que le marché euro par les signatures souveraines, montre néanmoins les limites financières du portage à court terme des déficits sociaux par l'ACOSS.

99. Dont 0,6 point correspondant aux achats de billets de trésorerie par la CADES, qui, du point de vue de la dette publique, ne font que neutraliser le préfinancement par la CADES d'une partie de la reprise de dette effectuée début 2011.

3 – Une désintermédiation accentuée par la nouvelle convention entre l'ACOSS et la CDC pour 2011-2014

La nouvelle convention ACOSS-CDC signée pour la période 2011-2014 modifie en profondeur le rôle joué par la caisse dans le financement du régime général. La CDC intervient désormais en complément des marchés financiers, à des conditions qui limitent les possibilités d'arbitrage de ses concours contre d'autres facilités.

La nouvelle convention 2011-2014 ACOSS-CDC

Les volumes financés sont revus à la baisse par rapport à la convention précédente (le maximum, établi à 15 Md€ pour 2011 et 2012, sera de 14 Md€ à compter de 2013).

Ils introduisent une distinction entre la couverture des besoins de trésorerie prévisibles en N-1, financés par des prêts de 3 à 12 mois, qui ne devront pas excéder 33% du plafond de ressources non permanentes autorisé pour l'année concernée et en tout état de cause 10 Md€, par des prêts à plus court terme destinés à couvrir les besoins infra annuels liés au paiement des pensions vieillesse (3,5 Md€ en 2011/2012) et la prise en compte des aléas à travers une enveloppe résiduelle d'avances de 1,5 Md€.

Les conditions tarifaires sont revues à la hausse, avec une référence au taux Euribor de la durée du prêt pour les prêts de 3 à 12 mois et une marge supérieure par rapport au taux au jour le jour (Eonia) pour les interventions de très court terme.

Ainsi, le resserrement des conditions d'intervention de la caisse concerne aussi bien le volet court/moyen terme du financement de l'ACOSS, lié au déficit du régime général, que la gestion des variations infra-annuelles de trésorerie.

Cette convention scelle la désintermédiation partielle des financements de l'ACOSS.

B – Un coût de financement de la CADES comparable à celui de l'Etat sur les cinq dernières années

Les transferts de dette donnent lieu à des versements de la CADES aux régimes ou organismes dont elle reprend la dette, qu'elle finance par emprunt en faisant appel pour l'essentiel aux financements de marché, par opposition aux crédits bancaires.

La politique d'émission de la CADES repose depuis sa création sur une palette d'instruments plus diversifiés que celle de l'Agence France Trésor (AFT). Elle émet en effet dans de nombreuses devises, au premier

rang desquelles le dollar[100], arbitre régulièrement entre taux fixe et taux révisable[101] et négocie de nombreux produits de taux (échanges de taux d'intérêt et de devises, interventions sur marché à terme).

Le recours aux financements de marché et à de nombreux instruments de taux offre autant de choix de gestion pour piloter la maturité de l'encours de dette, son échéancier, la nature des taux auxquels cette dette est exposée (taux fixe, taux variable, taux indexé sur l'inflation) et finalement le coût moyen de la dette.

1 – Un écart de coût par rapport aux titres d'Etat sur les émissions de long terme en euros, accru avec la crise

Le financement de la dette sociale par un émetteur distinct de l'Etat aboutit à l'existence d'une prime demandée par les investisseurs pour détenir des titres CADES plutôt que des titres Etat. Cette prime se concrétise par les écarts prix (et donc de taux), appelés communément « spreads », constatés lors des émissions et lors des échanges sur le marché secondaire de la dette, entre les titre CADES et les titres Etat[102].

Ecarts moyens (« spreads ») sur les émissions obligataires de la CADES

En euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Spread moyen (points de base)	+11,4	+12,7	+10,9	+34,1	+42,8	+17,8
Volume émis (Md€)	14,9	9,15	3,75	3	16,5	4,25

Source : données CADES

La crise financière s'est traduite par un élargissement de ces écarts entre émetteurs qui a manifesté dans un premier temps plus un accroissement de l'aversion au risque qu'un accroissement des risques de défaut de remboursement. C'est particulièrement le cas pour la CADES vis-à-vis des titres de l'Etat français. Le rétrécissement des « spreads » constatés sur 2010 n'est pas confirmé par les premières émissions de 2011. L'après-crise financière semble ainsi marquée par au moins un

100. Au 31 décembre 2010, 30 % de la dette CADES a ainsi été émise en dollar, contre 68 % en euros.

101. Fin décembre 2010, l'endettement de la CADES est composé à 76 % d'un encours à taux fixe, à 8 % d'un encours à taux révisable et pour le solde d'un encours à taux indexé sur l'inflation.

102. Ces écarts s'observent pout tout emprunteur distinct d'un émetteur souverain. Ils traduisent la valorisation par le marché de la différence de signature entre la CADES et l'Etat et les différences de liquidité des titres émis.

doublement des spreads entre la CADES et l'Etat par rapport à la période avant-crise.

2 – Une compensation de cet écart par des arbitrages de la CADES sur son endettement à moyen terme en devises.

En dépit des « spreads » subis sur ses emprunts obligataires à long terme en euros, la CADES, grâce à ses émissions à moyen terme ou en devises, qui constituent 30 % de son endettement à moyen et long terme, associées à la négociation de contrats d'échanges de taux, affiche un taux de financement global (y compris hors financements de court terme) non seulement inférieur à son taux de financement sur les obligations en euros mais aussi, en moyenne, inférieur à ce taux diminué des « spreads », soit aux conditions de financement de long terme de l'Etat.

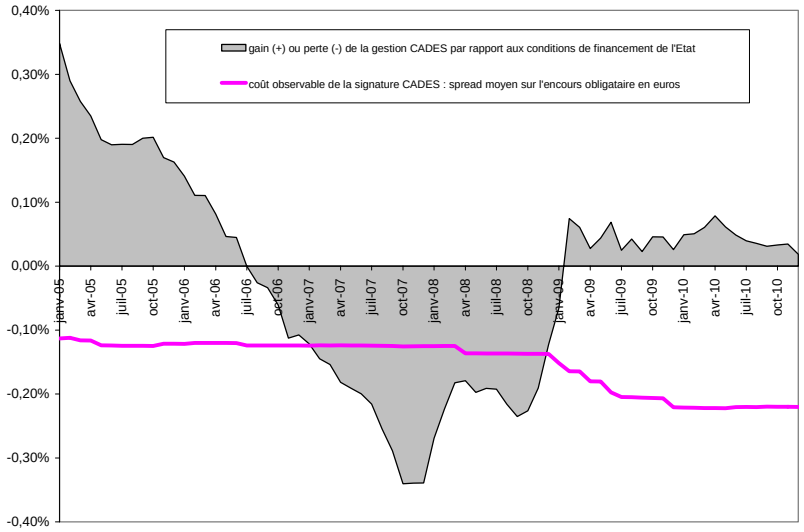
Cette situation ne signifie pas nécessairement que la CADES, sur le segment de son endettement en devises, bénéficie de meilleures conditions de financement que l'Etat toutes choses égales par ailleurs. Sur ce segment, se combinent l'effet de maturités d'emprunt plus courtes que sur les obligations à long terme, l'effet lié à un endettement à taux révisable et enfin l'effet lié au choix de la devise d'émission.

En neutralisant l'effet « maturité », qui domine largement l'effet lié au choix de la devise d'émission, il est possible de calculer quel aurait été le taux de financement moyen de la dette sociale correspondant aux conditions de financement des titres Etat, toutes choses égales par ailleurs[103]. Le graphique qui suit présente la comparaison de ce taux et du taux de financement réel de la CADES, la différence entre les deux mesurant le gain ou le coût de la gestion de dette par la CADES par rapport au coût de financement de l'Etat.

L'écart ainsi calculé entre les conditions de financement obtenues par la CADES et les conditions de financement représentatives de la dette souveraine est essentiellement liée à l'évolution combinée de la part de dette à taux révisable et du taux de référence de cette part révisable, soit l'EURIBOR trois mois.

103. L'Etat recourt en effet aussi couramment à des emprunts de moyen terme, entre deux et cinq ans.

Comparaison des conditions de financement de la CADES par rapport à celles de l'Etat, à maturités équivalentes de 2005 à 2010



Source : données CADES, calculs Cour des comptes

En définitive, ces calculs montrent que le pilotage de la dette par la CADES aboutit sur 2005-2010 à un coût de financement similaire (à +2 points de base près) à celui qu'aurait obtenu l'Etat, toutes choses égales par ailleurs[104]. Ce résultat est essentiellement lié aux choix relatifs à l'endettement à taux révisable et à l'arbitrage performance/risque qu'ils supposent.

III - Un modèle de financement de la dette sociale qu'il est impératif de mieux encadrer

Avec ces évolutions, le financement de la CADES s'est complexifié, il est devenu plus globalisé et étalé dans le temps sans un affichage suffisant du coût en termes de charge d'intérêts. Les risques de taux et de liquidité se sont accrus. Avec la perspective de déficits prévisionnels importants au-delà de 2011 qui n'ont fait l'objet ni de mesures de redressement, ni de transfert à la CADES, il importe de revoir

104. Il convient toutefois de préciser qu'il s'agit d'un calcul indicatif qui ne vise pas à établir quel aurait été le coût de financement de la dette sociale si elle avait été portée par l'Etat plutôt que par un organisme public ad hoc. En effet, un tel scénario alternatif pourrait également modifier les conditions de financement de la dette de l'Etat, avec des conséquences difficilement mesurables.

le cadre de financement des déficits sociaux dans le sens d'une plus grande responsabilisation et d'une meilleure lisibilité.

A – Un financement plus complexe

1 – Une diversité accrue du financement de la CADES, qui rend moins lisible le coût de la dette sociale

De spécifique et affiché avec la création dans une optique de responsabilisation des assurés sociaux d'un prélèvement ad hoc, la CRDS, à hauteur de 0,5 % d'une assiette un peu plus large que celle de la CSG, le financement de la CADES s'est progressivement diversifié et banalisé.

Ainsi, la CADES a bénéficié en 2009 de l'affectation de 0,2 point de CSG, puis à partir de 2011 de 0,28 point supplémentaire de CSG et de 1,3 % sur les revenus du capital (1,5 Md€ en 2011). A ces prélèvements s'ajoute à partir de 2011 le produit de la liquidation progressive du FRR, qui lui versera 2,1 Md€ chaque année jusqu'en 2024.

Au total, les ressources annuelles de la CADES sont passées de 3,2 Md€ en 1996 à 15,2 Md€ en 2011, permettant d'augmenter sa capacité d'amortissement annuelle de 2,2 à 11,4 Md€. Ce quintuplement de ses recettes pour faire face à ses engagements croissants s'est fait sans augmentation de la CRDS. Le prélèvement affecté initialement à l'amortissement de la dette sociale est ainsi dilué dans un cocktail de ressources qui fait perdre de la lisibilité au dispositif de financement de la dette sociale et rend moins visible et plus indolore le coût de celle-ci.

De fait, en 2011, la CRDS, qui au surplus, n'est plus exclusivement affectée à la CADES depuis 2011[105], ne devrait plus représenter que 40 % des recettes de l'établissement, contre 36 % pour la CSG, 14 % pour le versement du FRR et 10 % pour les prélèvements sur les revenus du capital.

Par ailleurs, une partie des nouvelles recettes de la CADES a été le résultat d'un simple transfert de ressources au sein de la sphère sociale : l'affectation de 0,2 point de CSG en 2009 correspond ainsi à une amputation des recettes du FSV, qui a conduit à aggraver d'autant le déficit annuel de ce fonds dès 2009 et pour les années suivantes. Ces déficits étant repris par la CADES, en vertu de la LFSS pour 2011, le

105. Le VI de l'article 22 de la loi de finances pour 2011 institue un prélèvement au profit de la CNAF d'une fraction de la CRDS sur les produits de placement. Ce prélèvement prend fin en 2019 et porte sur 330 M€ en cumulé.

transfert initial des 0,2 points de CSG n'aura pu au final financer aucun amortissement.

2 – Un traitement des déficits sociaux de plus en plus globalisé et étalé dans le temps

Les déficits sociaux sont traités sur des périodes de plus en plus longues, ce qui conduit à distendre le lien entre le déficit social d'une année et les prélèvements nécessaires pour son financement.

Certes, dès l'origine, les reprises de dettes de la CADES ont pu couvrir plusieurs exercices. Ainsi, l'ordonnance du 24 janvier 1996, la LFSS pour 1998 et la LFSS pour 2009 ont permis d'apurer le passé et de financer le déficit prévisionnel de l'année en cours, avec en tant que de besoin des régularisations en fonction des résultats définitifs. La loi du 13 août 2004 est allée plus loin en permettant de financer les déficits prévisionnels de 2004, 2005 et 2006.

Le dispositif de reprise de dettes voté à l'automne 2010 a franchi de nouvelles limites en portant sur les déficits d'une décennie allant de 2009 à 2018. Il permet en effet de couvrir les déficits des quatre branches de 2009 à 2011, mais aussi les déficits prévisionnels de la branche retraites et du FSV entre 2012 et 2018.

3 – L'allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale, un coût ignoré en terme de charges d'intérêt

Comme le montrent les termes dans lesquels a été débattu le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale à l'automne 2010, le coût de la dette sociale tend à être appréhendé de façon exclusive par le niveau des prélèvements obligatoires immédiatement nécessaires à son amortissement sur un horizon donné. L'allongement de quatre années de la durée de vie de la CADES a pu ainsi être présenté comme le moyen d'atténuer le coût de la nouvelle reprise de dette, qui aurait sinon nécessité un doublement des nouvelles recettes à affecter à la CADES.

Or, l'allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale n'a pas pour seul effet de repousser l'extinction de cette dette. Il entraîne un accroissement significatif de son coût, mesuré par le cumul des charges financières qui lui sont attachées.

Ainsi, l'allongement de quatre années retenue dans la LFSS pour 2011 se traduit en réalité par un accroissement de la charge d'intérêt cumulée de l'ordre de 19 Md€ à l'extinction de la dette sociale, soit un coût équivalent à 15 % du montant de la reprise de dette votée.

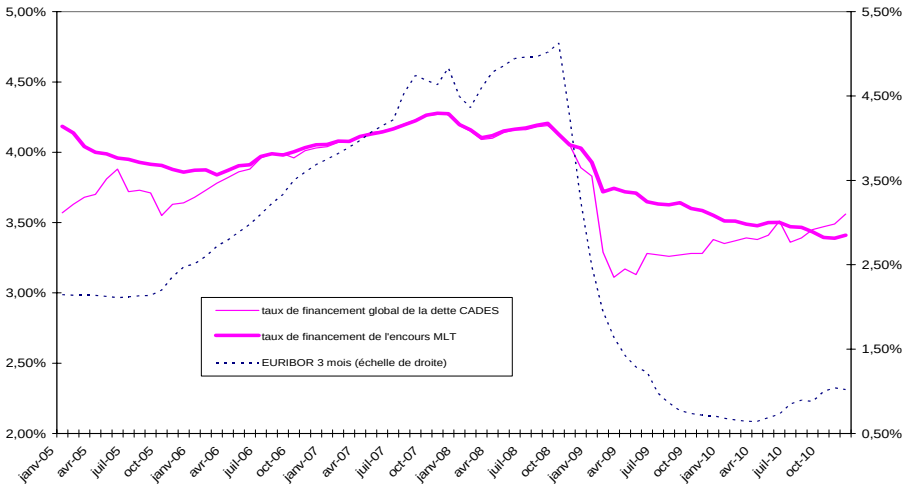
B – Un financement exposé aux risques de taux et de liquidité

1 – Un coût de financement très sensible à l'évolution des taux d'intérêt

a) Un taux de financement au plus bas depuis la création de la CADES

A la veille des reprises de dettes votées en LFSS 2011, le taux de financement global de la dette CADES se monte à 3,56 %. Il a connu son niveau le plus bas en 2009 (soit 3,11 %) à l'occasion du financement à court terme des reprises de dette prévues en LFSS 2009, dans un contexte de taux courts historiquement bas. La remontée observée depuis le second semestre 2009 s'explique par le refinancement à moyen-long terme de ces emprunts de court terme. Le taux de financement du seul encours de moyen-long terme a quant à lui poursuivi sa baisse en 2010 pour atteindre 3,41 % au 31 décembre 2010.

Evolution 2005-2010 du taux de financement global de la CADES comparée à celle du taux à trois mois EURIBOR



Source : données CADES et calculs Cour des comptes

Ce niveau est le résultat de la conjonction des facteurs suivants :

- l'arrivée à échéance entre 2005 et 2008 d'emprunts de long terme émis à des taux fixes dépassant 5 % tandis que les conditions de financement à long terme des nouveaux emprunts émis sur la période se sont maintenues en dessous de 4,5 % ;

- la baisse depuis le second semestre 2009 des anticipations d'inflation, qui réduisent le coût de l'endettement à taux indexé sur l'inflation ;
- les évolutions des taux de court terme dans le sillage de la crise financière qui réduisent non seulement le coût de l'endettement total de la CADES (y compris financements de court terme) mais aussi le coût de son endettement à moyen-long terme (au sein duquel la part à taux révisable représente 12 % fin 2010).

b) Un bénéfice également pour l'ACOSS du niveau historiquement bas des taux d'intérêt

En 2010, malgré l'augmentation de l'endettement, les charges d'intérêt supportées par l'ACOSS sont demeurées relativement faibles en valeur absolue (327 M€, contre 96 M€ en 2009 et 839 M€ en 2008, année ou l'endettement était pourtant moins élevé qu'en 2010). Le coût moyen d'endettement de l'ACOSS s'est établi à 0,97 %[106]. Quoique plus élevé qu'en 2009 (0,8 %), ce niveau est sans commune mesure avec celui de 2008 (3,9 %).

En cumulé, le portage en trésorerie des déficits sociaux pèse cependant significativement sur les résultats du régime général : sur l'ensemble de la période 2003-2010, la somme des intérêts nets payés par l'ACOSS s'est élevée à 2,6 Md€.

c) Une dette sociale dépendante de l'évolution des taux du fait de sa structure

Ces niveaux de taux d'intérêt exceptionnels n'ont pas vocation à perdurer sur la durée d'amortissement de la dette sociale. Or la dette portée par la CADES est doublement exposée à une remontée des taux :

- d'une part, le financement à court terme, dans un premier temps, des reprises de dettes votées en LFSS 2011 viendra s'ajouter à la part de l'endettement de moyen long terme déjà portée à taux révisable et pourrait aboutir à une part d'endettement à taux variable supérieure à 25% dès cette année, augmentant l'exposition instantanée de la CADES à une hausse des taux courts ;
- d'autre part, une remontée des taux longs pèserait dans un second temps sur le refinancement de moyen long terme, même à taux fixe, de ces reprises de dette.

La période actuelle appelle donc une vigilance particulière de la CADES en matière de gestion de risque de taux.

106. Soit environ le taux moyen Eonia pondéré des montants (0,45 %) plus 52 points de base.

Par ailleurs, l'ACOSS n'ayant pas pour vocation de s'endetter à moyen terme, elle est par construction et pour la totalité de son endettement exposée sans délai au risque de remontée des taux d'intérêt.

Sur la base de l'encours de dette porté par l'ACOSS et par la CADES fin 2010, une remontée des taux d'intérêts de 100 points de base aurait pour effet un accroissement immédiat de la charge d'intérêt annuelle de plus de 500 M€.

2 – Un risque de liquidité désormais largement porté par l'ACOSS

La part de la CDC dans la couverture du besoin de trésorerie de l'ACOSS sera passée de 100 % dans la première moitié des années 2000 à 83 % en 2008 et 61 % en 2010, la diminution de cette part relative allant de pair avec un accroissement des besoins de l'ACOSS. Dans le cadre de la nouvelle convention, le niveau des financements CDC devrait être très inférieur et avoisiner 40 % en valeur relative en 2011, en incluant la prolongation au cours du premier trimestre des prêts à 1 an, destinée à faire la jonction avec le transfert de dette en direction de la CADES.

Qu'il ait été ou non pleinement souhaité par sa tutelle ministérielle, le nouveau positionnement de l'ACOSS comme acteur des marchés financiers s'inscrit donc dans la durée. En effet, un retour à l'équilibre des finances sociales n'atténuerait pas l'obligation pour l'agence de couvrir par des appels au marché jusqu'aux deux tiers de ses besoins infra-annuels de trésorerie. La désintermédiation progressive de ces financements fait désormais peser sur l'agence une grande partie du risque de liquidité auquel est exposé le régime général.

C – Des déficits prévisionnels non traités au delà de 2011

Le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011 déposé en juin dernier confirme la trajectoire des comptes des régimes de sécurité sociale au regard des engagements pris par le gouvernement dans le cadre du programme de stabilité 2011-2014.

Le déficit du régime général passerait ainsi de -19,3 Md€ en 2011 à -17,4 Md€ en 2014, celui du FSV de -3,9 à -2,2 Md€. Sur un déficit cumulé du régime général et du FSV de 87,2 Md€ de 2011 à 2014, l'opération de reprise de dettes de la fin 2010 n'en couvre que près des deux tiers, soit 64 %, avec le transfert des déficits prévisionnels de 2011 des quatre branches et du FSV (23,2 Md€) et ceux de la branche vieillesse et du FSV au-delà (32,3 Md€ de 2012 à 2014).

En d'autres termes, 36 % des déficits prévisionnels du régime général de 2011 à 2014, soit 31,7 Md€ dont 80 % au titre de l'assurance-maladie (25,2 Md€), constituent des déficits qui inévitablement devront être repris par la CADES en l'absence de nouvelles mesures, fortes et immédiates, de redressement des comptes sociaux.

En tout état de cause, la contraction des concours de la CDC à l'ACOSS rend plus difficilement supportable un portage par cette dernière des déficits sociaux anticipés au-delà de 2012 : dans le scénario sous-tendant le PLFSS 2011, l'endettement de l'ACOSS devrait s'établir à la fin 2012 à 22,3 Md€ et à 32,5 Md€ à la fin 2013.

Au-delà même de 2014, le rapport de la Cour sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2011 a souligné les risques qui s'attachent à la perspective d'évolution des comptes sociaux à l'horizon 2020.

Sur la base d'hypothèses à mi-2011, il faisait apparaître l'ampleur des nouveaux transferts de dettes qui seraient à envisager en l'absence de nouvelles réformes. Ils pourraient s'élever à environ 117 Md€ au-delà de ceux déjà prévus à l'automne 2010 (130 Md€), dont 60 Md€ au titre de l'assurance maladie et 17 Md€ pour la branche famille[107].

D – La nécessité d'un cadre de financement des déficits sociaux plus responsabilisant et plus lisible

1 – Transférer sans délai à la CADES les déficits sociaux constatés dans le cadre d'un calendrier de retour à l'équilibre de la sécurité sociale

Comme la Cour l'a déjà exprimé, la dette sociale constitue une anomalie[108]. L'objectif premier reste le retour à l'équilibre des comptes sociaux. Mais quelles que soient l'ampleur et la vigueur des mesures de redressement qui s'imposent pour amplifier la trajectoire de redressement des comptes de la sécurité sociale, elles ne permettront pas un retour immédiat à l'équilibre.

La perspective de déficits sociaux commodément transférés à la CADES selon un calendrier souple, financés par la redistribution de prélèvements existants plutôt que par des prélèvements supplémentaires, reportés dans le temps par l'allongement des durées d'amortissement, ne

107. Voir pp. 111 à 115 du rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2011.
108. Voir notamment pp. 147 et 148 du rapport précité.

peut que rendre plus délicat un pilotage ferme de ce rééquilibrage pourtant indispensable.

Il n'apparaît ainsi pas souhaitable de poursuivre dans la voie de nouveaux transferts de dettes différés, globalisés, peu lisibles et déconnectés des exercices qui les ont créés.

Le retour progressif selon un calendrier précis et fiable à l'équilibre des comptes sociaux devrait pour cela s'accompagner du rétablissement nécessaire et pérenne d'un lien fort entre le déficit d'une année et la ressource supplémentaire affectée à la CADES à l'occasion de son transfert.

Le rétablissement de ce lien nécessiterait une disposition de loi organique. Il consisterait à mettre en place un mécanisme de transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV.

Ce transfert, dont le montant prévisionnel figurerait en loi de financement de la sécurité sociale, serait nécessairement assorti d'un relèvement des prélèvements affectés à la CADES garantissant le respect de la contrainte organique placée désormais sous le contrôle du juge constitutionnel. Privilégier l'augmentation de la CRDS, créée à cette fin et identifiée chaque mois sur les bulletins de paye des salariés, permettrait à cet égard de mieux responsabiliser les différentes parties prenantes face au coût de l'amortissement de la dette sociale.

En tout état de cause, en obligeant à afficher sans délai par un prélèvement supplémentaire le coût du financement de la dette sociale, un tel dispositif inciterait fortement et directement à réduire plus rapidement les déficits en privilégiant une meilleure maîtrise de la dépense sociale. L'affectation annuelle à la CADES des déficits comme des excédents des différentes branches[109] serait de nature à faciliter à terme, une fois revenu à l'équilibre, un pilotage tenant mieux compte de la dimension structurelle des comptes de la sécurité sociale.

En accompagnement de cette réforme, il conviendrait de redonner son sens premier à la notion de plafond de trésorerie de l'ACOSS. Comme la Cour l'a souligné à plusieurs reprises, il est essentiel de réserver les découverts votés en loi de financement à la seule couverture des variations infra-annuelles de trésorerie, pour mettre fin au préfinancement indolore de l'accumulation de déficits sur plusieurs exercices avant transfert inévitable à la CADES.

109. La loi du 13 août 2004 prévoit déjà dans son article 76 l'affectation des excédents éventuels de la branche maladie à la CADES.

2 – Mieux informer sur le coût de la dette sociale et la performance de la CADES

En dehors des opérations de reprises de dette, le suivi du financement de la dette sociale, tel qu'il ressort des annexes au PLFSS, en particulier au sein du programme de qualité et d'efficience (PQE « financement »), demeure centré, à court terme, sur la capacité d'amortissement annuelle et, à long terme, sur la mesure de la durée d'amortissement. Le coût de la dette sociale n'est ainsi traité qu'en creux à court terme, comme l'élément du calcul permettant de passer des ressources affectées à la CADES à la capacité d'amortissement. A long terme, son suivi n'est plus assuré puisque la durée d'amortissement, issue d'un raisonnement en solde, ne rend pas compte de la mesure de la charge totale d'intérêt engendrée par la dette, indépendamment des évolutions de la ressource affectée à la CADES.

Par ailleurs, l'évolution du coût de financement de la dette sociale, contrairement à celle des ressources affectées à la CADES, n'est pas seulement le reflet de l'évolution des conditions économiques. En effet, la manière active dont la CADES gère sa dette lui donne des leviers pour piloter son coût de financement global et donc les charges d'intérêts de la dette.

Le suivi en solde de l'amortissement de la dette sociale ne permet alors pas de distinguer, parmi les différents facteurs de son évolution, l'impact de la conjoncture et les résultats propres de la gestion financière pilotée par la CADES.

Pour remédier aux insuffisances du seul suivi relatif à la durée d'amortissement, il serait souhaitable que les indicateurs du PLFSS soient complétés par les données relatives au montant cumulé jusqu'à amortissement total, des charges d'intérêts payés par la CADES dans chacun des scénarios présentés, ainsi qu'à la part de ces montants rapportés à la dette totale reprise.

En outre, il conviendrait que soit illustrée dans l'un des programmes de qualité et d'efficience associés à la loi de financement la performance propre de la gestion de dette par la CADES. A cet égard, la production du calcul du coût de la dette portée par la CADES à des conditions comparables à celles de l'Etat (cf. supra) permettrait de faire de la comparaison entre ce coût et le coût réel de la dette sociale sur l'encours de moyen-long terme, un indicateur de performance financière à l'appui de l'objectif de minimisation du coût de financement affiché par la caisse.

3 – Adapter l'organisation et le pilotage de l'ACOSS à ses nouvelles responsabilités financières

Désormais contrainte de sécuriser en amont ses besoins de financement les plus importants par des appels progressivement croissants aux marchés, l'ACOSS a été autorisée à prendre en pension des titres d'Etat de manière à neutraliser les coûts liés à ces sur-financements. Elle doit par ailleurs s'adapter aux nouvelles règles opérationnelles de la convention 2011-2014 signée avec la caisse des dépôts pour la gestion des opérations de trésorerie[110]. L'ouverture d'un compte à la Banque de France pourrait permettre à l'ACOSS de bénéficier de possibilités supplémentaires en matière de mouvements plus tardivement dans la journée et, le cas échéant, de placements de ses excédents temporaires de trésorerie.

La coopération avec l'AFT a permis jusqu'à présent d'accompagner l'ACOSS dans son nouveau rôle d'intervenant direct sur les marchés financiers. Si le lancement du programme d'ECP a ainsi pu être mené à bien, l'ACOSS doit désormais impérativement se doter au plus vite du cadre prudentiel et des outils de contrôle interne adaptés à la désintermédiation partielle de ses financements.

Cette exigence est d'autant plus forte que, dans le cadre de la convention ACOSS-CDC 2011-2014, la responsabilité d'émettre au moindre coût sans mettre en danger la sécurité des financements est très largement reportée sur l'agence. Ce transfert rend nécessaire l'élaboration et la formalisation d'une stratégie financière pour l'agence et pose la question des instruments mis à sa disposition pour gérer les risques qui y sont associés.

110. Comme le resserrement des contraintes horaires et l'encadrement des positions débitrices temporaires constatées en cours de journée.

CONCLUSION

La CADES n'a pas d'équivalent en Europe. La raison en est simple : aucun de nos grands voisins européens, en particulier l'Allemagne, n'accepte que son système de protection sociale soit durablement en déficit.

Le dispositif de financement de la dette sociale mis en place au milieu des années 90 se voulait un outil de responsabilisation collective, mettant en lumière le caractère anormal d'un déficit social, prévoyant son amortissement sur une durée relativement courte par l'affectation d'un prélèvement supplémentaire spécifique. Il a permis de financer des déficits qui ont presque quadruplé en points de PIB en conjuguant allongement de la durée d'amortissement sur toute une génération et apport de ressources diverses dans des conditions telles que le coût de la dette n'est plus véritablement identifiable par les assurés sociaux et apparaît comme indolore. De vertueux, le système est devenu d'autant plus déresponsabilisant que l'ACOSS a réussi à assurer le préfinancement des déficits avant reprise de dette par la CADES par appel direct aux marchés. La signature de la CADES et celle de l'ACOSS comme émetteur à court terme sont reconnues sur les marchés avec la meilleure notation possible, le financement des déficits sociaux est assuré à des niveaux jamais atteints et à des conditions plutôt favorables grâce à la faiblesse des taux d'intérêt dans un contexte de grave crise financière.

Cependant, le système a été poussé à ses limites. La reprise de dettes de l'automne 2010, qui a pourtant doublé les montants transférés jusqu'ici à la CADES et porte sur pas moins d'une décennie de déficits sociaux, ne couvre que moins des deux tiers des déséquilibres prévus pour les seules années 2011-2014 dans la loi de programmation des finances publiques. Malgré près de 80 Md€ de prélèvements depuis la création de la CADES et 30 Md€ d'intérêts payés, la dette sociale continue de croître plus vite que sa capacité d'amortissement. Son financement est par ailleurs exposé à un risque de taux en cas de remontée des taux d'intérêt.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable d'engager une stratégie vigoureuse de redressement des comptes sociaux, en mettant en place un pilotage rigoureux par les soldes et non pas seulement par la régulation des composantes de la dépense, de manière à faire disparaître au plus tôt la dimension structurelle des déficits sociaux.

A cette fin, il importe au premier chef de rétablir un lien étroit entre le déficit et son financement, de façon à éviter la facilité que constituent les possibilités de préfinancement de la dette par l'ACOSS et de transfert globalisé sur des périodes de plus en plus longues. L'obligation d'un traitement annuel des déficits sociaux dans le cadre d'une programmation

précise et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux est à cet égard un mécanisme dont il est indispensable que notre pays accepte de se doter.

RECOMMANDATIONS

12. Prévoir par une disposition de loi organique un transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV, dans le cadre d'une programmation précise et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

13. Préciser la stratégie financière de l'ACOSS ; la doter d'un cadre prudentiel adapté et des outils de contrôle interne appropriés à la désintermédiation croissante de ses financements et à la maîtrise de ses risques.

14. Privilégier à l'avenir un relèvement de la CRDS pour financer tout nouveau transfert de dette sociale à la CADES.

15. Réserver en conséquence les plafonds d'avances votés en PLFSS à la seule couverture des besoins infra-annuels de trésorerie.

16. Compléter les indicateurs de la LFSS par le coût en intérêts de la dette et la performance propre de la gestion de la CADES.

DEUXIEME PARTIE

LES DEPENSES DE SOINS ET LEUR MAITRISE

Chapitre IV

La maîtrise des dépenses de médicaments

PRESENTATION

La réforme de la politique du médicament annoncée en juin 2011 par le gouvernement a tenu compte des nombreux travaux et rapports établis à la suite de « l'affaire Médiator® » par le Parlement, les assises du médicament tenues au printemps 2011 et l'IGAS. Cette réforme vise notamment à renforcer la sécurité de la chaîne du médicament, à lutter contre les conflits d'intérêt, à promouvoir la transparence en tous les domaines et à améliorer l'information du patient et des médecins sur les médicaments. Dans ce contexte, la Cour a axé ses investigations sur un aspect peu ou pas examiné dans les diverses contributions de ce premier semestre 2011, à savoir la maîtrise d'une dépense pharmaceutique qui a fait peser en 2009 une charge de 26,8 Md€ sur les régimes d'assurance-maladie.

L'enquête ainsi conduite s'inscrit dans la continuité de celles dont la Cour a régulièrement rendu compte sur ce sujet[111]. Sans en reprendre tous les différents aspects[112], elle a cette année plus particulièrement analysé les modalités de fixation du prix des médicaments et les mécanismes de régulation mis en œuvre au cours des dernières années.

La Cour rappelle d'abord le constat qui singularise notre pays de dépenses de médicaments structurellement élevées, en raison notamment d'une culture de prescription spécifique qui favorise une forte consommation de médicaments nouveaux et onéreux (I). Elle a examiné ensuite les modalités d'admission au remboursement par l'assurance maladie et de fixation des prix des médicaments qui lui sont apparues parfois insuffisamment rigoureuses et manquant de transparence (II). Elle a enfin analysé les efforts de maîtrise de la dépense pharmaceutique poursuivis dans la période récente, notamment par le développement des génériques, la diversification des outils de régulation économique et la multiplication de mécanismes contractuels d'incitation à une prescription plus sobre tant en ville qu'à l'hôpital dont les insuffisances, malgré un infléchissement récent de la dynamique de la consommation pharmaceutique, appelle à une redéfinition en profondeur (III).

111. Voir les RALFSS 2001 pp. 85-110, 2002 pp. 368-382, 2003 pp. 213-216, 2004 pp. 305-355 et 2007 pp. 257 à 304.

112. N'ont notamment pas été examinées les marges des pharmaciens d'officine et des grossistes répartiteurs ni l'action du service de contrôle médical de la CNAMTS en matière de maîtrise des volumes.

I - Des dépenses de médicaments structurellement élevées

A – Une consommation pharmaceutique exceptionnellement forte

En 2008, la France a consacré à ses dépenses de médicaments 1,84 % de son PIB, soit une part de 15 % supérieure à celle de l'Allemagne (1,59 %) et de 78 % supérieure à celle du Royaume–Uni (1,03 %)[113].

En 2009, les Français ont dépensé près de 36 Md€ en médicaments, soit 18 % de plus que cinq ans auparavant. Il s'agit, à hauteur de 27,1 Md€, de médicaments remboursables dispensés en ville[114] et, pour 3,1 Md€, de médicaments non remboursables dispensés également en ville, auxquels il faut ajouter 5,7 Md€ de médicaments délivrés à l'hôpital[115].

En vingt ans, de 1990 à 2009, le montant des ventes de médicaments a été multiplié par 2,5. D'une part, il s'agit du résultat d'un accroissement du volume vendu de 10 %[116], proportion équivalente avec la croissance de la population sur la même période (+10,8 %). Mais surtout, cette très forte progression résulte d'une augmentation de 125 % du prix moyen de vente sur la période, passé de 3,09 € à 6,95 €[117], soit plus qu'un doublement des prix, l'inflation sur la même période s'établissant à 37 %. Cette dynamique reflète l'évolution du prix moyen par unité de consommation et intègre l'effet de la déformation structurelle de la consommation au profit de nouvelles molécules onéreuses[118].

113. Source OCDE.
114. Source CEPS hors médicaments rétrocédés, c'est à dire délivrés à des patients ambulatoires par des pharmacies hospitalières.
115. Source AFSSAPS, incluant les médicaments rétrocédés.
116. Soit 280 millions de boîtes. La notion de volume mesurée en boîtes suppose une prise en compte de l'évolution dans le temps de la contenance de celles-ci, selon des méthodologies variables selon les sources.
117. Source IMS Health, Eco Santé 2010.
118. Dans ses rapports annuels d'activité, le comité économique des produits de santé (CEPS) isole à cet égard, à côté d'un effet volume et d'un effet prix stricto sensu, un effet dit de structure qui vise à prendre en compte, entre autres facteurs, l'apparition de produits nouveaux et chers et la propension des prescripteurs à privilégier ces produits.

Sur dix ans, de 2000 à 2009, la croissance des volumes est demeurée limitée, comprise selon les sources entre +0,9 % et -0,1 %, mais, selon les estimations du comité économique des produits de santé (CEPS), l'effet prix stricto sensu s'est établi à -14,9 %, l'effet de structure s'élevant à +84,9 %.

Depuis cinq ans cependant, une décélération des remboursements de médicaments dispensés en ville peut être observée[119] : la croissance annuelle moyenne de ces dépenses s'établit à 3,3 % sur cette période, alors qu'elle était de 7,1 % entre 2000 et 2004. Les médicaments hospitaliers ont connu en revanche une évolution particulièrement dynamique puisqu'ils ont crû de 28,9 % au total sur la même période de cinq ans, soit près du double de l'évolution des médicaments de ville. Cette décélération d'ensemble s'est prolongée en 2010 avec une augmentation limitée à 1,9 % de la dépense pesant sur le régime général[120] et se poursuit en 2011, selon les premières indications disponibles.

Il en est résulté un léger recul de la dépense pharmaceutique par habitant entre 2006 et 2009. Toutefois, pour les huit principales classes thérapeutiques qui représentent 38 % du marché, ce recul est, selon une étude de la CNAMTS[121], deux fois moins rapide qu'en Allemagne ou en Italie, dix fois moins rapide qu'au Royaume-Uni.

De fait, les spécificités de la consommation pharmaceutique en France aboutissent à ce que les produits chers y soient proportionnellement plus prescrits que dans les grands pays voisins.

B – Une culture de prescription spécifique qui favorise une forte consommation de médicaments nouveaux et chers

Une enquête[122] sur les comportements de prescription comparés en Europe met en lumière qu'en France, une part plus importante de la population consulte régulièrement un médecin, que par patient les consultations sont plus fréquentes, que les médecins rédigent plus souvent une ordonnance et que cette dernière comporte plus de lignes. Par voie de conséquence, chaque Français consomme 40 % de doses de médicaments

119. Avec médicaments rétrocédés.

120. Source Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2011.

121. CNAMTS, Point d'information du 10 mars 2011.

122. Enquête IPSOS pour l'assurance maladie sur le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments - 2005.

de plus que leurs voisins proches[123] (1 559 unités de prise par habitant contre 764 en Italie) pour un montant moyen supérieur de 90 % (535 € par habitant contre 199 € en Espagne).

Différentes analyses par classe thérapeutique[124] montrent que la consommation de tranquillisants est huit fois supérieure à celle de l'Allemagne et six fois supérieure à celle du Royaume-Uni. La France a une dépense par habitant d'IPP[125], utilisés dans le traitement des ulcères digestifs, 50 % supérieure à la moyenne des quatre pays voisins, trois fois supérieure à celle du Royaume-Uni. Elle a une dépense par habitant de statine, permettant de réduire le taux de cholestérol, de 46 % supérieure à la moyenne de ses voisins. Ce différentiel est de 50% pour les antidiabétiques oraux. Par ailleurs, la dépense française en antihypertenseurs de la classe des IEC[126]/sartans est huit fois supérieure à celle du Royaume-Uni, de 36 % supérieure à la moyenne européenne. Dans les pathologies qui nécessitent la prescription d'un antiagrégant plaquettaire, Plavix®, traitement 24 fois plus cher que l'aspirine, utilisé dans les mêmes indications protocolisées[127], est prescrit en France deux fois plus souvent qu'en Allemagne, trois fois plus souvent qu'au Royaume-Uni et quatre fois plus souvent qu'en Italie.

Les trois classes thérapeutiques les plus coûteuses représentent ainsi près de 20 % du marché pharmaceutique. Il s'agit des anticancéreux qui constituent pour les laboratoires un marché de plus de 2 Md€. Viennent ensuite des médicaments destinés à la prévention des pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle et hypercholestérolémie, pour des montants respectivement de 1,4 et de 1,2 Md€).

123. Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni.

124. Source IMS Health, calculs CNAMTS pour tranquillisants et antidiabétiques oraux, calculs CCSS 2009 pour IPP, statines et IEC/sartans.

125. Inhibiteurs de la pompe à protons.

126. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

127. Source Consommation médicamenteuse dans cinq pays européens : une réévaluation - Claude Le Pen - avril 2007. Cinq indications ont été retenues dans l'étude : l'angine de poitrine, l'infarctus aigu du myocarde, l'infarctus du myocarde à répétition, les complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde, les cardiopathies ischémiques chroniques.

C – Une prise en charge croissante par l'assurance maladie

La dépense remboursée par l'assurance maladie[128], tous régimes confondus, représente 26,8 Md€[129], soit 74,5 % de l'achat total de médicaments. La prise en charge des médicaments représente une part significative (17 %) de la dépense d'assurance maladie[130].

Au cours de son cycle de commercialisation, un médicament peut voir son taux de remboursement diminuer. Mais contrairement à l'opinion généralement admise, le taux effectif moyen de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments présentés au remboursement a augmenté de façon continue sur les sept dernières années, passant de 73,6 à 77,3 %[131]. La progression constante du nombre des personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD)[132], qui permet la prise en charge à 100 % des médicaments destinés à soigner l'affection principale, est la principale explication de cette évolution[133].

II - Un système d'admission au remboursement et de fixation des prix insuffisamment rigoureux

La fixation de la part de prise en charge d'un médicament par l'assurance maladie et de son prix sont le résultat d'évaluations successives réalisées par différentes instances. Ainsi, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ou l'agence européenne du médicament (EMEA) évaluent les médicaments sous l'angle de leur sécurité et de leur rapport bénéfice/risque pour leur accorder une autorisation de mise sur le marché dans le cadre de procédures respectivement nationales ou européennes. La commission de

128. Certains médicaments ne sont pas remboursables par l'assurance maladie, et cette dernière ne prend pas en charge le ticket modérateur. Source CNAMTS.

129. 21,1 Md€ pour la ville hors médicaments rétrocédés et 5,7 Md€ pour l'hôpital, y compris les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

130. Mesurée par l'ONDAM.

131. Source CNAMTS. Données du régime général seulement hors sections locales mutualistes, médicaments de ville hors rétrocessions (Médic'AM).

132. Cf. chapitre X - La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, p. 289.

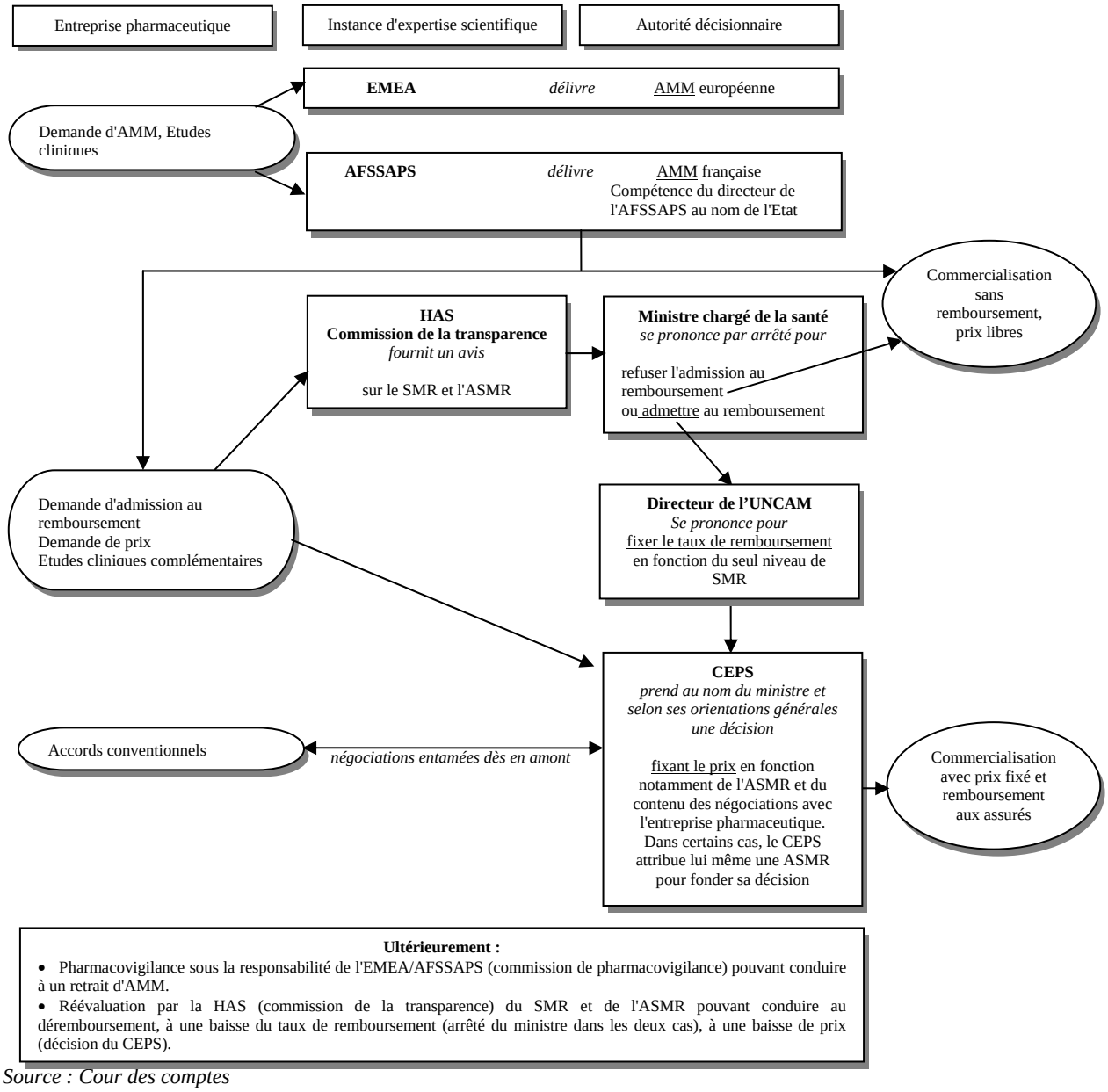
133. Par exemple, les antidiabétiques sont, de manière générale, remboursables à 65 %. Mais dès lors que les diabètes sont massivement pris en charge dans le cadre des ALD, le taux effectif de remboursement de ces produits est de 96 %.

la transparence, rattachée à la Haute Autorité de santé (HAS), émet ensuite deux avis distincts. Il s'agit :

- d'une part, d'une appréciation du service médical rendu (SMR), défini avec cinq niveaux différents, critère absolu qui prend notamment en compte la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué, l'efficacité et les effets indésirables de ce dernier, sa place dans la stratégie thérapeutique et qui conditionne la prise en charge par l'assurance maladie et son niveau ;
- d'autre part, d'une évaluation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR), selon une méthode comparative et également selon cinq niveaux différents, qui vise à situer l'intérêt du médicament par rapport aux stratégies thérapeutiques existantes, au moins quand des études comparatives autres que contre placebo sont présentées et à partir de laquelle est fixé le prix.

Le schéma présenté ci après décrit la complexité de ce processus en principe cloisonné.

Procédures d'autorisation, de remboursement et de fixation du prix d'un médicament



Source : Cour des comptes

A – Des modalités d'admission au remboursement insatisfaisantes

Fondées sur des évaluations qui reposent sur des études cliniques fournies par les laboratoires, les décisions d'admission au remboursement et de fixation du taux de ce dernier sont peu transparentes.

1 – Des évaluations dépendantes des laboratoires

Les évaluations préalables à la commercialisation d'un médicament s'appuient sur des études qui sont laissées à l'initiative du fabricant et dont le cadre n'est pas défini de manière rigoureuse et homogène, ce qui laisse une grande latitude dans la conduite des essais et peut induire certains biais : tests contre placebo uniquement, comparaison avec des traitements habituellement non utilisés dans l'indication, tests cliniques sur des indications visant des populations réduites permettant des prix plus élevés, avant de les élargir à des indications beaucoup plus répandues, dosages supérieurs à ceux utilisés pour le comparateur de façon à obtenir une efficacité significativement meilleure, sans que l'on puisse dire si la supériorité de l'effet est liée aux propriétés propres du produit testé ou à un effet dose. Ces pratiques ne sont certes pas généralisées mais, dans tous les cas que la Cour a pu analyser, aucune étude complémentaire n'a été exigée de la part de la commission de transparence.

Pour limiter les coûts de développement, les études, y compris pour des indications chroniques, peuvent être réalisées sur une durée courte de quelques mois pour une utilisation sur plusieurs années en moyenne par les patients. Or, ces essais cliniques mettent généralement en évidence les seuls effets indésirables fréquents des traitements, les effets les plus graves, généralement très rares n'étant pas repérés à ce stade. De manière générale cependant, après commercialisation, aucune étude complémentaire n'est demandée pour justifier d'une prescription prolongée.

Actos®

Actos est un antidiabétique de la classe des glitazones commercialisé en 2002,

Une étude épidémiologique américaine sur modèle animal avec Actos® a montré précocement un risque de cancer de la vessie multiplié par 4 avec ce produit. En 2010, les résultats à 5 ans d'une étude épidémiologique initiée par les laboratoires Takeda n'ont pas permis « de mettre en évidence une augmentation globale statistiquement significative du risque de cancer de la vessie pour les patients sous Actos, mais son

utilisation pendant plus de deux ans est associée à un risque accru[134] ». La FDA américaine avait toutefois lancé un signal d'alarme.

Le 9 juin 2011, l'AFSSAPS a suspendu l'utilisation d'Actos® et, en juillet, la commission de la transparence a conclu à un SMR insuffisant, à la suite des résultats d'une étude indépendante menée par la CNAMTS en cinq mois durant le premier semestre 2011 à partir de ses bases de données qui lui permettent de conclure que l'utilisation d'Actos® est significativement associée à une augmentation du risque de cancer de la vessie de 22 %, ce risque étant augmenté de 75 % pour les traitements à dose ou de durée élevées. Cette décision n'a pas à ce stade été suivie par l'agence européenne.

A l'avenir de telles études devraient être systématisées dès qu'il y a questionnement sur un médicament.

2 – Un mode de décision peu transparent

A partir de l'attribution du SMR et de l'ASMR, ce sont deux autorités distinctes qui décident de l'inscription au remboursement ou de l'agrément aux collectivités - c'est le cas des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale- et du niveau de prise en charge de remboursement -c'est le rôle du directeur de l'UNCAM.

Les produits ayant un niveau de SMR insuffisant ne devraient pas, en application de l'article R. 163-3 du code de la sécurité sociale, être remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Mais la décision ministérielle d'admission des médicaments au remboursement n'est pas liée par l'avis de la commission de la transparence. La décision prise peut être ainsi en contradiction avec l'avis rendu. Par exemple, Fonlipol®, un hypocholestérolémiant pour lequel la commission de la transparence a considéré en octobre 2009 que le SMR était insuffisant pour une prise en charge par la solidarité nationale, reste remboursable en 2011. Il en a été de même pour Médiator® jusqu'en novembre 2009.

Médiator®

En 1999 et en 2006, la commission de la transparence a émis pour Médiator®, « un niveau de service médical rendu insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles pour justifier sa prise en charge». Malgré cet avis, le niveau de prise en charge de 65 % a été maintenu.

En janvier 2006, la Cour avait déjà signalé cette anomalie dans un rapport provisoire sur l'AFSSAPS. Dans sa réponse à la Cour d'avril 2006, le directeur général de l'agence affirmait que « la commission [de la pharmacovigilance] a demandé [en 2005] une réévaluation du

134. Laboratoires Takeda, le 9 juin 2011. Communiqué de presse.

bénéfice/risque et [que] le produit a en définitive cessé d'être commercialisé en 2006 », ce qui n'a pas été fait. En effet, postérieurement, la Cour constatait dans une enquête sur la consommation et la prescription de médicaments, réalisée en juillet 2007 à la demande de l'Assemblée Nationale, dans un développement anonymisé visant le Médiator®, que « l'avis [de la commission de la transparence de 2006] n'a pas encore été pris en compte et que ce médicament est toujours remboursé à 65 % ».

Ce n'est qu'en novembre 2009 qu'au vu du risque avéré de valvulopathie alors que les bénéfices thérapeutiques du produit s'avéraient modestes, le directeur général de l'AFSSAPS a pris la décision d'en suspendre l'autorisation de mise sur le marché.

Les cinq niveaux de SMR définis conditionnent le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : 65 % pour les niveaux de SMR majeur et important, 30 % pour un niveau de SMR modéré, 15 % pour un niveau de SMR faible.

Ce nouveau taux de prise en charge à 15 % a été créé de façon pérenne le 16 avril 2010 notamment pour ne pas totalement dérembourser toute une classe de médicaments, les vasodilatateurs périphériques, qui ont tous obtenu un SMR insuffisant depuis leur réévaluation systématique réalisée entre 1999 et 2001. Le maintien de leur admission au remboursement, contrairement aux règles posées par le code de la sécurité sociale, même assorti d'une prise en charge revue à la baisse par le passage de leur taux de remboursement de 35 à 15 % se traduit pour l'assurance maladie par une charge qui peut être estimée à 35 M€ par an[135].

Le ministre de la santé a annoncé en janvier 2011 que tous les médicaments présentant un SMR insuffisant seraient soit déremboursés, soit maintenus au remboursement par une décision qui serait désormais systématiquement motivée. Le texte autorisant un tel dispositif dérogatoire n'a toutefois pas encore été pris.

135 . L'annulation partielle du décret du 5 janvier 2010 instituant un taux de remboursement de 15 % par une décision du Conseil d'Etat du 27 mai 2011 est, selon le gouvernement, une « annulation purement procédurale » à laquelle il sera remédié d'ici novembre 2011. Dans l'intervalle, le taux de remboursement de 15 % continuera à être mis en œuvre.

B – Un dispositif de fixation des prix très peu contraignant

Le modèle français de fixation des prix, fondé sur des négociations avec les laboratoires peu encadrées, est singulier par rapport aux pratiques constatées dans les autres pays européens.

1 – Un régime de prix négociés au cadre imprécis

Les prix des médicaments sont fixés par le CEPS, comité administratif placé sous l'autorité des ministres, qui réunit des représentants des directions de la santé, de la sécurité sociale, de la concurrence et de l'industrie ainsi que des organismes payeurs[136].

Pour ce faire, le CEPS s'appuie sur les accords-cadres établis depuis 1994 entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique. Depuis 2003, des orientations ministérielles visant une politique de régulation des médicaments sont venues compléter les accords-cadres. Elles ont récemment rappelé que « le gouvernement est attaché au maintien de la relation conventionnelle avec les laboratoires pharmaceutiques ».

La politique conventionnelle entre l'Etat et les industries du médicament

Aux termes de l'article L. 162-17-4 du code la sécurité sociale et en application des orientations qu'il reçoit des ministres compétents, le CEPS peut conclure avec des laboratoires, des conventions relatives à des médicaments pour une durée maximum de quatre années. Le cadre de ces conventions est précisé par un accord conclu avec le syndicat professionnel regroupant les entreprises concernées.

C'est au travers de l'accord-cadre de 2003 qu'ont été définies les grandes lignes d'une politique globale du médicament toujours en vigueur, prévoyant notamment la reconnaissance de l'innovation par l'octroi de prix de niveau européen stables durant 5 ans pour les produits disposant d'une ASMR I, II et III et, sous certaines conditions, d'une ASMR IV, de nouvelles procédures pour accélérer les délais d'accès au marché et de fixation des prix (telle que le dépôt de prix) et la mise en place de tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR). Le dernier accord-cadre, conclu en 2008 rassemble, pour la première fois, dans un même document les dispositions prévues pour l'ensemble des médicaments vendus tant en ville qu'à l'hôpital.

136 . A ce titre, l'UNCAM, représentant l'assurance maladie obligatoire, puis l'UNOCAM, représentant les complémentaires, sont entrées dans la composition du comité.

Cet accord-cadre qui a été prolongé par un avenant en 2010 prend fin au 31 décembre 2012. Conformément à ses stipulations, chaque laboratoire négocie avec le CEPS des conventions particulières pour ses produits, définissant de façon conjointe le prix des produits et, le cas échéant, le mode de calcul des remises. Ces conventions sont confidentielles.

Le processus de négociation entre le CEPS et les industriels est ainsi fondé sur des dispositions règlementaires peu contraignantes, sur des accords-cadres très généraux et sur des orientations ministérielles peu prescriptives et laisse une grande marge de liberté au CEPS sur la politique à mener en matière de prix.

Aux termes de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, l'ASMR apportée par le médicament et le prix des médicaments à même visée thérapeutique sont les premiers paramètres pris en compte dans la détermination du prix.

Le nombre de médicaments bénéficiant d'un niveau d'ASMR majeur ou important est à cet égard actuellement très faible (en 2009 seulement 9 sur les 678 avis rendus par la commission de la transparence). Cette panne de l'innovation est au demeurant corroborée par l'absence complète de corrélation entre les niveaux de SMR rendus (90 % des médicaments examinés en 2009 ont un niveau SMR important) et ceux rendus pour les ASMR (90 % des mêmes médicaments examinés sont caractérisés par une absence d'ASMR). Cette situation devrait être favorable à un régime de prix permettant de préserver avec rigueur les intérêts de l'assurance maladie.

Synthèse des avis rendus en 2009 par la commission de la transparence dans le cadre d'une première inscription

SMR	Majeur	Important	Modéré	Faible	Insuffisant
		252	17	11	13
ASMR	I (Apport majeur)	II (Apport important)	III (Apport modéré)	IV (Amélioration mineure)	V (Absence d'amélioration)
	5	4	3	16	250

Source : rapport d'activité de la HAS

Un secteur qui maintient ses emplois mais qui est devenu moins innovant

Depuis 2003, le régime de quasi liberté des prix accordé aux produits les plus innovants devait inciter les laboratoires à intensifier leur effort de recherche afin d'introduire sur le marché des médicaments améliorant le service médical rendu plutôt que de défendre des positions acquises. Cette orientation peine à produire les effets attendus. En effet, si

la production pharmaceutique française se situe au premier rang européen et au troisième rang mondial (après les Etats-Unis et le Japon), celle-ci stagne depuis 2005 et sa part en Europe (UE15) est en recul. De même, si le solde des échanges extérieurs de médicaments dépasse 6 Md€, la part des exportations françaises dans les exportations totales de médicaments de l'Europe (UE15) s'est elle aussi repliée ces dernières années et représente moins de la moitié des exportations de l'Allemagne et les deux-tiers de pays comme la Belgique ou la Suisse. Employant aujourd'hui un peu plus de 100 000 personnes, l'industrie pharmaceutique a été en France un des rares secteurs industriels créateurs nets d'emplois sur longue période mais ses effectifs stagnent depuis le milieu des années 2000 et ont commencé à baisser en 2008.

Au total, l'industrie française se révèle moins innovante. Certes, elle investit annuellement un volume de 5 Md€ en R&D et bénéficie à ce titre de 500 M€ par an d'aides financières publiques, mais elle a perdu, à cet égard, la première place en Europe qu'elle occupait en 1995. La part des brevets de médicaments déposés par des inventeurs français auprès de l'office européen des brevets (OEB) recule régulièrement, passant de 7 % en 1990 à 5 % en 2006. Entre 2008 et 2010, 23 ASMR I et II ont été accordés dont deux seulement à des laboratoires français[137].

2 – Des critères de fixation des prix flous

De fait, le prix d'un médicament est avant tout le fruit d'une négociation entre l'industriel et le décideur public. Les décisions du CEPS ne se fondent cependant pas sur des critères suffisamment clairs et transparents.

Aux termes de l'article R.163-5-I-2° du code de la sécurité sociale, les médicaments qui n'apportent ni ASMR par rapport aux produits existants ni économie dans le coût des traitements ne peuvent obtenir des prix supérieurs à ces derniers. Toutefois, une interprétation souple des textes conduit à ne pas toujours appliquer strictement cette règle, pourtant précise.

S'agissant de l'appréciation de l'économie dans le coût du traitement, le CEPS a adopté en effet un raisonnement lui permettant d'attribuer à un produit un prix supérieur à celui de médicaments concurrents en considérant qu'il en résulterait tout de même une économie : « l'économie ne sera réellement obtenue que si le nouveau médicament obtient une part de marché et qu'elle sera proportionnelle à cette part de marché. […] Il faut bien constater qu'à égalité de service rendu, les médicaments les plus chers se vendent plutôt mieux que les moins chers. Il peut donc accepter des prix non inférieurs à celui du dernier médicament de comparaison inscrit, lorsqu'il lui paraît qu'un prix

137. Dont un au groupe LFB qui est une entreprise publique.

plus bas constituerait, pour l'exploitant du médicament à inscrire, un tel handicap dans la concurrence qu'il n'en vendrait que très peu[138]. » La conciliation d'un tel principe avec la préservation des intérêts de l'assurance maladie n'est pas sans poser question.

Pour ce qui est de l'ASMR, le CEPS se fonde sur une décision du Conseil d'Etat[139] au terme de laquelle « si le CEPS peut, pour estimer l'ASMR apporté par une spécialité, s'appuyer sur les éléments que comporte l'avis rendu par la commission de la transparence […], il lui appartient d'apprécier lui-même l'ensemble des éléments devant conduire à la fixation du prix de la spécialité ». Il en déduit qu'il peut fonder sa décision de prix sur une appréciation de l'intérêt thérapeutique différente, le cas échéant, de celle fournie par les experts de la commission de la transparence, au rôle juridiquement seulement consultatif.

Il est vrai que, dans le cas de produits qui ne font la preuve d'aucune ASMR par rapport aux traitements existants, la commission de la transparence indique parfois, en particulier quand les coûts de traitement des comparateurs anciens sont bas, que les nouveaux produits évalués constituent des « alternatives thérapeutiques utiles » sur la base de critères non précisés. Cette mention, qui n'a aucune base juridique, suggère fortement que soit trouvée une solution pour que le laboratoire commercialise le produit.

Il arrive ainsi que, si les laboratoires ont des prétentions économiques plus élevées que le prix du comparateur, le CEPS, bien que ne disposant pas des compétences techniques appropriées, soit amené à définir, sans critère objectif ni motivation circonstanciée, un prix correspondant à un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par la commission de la transparence.

Cette situation, à l'occurrence certes limitée, reflète une articulation très défaillante des procédures et des institutions. La commission de la transparence n'assume pas toutes ses responsabilités en usant de la mention « alternative thérapeutique utile », qui n'a aucun fondement règlementaire. Le CEPS s'estime en mesure de reconsidérer une expertise indépendante d'ordre médical, alors même qu'il s'agit d'une instance purement administrative. Il en résulte pour l'assurance maladie des dépenses coûteuses ; pourtant, certains médicaments ainsi reconsidérés peuvent se révéler non dénués de risques graves.

138. Rapport d'activité du CEPS de 2009.

139. Décision du Conseil d'Etat du 23 octobre 2002 Société des laboratoires Mayoly Spindler.

Multaq®

Le traitement de référence contre l'arythmie cardiaque est l'amiodarone, une molécule lancée par les laboratoires Sanofi en 1967. Efficace, disponible à bas prix en version générique, elle peut provoquer d'importants effets secondaires (notamment sur la thyroïde) car elle contient de l'iode. La CNAMTS a pris en charge en 2009 la prescription de 2,5 millions de boîtes de ce produit, pour un montant de 23,5 M€. En 2010, les laboratoires Sanofi-Aventis lancent Multaq®, un produit dérivé chimique de l'amiodarone, sans iode. Un essai clinique montre que le Multaq® est un peu moins efficace que l'amiodarone. La commission de la transparence dans son avis du 2 juin 2010 précise en conséquence que Multaq® « n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu par rapport à l'amiodarone (…) mais il représente un moyen thérapeutique supplémentaire utile ». Le CEPS a accordé à ce produit une ASMR et un prix mensuel de traitement de 83,39 € contre 9,83 € pour l'amiodarone. S'il devait, pour les populations cibles, se substituer totalement à cette dernière, le surcoût occasionné serait de l'ordre de 70 M€ par an pour l'assurance maladie. Certes, un mécanisme de remise a été prévu, il n'en demeure pas moins que l'introduction de ce médicament dans l'arsenal thérapeutique se traduit par un surcoût.

Toutefois, six mois après son lancement, le signalement de plusieurs cas d'atteintes hépatiques, dont deux cas ayant nécessité une transplantation chez des patients traités par Multaq®, a conduit la commission de la transparence à réévaluer le SMR de Multaq® à un niveau insuffisant, ce qui devrait règlementairement conduire à son déremboursement.

Lors de la commercialisation en 2002 de l'antidiabétique Actos®, la commission de la transparence s'était vue dans l'incapacité d'évaluer un niveau d'amélioration du service médical rendu par rapport aux traitements disponibles, « en l'absence d'étude comparative aux associations habituelles d'antidiabétiques ». Toutefois, le CEPS a fixé un prix à 1,33 € par jour alors que les traitements de référence étaient de 0,27 €, soit cinq fois moins cher.

La fixation des prix des médicaments dits « me-too »[140] illustre une même tendance à ne pas lier toujours suffisamment étroitement ASMR et niveau de prix. Selon le CEPS, « l'appellation de me-too est réservée aux médicaments dont le développement s'est inspiré, avec un niveau de risque assez faible, du succès de leurs prédécesseurs[141]. Par définition, la mise sur le marché des « me-too » survient donc un grand nombre d'années après celle des premiers de la catégorie et ne se traduit

140. « Moi aussi ».

141. Par ailleurs, ces médicaments sont nécessairement fabriqués par un laboratoire concurrent.

pas par une amélioration du service rendu. » Si l'objectif du comité est alors « d'obtenir l'économie la plus importante possible », ce principe aussi connaît des exceptions.

Efient®

Le médicament le plus vendu en France est un anticoagulant nommé Plavix® qui réalise un chiffre d'affaires annuel de 558 M€. En 2010, le lancement des génériques de Plavix laisse espérer une économie de plus de 200 M€. Mais en janvier 2010 est apparu un concurrent de Plavix®, appartenant à la même famille chimique et ayant le même mode d'action, Efient®, 11 ans après son comparateur. La commission de la transparence a conclu à une absence d'amélioration du service médical rendu. Le CEPS a pour sa part estimé qu'Efient® fournissait un meilleur bénéfice-risque pour une certaine catégorie de patients. Certes, le prix fixé a été inférieur à celui dont a bénéficié ce produit dans les autres pays européens et des clauses de volume ont été mises en place, mais il n'en reste pas moins que le coût de traitement journalier d'Efient (1,43 €) est supérieur à celui de Plavix® (1,23 €) et aux génériques de Plavix® (0,65 €).

Ces processus peuvent conduire à ce qu'à un instant donné, le prix d'un médicament, comparé aux autres produits ayant de mêmes indications, ne renvoie ni à un niveau d'efficacité ni à un rapport bénéfice/risque plus favorable, dès lors qu'il est aussi le produit de l'histoire de la classe thérapeutique à laquelle il appartient et le reflet des talents à négocier de son fabricant ou de la date de fixation de son prix initial.

Il est difficile, dans ces conditions, d'expliquer aux prescripteurs qu'il faudrait responsabiliser sur le montant de la dépense qu'ils engagent, que des produits identiques ont des prix différents ou que des médicaments qui n'apportent rien de plus par rapport à l'arsenal thérapeutique déjà disponible sont beaucoup plus chers que les traitements de référence.

Ce qu'il est convenu d'appeler le « signal prix » est ainsi brouillé, d'autant que l'élasticité de ces prix à la baisse en cas de réévaluation moins favorable du SMR ou de l'ASMR ou de changement du contexte concurrentiel est faible, malgré les dispositions d'un récent avenant à l'accord-cadre de 2008 qui prévoient de telles révisions. Un produit ayant obtenu un prix défini généreusement lors de sa commercialisation est ainsi susceptible de bénéficier d'une rente sur toute la durée de sa commercialisation.

3 – Un modèle national caractérisé par l'absence de démarche médico-économique.

La démarche comparative de fixation des prix employée par le CEPS selon la méthode de la référence thérapeutique consiste à évaluer l'apport thérapeutique d'un nouveau médicament par rapport aux concurrents existants, puis à déterminer une prime en fonction du degré d'innovation du nouveau produit. Le danger de cette méthode réside en l'absence d'étalon : les prix des médicaments sont fixés les uns par rapport aux autres sans que ne soit réellement posée la question de l'adéquation du niveau de dépense au service médical rendu, avec pour conséquence une divergence des prix vers des niveaux parfois très élevés.

Pour les médicaments fortement innovants, l'absence d'évaluation économique dans la procédure d'admission au remboursement et de fixation des prix est à cet égard préjudiciable et singularise notre pays.

Sur les 29 pays représentés à l'OCDE, 19 déclarent prendre en compte le rapport efficacité-coût et l'impact budgétaire dans le cadre de cette évaluation. Si le niveau et la capacité de prise en compte sont très inégaux d'un pays à l'autre, plusieurs d'entre eux appliquent de manière générale l'évaluation médico-économique à tous les produits candidats à la prise en charge publique. C'est depuis longtemps le cas du Royaume Uni, où cette approche dépend du « National institute for health and clinical excellence » (NICE), rejoint par les Pays-Bas, la Suède, l'Australie et la Nouvelle Zélande.

En France, le processus conduisant à la fixation des prix n'inclut aucune évaluation médico-économique. En conséquence, il ne peut être fait de lien entre un effet thérapeutique attendu et un prix consenti, ce qui a pu conduire à prendre en charge des médicaments qui ont été refusés dans de nombreux autres pays en raison d'une efficacité insuffisamment prouvée ou d'un prix trop élevé.

Cette problématique vaut tout particulièrement pour les médicaments innovants utilisés à l'hôpital[142] et notamment pour les anticancéreux. Dans ce secteur, aux termes de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, un tarif de responsabilité est défini pour les molécules onéreuses « égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au CEPS et publié par ce dernier». Le prix de ces molécules est ainsi fixé sans que soit réellement posée la question de l'adéquation du niveau de dépense au service médical rendu, le progrès

142. Les produits innovants sont inscrits sur une liste, dite « liste en sus » et font l'objet d'un mode de prise en charge particulier par l'assurance maladie. Le CEPS intervient au moment de la fixation des prix de ces médicaments. Cf. infra.

thérapeutique apporté par ces molécules aux indications extrêmement ciblées se traduisant dans des pathologies où le pronostic vital est engagé à court terme par un gain de survie de quelques semaines, au prix d'effets secondaires parfois importants.

Avastin®

Le produit anticancéreux qui réalise le chiffre d'affaires le plus important sur le marché français est Avastin®, qui est un traitement utilisé dans plusieurs types de cancers (rein, colon, poumon ou sein). Cette dernière indication est source de débat depuis quelques mois. En 2008, les autorités américaines avaient accepté de traiter de manière accélérée la demande d'homologation d'Avastin® pour le traitement de la forme la plus fréquente de cancer du sein, en combinaison avec du paclitaxel. Cette procédure accélérée permet d'homologuer un médicament sur la base de premières études positives. Pour obtenir la pleine homologation, le fabricant doit fournir d'autres données.

A la fin de l'année 2010, la FDA américaine est arrivée à la conclusion, après examen de deux nouvelles études cliniques, que le traitement de patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade avancé avec Avastin® n'apporte aucun avantage.

Une des études a montré un taux de survie sans progression de la maladie de 5,5 mois. L'autre a montré un moindre taux de survie, entre 0,9 et 2,9 mois, selon la chimiothérapie associée. Les études ont aussi montré une fréquence plus élevée d'effets secondaires. Aucune décision définitive n'a encore été prise par la FDA.

En décembre 2010, l'EMEA, a quant à elle confirmé l'intérêt d'Avastin® dans le cancer du sein métastasé.

En février 2011, le NICE a estimé que, dans le traitement du cancer du sein, les preuves d'efficacité d'Avastin® en association avec un taxane, sur la prolongation de la survie étaient insuffisantes et que ce produit n'était pas coût-efficace : le ratio coût-efficacité présenté au NICE par le fabricant est de 103 000 £ (118 000 €) par année de vie gagnée en bonne santé.

En dépit de l'importance d'Avastin® sur le marché français, aucune étude médico-économique n'a été menée en France. Les résultats des études étrangères n'ont pas davantage été exploités.

Concernant les anticancéreux, qui représentent une dépense de 2 Md€ par an, le CEPS a certes informé les laboratoires qu'il ne lui apparaissait pas justifié d'accepter un tarif supérieur à 50 000 € par an et par patient[143]. Mais il n'a pas précisé dans quelles conditions de SMR et d'ASMR il était prêt à accorder ce niveau de prix. De fait, la France a fait le choix de ne pas limiter l'accès à l'innovation.

143. Rapport d'activité du CEPS - 2009.

Or plus de 350 molécules anticancéreuses sont actuellement en cours de développement. Il importerait ainsi que la détermination de leur prix puisse se faire systématiquement à la lumière d'études médico-économiques, qui sont par ailleurs disponibles dans les pays voisins, sauf à ne pas respecter les contraintes de l'ONDAM tel que durci désormais dans son évolution selon une perspective pluriannuelle.

Il est impératif à cet égard que la HAS voit rapidement ses nouvelles compétences acquises en 2008 en matière d'évaluation médico-économiques élargies afin qu'elles puissent porter sur des produits non encore commercialisés. En effet, elle ne peut actuellement être saisie que pour évaluer des stratégies de soins. Si elle a en décembre 2010 énoncé les principes et méthodes qu'elle entend suivre pour une allocation optimale des ressources[144], les résultats concrets sont en effet encore très minces. Pour sa part, la CNAMTS a saisi la HAS à quatre reprises en trois ans dans ce cadre. Les travaux en la matière n'ont déclenché aucune décision tarifaire de la part du CEPS. Une plus grande implication de la CNAMTS et de la HAS paraît dès lors indispensable pour développer l'évaluation médico-économique et en faire un outil supplémentaire au service de la régulation de la dépense.

III - Les faiblesses persistantes des dispositifs de régulation de la dépense

Pour tenter de compenser les conséquences financières d'un mode de fixation des prix reposant peu sur des critères objectifs, un arsenal diversifié de mesures de régulation au succès inégal a été développé.

A – L'essoufflement des génériques

1 – Une volonté affichée de développer les génériques

La politique de prix à la française ayant échoué à faire baisser ceux des produits qui perdaient leur brevet, il a été choisi de faciliter le

144. « Le rôle de la HAS consiste à éclairer les décideurs sur la disproportion éventuelle entre le coût consenti pour une intervention en santé et le différentiel d'efficacité observé par rapport à une ou plusieurs autres interventions. En cas de ratio particulièrement élevé, l'effet d'éviction au détriment d'autre actions de santé plus efficientes est un argument à prendre en compte dans le cadre d'une enveloppe des dépenses de santé financée par la collectivité non extensible à l'infini ». L'évaluation économique à la Haute autorité de santé, décembre 2010.

développement des génériques, marché inexistant en France quasiment jusqu'en 2002, où ils représentaient moins de 10 % des ventes de médicaments en volume et moins de 5 % en valeur.

Jusqu'en 1996, il n'existait pas en France de définition légale du médicament générique, ce qui constituait un obstacle majeur au développement de ce marché. L'article L.5121-1 du code de la santé publique a défini « la spécialité générique » comme ayant le même principe actif, en quantité et en qualité, la même forme pharmaceutique et la même diffusion dans l'organisme (bio-équivalence) que la spécialité de référence. Le présupposé implicite à cette définition est qu'un médicament qui partage toutes les caractéristiques de composition qualitative et quantitative, de forme galénique et de bioéquivalence avec le médicament princeps ne saurait différer dans son efficacité.

Cette définition restrictive a servi de support à la mise en place d'un répertoire officiel des groupes génériques où sont inscrites, par l'AFSSAPS, les spécialités princeps et génériques jugées équivalentes et substituables entre elles par les pharmaciens.

Le développement des génériques en France s'est en effet fait selon un modèle original, qui repose de façon quasi-exclusive sur l'intéressement financier des pharmaciens à substituer les princeps par des génériques, faute que les médecins aient pu être convaincus de prescrire les médicaments par la désignation chimique du principe actif[145]. Une douzaine de laboratoires s'est engagée sur ce marché, proposant la quasi totalité des produits et des présentations tombées dans le domaine public, offrant aux pharmaciens toutes les facilités d'accompagnement dans la substitution, en plus d'une marge supplémentaire de 17 % par rapport aux princeps.

Le choix français d'une définition restrictive des génériques

La définition de l'équivalence entre les molécules peut être basée sur des équivalences chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques.

- l'équivalence chimique est la plus limitée : elle permet de constituer des groupes homogènes avec les spécialités comprenant les mêmes principes actifs, au même dosage (exemple : Mopral® et les génériques à base d'oméprazole) ;

- l'équivalence pharmacologique concerne les produits d'une même classe thérapeutique (exemple : les IPP) ;

- l'équivalence thérapeutique permet de regrouper tous les médicaments indiqués dans la même pathologie (exemple : les médicaments indiqués dans le traitement de l'ulcère gastroduodénal -les

145. Ou DCI (pour dénomination commune internationale).

IPP et les autres antiacides-). Cette approche plus économique a été retenue par l'Allemagne pour fixer des forfaits de remboursement.

En France où le développement du générique repose sur la substitution par le pharmacien et non sur la prescription du médecin, c'est l'acception la plus restrictive qui a été retenue, cette substitution n'étant ainsi possible qu'au sein de groupes constitués autour de la notion d'équivalence chimique.

Au fil du temps, les médicaments entrant dans le champ du répertoire ont cependant un prix moyen qui s'accroît. En conséquence, progressivement, la décote initiale par rapport au prix des princeps appliquée aux génériques a donc augmenté. De -40 % sur le prix fabricant jusqu'en 2006, elle est passé à -50 % puis à -55 % à compter de 2009, avec une décote supplémentaire de 7 % après 18 mois. A la fin 2010, le répertoire des groupes génériques représentait 4,4 Md€, les génériques dans le répertoire y avaient une part de 70 %, soit 2,6 Md€, les princeps conservant les 30 % restants. L'extension du champ du répertoire, l'augmentation de la décote ainsi que le niveau élevé de pénétration des génériques dans le répertoire majorent ainsi d'année en année la contribution des génériques aux économies de santé par la baisse des prix moyens des produits anciens.

Si l'économie permise par les génériques, grâce à leur prix inférieur au princeps, est substantielle (1 790 M€[146] en 2010), il n'en demeure pas moins que le succès des génériques reste en France modéré avec un taux de pénétration sur l'ensemble du marché encore limité à 11 % en valeur.

2 – Une orientation contrecarrée par les « contre-génériques »

Particularité française du marché des génériques, dès qu'une molécule perd son brevet, alors qu'une offre économiquement plus intéressante se développe, elle perd des parts de marché. Le répertoire qui s'accroît d'année en année voit ainsi progressivement sa part dans l'arsenal thérapeutique s'éroder.

Ce phénomène est particulièrement dû à la conjonction de deux facteurs. D'une part, les médecins français sous la pression des visiteurs médicaux prescrivent plus qu'ailleurs les produits nouveaux et chers[147],

146. Source GEMME.

147. Ce faisant, ils n'appliquent pas l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que « les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».

d'autre part, les laboratoires dont le monopole d'exploitation de leurs molécules les plus importantes arrivait à échéance ont développé des nouveaux médicaments très voisins, au plan chimique et des effets cliniques, des molécules d'origine, en vue de conserver leur position sur le marché. Le succès de ces produits a eu pour effet de limiter les possibilités de pénétration des génériques. Entre 2000 et 2006, de nombreuses classes thérapeutiques ont vu se développer de tels « contre-génériques », selon la terminologie du CEPS.

Les prix constatés aujourd'hui pour ces produits sont tous plus élevés que ceux des génériques dont ils contrecarrent la diffusion, en dépit des orientations ministérielles de 2003. Celles-ci demandaient notamment au CEPS de veiller avec une particulière attention, lorsque des entreprises demandent l'inscription de médicaments ayant vocation à remplacer des spécialités qu'elles commercialisent et qui sont génériquées ou en passe de l'être, à ne pas accepter de prix qui entraîneraient un surcroît injustifié de dépenses pour l'assurance maladie[148]. De fait, si cette règle est généralement appliquée lors de la fixation initiale des prix des « contre-génériques », l'absence de mise en cohérence des prix à l'intérieur d'une même classe lors de l'apparition de nouveaux génériques ou de baisse de prix de certains produits, conduit à observer ultérieurement des différences importantes de prix et, donc, des surcoûts.

3 – Un faible recours aux tarifs forfaitaires de responsabilité

Une politique de tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) unique pour un princeps et ses génériques est appliquée à un nombre limité de produits, dont la valeur est généralement assez faible et pour lesquels le taux de substitution par le pharmacien est inférieur à celui précisé dans les orientations ministérielles.

Ce principe d'un prix unique de remboursement commun n'a été introduit, de manière au demeurant ainsi restrictive, que par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2003 alors qu'il a été mis en place chez nombre de nos voisins bien avant (Allemagne en 1989, Pays Bas en 1991, Danemark et Suède en 1993). Ainsi, en Allemagne, les caisses appliquent un niveau unique de remboursement (« prix jumbo ») pour tous les produits ayant un effet thérapeutique comparable. Les fabricants restent libres de fixer le prix qu'ils souhaitent mais toute différence entre celui-ci et le forfait de remboursement reste à la charge du patient.

148. Ce point figure explicitement dans l'avenant au contrat-cadre de septembre 2008 (article 13 bis).

Un tel dispositif, s'il s'appliquait à l'ensemble du répertoire, au moins dès lors que s'est établie dans chaque classe thérapeutique une diversité de l'offre à même de stimuler la concurrence et même de façon élargie aux produits dont l'effet thérapeutique est identique (comme c'est le cas en Allemagne), marquerait pourtant le refus de la collectivité de payer des prix différents pour des produits essentiellement semblables et pourrait être la source d'économies substantielles. Pour le seul dosage fort des anti-ulcéreux de la classe des IPP, dont le prix varie de 1 à 3, le surcoût lié à l'absence de tarif unique s'élève ainsi à 280 M€ par an pour l'assurance maladie.

*
* *

Après plus d'une décennie d'efforts, la pénétration des génériques, qui a à peine doublé en valeur sur la période et reste nettement inférieure à ce qui est constaté chez nos voisins, s'essouffle et s'affiche même en recul dans certaines classes thérapeutiques. Elle est plus de trois fois inférieure à celle observée dans des pays comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni. Deux boîtes sur trois sont des génériques en Allemagne, contre une boîte sur cinq en France. La part des prescriptions d'IPP dans le répertoire est la moins élevée avec un taux de 63 % en 2009 seulement, en recul de huit points par rapport à 2006. De même, pour la classe des statines, 44 % seulement des prescriptions s'inscrivent dans le répertoire en 2009, contre 57 % en 2006, soit une chute de 13 points sur la période. Ce taux est inférieur de 50 points à celui observé en Allemagne. La part de marché des génériques en volume dans le répertoire est passée, pour sa part, de 82 % à 77 % sur la seule année 2009.

B – Les outils imparfaits de la régulation économique

En dehors du développement du marché des génériques, de nombreuses mesures ont été prises permettant de peser conjoncturellement sur le niveau de dépenses des médicaments mais qui ne s'attaquent pas aux causes structurelles de sa croissance.

1 – Des remises conventionnelles avantageusement négociées

Afin de se soustraire à la clause permanente de sauvegarde instituée en 1999 destinée à récupérer une partie du dépassement entre la croissance de son chiffre d'affaires et le taux de progression défini en LFSS, l'industrie pharmaceutique signe avec le CEPS des conventions lui permettant de négocier, collectivement et individuellement le montant des « remises quantitatives de fin d'année » qui ne peuvent être supérieures à

la clause de sauvegarde prévue. A celles-ci viennent s'ajouter les conventions spécifiques par produits qui sont définies au cas par cas, au moment de la fixation des prix.

L'ensemble de ce système de remises s'accompagne par ailleurs de nombreuses exemptions et de crédits de remises (pour les extensions d'indications bénéficiant d'une ASMR, les médicaments pédiatriques et orphelins, ceux sortis de la réserve hospitalière…) qui en modèrent le rendement. Au final, celui-ci, en baisse depuis 2007, est de l'ordre de 260 M€ par an, soit 1 % du montant des dépenses de médicaments remboursables.

Ces remises sont négociées par le CEPS, sur la base de conventions dont un grand nombre sont confidentielles ou de manière discrétionnaire, à la demande des laboratoires qui souhaitent obtenir des réductions.

Au total il s'agit d'un système opaque qui rend difficile toute comparaison de prix.

2 – Des baisses de prix plafonnées

Les baisses de prix sont négociées à l'initiative du CEPS lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'ONDAM, conformément aux orientations retenues à l'occasion de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale. Fruits du plan médicaments de 2004, les différents mécanismes de baisses de prix ont produit grâce à son action leurs effets à compter de 2005. Comprises entre 300 et 650 M€, ces réductions de prix ont permis sur cinq ans des économies de 450 M€ en moyenne, soit environ 2,2 Md€ entre 2005 et 2009.

Le montant des baisses de prix visé dans les orientations ministérielles s'impose au CEPS qui a réussi chaque année à les négocier avec les industriels. Pour autant, ces derniers le considèrent pour leur part comme un plafond. De ce fait il est difficile de procéder en outre aux baisses de prix qui devraient également résulter de règles définies par ailleurs, comme par exemple la convergence des prix des « me-too » et des génériques dans une même classe thérapeutique ou à l'ajustement des tarifs en fonction d'une révision de l'ASMR. De ce fait, avec le temps et eu égard au choix d'un mode et d'un niveau de contribution financière jugés acceptable par l'industrie, certaines anomalies à cet égard perdurent, même si le CEPS cherche à multiplier les axes d'action pour atteindre le montant des économies qu'il lui est demandé de réaliser.

3 – Des déremboursements parfois inefficaces

A la suite de la réévaluation généralisée des SMR de tous les produits engagée par la commission de la transparence entre 1999 et 2001, plusieurs classes thérapeutique ont été déremboursées. De telles mesures peuvent avoir un effet sensible sur la dépense de médicaments à la condition toutefois que les effets de reports de prescription sur des produits ou d'autres classes remboursables ne viennent pas atténuer ou annuler les effets de la mesure.

Dans le cas du déremboursement de la classe des expectorants, les patients se sont peu tournés vers l'automédication et le nombre de médicaments différents prescrits lors des consultations pour les indications concernées par les expectorants n'a pas changé avant et après le déremboursement. Le montant de l'ordonnance moyenne n'a pas non plus été modifié. L'économie de 45 M€ par an qui devait résulter de cette mesure n'a pas été retrouvée. En effet, les prescriptions se sont reportées sur les antitussifs et les bronchodilatateurs, pour un montant de 40 M€ environ[149].

4 – Des franchises sur les médicaments qui ont pu accroître les inégalités de santé

La franchise instaurée en 2008, à hauteur de 0,50 € par boîte plafonné à 50 € par an, avait l'objectif de contribuer à la maîtrise des dépenses de médicaments en imposant aux patients un certain niveau de reste à charge, pour les inciter, au-delà d'une économie immédiate pour l'assurance maladie, à davantage réguler leur consommation pharmaceutique

Si cette franchise a bien permis une économie de 730 M€ en 2009, 88 % des patients ont déclaré n'avoir en rien modifié leur consommation de médicaments. Mais il a aussi été mis en évidence[150] que les franchises avaient contribué à éloigner des soins les personnes en mauvaise santé et ceux disposant de faibles ressources.

5 – L'insuccès des conditionnements trimestriels

Depuis 2005, le pharmacien est autorisé à délivrer des conditionnements trimestriels pour des traitements chroniques contre

149. Les chiffres retenus sont ceux de la base Médic'AM 2009.

150 . « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? » Question d'économie de la Santé n° 158-IRDES octobre 2010.

l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète et l'ostéoporose. L'économie attendue de cette mesure en 2007 était de 180 M€, intégralement supportée par les pharmaciens. Cette mesure reposait toutefois sur la propension du pharmacien à prendre l'initiative d'une délivrance de prescription qui lui est nettement défavorable financièrement.

Fin 2007, cette part n'atteignait même pas 6 %. En 2009, elle s'élevait à 23 %, soit une économie nette pour l'assurance maladie estimée à 58 M€.

C – Une prescription trop peu maîtrisée

Si d'autres pays comme l'Allemagne ont choisi d'encadrer les prescriptions de médicaments par des objectifs individuels quantifiés par médecin, la France a retenu pour compenser les effets de la liberté de prescription le principe d'actions non contraignantes sous forme d'information ou d'engagements contractuels peu incitatifs, qui ne semblent pas à la hauteur des enjeux financiers.

Les outils de nature purement informative se sont révélés d'une efficacité limitée, qu'il s'agisse de la campagne « les antibiotiques, c'est pas automatique », en dépit de laquelle leur niveau de consommation en France reste supérieur de 49 % à la moyenne des pays européens, ou des actions de communication individuelle auprès des médecins avec 1 000 délégués de l'assurance maladie qui ont des difficultés à rivaliser avec les 18 000 visiteurs médicaux qui relaient l'information des laboratoires.

Mais les dispositifs contractuels peinent aussi à produire les effets attendus.

1 – En ville, des outils conventionnels de portée limitée

L'assurance maladie tente d'impliquer les médecins dans le développement des génériques. Par deux fois, en 2002 et en 2006, des accords conventionnels ont été signés engageant les médecins à prescrire des génériques.

En 2002, les médecins devaient réaliser 25 % des lignes de prescription en dénomination commune internationale en contrepartie d'une augmentation du tarif de la consultation de 1,5 €. La consultation a bien été portée à 20 € mais, huit ans après, l'objectif de prescription en DCI n'est atteint qu'à moitié.

En 2006, la profession médicale s'est engagée, en échange de l'augmentation du tarif de la consultation à 21 €, à prescrire en première

intention des médicaments génériques, notamment dans la classe des IPP. Sur la période 2006-2009 a été au contraire constaté un net recul de la part de prescriptions des IPP dans le répertoire qui est passé de 71 % en 2006 à 63 % en 2009, soit 33 points en dessous du taux observé en Allemagne. Dans le même temps, cette part progressait de 17 points en Allemagne et en Italie.

Des accords de bon usage (ou Acbus) signés par l'UNCAM et les représentants des syndicats de médecins fixent par ailleurs des objectifs sans réelle contrepartie ou sanction. En 2006, notamment, un Acbus relatif à l'utilisation des anti-agrégants plaquettaires avait pour objectif de faire respecter les recommandations internationales relatives à l'utilisation de l'aspirine à cet effet, avec pour cible un accroissement d'au moins 5 points de la part de patients ainsi traités. Cet accord n'a eu d'effet ni sur le nombre de boites de Plavix® présentées au remboursement, ni sur la part de marché de l'aspirine dans cette indication.

L'assurance maladie a opté plus récemment, à partir de 2009, pour des contrats individuels rémunérés sous conditions d'atteinte d'objectifs personnalisés, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), avec en particulier l'objectif d'augmentation de la diffusion des génériques. Il est trop tôt pour en faire le bilan, mais l'engagement de 15 800 médecins généralistes sur près de 54 000[151] pourrait ne pas suffire à modifier significativement les pratiques de prescription, à constater le recul du taux de pénétration des génériques en 2009. S'il ne s'avérait pas plus efficace que les précédents, la question du recours à des référentiels de soins davantage prescriptifs ne pourrait être plus longtemps éludée.

2 – A l'hôpital, une absence quasi totale de régulation

Les prescriptions d'origine hospitalières sont à l'origine de 9,4 Md€ de dépenses de médicaments délivrés directement à l'hôpital à hauteur de 5,7 Md€ et pour le reste dispensées en pharmacie de ville, soit plus du tiers de la dépense prise en charge par la collectivité, en croissance de 75 % depuis 2002.

151. Ce chiffre regroupe l'ensemble des médecins généralistes en excluant ceux à mode d'exercice particulier (cf. chapitre V – Les inégalités territoriales de répartition des médecins libéraux) p. 147.

a) Une dynamique des dépenses de médicaments à l'hôpital très insuffisamment contenue

Depuis 2006, à l'hôpital, un plan national d'actions de maîtrise médicalisée sur les prescriptions hospitalières a certes été mis en place, fondé sur une information, une sensibilisation et un accompagnement des praticiens hospitaliers. Il se décline par la signature d'accords-cadres nationaux avec les représentants des établissements de santé ou par des accords d'initiative locale. A la fin de 2007, 505 accords relatifs aux antibiotiques et 117 accords concernant la promotion des génériques avaient été signés. Les objectifs de maîtrise médicalisée se retrouvent aussi dans 129 contrats d'objectifs et de moyens (CPOM).

Cependant, ces efforts ne sont pas à la hauteur de la pression continue à la hausse qui s'exerce sur la dépense pharmaceutique à l'hôpital. Le marché hospitalier présente en effet pour les fabricants de nombreux atouts.

D'une part, ils disposent de la liberté des prix et en négocient le niveau, établissement par établissement, spécialité par spécialité, pour les médicaments inclus dans les tarifs des séjours, dans le cadre d'un rapport de force qui leur est favorable, compte tenu notamment de la dispersion des acheteurs.

Par ailleurs, à la fin de 2009, de l'ordre de 600 spécialités pharmaceutiques sont remboursées aux hôpitaux en sus des prestations d'hospitalisation, soit une dépense estimée de 2,5 Md€, en croissance de 3,5 % par rapport à 2008 et de 20 % par rapport à 2007. Les médicaments anticancéreux sont à l'origine de 57 % du coût total de ces produits en 2009.

Le système de remboursement de cette « liste en sus » a pour objectif de faciliter la diffusion des technologies médicales innovantes et de garantir aux patients un égal accès aux soins.

La création de cette liste a levé la contrainte budgétaire qui pesait sur les médicaments innovants et onéreux dont les volumes de consommation se trouvent de fait déplafonnés. En compensation, un tarif maximum de prise en charge par l'assurance maladie a été défini pour ces produits, mais il a été fixé, pour leur très grande majorité, par les laboratoires et il n'est pas vraiment opposable à ces derniers, les hôpitaux devant en cas de dépassement trouver par eux même les ressources de financement nécessaires.

De plus, les laboratoires disposent de la possibilité de faire des soumissions à prix très bas à l'hôpital pour stimuler ultérieurement des ventes très rentables en ville grâce à l'effet d'apprentissage des jeunes

prescripteurs, aux ordonnances de sortie délivrées à la fin des séjours et aux primo-prescriptions dans la prise en charge de maladies chroniques à renouveler en ville.

Les laboratoires ont été ainsi en mesure d'enregistrer dans ce secteur des progressions de ventes de 8 % en moyenne sur les trois dernières années du fait d'un encadrement minimal de la prescription.

La facturation des produits de la « liste en sus » sans aucune limite budgétaire pour les établissements de santé étant un dispositif potentiellement inflationniste, il a notamment été mis en place des contrats de bon usage (CBU) des médicaments, qui imposent aux prescriptions de ces produits le respect des référentiels de bon usage.

Les CBU s'accompagnent d'un dispositif de sanctions financières : en cas de non respect des référentiels, les établissements peuvent se voir pénalisés à hauteur d'un montant pouvant aller jusqu'à 30 % de la valeur de l'ensemble des produits de la « liste en sus » qu'ils consomment. Mais en 2009, si 1 373 établissements avaient signé un CBU, seuls 17 ont été sanctionnés pour non-conformité de l'utilisation des produits de la liste en sus aux référentiels sur la base d'une autoévaluation envoyée aux ARS. D'un autre côté, les contrôles de l'assurance maladie portant directement sur le respect de ces référentiels n'ont pour leur part concerné que 6 régions sur 25 pour 38 établissements contrôlés. L'assurance maladie a procédé, en tout et pour tout, à la récupération d'indus d'un montant de 43 774 € en 2009, soit 0,0017 % de ces dépenses.

Pour mieux accompagner les évolutions thérapeutiques majeures qui sont mises à la disposition des patients et des médecins, la réalisation et le contrôle du respect des référentiels de bon usage devraient jouer un rôle majeur, avant tout pour des raisons de sécurité des pratiques car ces molécules innovantes ne sont pas dénuées de risques lors de leur emploi ainsi que pour des motifs d'ordre économique.

Une gestion plus active de la « liste en sus » et un encadrement plus strict de leur prescription apparaissent ainsi absolument nécessaires.

b) Une dépense de ville générée par les prescriptions à l'hôpital mal maîtrisée

20 % de la dépense de médicaments délivrés en ville sont dus à des prescriptions d'origine hospitalière, pour un montant qui s'élève à 3,7 Md€ et a progressé de 120 % entre 2002 et 2009. Cette part n'a cessé de progresser par rapport aux dépenses de médicaments remboursables prescrits par les médecins libéraux : elle en représentait 20,6 % en 2009

contre 14,1 % en 2004. Ce déport pèse ainsi fortement sur le respect du sous objectif de l'ONDAM relatif aux soins en ville.

L'article 47 de la LFSS pour 2010 a toutefois instauré un dispositif spécifique de contractualisation avec les établissements pour mieux encadrer les prescriptions hospitalières de médicaments à acquérir en ville par les patients après leur sortie de l'établissement mais il est encore trop tôt pour pouvoir en évaluer les effets.

3 – La nécessité d'encadrer plus strictement la prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM)

L'évaluation du SMR d'un produit qui conditionne la prise en charge par l'assurance maladie de ce produit se fait sur des indications pour lesquelles le médicament a obtenu une AMM. L'utilisation hors AMM des médicaments ne devrait donc faire l'objet d'aucun remboursement par la collectivité.

Pour limiter les pertes de chances pour les patients, des cas d'utilisation de médicaments hors AMM sont cependant limitativement prévus par la réglementation. A l'hôpital, des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) sont accordées à titre exceptionnel pour des produits n'ayant pas encore obtenu d'AMM[152].

Ces dernières constituent un dispositif attractif pour les laboratoires pharmaceutiques : le prix des médicaments disposant d'une ATU est déterminé par le laboratoire ; les demandes d'ATU ainsi que leurs renouvellements ne font pas l'objet de redevance à l'AFSSAPS, à la différence des demandes d'AMM ; les laboratoires commercialisant un médicament sous ATU n'ont pas forcément développé ou finalisé les études cliniques qui seraient indispensables pour demander une AMM. En théorie, les demandes d'ATU de cohorte[153] doivent s'accompagner d'une demande d'AMM ou d'un engagement à déposer une demande d'AMM dans un délai déterminé. Toutefois, aucun délai maximum n'est imposé et cet engagement ne concerne pas les demandes d'ATU individuelles. En pratique, les laboratoires bénéficiant d'une ATU n'ont aucun intérêt à demander une AMM, si bien qu'il peut s'écouler de nombreuses années avant qu'un médicament en ATU fasse l'objet d'une

152. Cf. chapitre X - La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale du présent RALFSS p. 289.

153. Les ATU dites « de cohorte » concernent un groupe de patients et sont délivrées à la demande du titulaire des droits d'exploitation. Elles se distinguent des médicaments disposant d'une ATU dite « nominative » qui sont prescrits, à la demande d'un médecin et sous sa responsabilité, à un patient nommément désigné.

demande d'AMM. Ainsi, entre le 1er janvier 2010 et le 30 juin 2010, sur les 200 spécialités disposant d'une ATU nominative, la moitié disposaient déjà d'une ATU en 2005. Par ailleurs, sur les dix spécialités pharmaceutiques disposant d'une ATU de cohorte, deux dataient de 2004 et cinq de 2007.

Par ailleurs, des protocoles temporaires de traitement (PTT) permettent d'utiliser des médicaments dans des indications non encore validées par une AMM.

Herceptin®

Herceptin® est un exemple positif de PTT. En octobre 2005, suite aux résultats exceptionnellement encourageants présentés au congrès de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO), un élargissement de l'utilisation d'Herceptin® comme traitement adjuvant du cancer du sein HER2+ est autorisé dans le cadre d'un PTT. L'AMM a suivi en 2006 et dans cette indication, les études ont montré, qu'administré pendant un an, Herceptin® réduit de 46 % le risque de récidive et de 50 % le risque de métastases à distance en comparaison au groupe non traité. Les études ont montré une réduction du risque relatif de décès de 33 % et que la survie globale a été significativement améliorée par Herceptin®. La commission de la transparence a conclu à une ASMR I (majeure). Il est à noter que le NICE a évalué le rapport coût/efficacité de Herceptin® dans cette indication entre 16 000 et 33 000 £ par QALY[154] gagné et en conséquence recommande l'utilisation du produit dans le cancer du sein.

De même en ville, l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 permet la prise en charge de médicaments prescrits hors de leurs indications figurant dans l'AMM. Par ailleurs, des dérogations d'achat existent pour des durées limitées qui donnent accès à des médicaments qui ont obtenu une AMM mais qui ne sont pas encore disponibles en pharmacie et qui ne peuvent plus bénéficier d'ATU.

Mais l'essentiel des prescriptions hors AMM se fait en dehors de des cas prévus par la réglementation. Cette pratique est d'une part coûteuse car elle n'est pas prise en compte pour la détermination du prix et pour sa révision. Elle est d'autre part potentiellement dangereuse puisque l'intérêt thérapeutique n'en aura pas été évalué par la commission de la transparence, comme le cas de Médiator® a pu le rappeler, dès lors qu'aucune possibilité n'existe pour la puissance publique d'imposer au fabricant le dépôt d'une demande d'AMM pour des indications complémentaires correspondant à l'usage effectif du produit.

154. « Quality Adjusted Life Year » : année de vie gagnée en bonne santé.

Les études dites « en vie réelle», présentées à la commission de la transparence trois ans après commercialisation montrent de fait des taux très significatifs de prescriptions hors AMM, sans qu'aucune mesure ne soit prise sur ce double plan.

Plavix®

Plavix® est commercialisé en 1999, pour des indications très précises. En 2002, quatre études relatives aux modalités de prescription de Plavix® émanant des URCAM des régions Alsace, Bretagne, Languedoc-Roussillon et Pays de la Loire avaient estimé que celui-ci n'était prescrit dans le strict respect des indications que dans un cas sur deux environ : en 2002, le seul régime général avait remboursé pour 183 M€ de Plavix®, dont 90 M€ hors AMM. En 2009, Plavix® a réalisé un chiffre d'affaires de 558 M€.

Pour tenter de limiter ce risque, la commission de la transparence définit certes une population cible associée aux indications du produit : chaque produit indiqué dans la pathologie ne doit pas être prescrit à un nombre de patients supérieur à cette population cible. Toutefois la limite de cet encadrement théorique du nombre de prescriptions est que tous les médicaments d'une même classe se voient reconnaître la même population cible. Les prescriptions se répartissent sur la population cible entre les différentes molécules disponibles, ce qui laisse une confortable marge de développement hors indications « remboursables » sans que s'appliquent les clauses prix-volume généralement conclues entre le laboratoire et le CEPS.

Les possibilités de prescriptions hors AMM sont donc de fait nombreuses, ce qui est, à nouveau, une singularité française : chez la plupart de nos voisins la possibilité de financer des traitements coûteux en dehors des indications de l'AMM est très rare.

La prescription hors AMM ne devrait pouvoir s'exercer que dans un cadre strict et se limiter aux cas où son absence représenterait une réelle perte de chance pour les patients.

CONCLUSION

En dépit du ralentissement du taux de progression de la dépense de médicaments observé dans la dernière période, la consommation pharmaceutique par habitant reste en France très supérieure à celle de nos voisins et comporte ainsi un potentiel d'ajustement bien plus considérable, auquel doit contribuer de manière plus vigoureuse la politique d'admission au remboursement et de fixation de prix.

Si le système permet de disposer dans les meilleurs délais de toutes les nouveautés thérapeutiques, quels que soient leur valeur et leur intérêt, le manque de lien, assumé, entre le niveau d'amélioration du service médical rendu et le prix fixé conduit parfois à des anomalies coûteuses. Fruits de compromis renouvelés au fil du temps avec les industriels et facilités par une interprétation parfois extensive des dispositions réglementaires, les prix finalement constatés sont souvent incohérents entre eux au sein d'une même classe thérapeutique.

En l'absence de démarche d'évaluation médico-économique contrairement à nombre de nos voisins, la question du niveau de prix à accepter pour les innovations thérapeutiques reste posée, le dispositif actuel conduisant à octroyer un droit de tirage aux industriels présents sur ce marché en l'absence de régulation suffisamment efficace de la prescription.

Seule action véritablement structurelle menée avec continuité sur plus de dix ans, la politique de développement des génériques n'a connu ainsi que des résultats limités par rapport aux autre pays européens et désormais s'essouffle : leur diffusion recule même dans certaines classes thérapeutiques. Fondée sur une définition restrictive, reposant toujours sur le pharmacien à défaut d'avoir pu encore réussir à mobiliser tout le corps médical, insuffisamment réactive parfois dans les ajustements de prix des princeps, ses failles ont permis l'émergence de la part des laboratoires de contre-stratégies offensives par la mise sur le marché de spécialités faiblement différentes de celles dont le brevet tombait et le développement de la visite médicale pour inciter les médecins à les prescrire.

Les multiples dispositifs contractuels mis en place aussi bien avec la médecine de ville qu'avec l'hôpital n'ont de fait pas substantiellement infléchi une culture de prescription qui privilégie les médicaments récents et chers et se singularise par l'importance du « hors AMM ». La prescription hospitalière en particulier échappe à toute maîtrise dès lors que les praticiens ne sont pas directement engagés par les mécanismes de régulation mis en place et que le dispositif de la « liste en sus » est très peu encadré et contrôlé.

Dans ce contexte, les mesures de régulation économique pesant sur les laboratoires, les assurés ou les pharmaciens ne sont que des palliatifs aux résultats imparfaits. Leur multiplicité et leur répétition témoignent qu'elles ne sont pas et de loin, à la hauteur des enjeux.

Le déficit sans précédent de l'assurance maladie appelle de fait une refonte d'ensemble de la politique suivie depuis vingt ans, avec pour objectif non pas seulement l'infléchissement du rythme de croissance de la dépense de médicaments, mais sa baisse : la France dépense bien davantage pour sa consommation pharmaceutique que ses voisins sans que l'état de santé de sa population soit significativement différent.

Le répit qu'offre le ralentissement actuel de l'innovation doit ainsi impérativement être mis à profit pour redéfinir les règles relatives à l'admission au remboursement et à la fixation des prix en fonction d'une approche médico-économique, piloter avec plus de réactivité les ajustements qu'appellent sur ces plans au cours de la vie du médicament les changements concurrentiels ou les incidents sanitaires, relancer la politique des génériques pour que leur part de marché soit comparable à ce qui est constaté chez nos voisins, réguler plus fermement la prescription en ville et encadrer beaucoup plus strictement la prescription hospitalière.

A cet égard, la négociation du prochain accord-cadre Etat-industrie du médicament qui doit intervenir à la fin de l'année 2012 constitue une opportunité qui ne saurait être manquée pour que la puissance publique définisse ces nouvelles règles.

RECOMMANDATIONS

17. Inclure dans le code de la sécurité sociale les conditions d'éventuelle dérogation au principe de non remboursement des médicaments qui ont un niveau de service médical rendu insuffisant.

18. Définir des règles relatives à l'évaluation des médicaments qui permettent d'établir un lien cohérent entre cette évaluation, l'admission au remboursement et le prix fixé pour les spécialités en :

- *abandonnant le recours à la mention « alternative thérapeutique utile » ou tout dispositif d'effet analogue (HAS) ;*
- *liant le CEPS par l'avis de la commission de transparence et en ne lui permettant pas, pour certains médicaments, de fonder ses décisions sur un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par cet avis, tout en préservant sa liberté de fixation des prix ;*
- *prenant en compte systématiquement des études d'ordre médico-économiques pour tous les produits innovants (HAS et CEPS).*

19. Appliquer strictement des règles homogènes pour l'admission au remboursement et la fixation des prix des médicaments.

20. Réviser en temps que de besoin et dans des délais courts le niveau de prise en charge et le prix en fonction des évolutions des SMR et ASMR, ou de l'environnement concurrentiel tels que la sortie de génériques ou l'apparition de nouvelles stratégies thérapeutiques alternatives.

21. Appliquer des prix uniques pour les princeps, leurs génériques et les équivalents thérapeutiques que sont les « me-too » et les contre-générique (CEPS).

22. Donner à l'AFSSAPS la possibilité d'exiger du laboratoire le dépôt d'une demande d'AMM pour certaines indications, notamment quand les prescriptions hors AMM représentent 15 % et plus des volumes vendus, hors dispositifs prévus par la réglementation.

23. Mettre en œuvre une gestion active de la « liste en sus », tant dans sa composition, la détermination des prix des produits qui y sont inscrits que dans le suivi de leur prescription.

24. Mettre en place dans les établissements de santé un mécanisme de régulation de la prescription qui implique directement les médecins.

Chapitre V

La répartition territoriale des médecins libéraux

PRESENTATION

Il n'y a jamais eu, en France, autant de médecins qu'aujourd'hui, ni une densité médicale aussi forte. Pour autant, on s'inquiète d'une pénurie qui affecterait cette profession. Aussi la Cour a-t-elle estimé nécessaire de revenir sur la démographie médicale, déjà abordée dans le RALFSS de 2007.

Elle a ainsi procédé à une nouvelle enquête à ce sujet, en se focalisant plus particulièrement sur la répartition territoriale des médecins libéraux, notamment généralistes, qui joue un rôle déterminant dans l'accès aux soins.

Il en ressort une augmentation des effectifs de médecins, qui a laissé cependant subsister d'importantes disparités (I). Face à ces tendances lourdes, les leviers de l'action publique sur l'installation des médecins qui peuvent être variés (régulation affinée par faculté et par spécialité des flux de formation, aides financières incitatives, mécanismes contraignants ou mesures portant sur l'organisation des soins) demeurent insuffisamment ou mal utilisés (II).

I - Une croissance des effectifs qui laisse subsister d'importantes disparités

A – Un nombre inégalé de médecins, un mode d'exercice en mutation structurelle

Le nombre de médecins n'a cessé de progresser au cours des quarante dernières années. Après une croissance forte -un quasi-triplement des effectifs, passés, pour la France métropolitaine, de 59 000 médecins en 1968 à 173 000 en 1990- le nombre de praticiens a ensuite progressé plus modérément, notamment lors de la dernière décennie où il a augmenté de 194 000 en 2000 à 209 000 en 2009[155]. Au 1er janvier 2011, pour la France entière, il y avait 216 000 médecins actifs[156].

155. Source des données : DREES, répertoire ADELI, série redressée. Jusqu'en 2009, la DREES procédait à un redressement statistique de ses données de manière à les faire coïncider avec celles du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). En 2010, elle a été amenée à abandonner ce redressement. Les données désormais non redressées pour 2010 (207 500) et 2011 (209 000) ne sont ainsi pas directement comparables avec celles des années précédentes.

156. Source : Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Cette évolution de long terme, qui s'explique principalement par celle du numerus clausus[157], est plus dynamique que celle de la population : la densité en médecins (France métropolitaine) a ainsi crû, dans le même temps, de 119 praticiens pour 100 000 habitants en 1968 à 306 en 1990, puis 330 en 2000 et, enfin, 335 en 2009.

La difficulté du dénombrement des médecins

Deux sources d'information permettent de dénombrer l'ensemble des médecins en activité : le répertoire ADELI[158] (automatisation des listes) géré par la DREES et le fichier national du CNOM. Pour les médecins libéraux, s'y ajoutent les données du système national inter-régimes (SNIR) de la CNAMTS et le fichier des cotisants de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) à laquelle ces praticiens cotisent obligatoirement.

Comme l'évoquait le RALFSS de 2007, les données présentées par ces différentes sources ne sont pas directement comparables entre elles en raison des différences de champ, des écarts liés au mode d'approche institutionnelle du médecin et au développement d'une activité « mixte ».

Le répertoire ADELI a vocation à être remplacé par le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Or, ce dernier n'est toujours pas opérationnel alors qu'il devait l'être fin 2004.

La population des médecins se caractérise par un vieillissement de la profession et sa féminisation : au 1er janvier 2009, 39,7 % des médecins en France métropolitaine étaient des femmes, contre 29,6 % au 1er janvier 1990. Plus généralement, l'évolution de la durée de travail des médecins en ville comme à l'hôpital est une donnée majeure. Le souhait partagé par l'ensemble des médecins de libérer du temps pour leur famille ou d'autres activités personnelles se traduit par une progression du temps partiel. A l'hôpital, les contraintes réglementaires entraînent une diminution sensible de la durée effective de travail. Parallèlement, pour la médecine de ville, la moindre attraction du modèle traditionnel d'exercice isolé s'accompagne de modifications structurelles des modes d'exercice.

L'exercice libéral reste dominant : il concerne en 2009, 59 % des médecins, 30 % étant en fonctions à l'hôpital et 11 % salariés dans d'autres structures. Cependant, sa part décroît depuis 1990 où elle était de

157. Le numerus clausus, instauré en 1971, est le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales au-delà de la première année. Ce numerus clausus est fixé chaque année par arrêté.

158. Le répertoire ADELI a vocation à recenser un ensemble de professions de santé (parmi lesquelles figurent les médecins) en activité libérale ou salariée. Il est alimenté par les enregistrements auprès de l'administration auxquels ces professions doivent procéder en application des dispositions du code de la santé publique.

62,6 %. Ce déclin semble devoir s'accélérer, seul un médecin sur dix s'établissant en libéral (hors remplaçants[159]) à la sortie de ses études, même si les choix d'un mode d'installation définitif se font sans doute plus tard que dans le passé, ce qui peut conduire à relativiser ce constat.

Ces mutations structurelles affectent tout particulièrement la médecine générale. Les généralistes sont ainsi devenus minoritaires alors qu'ils font l'objet d'attentes particulièrement fortes pour l'optimisation du parcours de soins. Une des raisons est le développement, au sein des omnipraticiens, des modes d'exercice particulier (MEP) comme l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine du sport etc., à la place de la médecine générale. Les MEP permettent notamment de demander une exemption à la participation à la permanence des soins (PDS[160]).

Ainsi, parmi les 61 300 omnipraticiens libéraux recensés par la CNAMTS, seuls 53 700, qui représentent 46 % du total des médecins libéraux, sont effectivement des généralistes, c'est-à-dire en mesure de se consacrer entièrement à la médecine de premier recours.

Evolution du nombre de médecins libéraux

Médecins libéraux	1985		2000		2009	
		%		%		%
Effectifs totaux	90 340	100%	113 994	100%	115 978	100%
Nombre d'omnipraticiens	52 467	58%	60 823	53%	61 315	53%
dont nombre de généralistes	*46 324*	*51%*	*54 272*	*47%*	*53 652*	*46%*
dont nombre de MEP (mode d'exercice particulier)	*6 143*	*7%*	*6 551*	*6%*	*7 663*	*7%*
Nombre de spécialistes	37 873	42%	53 171	47%	54 663	47%

Les pourcentages sont calculés par rapport aux effectifs totaux
Source : CNAMTS

Cette évolution en faveur des MEP continue de se renforcer parmi les omnipraticiens libéraux : les effectifs de MEP ont crû de 17 % entre 2000 et 2009 tandis que ceux des généralistes ont légèrement diminué (-1 %).

Le souci de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale et sociale comme la volonté de pouvoir connaître des évolutions de carrière

159. Les remplaçants représentent le quart des nouveaux inscrits à l'ordre et sont des libéraux pour une très large majorité d'entre eux.
160. La permanence des soins en médecine ambulatoire est une mission de service public qui vise à répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

plus ouvertes deviennent ainsi des facteurs déterminants dans le choix du lieu et des conditions d'installation des jeunes médecins.

B – Des disparités géographiques importantes, mais des difficultés territorialement ciblées

La répartition géographique des médecins est hétérogène. Elle est marquée traditionnellement par un fort héliotropisme, encore plus net pour le secteur libéral. Le tableau ci-dessous illustre ce constat pour les médecins généralistes libéraux.

Densité départementale en généralistes libéraux (pour 100 000 habitants)

1985		2000		2007	
France métropolitaine	**84**	**France métropolitaine**	**92**	**France métropolitaine**	**87**
Départements les plus denses		**Départements les plus denses**		**Départements les plus denses**	
Hautes-Alpes	131	Hautes-Alpes	136	Hautes-Alpes	120
Alpes-Maritimes	119	Hérault	123	Haute-Vienne	118
Pyrénées-Orientales	119	Alpes-Maritimes	122	Bouches-du-Rhône	117
Haute-Garonne	115	Bouches-du-Rhône	122	Pyrénées-Orientales	116
Bouches-du-Rhône	114	Pyrénées-Orientales	120	Hérault	114
Départements les moins denses		**Départements les moins denses**		**Départements les moins denses**	
Loire	68	Val d'Oise	72	Val d'Oise	68
Val d'Oise	68	Essonne	72	Seine-et-Marne	67
Oise	66	Ain	72	Ain	67
Seine-Saint-Denis	65	Hauts-de-Seine	71	Hauts-de-Seine	66
Moselle	65	Seine-Saint-Denis	67	Seine-Saint-Denis	60
Différentiel*	2,0	Différentiel*	2,0	Différentiel*	2,0

**Différentiel : rapport entre la densité la plus élevée et la plus faible*

Source : IRDES, logiciel Eco-Santé, d'après les données SNIR de la CNAMTS

Si la densité globale des généralistes est demeurée presque constante en dépit de la croissance des effectifs de l'ensemble des médecins, de grandes disparités se marquent entre pôles urbains et zones rurales isolées, ainsi qu'entre les centres des villes et certaines banlieues difficiles.

Pour autant, selon une étude de la DREES publiée en 2010 sur le niveau d'adéquation entre la localisation des professionnels de santé libéraux et celle de la population en France métropolitaine[161], les

161. Source : DREES, Document de travail « Les comptes nationaux de la santé 2009 », série Statistiques, n° 149, septembre 2010.

médecins généralistes libéraux constituent le 3ème des 137 équipements et services pour lesquels l'adéquation avec la population est actuellement la meilleure, après les pharmacies (1er rang) et les salons de coiffure (2ème rang) et avant les boulangeries (4ème rang).

En fait, pour les généralistes libéraux, 90 % des inégalités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10 % des inégalités sont entre régions. Pour les spécialistes en ophtalmologie, les inégalités sont même à 95 % intra-régionales.

La répartition territoriale des spécialistes libéraux

Selon l'étude de la DREES précédemment citée sur la localisation des professionnels de santé libéraux, la répartition sur le territoire des 5 200 gynécologues (obstétriques et médicaux), 2 700 pédiatres et 4 900 ophtalmologistes libéraux est très contrastée.

Ainsi, dans la plupart des bassins de vie, la densité des spécialistes libéraux est inférieure de plus de 50 % à la moyenne nationale. Quelques bassins de vie majoritairement situés dans les grandes agglomérations ou dans le Sud ont une densité supérieure de plus de 50 % à la densité nationale. Les densités les plus élevées se rencontrent en Ile-de-France, en particulier dans l'agglomération parisienne.

Les ophtalmologistes se situent au 56ème rang (sur 137) des services et équipements les mieux en adéquation avec la population, les pédiatres au 64ème rang et les gynécologues au 66ème rang.

La DREES conclut ainsi que « la bonne adéquation des médecins généralistes libéraux avec la population n'est pas incompatible avec l'existence de zones sous dotées. Ce résultat suggère néanmoins que ce phénomène est globalement limité, soit parce que les zones sous dotées sont petites (en population), soit parce qu'elles sont peu nombreuses ». Ce constat va ainsi à l'encontre du sentiment général de pénurie amplement relayé.

Il est donc indispensable de considérer les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine d'avoir une vision faussée. Des analyses à un niveau géographique détaillé ont été ainsi menées il y a quelques années respectivement par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), la CNAMTS et les missions régionales de santé (MRS).

En 2005, les zones prioritaires définies sur la base d'une circulaire de janvier 2005[162] concernaient 1 600 médecins généralistes libéraux (3 % des effectifs) répartis sur 4 500 communes (12 %) soit une population de 2,6 millions d'habitants (4 %). Cependant, les critères de zonage ont été différents selon les régions. La liste des zones déficitaires s'est ainsi avérée peu homogène, ce qui n'est pas sans poser problème, les aides financières aux médecins installés ou s'installant étant depuis lors versées sur la base de ce zonage.

Désormais, à la suite de la loi HPST, ces travaux de zonage relèvent des agences régionales de santé (ARS) et seront réalisés dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Il est ainsi essentiel de veiller que la nouvelle cartographie soit construite certes en fonction des réalités de chaque territoire de santé, mais également selon une approche homogène au regard des besoins de la population. A cet égard, il conviendrait qu'elle intègre systématiquement et non de façon facultative comme dans le cas du zonage précédent, le temps d'accès à un médecin qui ne devrait pas excéder un délai maximum donné.

C – Une nouvelle hausse de la démographie médicale, après la baisse des prochaines années, sans incidence sur l'ampleur des inégalités territoriales

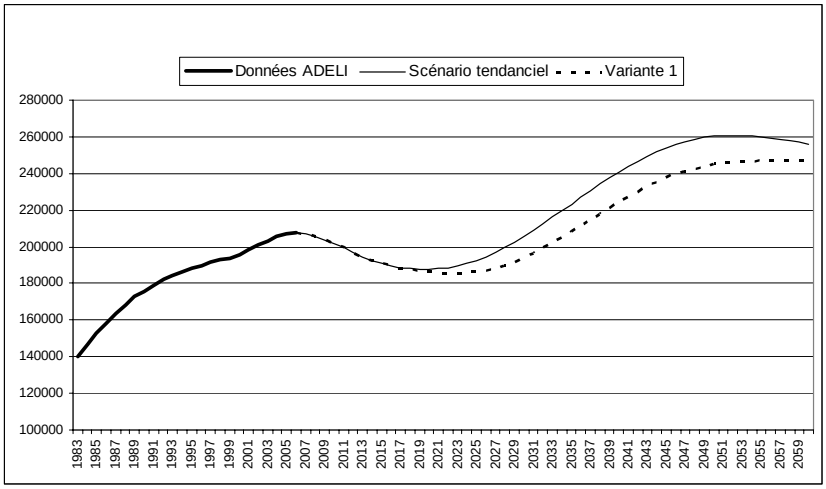
Selon les projections de la DREES publiées en 2009[163], le nombre de médecins en activité en France baisserait dans les dix ans à venir de près de 10 % par rapport à 2006. Cette diminution résulterait au premier chef de nombreux départs à la retraite, qui vont concerner des promotions à numerus clausus élevé, voire antérieures à l'instauration de ce numerus clausus. Ces départs ne devraient être que partiellement compensés par les entrées en exercice des promotions formées à partir des années 2000, dont le numerus clausus, bien que croissant, reste inférieur à celui des promotions qui devraient partir à la retraite. Ce creux démographique pourrait aviver les difficultés liées aux inégalités territoriales de répartition, même si sa durée apparaît relativement limitée.

162. Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n° 2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes.

163. Source : DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », série Etudes et Résultats, n° 679, février 2009. Ces projections n'intègrent pas les médecins formés hors de France car ces effectifs sont difficiles à recenser avec précision.

Si une baisse de la démographie médicale est ainsi attendue dans la prochaine décennie, une hausse devrait en effet avoir lieu aussitôt après (les entrées et les sorties se compensant) et déboucher à terme sur un nombre de médecins largement supérieur à celui actuellement constaté comme l'indique le graphique ci-dessous.

Evolution prévisionnelle des effectifs de médecins en activité



Source : fichier du conseil national de l'ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES

Ainsi, dans le cas du scénario tendanciel de la DREES avec un numerus clausus porté par hypothèse à 8 000 en 2011, maintenu à ce niveau jusqu'en 2020, puis ramené à 7 000 en 2030[164], les effectifs décroîtraient jusqu'en 2019 pour atteindre un niveau plancher de 188 000 médecins. Le nombre de médecins repartirait ensuite à la hausse et s'élèverait à 206 000 en 2030, puis à 256 000 en 2060.

Dans le cas d'un numerus clausus ramené par hypothèse à 7 000 en 2011 (variante 1 dans le graphique) et maintenu à ce niveau par la suite, les effectifs, après avoir chuté plus fortement que dans le scénario tendanciel, repartiraient ensuite également à la hausse. Mais le point de retournement serait plus tardif (il se situerait en 2024 et non plus en 2020) tandis que le nombre de médecins en 2060 serait de 247 000.

La DREES a complété en 2010 ses travaux avec de nouvelles hypothèses sur le numerus clausus. Il en ressort que la densité médicale,

164. En réalité, le numerus clausus a été fixé à 7 400 ces trois dernières années 2009, 2010 et 2011.

de 324 médecins pour 100 000 habitants en 2007, connaîtrait une hausse probable à long terme. Ainsi, dans le cas où le numerus clausus serait maintenu dans les prochaines décennies à 7 400, la densité médicale s'établirait durablement au-dessus de son niveau actuel, atteignant le chiffre de 344 en 2050.

Cette évolution du nombre de médecins ou de leur densité doit cependant être rapportée à celle des besoins en soins liés à l'évolution de la population et notamment à son vieillissement. En outre, ces projections ne disent rien sur les enjeux de l'organisation des soins associés aux différents niveaux de population de médecins ou de densité médicale. En tout état de cause, quelles que soient les hypothèses de numerus clausus - eu égard notamment à ces projections, le ministère de la santé a ouvert une réflexion, fin 2010, sur son éventuel abaissement- les effectifs de médecins devraient être ainsi en pleine croissance en 2030 et la densité médicale être à la hausse à long terme.

Pour autant, cette dynamique ne résoudra pas spontanément les inégalités de répartition des médecins.

Selon le scénario tendanciel de la DREES, les inégalités des densités médicales régionales seraient aussi marquées en 2030 qu'en 2006. Certaines régions seraient toujours mieux dotées en médecins que d'autres, mais ce ne serait plus les mêmes qu'en 2006 : la Picardie, le Centre et le Languedoc-Roussillon seraient les régions les moins dotées en médecins et la Bretagne, la Franche-Comté, le Poitou-Charentes, le Limousin, l'Auvergne et l'Aquitaine seraient les régions les mieux dotées[165]. En outre, la part des médecins exerçant dans un pôle urbain disposant d'un centre hospitalier universitaire (CHU) progresserait et ce au détriment des autres zones (notamment des zones rurales).

II - L'impact insuffisant des politiques actuelles

Compte tenu de ces tendances lourdes, une action publique efficace en faveur d'une meilleure répartition géographique apparaît comme une exigence impérieuse au regard de l'enjeu essentiel qu'est l'égalité d'accès aux soins et, par la même, l'égalité des chances dans le domaine de la santé.

Les différents leviers mis en œuvre à cette fin n'ont eu cependant qu'un impact limité, qu'il s'agisse de ceux mis en place dans le cadre des

165. Par ailleurs, toujours par rapport à 2006, l'Ile-de-France et la région PACA ne se distingueraient plus, à l'horizon 2030, par des densités élevées.

études médicales (A), des nombreuses aides incitatives pour les médecins (B), ou encore de l'inaboutissement des mécanismes de régulation des installations (C). Les mesures de meilleure organisation du système de soins et de renforcement de la complémentarité entre professionnels de santé recèlent de nombreuses potentialités, mais demeurent peu exploitées (D).

A – Des dispositifs de régulation des flux sur le territoire insuffisamment efficaces lors des études médicales

1 – Le numerus clausus

Le numerus clausus, passé progressivement de 3 850 en 2000 à 7 400 en 2009, est depuis lors stabilisé à ce niveau. En outre, il a été modulé entre 2008 et 2010 en fonction des besoins des régions et de la démographie médicale.

Le numerus clausus, comme outil de régulation démographique et d'orientation géographique des installations, présente cependant de nombreuses limites. Outre les difficultés inhérentes à l'exercice, la fixation d'un numerus clausus, quel qu'il soit, n'aura de conséquences sur le nombre de diplômés et donc sur l'offre de soins, que dix à quinze ans plus tard compte tenu de la durée des études médicales. D'autre part, l'augmentation du numerus clausus peut se heurter, comme cela s'est observé dernièrement, aux capacités d'accueil des universités, notamment dans les régions structurellement déjà sous dotées.

De fait la modulation régionale du numerus clausus n'est pas l'instrument le mieux adapté pour remédier au problème démographique médical actuel, à savoir l'hétérogénéité de la répartition géographique des médecins sur le territoire : rien n'empêche un étudiant qui a suivi ses études dans une université située dans une région sous dotée de s'installer ensuite en zone sur dotée du fait du principe de la liberté d'installation.

Face au problème de répartition, la seule augmentation des effectifs n'est donc pas pertinente (cf infra).

2 – Les épreuves classantes nationales

Les épreuves classantes nationales (ECN), mises en place en 2004, remplacent les concours de l'internat. Elles concernent, contrairement à ces derniers, tous les futurs médecins, qu'ils se destinent à la médecine générale ou à une autre spécialité. Lors des ECN, les étudiants choisissent

leur affectation dans l'ordre du classement et, depuis 2010, dans la limite des postes disponibles entre désormais 30 spécialités (dont celle de médecine générale) et 28 subdivisions (ou villes).

a) La forte augmentation du nombre d'internes en formation

Conséquence du desserrement du numerus clausus il y a quelques années, le nombre de postes offerts aux ECN a globalement augmenté de plus de 70 % entre 2004 et 2010 passant ainsi de près de 4 000 en 2004 à plus de 6 800 en 2010. Pour la période 2010-2014, conformément à la loi HPST, les pouvoirs publics ont établi en juillet 2010 une répartition prévisionnelle quinquennale des postes proposés à l'issue des ECN. Cette répartition prévoit une augmentation sensible du nombre d'internes en formation passant de 6 839 postes en 2010 à 8 089 postes en 2014 (+18 %).

Mais cette progression a été répartie de manière très différente entre les inter-régions avant et après 2010. Entre 2004 et 2010, elle a bénéficié notamment à certaines régions sous dotées (Ouest, Nord-Ouest). En revanche, la répartition prévisionnelle quinquennale 2010-2014 bénéficiera d'abord aux régions sur-dotées (Sud, Ile-de-France[166]) et peu voire pas du tout aux régions sous-dotées (Nord-Ouest, Ouest et Nord-Est) comme le montre le tableau suivant.

166. Pour cette dernière région, la surdotation concerne les médecins spécialistes.

Evolution du nombre de postes offerts aux ECN par inter-régions entre 2004 et 2014

	2004	2007	2010	**Δ 2010-2004**	2012	2013	2014	**Δ 2014-2010**
Ile de France	817	788	950	**16%**	1 343	1 381	1 389	**46%**
Nord-Est	684	978	1 174	**72%**	1 203	1 218	1 218	**4%**
Nord-Ouest	628	986	1 192	**90%**	1 203	1 203	1 197	**0%**
Rhône-Alpes Auvergne*	468	597	837	**79%**	956	977	994	**19%**
Ouest	595	983	1 220	**105%**	1 246	1 270	1 261	**3%**
Sud	351	424	606	**73%**	873	926	962	**59%**
Sud-Ouest**	350	518	762	**118%**	901	926	930	**22%**
Antilles-G.	95	92	98	**3%**	136	138	138	**41%**
Total	**3 988**	**5 366**	**6 839**	**71%**	**7 861**	**8 039**	**8 089**	**18%**

** Y compris la subdivision de Clermont-Ferrand pour les ECN de 2004.*

*** Sans la subdivision de Clermont-Ferrand pour les ECN de 2004.*

Source : Arrêtés du 30 avril 2004 et du 28 juin 2007 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre respectivement des années universitaires 2004-2005 et 2007-2008 et arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision

Par ailleurs, afin d'augmenter le nombre de médecins généralistes, le nombre de postes ouverts aux ECN dans cette discipline a continûment été accru ces dernières années. Le nombre de postes ouverts aux ECN en médecine générale est ainsi passé de 1 841 en 2004 à 3 632 en 2010, soit un doublement et le pourcentage du nombre de postes ouverts en médecine générale parmi l'ensemble des postes ouverts est passé de 46 % en 2004 à 53 % en 2010 avec un pic à 56 % en 2008. En d'autres termes, dès les ECN 2005, la moitié au moins des postes offerts ont été des postes de médecine générale.

b) Les limites des actions sur les ECN

En raison du taux d'inadéquation -qui rapporte le nombre de postes non affectés à l'issue des ECN au nombre de postes ouverts-, se constate chaque année un nombre particulièrement élevé de postes non pourvus au terme de ces épreuves. Le facteur déterminant le taux d'inadéquation est le nombre important d'étudiants qui préfèrent redoubler leur dernière année avant de se présenter aux ECN pour tenter de bénéficier d'une

nouvelle et meilleure possibilité de choix l'année suivante[167]. Ce taux, d'environ 10 %, révèle l'importante des pratiques de redoublement pouvant atteindre 30 % dans certaines facultés.

Il concerne surtout la médecine générale dont les postes sont loin d'être tous pourvus comme l'indique le tableau ci-dessous, même s'il arrive que cette spécialité soit choisie par des étudiants très bien classés.

Nombre de postes pourvus à l'issue des ECN

ECN	2004	2006	2008	2009	2010	2012	2014
Postes ouverts aux ECN	3 988	4 760	5 704	6 186	6 839	7 861	8 089
Postes pourvus	3 368	4 430	5 084	5 518	6 132	-	-
Postes non pourvus	620	330	620	668	707	-	-
Médecine générale (MG)							
Postes ouverts aux ECN	1 841	2 353	3 200	3 333	3 632	-	-
% MG parmi l'ensemble des postes ouverts	*46,2%*	*49,4%*	*56,1%*	*53,9%*	*53,1%*	-	-
Postes pourvus	1 232	2 030	2 591	2 721	2 964	-	-
% MG parmi l'ensemble des postes pourvus	*36,6%*	*45,8%*	*51,0%*	*49,3%*	*48,3%*	-	-
Postes non pourvus	609	323	609	612	668	-	-
% MG parmi l'ensemble des postes non pourvus	*98,2%*	*97,9%*	*98,2%*	*91,6%*	*94,5%*	-	-

Source : données ministère de la santé

Ce phénomène s'observe essentiellement dans les régions sous dotées. Il constitue ainsi un frein important aux efforts fournis pour apporter une meilleure réponse aux besoins en médecine générale et un obstacle pour la politique de répartition territoriale plus équilibrée des internes. Il peut ainsi apparaître paradoxal que les pouvoirs publics aient, pour la période 2010-2014, fortement augmenté le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision, en ajoutant aux quelque 36 000 postes proposés par l'ONDPS pour la période près de 2 700 postes supplémentaires en médecine générale répartis entre les zones sous dotées.

En outre, la politique d'attribution des postes offerts aux ECN aux subdivisions en zone sous dotée semble s'être heurtée aux capacités d'accueil et de formation restreintes de ces subdivisions, ce dont

167. Un décret est en cours d'élaboration pour rendre obligatoire la validation par les étudiants de leur 6ème année de médecine avant de disposer des résultats des ECN, afin de limiter les redoublements de complaisance.

témoigne l'affectation préférentielle depuis 2010 des postes en faveur des villes du Sud et de Paris qui disposent d'un plus important potentiel de formation (voir supra).

En tout état de cause, comme pour le numerus clausus, les jeunes médecins n'exercent pas forcément dans la région de leur formation d'internat en raison du principe de la liberté d'installation comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Comparaison entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits à l'ordre pour une région donnée

Bilan 2001 à 2008 hors médecine générale	Ile-de-France	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	France métropolitaine
Nombre de diplômés	2 991	1 213	522	15 263
Nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins	4 389	1 266	415	16 965
Différentiel entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits à l'Ordre	46,7%	4,4%	-20,5%	11,2%

Source : ONDPS, rapport 2010-2011, tome 1

3 – Les mesures en faveur de la médecine générale

Tout un ensemble de mesures ont été prises ces dernières années en faveur de la médecine générale pour sa reconnaissance en tant que spécialité, notamment sa filiarisation[168] et la mise en place d'un stage de médecine générale afin de sensibiliser les étudiants à cette discipline.

Leur mise en œuvre rencontre toutefois de sérieux obstacles.

Ainsi, une des limites à la politique de filiarisation de la médecine générale est, outre le taux d'inadéquation (voir supra), l'existence de « fuites » au sein même du système de formation (diplômes d'études spécialisées complémentaires[169] -DESC-…). Certes, les DESC constituent une possibilité importante de maintien et de développement des compétences qui sont nécessaires aux médecins généralistes pour assurer dans de bonnes conditions la prise en charge des patients divers qui les

168. La filiarisation est le fait de transformer une spécialité en section autonome choisie dès le début de l'internat (à savoir dès l'issue des ECN).

169. A l'issue de leurs études de médecine, les internes obtiennent, outre le diplôme d'Etat de docteur en médecine, un diplôme d'études spécialisées (DES) qualifiant pour l'exercice exclusif de la spécialité considérée. Ils peuvent également postuler pour un DESC. Ce complément de formation leur reconnaît une compétence ou une qualification pour certaines spécialités. A titre d'exemple, pour les généralistes, ce dispositif peut leur permettre de devenir allergologue ou médecin du sport.

consultent. En même temps, ces formations complémentaires constituent pour les diplômés de médecine générale une opportunité de réorientation de leur activité. Les DESC peuvent ainsi permettre aux diplômés de médecine générale « d'échapper » à l'exercice de la médecine générale de premier recours.

Par ailleurs, le stage chez le médecin généraliste prévu par un arrêté du 4 mars 1997 n'est, près de quinze ans plus tard, que très partiellement mis en œuvre puisque seulement 49 % des étudiants de la promotion correspondante l'ont effectué au cours de l'année universitaire 2009-2010[170].

B – Un dispositif exclusivement centré sur des aides incitatives

1 – Une multiplicité d'aides, mais sans portée réelle

Trois grands types d'aides, cumulables entre elles pour la plupart, peuvent être distingués, selon qu'elles sont financées par l'Etat, les collectivités territoriales ou la sécurité sociale.

a) Les dispositifs financés par l'Etat

Les médecins peuvent prétendre aux dispositifs d'exonérations fiscales et sociales au titre d'une installation dans les zones franches urbaines (ZFU)[171]. De même, les cabinets médicaux libéraux créés en zone de revitalisation rurale (ZRR) peuvent bénéficier, depuis la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, d'une exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant les cinq premières années, puis d'une exonération dégressive durant neuf ans. En 2009, le bénéfice moyen exonéré était, pour les dispositifs en ZFU et en ZRR, respectivement de 47 400 € et 58 800 € par médecin concerné.

La loi de 2005 a aussi prévu une exonération d'impôt sur le revenu pour la rémunération perçue au titre de la permanence des soins, à hauteur de soixante jours de permanence par an, pour les médecins installés dans une zone déficitaire en offre de soins, soit, selon le conseil des prélèvements obligatoires, un gain moyen de 1 500 € par an.

170. Un arrêté de juin 2011 réduit de trois à un an la durée nécessaire pour être agréé en qualité de maître de stage. Il élargira ce vivier.
171. Prévues par la loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville.

b) Les dispositifs financés par les collectivités territoriales

La loi de 2005 précédemment citée a prévu que les collectivités territoriales peuvent attribuer, dans les zones déficitaires, des aides à l'installation ou au maintien des médecins ainsi que des aides aux étudiants de médecine. Ces mesures ne font pas toutes l'objet d'un recensement des aides effectivement accordées ni d'une évaluation avec pour conséquence le risque de redondance et de concurrence entre territoires, en l'absence de coordination nationale, pour attirer de jeunes internes ou des médecins.

La loi de 2005 a aussi prévu que les communes peuvent exonérer de la taxe professionnelle pendant deux à cinq ans les médecins libéraux qui s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située en ZRR.

c) Les dispositifs financés par la sécurité sociale

L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, a institué une majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires.

En contrepartie de la majoration des honoraires, le projet d'avenant prévoyait initialement, une réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins généralistes qui décideraient de s'installer dans les zones « très sur dotées », cette mesure étant sans effet sur les médecins déjà installés dans ces zones.

Ce dispositif n'a pas été mis en œuvre, les syndicats de médecins libéraux ayant rejeté la réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales, ressentie comme une mesure de coercition en matière d'installation. La revalorisation des honoraires prévue a été toutefois accordée aux médecins généralistes concernés.

L'avenant a prévu à son article 5 « un bilan général (devant) permettre aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, en appliquant des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très surdotées, aux médecins conventionnés qui s'installeraient dans ces zones ».

Le bilan récemment présenté met en évidence un effet d'aubaine. Son coût élevé, de 20 M€ pour 773 bénéficiaires en 2010, ne s'est traduit que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones

déficitaires depuis 2007. En outre, la majoration de 20 % a représenté en moyenne 27 000 € par médecin concerné et a pu dépasser, pour l'un d'entre eux, 100 000 €[172], ce qui conduit à s'interroger sur la réalité de l'activité correspondante et sur l'absence de plafonnement de l'aide[173]. Le bilan de l'avenant montre également un effet pervers lié à l'obsolescence du zonage (voir supra), conduisant au versement de l'aide à des médecins installés dans une zone qui peut ne plus être déficitaire en offre de soins.

En dépit de ce bilan insatisfaisant, aucune mesure de régulation de l'installation de médecins dans les zones très surdotées n'a été prise à ce jour en dépit des dispositions conventionnelles le prévoyant.

La loi HPST a créé par ailleurs, à la charge de l'assurance maladie, un contrat d'engagement de service public (CESP) en faveur des étudiants en médecine qui s'engagent, en contrepartie d'une allocation de 1 200 € par mois, à exercer dans une zone déficitaire. Ce dispositif, financé par des crédits issus du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), est piloté et régulé au niveau national[174]. Sur 400 contrats proposés pour 2010, seuls 146 ont été signés, sans doute par défaut d'information des internes et parce qu'entrant en concurrence avec un autre dispositif.

Le CESP ressemble de fait par certains aspects au contrat qui peut être conclu entre un étudiant en médecine et une collectivité territoriale, à ceci près que le lieu d'installation d'un bénéficiaire du CESP est décidé ultérieurement par l'ARS en fonction de l'évolution des besoins en professionnels de santé dans les zones sous dotées, alors que l'étudiant en médecine qui contracte avec une collectivité sait précisément à l'avance le lieu de son installation qu'il peut librement négocier avec la collectivité qui l'aide.

172. Une majoration annuelle de 100 000 € équivaut à une activité annuelle ayant dégagé 500 000 € d'honoraires, soit pour une consultation à 22 €, à environ 23 000 consultations dans l'année. Or, les seuils retenus en 2005-2006 par les missions régionales de santé pour définir la suractivité des médecins étaient, par exemple, de 5 800 actes en Auvergne et 7 800 en Picardie.

173. La nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011, qui entrera en vigueur après son approbation par les pouvoirs publics et sa publication au journal officiel, prévoit un plafonnement de cette aide à 20 000 € par an.

174. Ce dispositif est financé par l'assurance maladie mais celle-ci n'est pas associée au choix des allocataires et à celui des zones d'exercice.

Les effets insatisfaisants du dispositif de cumul emploi-retraite

Un dispositif de cumul emploi-retraite[175] est entré en vigueur le 1er janvier 2004. Afin d'inciter les médecins à prolonger leur activité, un ensemble de dispositions a été pris, dont la possibilité de cumul sans limitation d'une retraite et du revenu d'une activité libérale (article 88 de la LFSS pour 2009).

Le déplafonnement du cumul retraite-activité libérale a fait plus que doubler le nombre de médecins utilisant ce dispositif qui est passé, selon la CARMF, de 1 814 à 4 457 entre le 1er janvier 2009 et le 1er janvier 2011 et concernait, à cette date, 11 % des retraités.

Cependant, la mesure est sans effet sur la répartition territoriale des médecins, le médecin retraité continuant d'exercer sur place. En outre, ce cumul bénéficie très majoritairement à des spécialistes (61 % des médecins concernés au 1er janvier 2011) dans des zones sur dotées (l'Ile-de-France et la région PACA se partagent près de la moitié des effectifs de médecins concernés au 1er janvier 2011), ce qui ne répond pas au problème des disparités territoriales, voire les aggrave.

Il existe ainsi en faveur des médecins dans les zones déficitaires une multiplicité d'aides financières, mais très peu connues des intéressés et loin d'être toutes évaluées. Quand elles le sont, elles se révèlent inefficaces, car ne répondant pas aux freins à l'exercice en zone démédicalisée exprimés par les médecins, à savoir l'isolement et la difficulté pour le conjoint d'y trouver du travail. De ce point de vue, pour mieux répondre à la demande d'information des médecins, la loi HPST a prévu la mise en place par les ARS de « guichets uniques ». Ceux-ci ont été créés sous la forme de sites internet appelés plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ouverts depuis le 1er juillet 2011. Ces sites, s'ils apportent une réponse encore limitée aux enjeux de l'installation des médecins, ne permettent pas de disposer d'un bilan chiffré et exhaustif des aides consacrées dans chaque territoire à cette politique.

2 – Une régulation de l'installation inexistante

Aucune mesure contraignante de régulation démographique médicale n'a pu être mise en œuvre jusqu'à ce jour et la liberté d'installation des médecins est restée totale.

175. Comme pour le numerus clausus, les actions dans le domaine de la cessation d'activité ont également été complètement réorientées depuis les années 2000. Un mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA) a été mis en place en 1988 et est resté en vigueur jusqu'en 2004. Il visait à encourager les praticiens entre 57 et 65 ans à cesser leur activité en réponse au discours sur la « pléthore » en médecins.

D'autres pays, qui connaissent de mêmes difficultés en matière de démographie médicale, ont pu faire le choix de restreindre la liberté d'installation : c'est le cas notamment de l'Allemagne, de l'Autriche, du Québec, de l'Angleterre et de la Suisse. En Allemagne, dans chaque land, depuis 1993, une commission paritaire délivre les autorisations d'installation en fonction des directives d'une instance fédérale, qui est elle aussi paritaire. Ces directives définissent des quotas de médecins pour environ 400 territoires et pour une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction.

En France, comme indiqué plus haut, il avait été prévu fin 2006 de mettre en place une diminution de la participation de l'assurance maladie aux cotisations des généralistes s'installant en zone sur dotée, mais ce mécanisme n'a finalement pas été retenu au cours des négociations conventionnelles.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 33) a par la suite prévu d'inclure dans le champ des négociations conventionnelles l'adaptation des règles de conventionnement des médecins en fonction des besoins de santé sur le territoire. Cette disposition a néanmoins été en définitive disjointe, à la suite d'une importante grève des internes à l'automne 2007.

Enfin, la loi HPST (article 43) a prévu un mécanisme de solidarité, le contrat santé solidarité, faisant participer les médecins en zones sur denses sur le plan médical à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses. Dans le cas où les médecins refusent de signer un tel contrat ou s'ils ne respectent pas les termes de leur engagement, ils devront s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit depuis le 1er janvier 2011, 2 946 €. Ce dispositif ne devait s'appliquer que trois ans après l'entrée en vigueur du prochain schéma régional d'organisation des soins, soit au mieux en 2014.

Cependant, compte tenu de la très forte opposition des médecins à cette mesure, la ministre de la santé a indiqué le 25 juin 2010 lors de l'ouverture du 4ème congrès national de médecine générale qu'elle mettait volontairement « entre parenthèse » cette disposition. De fait, la loi du 10 août 2011 supprime la sanction et renvoie à la négociation entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs la définition des termes d'un contrat type.

Cette absence de régulation persistante contraste avec la mise en place d'un dispositif visant à corriger les inégalités de répartition encore

plus marquées que connaissent les 77 000 infirmiers libéraux recensés en 2010[176].

Un avenant à la convention nationale infirmière approuvé par un arrêté du 17 octobre 2008, a entendu réduire ces déséquilibres en apportant un tempérament à la liberté d'installation.

Le dispositif de régulation à l'installation des infirmiers

L'ensemble du dispositif repose sur l'identification de zones géographiques ad hoc, dessinées en fonction de critères d'offre et de besoins en soins infirmiers, cinq catégories de zones étant répertoriées selon la présence plus ou moins forte des infirmiers libéraux en leur sein. Ont ainsi été délimitées 145 zones très sous dotées (soit 5 % du nombre total de zones) et 210 zones surdotées (soit 7 % du nombre total des zones).

A l'égard des zones très sous dotées, un dispositif d'incitation à l'installation ou au maintien des infirmiers libéraux a été institué. Il prend la forme d'une aide forfaitaire à l'installation ainsi que de la prise en charge des cotisations sociales au titre des allocations familiales.

D'autre part, l'avenant doit permettre de stabiliser le nombre d'infirmiers conventionnés dans les zones sur-dotées, en y conditionnant tout nouveau conventionnement au départ préalable d'un infirmier déjà conventionné.

La contrepartie de la conclusion de cet avenant a consisté en des revalorisations tarifaires ayant porté sur 162 M€[177] pour la seule année 2009.

L'avenant n'est réellement entré en vigueur qu'en 2009, une fois que les travaux de définition des différentes zones ont pu être menés à bien. De premiers enseignements peuvent cependant être dégagés :

-les zonages retenus portent sur des périmètres géographiques restreints, ce qui limite la portée de l'encadrement mis en place ;

-au cours du second semestre de 2009, une première diminution de 137 infirmiers conventionnés dans les zones surdotées a été constatée et un peu moins d'une centaine d'infirmiers se sont installés dans les zones très sous dotées.

Adopté à titre expérimental, cet avenant est arrivé à expiration en avril 2011. Suite à de nouvelles discussions, un relevé de fin de négociation a été signé le 24 juin 2011 entre les partenaires conventionnels. Il prévoit la poursuite du dispositif de régulation avec un doublement du nombre de zones concernées tant pour les zones sous dotées que surdotées.

176. Source DREES, sur la base du répertoire ADELI.

177. Hors prise en charge des cotisations due par les infirmiers libéraux.

C – Les mesures organisationnelles : des potentialités encore peu exploitées

1 – L'adaptation de l'organisation des soins

Compte tenu des craintes exprimées à l'égard de l'installation en médecine générale libérale en zone déjà sous-médicalisée, des mesures ont été prises notamment pour rompre l'isolement de ce mode d'exercice.

C'est ainsi que les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), qui permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical et de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins, ont fait l'objet de mesures de soutien et de création d'un statut *sui generis*. En 2010, 93 maisons de santé ont été financées par l'assurance maladie pour un total de 5,3 M€, soit en moyenne plus de 56 000 € par structure.

De même, la permanence des soins, qui peut jouer un véritable rôle repoussoir dans l'installation de médecins dans certains territoires, a également bénéficié de nouvelles dispositions législatives et réglementaires. Depuis la loi HPST et ses textes d'application, l'ARS est désormais responsable de son organisation et de son financement en lieu et place d'un dispositif qui relevait jusqu'ici de la compétence d'acteurs multiples (préfet, assurance maladie et missions régionales de santé).

Ces mesures s'ajoutent à celles prises antérieurement pour permettre un exercice sur lieux multiples, conclure un contrat de collaboration libérale entre praticiens de même discipline, ou encore faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale en alignant la durée du congé de maternité des professionnelles de santé libérales sur celui des salariées.

Même s'il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de ces différentes mesures, elles revêtent un grand intérêt compte tenu des aspirations des jeunes médecins que ce soit en termes d'exercice professionnel (rejet d'une pratique isolée…) ou en termes de contraintes (limitation des plages horaires, possibilité de travail pour le conjoint etc.).

2 – La coopération entre professionnels de santé

Devant la perspective d'une diminution du nombre de médecins, en particulier pour ce qui est des spécialistes, des travaux confiés en 2002 et 2003 au professeur Berland[178] avaient préconisé la mise en place de délégations de tâches vers les professions paramédicales.

178. Le professeur Berland est aussi le président de l'ONDPS.

A la suite de ces propositions, une série de dispositifs expérimentaux ont été adoptés. La LFSS pour 2007 a ainsi ouvert aux infirmiers la possibilité de prescrire certains dispositifs médicaux. Ce texte a également autorisé les opticiens lunetiers à adapter, sous certaines conditions, les prescriptions délivrées par les ophtalmologistes.

Avec la loi HPST, la coopération entre professionnels de santé a été sortie de son cadre expérimental. La loi laisse aux professionnels de santé l'initiative d'instaurer entre eux une démarche de coopération.

Le bilan mi-2011 en termes de nombre de protocoles de coopération signés est cependant très décevant. Il fait ressortir les nombreuses difficultés auxquelles se heurte la mise en place de la coopération entre professionnels de santé, en particulier la lourdeur excessive de leur dispositif de validation[179]. En outre, se pose la question de la rémunération. La modélisation et la valorisation financière des actes donnant lieu à une coopération est encore en cours d'élaboration.

Par ailleurs, alors que le contenu des études infirmières a connu une réforme importante en 2009[180], destinée à ouvrir aux étudiants en soins infirmiers le grade de licence en sus du diplôme d'Etat, celle-ci n'a pas pris en compte la préparation des futurs infirmiers à l'exercice des tâches susceptibles de leur être déléguées par les médecins.

Enfin et surtout, les milieux professionnels restent dans l'ensemble extrêmement réticents en poursuivant la défense de leur identité professionnelle. Le rapport Hubert[181] a notamment fait ce constat, en particulier de la part de médecins généralistes qui parlent de délégation de tâches et non de transfert, ou de certaines infirmières qui répugnent à transférer aux aides-soignantes les soins d'hygiène. Il mentionne également, au-delà de cette réticence, les conséquences de ces éventuels partages d'activités en matière de responsabilité professionnelle, les médecins ne voulant pas assumer la responsabilité d'un acte qu'ils n'auraient pas personnellement assuré et les paramédicaux ne souhaitant pas toujours être confrontés aux effets d'une autonomie à laquelle ils n'ont pas été préparés.

La coopération entre professionnels de santé apparaît pourtant comme une réponse pertinente aux problèmes de la démographie médicale comme la Cour l'avait déjà souligné dans le RALFSS 2007, en

179. La loi HPST conditionne l'entrée en vigueur de ces protocoles à une validation de l'ARS, puis de la Haute Autorité de santé.

180. Cette réforme consiste principalement en un renforcement des connaissances scientifiques ainsi qu'en un accroissement des liens entre les IFSI et le monde universitaire.

181. Rapport de Mme Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité, novembre 2010.

recommandant de poursuivre les transferts de tâches entre les différentes professions concernées.

*
* *

Pris isolément, les dispositifs existants, conçus chacun indépendamment des autres, ont une efficacité très limitée et ne sont pas à la hauteur des enjeux de répartition des médecins. Il risque d'en découler une aggravation des inégalités d'accès aux soins dans les territoires les plus fragiles et une surabondance de professionnels dans les régions sur dotées, sources d'une surconsommation de soins.

Devant ce constat, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son rapport 2007[182], avait déjà prôné la mise en place de mécanismes plus directifs d'installation des médecins, à travers notamment de mécanismes de désincitation à l'installation en zones de sur-densité.

La Cour, dans le RALFSS 2007[183], avait aussi préconisé, dans un chapitre sur les médecins libéraux, la mise en place de mécanismes de dissuasion financière afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins.

Il convient de fait d'utiliser plus efficacement l'ensemble de la palette des dispositifs sauf à se résigner à des inégalités qui sont sources de pertes de chance pour une partie de la population. Ceci implique au minimum de disposer d'une cartographie pertinente des zones sous-dotées commune à tous les acteurs et mise à jour régulièrement, mais aussi, dans la logique de l'article 5 de l'avenant n° 20 à la convention médicale, de ne plus exclure l'hypothèse de mesures plus contraignantes, qui pourraient aller jusqu'au conventionnement sélectif, à l'instar du dispositif infirmier.

A tout le moins, il y a lieu de reconsidérer les modalités de prise en charge des cotisations sociales des médecins en les modulant en fonction de la répartition territoriale des praticiens. Cette modulation qui s'inspirerait du dispositif initialement prévu lors de la négociation de l'avenant n° 20, devrait concerner cette fois ci l'ensemble des médecins, généralistes comme spécialistes, ceux déjà installés aussi bien que ceux sortant de formation, de telle façon que ces derniers n'aient pas à porter seuls des contraintes désormais nécessaires au regard des enjeux de santé publique.

182. Source : HCAAM, rapport, juillet 2007, p.83.
183. Source : Cour des comptes, RALFSS 2007, pp. 202 et 255.

CONCLUSION

Les données démographiques sur les médecins font ressortir nettement une tendance à long terme à une forte et nouvelle augmentation des effectifs, au-delà d'un creux conjoncturel d'ampleur et de durée limités.

Néanmoins, il subsistera, selon toutes les projections, des disparités territoriales conséquentes auxquelles s'ajoutent, des inégalités de répartition entre disciplines.

Ni les dispositifs de quotas (numerus clausus et ECN), ni les mesures financières d'incitation n'ont permis à ce jour de réduire ces disparités.

Au-delà de la révision qui s'impose des dispositifs d'aides incitatives, d'autant moins efficaces qu'ils sont redondants et concurrents, cette situation justifie le recours à des mesures plus contraignantes. Elles devraient s'inscrire dans le temps de façon à permettre une clarté et une visibilité indispensables aux professions concernées. Elles impliqueraient dès maintenant, sans attendre une nouvelle aggravation des déséquilibres constatés, une modification profonde du dispositif de prise en charge des cotisations des médecins.

RECOMMANDATIONS

25. Elaborer une nouvelle cartographie homogène des zones fragiles fondées sur un temps d'accès à un médecin généraliste et si possible à un médecin spécialiste, qui ne doit pas excéder un temps maximum donné.

26. Rendre plus effectifs les dispositifs de régulation des flux de formation, notamment en réduisant le nombre de postes ouverts aux ECN et en diminuant les redoublements de complaisance.

27. Développer la réflexion sur un éventuel abaissement du numerus clausus.

28. Revoir l'avenant n° 20 à la convention médicale :

- *en plafonnant le montant de l'aide ;*
- *en modulant la prise en charge des cotisations sociales des médecins, y compris ceux déjà installés, en fonction de leur répartition territoriale.*

29. Consolider au niveau du ministère de la santé les données recueillies sur les aides dans les « guichets uniques » des ARS.

Chapitre VI

Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

PRESENTATION

Le rapport public annuel de la Cour de 2006, dans son chapitre relatif à la politique de périnatalité, recommandait de « redéfinir les pratiques, les conditions d'exercice et les responsabilités des divers professionnels de santé (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices) intervenant dans les maternités publiques et privées en vue d'une utilisation optimale des moyens ». Cinq ans plus tard, le présent chapitre examine à cet égard la place des sages-femmes dans le système de soins.

Les 19 200 sages-femmes dont le nombre a quasiment doublé entre 1990 et 2010 et qui exercent principalement à l'hôpital jouent un rôle important puisqu'elles réalisent les deux-tiers des accouchements dans le secteur public. Après une période de technicisation croissante de l'accouchement qui a permis une nette amélioration des indicateurs de mortalité périnatale sans pour autant permettre à la France d'atteindre de meilleurs résultats par rapport aux autres pays européens, le plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » a mis en avant la nécessité d'une offre distinguant mieux les situations à haut risque des situations à faible risque qui n'exigent pas nécessairement le même mode de prise en charge.

Après une présentation de cette profession médicale, spécialiste de la grossesse normale (dite physiologique), dont la formation est une des plus longues d'Europe et dont les compétences ne cessent de s'étendre (I), seront ensuite évoqués les débats autour de la forte technicisation des accouchements (II) et les évolutions qui permettraient aux sage-femmes, dans une complémentarité renforcée avec la profession de gynécologue-obstétricien, de mieux contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique de périnatalité (III).

I - Une profession en forte croissance et aux compétences de plus en plus étendues

A – Une profession médicale

La profession de sage-femme, reconnue depuis le 18ème siècle, est une profession médicale, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes. Elle est ainsi est dotée d'un ordre depuis 1945, mais jusqu'en 1995 présidé par un gynécologue-obstétricien.

1 – Un net accroissement des compétences

Les sages-femmes sont des spécialistes de la grossesse physiologique (qui ne présente pas de risque particulier). Elles interviennent à toutes les étapes de la grossesse d'une femme : en consultation pour assurer son suivi, en salle de naissance lors de l'accouchement, puis en suites de couches pour surveiller le rétablissement de la mère et le bon développement de l'enfant. Elles doivent être capables de dépister les pathologies ou les situations « à risque » et alors prévenir un médecin. Si elles ne le font pas ou tardent à le faire, leur responsabilité est engagée devant les tribunaux. En cas de grossesse pathologique (en lien avec un problème de santé maternel ou fœtal), elles peuvent intervenir, mais seulement pour pratiquer les soins prescrits par un médecin.

En France, les sages-femmes ont un champ de compétence souvent plus large que celui des sages-femmes d'autres pays européens. Elles ont un droit de prescription et, depuis 2004, sont autorisées à faire la déclaration de grossesse et à pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement s'est déroulé normalement. Depuis 2009, la loi leur permet d'assurer le suivi gynécologique contraceptif et de prévention de leurs patientes. Toutefois, les modifications relatives à la tarification des actes réalisés par les sages-femmes correspondant à leurs nouvelles compétences, telle que la pose d'un stérilet, n'ont toujours pas été adoptées par l'assurance maladie[184] et les négociations conventionnelles engagées en mars 2009 peinent à aboutir.

2 – Une formation en cinq ans ayant connu des évolutions importantes

La formation actuelle des sages-femmes dure cinq ans. La France est un des pays au monde dans lesquels la formation de sage-femme est la plus longue.

Depuis la rentrée 2002, pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes, avoir passé l'examen classant de fin de 1ère année du premier cycle des études médicales (PCEM1[185]), ce qui porte la durée totale de leurs études à 5 années après le baccalauréat.

184. Pour cela, il faudrait que l'arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire soit modifié, ce qui n'a pas encore été fait.
185. En 2010, le PCEM1 s'est transformé en PAES (première année des études de santé) qui regroupe les filières médicales et pharmaceutiques.

L'intégration du cursus des sages-femmes dans le schéma licence-master-doctorat (LMD), qui devrait entrer en application en septembre 2011, confèrera un grade universitaire de master aux étudiants. Enfin, la loi HPST a prévu que la formation des sages-femmes puisse aussi se dérouler à l'université à titre dérogatoire[186] et pas seulement dans les 34 écoles de formation actuelles.

B – Un nombre croissant de sages-femmes

1 – L'évolution générale

Les sages-femmes sont hospitalières à titre exclusif dans 75 % des cas, libérales ou mixtes (pouvant effectuer des gardes à l'hôpital) dans 18 % des cas et salariées autres qu'hospitalières dans 7 % des cas[187]. Les sages-femmes ont en moyenne 42,2 ans et cette profession est féminisée à 98 %[188].

Entre 1990 et 2010, en France métropolitaine, le nombre de sages-femmes recensé par la DREES[189] est passé de 10 705 à 19 208 (soit une progression de 80 %). Cette évolution est liée à celle du quota annuel de recrutement. De 663 places en 1990, il a été relevé plusieurs fois, notamment à la suite des décrets de 1998 renforçant les normes en matière de périnatalité, puis en raison de la mise en œuvre à l'hôpital des 35 heures. En 2004, le plan périnatalité 2005-2007 confirme cette tendance[190]. Au total, le quota, qui s'élève actuellement à 1 015 places, a augmenté de plus de 50 % entre 1998 et 2010. Il n'existe toutefois pas de travaux récents expliquant précisément cette progression, hormis un rapport réalisé en 2004 par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) proposant des indicateurs pour évaluer les besoins en sages-femmes à partir de l'étude d'une région.

186 . La première structure de ce type est l'école universitaire de maïeutique Marseille-Méditerranée. Cet adossement plus fort de la formation initiale à la recherche devrait permettre à certains étudiants sages-femmes de poursuivre un parcours vers des études doctorales.

187. Sages-femmes travaillant pour le compte des conseils généraux au titre de la protection maternelle et infantile (environ 740) ou pour des entreprises d'intérim.

188. Les hommes qui exercent la profession de sage-femme sont également dénommés sages-femmes.

189. Par l'intermédiaire du fichier ADELI.

190. « Les pouvoirs publics s'engagent à maintenir, voire à augmenter, le nombre de places proposées au concours d'entrée dans les écoles de sages-femmes ».

La volonté exprimée par les pouvoirs publics de renforcer la sécurité dans le domaine périnatal explique, au-delà de l'incidence des normes, de l'impact de la réduction du temps de travail et du développement du temps partiel [191], cette progression, différenciée d'ailleurs selon les statuts.

Le nombre de sages-femmes libérales a en effet triplé en 20 ans après avoir baissé jusqu'en 1987 en lien avec l'évolution de la prise en charge de la naissance [192], tandis que le nombre de sages-femmes salariées a augmenté de 60 % en raison de la plus grande palette d'activités exercées par ces dernières : prise en charge des grossesses pathologiques sous le contrôle des médecins, réalisation d'échographies, activité dans un service de protection maternelle et infantile (PMI) etc. De plus, le transfert d'un grand nombre de naissances du secteur privé vers le secteur public a pu contribuer à un besoin accru de sages-femmes.

Cette augmentation se retrouve, sous une forme atténuée, pour la profession de gynécologue-obstétricien. On dénombrait ainsi en 2009 environ 5 400 gynécologues-obstétriciens (soit de 8 % de plus qu'en 1999) et 2 060 gynécologues médicaux (+16 % entre 1999 et 2009), qui prennent en charge, surtout en ville, les problèmes gynécologiques des femmes, mais ne pratiquent pas l'accouchement.

Il y a donc eu au cours des dernières années une augmentation importante du nombre de professionnels de la naissance. Mais, selon le panorama de la santé 2009 de l'OCDE, en 2007, la densité de sages-femmes en France (57 pour 100 000 femmes) était inférieure à la moyenne OCDE (72 pour 100 000), tandis que le nombre de gynécologues et d'obstétriciens était dans la moyenne (23 pour 100 000 femmes). Les projections montrent toutefois que la tendance à l'augmentation devrait se poursuivre (cf. infra).

Dans le même temps, la natalité a également progressé, mais dans une proportion moindre, puisqu'il y avait en moyenne 736 000 naissances par an entre 1990 et 1999 contre 778 300 entre 2000 et 2009, soit +5,7 %.

191. Un tiers des sages-femmes hospitalières exercent à temps partiel.

192. En France en 1950, 45 % des accouchements avaient encore lieu à domicile ; il n'y en avait plus que 13 % en 1960. Avant les années 1960, les sages-femmes étaient en très grande majorité libérales et leur exercice ne concernait que les suivis de grossesses et les accouchements. Depuis, leur activité s'est largement diversifiée : cours de préparation à la naissance, rééducation périnéale, suivi à domicile des grossesses pathologiques, etc.

2 – Les sages-femmes hospitalières

L'enquête « statistique annuelle des établissements de santé » (SAE) de la DREES permet de connaître le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) de sages-femmes. Sur 12 310 ETP, 76 % travaillent pour un hôpital public, 17 % dans une clinique privée et 7 % pour un établissement de santé privé d'intérêt public (ESPIC).

Depuis 2001, on observe une progression continue du nombre de sages-femmes, calculé en ETP, dans le secteur public et une diminution dans le secteur privé à but lucratif. Toutefois, dans le secteur public, après la forte croissance de 2002-2003, un quasi maintien des effectifs a été constaté, ce qui expliquerait que les sages-femmes aient actuellement plus de difficultés à trouver un poste.

Dans le secteur public, 82 % des sages-femmes sont fonctionnaires. La négociation d'un nouveau statut des sages-femmes hospitalières, associée à une revalorisation des grilles de salaires, est prévue à la suite des évolutions statutaires de la profession d'infirmier.

3 – Les sages-femmes libérales

Selon la CNAMTS, les effectifs de sages-femmes libérales en France métropolitaine ont augmenté à un taux moyen de +6,3 % par an depuis 1995. Une croissance plus forte a été constatée en 2009 (+9,1 %), vraisemblablement en raison de l'augmentation du nombre total de sages-femmes et d'une stabilisation du nombre de postes offerts à l'hôpital. Les sages-femmes libérales sont plus âgées de trois ans en moyenne que l'ensemble de la profession.

C – Des conditions d'exercice très différenciées selon les statuts

Avant les années 1960, les sages-femmes étaient en très grande majorité libérales et leur exercice ne concernait que les suivis de grossesses et les accouchements. Progressivement, au cours des années 1960 et 1970, les naissances à domicile sont devenues très minoritaires et en 1972, la parution du décret Dienesch relatif aux normes applicables aux maternités privées a conduit les sages-femmes à rejoindre les établissements de santé et à intégrer pour beaucoup la fonction publique.

Aujourd'hui, les sages-femmes commencent généralement leur carrière en établissement, avant de s'orienter pour certaines d'entre elles vers le secteur libéral ou vers les services départementaux de la PMI.

1 – Les sages-femmes hospitalières : des professionnelles de premier recours pour de nombreuses patientes dans le secteur public

La sage-femme a toujours une responsabilité médicale, quel que soit son statut et sa responsabilité personnelle peut être engagée, même si elle est salariée. Toutefois, les activités des sages-femmes sont très différentes selon qu'elles travaillent dans une clinique privée ou dans un établissement public.

En effet, les sages-femmes réalisent les deux-tiers des accouchements dans le secteur public, soit une proportion à peine inférieure à celle des accouchements sans complication, mais seulement un sur sept dans le secteur privé à but lucratif selon l'enquête périnatalité de 2003 [193], soit seulement 20 % des accouchements sans complication[194].

Dans le secteur privé, les sages-femmes salariées travaillent en effet le plus souvent comme auxiliaires médicales des gynécologues-obstétriciens : elles surveillent le travail de leurs patientes et appellent ces médecins, qui sont rémunérés sous forme d'honoraires, pour assurer l'accouchement, même lorsqu'il est physiologique.

Au sein des établissements publics et des ESPIC, les sages-femmes sont, pour de nombreuses patientes, le professionnel médical de référence en l'absence de complication pour le suivi des grossesses et les accouchements. Les médecins n'interviennent qu'en cas de nécessité.

Selon les résultats d'une enquête de l'ANAP[195] auprès de 11 maternités de niveau II ou III[196], les sages-femmes passent en moyenne 42 % de leur temps de travail en salle de naissance, 25 % en suites de couches, 14 % au suivi des grossesses pathologiques hospitalisées et 8 %

193. Les données de l'enquête 2010 devaient être disponibles au printemps 2011, mais ne l'étaient pas encore au moment de la parution de ce rapport.

194. Cet écart entre public et privé s'explique à la fois par le fait que les accouchements sans complication sont plus fréquents dans le public que dans le privé (72 % contre 64 % en 2003) et par le fait que la sage-femme intervient plus fréquemment dans le public.

195. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

196. Les décrets périnatalité du 9 octobre 1998, qui posent le cadre d'organisation des soins en réseau, ont défini trois niveaux de maternités : les établissements de niveau I disposent uniquement d'un service d'obstétrique, les établissements de niveau II ont une unité de néonatologie sur le même site que le service d'obstétrique, les établissements de niveau III disposent en outre d'un service de réanimation néonatale.

aux consultations. Les autres activités sont marginales en temps : 1 à 5 % pour le diagnostic anténatal, la procréation médicalement assistée, les échographies et les cours de préparation à la naissance. Dans ces établissements, dans un contexte de moyens tendus, les cours de préparation à la naissance, les consultations et les entretiens prénataux précoces sont utilisés comme des variables d'ajustement, les autres secteurs d'activité où la présence des sages-femmes est indispensable d'un point de vue réglementaire (en salle de naissance) ou de facto (grossesses pathologiques) étant largement prioritaires.

L'exemple de la maternité du centre hospitalier René Dubos de Pontoise : l'activité en salle de naissance

La maternité de type III de l'hôpital René Dubos, qui a ouvert un nouveau bâtiment mère-enfant en 2006, a pris en charge 4 200 naissances en 2010 (soit près de 12 naissances par jour en moyenne) contre 3 600 en 2006. La maternité dispose de 47,5 postes équivalents temps plein de sages-femmes dont trois sages-femmes cadres responsables respectivement de la salle de naissance, des consultations et des grossesses pathologiques et d'une sage-femme cadre supérieur.

Il y a à l'hôpital René Dubos huit salles de travail et six salles de pré-travail.

En salle de naissance, quatre sages-femmes assurent des gardes de 12 heures 24h/24. Les sages-femmes sont assistées par des auxiliaires de puériculture et par une infirmière anesthésiste.

Les sages-femmes sont responsables du bon fonctionnement de la salle de naissance. Elles doivent appeler le médecin (interne ou gynécologue-obstétricien) en cas de complication. En journée, elles font appel à leurs collègues si nécessaire (pic d'activité) et de nombreux protocoles leur permettent de prendre en charge lors de l'accouchement certaines grossesses pathologiques (diabète insulinodépendant par exemple), sans en référer au médecin.

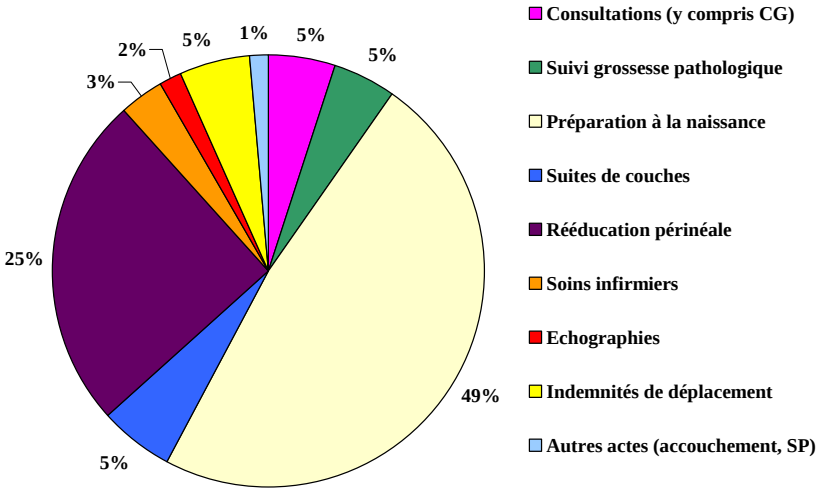
2 – Les sages-femmes libérales : une activité massivement orientée vers les cours de préparation à la naissance

L'activité des sages-femmes libérales, qui représente un volume d'honoraires remboursés par l'assurance maladie de 138 M€ en 2009, se concentre principalement sur les cours de préparation à la naissance, à hauteur de près de la moitié des montants remboursés et sur la

rééducation périnéale, à hauteur d'un quart des montants remboursés[197] (cf. graphique ci-dessous).

Les consultations, visites et consultations de suivi de grossesse ne représenteraient que 5 % des montants remboursés, comme les suivis de grossesses pathologiques et les suites de couches.

Répartition des montants remboursés par types d'actes pratiqués par les sages-femmes libérales en 2009



Source : Estimations Cour des comptes d'après données CNAMTS

Les accouchements représentent une part minime des actes pratiqués par les sages-femmes libérales : en 2009, la CNAMTS en a comptabilisé 1 939, soit moins de 0,05 % des actes pratiqués par les sages-femmes. De fait, l'accès de ces sages-femmes aux plateaux techniques reste limité. Par ailleurs, selon une enquête réalisée par le conseil national de l'ordre des sages-femmes, seules 72 sages-femmes déclarent pratiquer des accouchements à domicile (1 052 en 2008).

197. Il s'agit d'estimations réalisées par la Cour, certaines cotations dites « non traçantes » étant utilisées pour plusieurs actes, ce qui ne permet pas au système d'information de la CNAMTS de distinguer ce qui relève par exemple du cours de préparation à l'accouchement, de l'entretien prénatal précoce ou du traitement à domicile d'une grossesse pathologique.

3 – Les revenus des sages-femmes

a) Les sages-femmes hospitalières : des salaires plus élevés dans le public que dans le privé, sauf en début de carrière

Selon la DREES, le salaire annuel moyen des sages-femmes hospitalières s'établit à 29 686 € en 2008. Il est plus élevé dans le public que dans le privé.

Dans le secteur privé, les salaires de début de carrière sont légèrement plus importants que dans le public, mais l'évolution des salaires y est moins dynamique. En effet, dans le public, le salaire annuel moyen d'une sage-femme de plus de 40 ans est compris entre 34 000 € et 42 300 €, alors que dans le privé, il reste proche de 30 000 € entre 40 et 60 ans.

b) Les revenus des sages-femmes libérales

Selon la CNAMTS, la croissance des honoraires individuels des sages-femmes a été soutenue de 1999 à 2003, mais depuis 2005, elle est plus faible : 0,9 % par an entre 2004 et 2009. Entre 2008 et 2009 le montant des honoraires des sages-femmes (49 336 € en 2009) a diminué de 0,6 %. Par ailleurs, les honoraires des sages-femmes sont relativement dispersés : en 2008, 10 % des sages-femmes ont perçu moins de 17 000 € d'honoraires par an et 10 % plus de 83 000 € d'honoraires.

De ces honoraires doivent être défalquées les charges : celles-ci sont élevées en raison des contraintes liées à un cabinet suffisamment spacieux pour assurer les cours de préparation à la naissance et du niveau des cotisations sociales[198]. De plus, le taux de charge a crû au cours des dernières années : il s'élève à 47,4 % en 2007 contre 45,9 % en 2006. Cela s'explique par l'augmentation du tarif des assurances (hors accouchement à domicile qui est exclu des garanties) et par la création en 2009 d'un régime complémentaire de retraite pour les sages-femmes.

Il en résulte un revenu moyen des sages-femmes de 27 000 €[199] en 2008 (selon la caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes). La quotité de travail des sages-femmes libérales n'est toutefois pas connue.

---

198 . A la différence des médecins généralistes, les sages-femmes libérales s'acquittent de la totalité de la cotisation famille. Ainsi, la prise en charge des cotisations par l'assurance maladie représente 9,4 % du revenu conventionnel des sages-femmes en 2007 contre 18 % pour les généralistes de secteur 1 (source : DSS).

199. A titre de comparaison, le revenu moyen des chirurgiens dentistes s'élevait à 85 500 € en 2008 selon la DREES.

II - Les débats relatifs à la technicisation de l'accouchement

La parution du décret Dienesch relatif aux normes applicables aux maternités privées et la publication d'une brochure de recommandations sur la périnatalité ont marqué un tournant en 1972 pour améliorer la sécurité des accouchements[200]. Ces textes ont ouvert la voie à une technicisation croissante de ceux-ci, actuellement en débat.

A – En France, une grande technicisation des accouchements

En France, depuis 1972, le taux de césarienne augmente continûment : de 6 % en 1972, il atteint 11 % en 1981, 14 % en 1991, 18 % en 2001 et il s'est stabilisé à 20 % depuis 2007. L'OMS a fixé à 15 % un taux « raisonnable » de recours aux césariennes, taux dépassé par 90 % des maternités[201]. Par ailleurs, le taux de césariennes programmées, qui s'élève à 13 % en France, n'est plus élevé en Europe qu'en l'Allemagne (14 %) et en l'Italie (25 %). Or, si au milieu des années 1990, il était généralement considéré que la césarienne était une opération bénigne alors que l'accouchement par voie basse était risqué, il a été depuis lors mis en évidence que la césarienne multiplie par trois le risque de décès maternel par rapport à un accouchement classique et qu'elle peut entraîner des pathologies pour les enfants.

200. « L'accouchement dit normal est une notion a posteriori ; jusqu'à l'événement c'est une prévision. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé », Brochure sur la périnatalité, 1972.
201. « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », Les établissements de santé en 2007, DREES (2010).

Principaux indicateurs dans le domaine de la périnatalité

Si les indicateurs de mortalité périnatale se sont améliorés, la France n'a pas des résultats plus favorables que d'autres pays européens, en particulier concernant la mortalité maternelle. De plus, au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est passée du 7ème rang européen en 1999 au 20ème (sur 30 pays) en 2009[202]. Depuis 2005, la mortalité infantile ne diminue plus en France, alors qu'elle continue à reculer dans la plupart des pays européens. Elle a même connu une légère augmentation à 3,9 décès pour 1000 naissances vivantes en 2009[203]avant de retrouver en 2010 le niveau de ces dernières années.

	1970	1990	1995	2000	2008	Résultats de deux pays européens (2008)
Mortalité infantile (avant 1 an)	21,0*	7,3*	5,0	4,5	3,8	2,5 (Suède) 3,5 (Allemagne)
Mortalité néonatale (avant 28 jours)	13,0*	3,6*	3,0	2,9	2,6	1,7 (Suède) 2,4 (Allemagne)
Mortalité maternelle	0,282*	0,104	0,096	0,065	0,077	0,055 (Suède) 0,053 (Allemagne)

Définitions : Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants avant 1 an pour 1 000 enfants nés vivants ; mortalité néonatale : nombre de décès d'enfants avant 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants ; mortalité maternelle : nombre de décès de causes obstétricales pour 1 000 naissances vivantes.

Champ : France entière (sauf : France métropolitaine).*

Source : D'après base de données OCDE et rapport public annuel de la Cour des comptes 2006.

Par ailleurs, en France, le taux de déclenchement des accouchements est supérieur à ce qui est observé chez la plupart de nos voisins (environ 20 %) et le nombre moyen d'échographies est élevé (4,5).

La diffusion progressive de la péridurale a parallèlement profondément modifié l'activité des sages-femmes en salle de naissance, ces dernières étant moins présentes. Selon une enquête de la DREES de 2006, 80 % des femmes interrogées déclarent avoir bénéficié d'une péridurale, dont 5 % sans l'avoir demandé.

Cette conception française de l'accouchement est loin d'être universelle.

202. X. Niel, « Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente », Document de travail F1106, INSEE, juin 2011.

203. La situation démographique en 2009 - INSEE Résultats n° 122 – 20 juin 2010.

Le rôle des sages-femmes dans d'autres pays

Dans certains pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, l'entrée dans la filière d'obstétrique n'est prise en charge que lorsqu'elle passe par une sage-femme, sauf pathologie avérée. Aux Pays-Bas, si une patiente veut consulter un gynécologue pour sa grossesse sans raison médicale, l'assurance maladie ne prend pas en charge la consultation.

Les sages-femmes au Royaume-Uni

Le partage des tâches entre les 33 000 sages-femmes et les 7 000 gynécologues obstétriciens est clair : les sages-femmes, dont la formation dure trois ans- ou 18 mois si elles sont déjà infirmières- assurent le suivi de la grossesse (hors échographie) et de l'accouchement (hors péridurale). Les gynécologues-obstétriciens interviennent, à l'hôpital uniquement, en cas de complication. En l'absence de facteur de risque, le suivi de la grossesse est donc assuré en ville, par des sages-femmes, salariées du National Heath Service (NHS). L'essentiel des naissances interviennent en milieu hospitalier, sous la responsabilité d'une sage-femme, sauf complication. Le taux d'accouchement à domicile est très faible.

La situation atypique des Pays-Bas : un tiers des accouchements à domicile

L'organisation néerlandaise est fondée sur ce postulat qu'il est possible de séparer les situations normales des situations pathologiques. Le pourcentage de femmes suivies en soins primaires par une sage-femme diminue au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. En 2007, en début de grossesse, 78 % des femmes sont suivies en soins primaires ; 44 % débutent leurs accouchements suivies par une sage-femme à leur domicile, dans un centre de naissance ou à l'hôpital. Au cours de l'accouchement, 11 % sont transférées en soins secondaires sous la responsabilité d'un spécialiste. Ainsi, 33 % des femmes sont accouchées par une sage-femme dont 27 % à domicile. Ce système est notamment permis par une densité très élevée (près de 400 habitants au km²).

En 2007, le taux de césarienne s'élève à 15 % et 10 % des accouchements sont déclenchés. Moins de 10 % des femmes bénéficient d'une analgésie péridurale au moment de la dilatation. Les Néerlandaises sont en effet nombreuses à penser la péridurale inutile.

Au Pays-Bas, la profession de sage-femme est accessible après 4 années d'étude. Plus des deux-tiers des sages-femmes sont libérales. Les sages-femmes ont un droit de prescription assez large, mais elles ne prennent pas en charge les grossesses pathologiques.

Après l'accouchement[204], la sage-femme rend visite à sa patiente, mais l'originalité du système des Pays-Bas réside dans l'existence d'une profession spécifique qui assure les suites de couches à domicile pendant 8 jours plusieurs heures par jour (soins, ménage, repas…).

204. Si elles n'ont pas eu de péridurale, les parturientes rentrent chez elles quelques heures après l'accouchement.

B – Un modèle critiqué par la mission périnatalité de 2003 et le plan périnatalité 2005-2007

Le rapport de la mission périnatalité, rédigé en 2003 à la demande du ministre de la santé par un épidémiologiste, un gynécologue-obstétricien et un pédiatre [205], considérait que des progrès étaient possibles en matière de périnatalité : « si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène[206]. Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins (et mieux) dans les situations à faible risque ».

Ainsi, ce rapport proposait d'adopter une nouvelle politique périnatale reposant sur une prise en charge différenciée du haut risque et du bas risque. Par ailleurs, l'organisation des soins devait dépasser les soins médicaux pour s'ouvrir au psychosocial. Enfin, il était recommandé d' « évaluer la mise en place de maisons de naissance », attenantes à des plateaux techniques, sous la responsabilité pleine et entière de sages-femmes. En effet, « dans le cadre de cette nouvelle politique qui comporte une ouverture à une nouvelle conception de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à « bas risque », les sages-femmes ont totale compétence pour prendre en charge de façon autonome, le suivi de la grossesse et de l'accouchement ».

Le plan périnatalité 2005-2007 a repris ces orientations, selon trois principaux axes : « humanité, proximité, sécurité et qualité ». Dans ce cadre, il renforçait le rôle et l'autonomie des sages-femmes : il visait à améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant, notamment en mettant en place un « entretien individuel du 4ème mois » ou « entretien prénatal précoce » qui est réalisé principalement par les sages-femmes ; il prévoyait également l'expérimentation de « maisons de naissance », considérant que « si l'augmentation du nombre de césariennes […] correspond à une certaine forme de progrès, elle témoigne également d'une « surmédicalisation » de la grossesse et de la naissance, en oubliant de restituer à cette période de la vie son état naturel ».

205. Rapport de la mission « périnatalité » conduite par les professeurs Bréart, Puech et Rozé du 13 septembre 2003 : Vingt propositions pour une politique périnatale.
206. Se dit des troubles provoqués par un traitement médical ou un médicament.

Selon l'évaluation qui en a été faite en mai 2010[207], ce plan a soutenu un état d'esprit favorable à des prises en charge diversifiées, même si l'expérimentation des maisons de naissance n'a pas été mise en œuvre. La commission nationale de la naissance, présidée par un gynécologue-obstétricien, a ainsi élaboré un document sur « le suivi et l'accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités », qui décrit les modalités possibles de prise en charge, d'une filière de soin particulière à un espace architectural dédié.

Ainsi, se constatent dorénavant une meilleure sensibilisation des professionnels de la naissance aux méthodes permettant de limiter la technicisation de l'accouchement et une amorce de plus grande différenciation des pratiques selon les établissements. Mais le débat sur une plus forte diversification des modes de prise en charge reste ouvert.

C – Les questions posées par une diversification plus forte des modes de prise en charge

1 – L'existence d'une demande minoritaire d'une approche plus physiologique de la naissance

Comme le montrent les résultats de l'enquête de la DREES sur la satisfaction des usagères de 2006, mais également l'évaluation du plan périnatalité de 2010, les femmes ont très largement intégré la médicalisation et recherchent la suppression de la douleur. Selon une enquête IPSOS de décembre 2010, l'hôpital est le lieu d'accouchement préféré des femmes enceintes (64 %), suivi de la clinique (25 %). Seules 2 % des femmes enceintes déclarent qu'elles préfèreraient accoucher chez elles.

Un groupe minoritaire souhaitant pouvoir bénéficier d'un accouchement peu médicalisé a également été identifié lors de l'évaluation du plan périnatalité. Il apparaît dans les études de territoires. Ainsi, le département des Pyrénées orientales et celui de la Lozère sont confrontés à une demande d'accouchements « naturels », voire d'accouchements à domicile.

207. Cette évaluation, initiée par la direction générale de la santé, a été pilotée par une instance pluridisciplinaire regroupant acteurs institutionnels, professionnels de santé et usagers, et présidée par un membre de l'IGAS. Elle est disponible en ligne : http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html.

2 – Des accouchements à domicile sans couverture assurantielle

Parmi les 72 sages-femmes libérales qui déclarent pratiquer des accouchements à domicile, seulement quatre sont assurées[208]. Depuis le 1er janvier 2004, le manquement à l'obligation d'assurance peut entraîner une amende de 45 000 € et une interdiction d'exercer. Selon les informations recueillies par la Cour, cette sanction n'a jamais été appliquée.

Malgré cette absence d'assurance, l'accouchement à domicile donne lieu à l'établissement d'une feuille de soins et à remboursement par l'assurance maladie. Or, le projet d'accouchement à domicile, qui ne fait l'objet d'aucun encadrement règlementaire, comprend une prise de risque dès lors que le système de soins n'est pas organisé pour assurer le transfert et l'accueil des patientes en cas de nécessité. Ainsi, l'absence d'assurance constitue une situation tout à fait anormale qui ne peut perdurer. Il convient donc que l'Etat fasse strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.

3 – Des préfigurations de maisons de naissance en l'absence de cadre juridique

Dans les pays où elles existent, les maisons de naissance sont gérées de façon autonome par des sages-femmes en liaison et à proximité du plateau technique d'une maternité, de façon, selon leurs promoteurs, à concilier sécurité et approche plus physiologique de la naissance. Le nombre d'accouchements est limité (350 au plus par an), les femmes restent le plus souvent 24 heures au maximum après l'accouchement et sont ensuite suivies à domicile. Aucun accouchement n'est déclenché et il n'est pas possible de bénéficier d'une péridurale.

En 2011, à la différence de ce qui se pratique dans d'autres pays développés (Allemagne, Belgique, Suisse, Pays-Bas, Autriche, Québec, Etats-Unis), il n'existe pas officiellement de maisons de naissance en France. De fait, l'expérimentation de maisons de naissance , annoncée dès 2001 par le gouvernement, puis reprise dans le plan périnatalité « 2005-2007 », n'a pu à ce jour être mise en œuvre. En dernier lieu, les pouvoirs publics s'étaient engagés, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, à permettre

208. En France, aucune assurance n'accepte aujourd'hui de couvrir à un tarif compatible avec des revenus de sages-femmes la responsabilité civile professionnelle dans le cas d'accouchements à domicile. L'accouchement à domicile est donc exclu des assurances en responsabilité civile que contractent les sages-femmes libérales.

l'expérimentation de maisons de naissance attenantes à une maternité. Mais cette disposition, adoptée par l'Assemblée nationale, rejetée par le Sénat puis rétablie par la commission mixte paritaire, a été censurée par le Conseil constitutionnel comme « cavalier social ». Une proposition de loi autorisant l'expérimentation a été déposée au Sénat en mai 2011.

En l'absence de cadre juridique, des préfigurations de maisons de naissance ont néanmoins été lancées depuis quelques années : ainsi notamment, en région parisienne[209], la maison de naissance du centre hospitalier René Dubos à Pontoise, où les deux sages-femmes responsables sont salariées de l'établissement, le CALM aux Bluets, où les sages-femmes sont libérales et le groupe naissance à la clinique Léonard de Vinci (Paris 11ème) qui regroupe des libéraux -sept sages-femmes, deux gynécologues-obstétriciens et deux psychologues. Ces démarches ne constituent pas de véritables expérimentations, car l'accouchement ne peut légalement s'y dérouler[210], obligeant un recours au plateau technique de la maternité attenante, ce qui ne permet pas l'équilibre économique de ce mode de prise en charge[211]. La mise en œuvre de cette expérimentation dans un cadre juridique approprié est donc souhaitable pour autant qu'elle fasse l'objet d'une évaluation médico-économique rigoureuse.

III - Faire évoluer la fonction des sages-femmes

Une meilleure articulation des deux principales professions médicales en charge de la naissance, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, serait de nature à permettre d'optimiser l'organisation des soins tout en permettant d'apporter une réponse au souhait de certaines femmes d'une moindre technicisation des accouchements.

209. D'autres projets sont également prévus en province : à Lyon, Annecy, Beauvais, Rennes, Nantes et Pau.

210. Sauf à Pontoise, où le statut de salariées des sages-femmes et la configuration des locaux autorisent, sous réserve de la présence d'un personnel paramédical dédié, le déroulement d'accouchements au sein de la maison de naissance.

211. Selon la DGOS, l'économie attendue des maisons de naissance s'élèverait à 7 M€ par an dans le cas d'une généralisation de l'expérimentation à 60 sites. L'économie escomptée par accouchement par rapport à une structure hospitalière serait de l'ordre de 600 €.

A – Renforcer leur rôle de professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé

1 – L'intérêt d'une plus large prise en charge des grossesses à bas risque par les sages-femmes

La méta-analyse la plus récente[212] sur la comparaison des modèles de soins obstétricaux effectués par les sages-femmes par rapport à d'autres modèles de soins conclut à des bénéfices importants pour ce qui concerne la réduction du nombre de péridurales, d'extractions instrumentales, d'hospitalisation des nouveau-nés et en termes de mise en place de l'allaitement. Elle souligne que « la satisfaction au sujet des différents aspects des soins semble plus élevée dans les modèles de pratique de sages-femmes comparés aux autres modèles de soins obstétricaux ». Elle considère qu'ils devraient être la norme pour les femmes classées à bas risque obstétrical.

Selon le panorama de la santé 2009 de l'OCDE[213], « les services assurés par les sages-femmes sont généralement moins coûteux. Cela reflète en partie la durée plus courte de leur formation et donc la rémunération plus basse requise par comparaison avec les gynécologues et obstétriciens. En outre, les obstétriciens peuvent être enclins à fournir des services plus médicalisés. D'après une étude portant sur neuf pays européens, le coût de l'accouchement est plus bas dans les pays et les hôpitaux qui recourent plus aux sages-femmes et infirmières qu'aux obstétriciens.

Ces travaux récents soulignent ainsi tout l'enjeu d'une bonne articulation entre professionnels de la naissance et du renforcement de la complémentarité de leurs rôles pour assurer à la fois la sécurité des accouchements, une gestion optimale des moyens et une meilleure atteinte des objectifs de la politique de périnatalité.

---

212. M. Hatem & alii (2009) : « Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane ». Cette revue synthétise 11 essais qui ont eu lieu dans quatre pays, impliquant 12 276 femmes ne présentant pas de pathologie.

213. La méta-analyse internationale précitée a également procédé à une estimation des coûts et des ressources : « les résultats ont suggéré, en général, un effet d'économie dans les soins péri-natals et une tendance vers l'économie des coûts dans les modèles de pratique de sages-femmes comparés aux modèles gérés par des médecins ».

2 – Une meilleure valorisation des compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes

En 2006, la Cour indiquait que « l'utilisation optimale des compétences de chacun implique une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour la pratique de l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens […]. »

Au sein des établissements publics et des ESPIC, les sages-femmes sont déjà pour de nombreuses patientes le professionnel de référence pour le suivi des grossesses et des accouchements physiologiques. Ce n'est pas le cas dans les cliniques privées où il serait souhaitable, comme la Cour le recommandait en 2006, de mieux articuler les rôles de ces professionnels de santé pour définir le partage optimal du suivi et de la prise en charge des patientes, autorisant notamment une plus grande disponibilité des gynécologues-obstétriciens pour les accouchements pathologiques.

Plus largement, les collaborations entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes libérales au sein des cliniques privées pourraient être encouragées, de même que les coopérations au sein de cabinets regroupant généralistes et sages-femmes ou de maisons de santé pluridisciplinaires, de façon à faciliter un recours plus fréquent aux sages-femmes en l'absence de pathologie, y compris pour le suivi gynécologique contraceptif et de prévention.

A un horizon plus éloigné, la croissance du nombre de sages-femmes peut poser la question d'une recomposition plus profonde. De fait, même si on ne dispose pas de projections actualisées, la tendance à l'augmentation des effectifs devrait se poursuivre : entre 1990 et 2010, le nombre de sages-femmes s'est accru en moyenne de 3 % par an[214]. Dans la mesure où le quota de sages-femmes a augmenté sensiblement et où leur âge moyen est de 42 ans, cette progression devrait continuer au cours des prochaines années.

Pour ce qui est des gynécologues-obstétriciens, selon un exercice de projection de la démographie médicale réalisé par la DREES et repris dans le rapport 2008-2009 de l'ONDPS[215], leur nombre devrait diminuer

214. A titre de comparaison, dans les pays OCDE, le nombre de sages-femmes a augmenté de 2,9 % entre 1995 et 2007 contre 2,4 % en France (Panorama de la santé 2009, OCDE).

215. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », Dossiers solidarité et santé n°12, 2009 et Etudes et résultats n° 679, février 2009.

de 6 % entre 2010 et 2020, avant de progresser, de 18 % entre 2020 et 2030, soit +13 % entre 2006 et 2030.

Ces projections mériteraient d'être approfondies au regard des modalités d'exercice réelles des gynécologues-obstétriciens (qui peuvent s'orienter vers la chirurgie gynécologique pure, l'échographie ou la gynécologie médicale), de la féminisation de la profession[216], des besoins prévisibles de la population et de l'évolution du nombre de sages-femmes et de leurs conditions d'exercice.

Un parcours de soins faisant davantage de la sage-femme le professionnel de premier recours en cas de grossesse et pour le suivi gynécologique contraceptif et de prévention pourrait être en effet envisagé à terme, à l'instar de ce qui est pratiqué dans d'autres pays.

Les évolutions démographiques inverses pour les professions de sage-femme et de gynécologue-obstétricien au cours des dix prochaines années pourraient constituer à cet égard un facteur de nature à faciliter une meilleure articulation de ces deux professions médicales qui apparaît en tout état de cause souhaitable.

De ce point de vue, compte tenu de la lenteur des ajustements liés à la durée des études médicales, la détermination du nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique à compter de 2015[217] devra faire l'objet d'une réflexion particulièrement attentive. Les flux de formation seront à arrêter en fonction d'une cible de long terme cohérente avec les objectifs de santé publique et le renforcement des complémentarités avec la profession de sages femmes pour une meilleure organisation de la prise en charge des naissances. Cette approche répondra aux différents objectifs de la politique de périnatalité en termes de sécurité comme aussi de plus grande différenciation des modalités d'accouchement.

B – Réorienter l'activité des sages-femmes libérales vers le suivi post-natal et le suivi global

Le nombre de sages-femmes libérales a triplé en 20 ans et la croissance des effectifs s'est accélérée en 2008-2009. Le développement de l'exercice libéral des sages-femmes suppose désormais de redéfinir

216. En 2030, le taux de féminisation de la profession serait de 58,5 % (au lieu de 39 % aujourd'hui), ce qui n'est pas sans incidence sur l'activité globale de la profession.

217. La loi HPST prévoit une prévision quinquennale des postes d'internes en médecine. Il est prévu d'ouvrir chaque année en moyenne 193 postes d'internes en gynécologie-obstétrique sur la période 2010-2014 (contre 155 en 2005-2009).

leur rôle, avec le souci toutefois d'éviter les doublons par rapport à la prise en charge à l'hôpital. Or, cela n'est possible que si la nomenclature des actes des sages-femmes est -à coût constant pour l'assurance maladie- significativement modifiée.

Ce rééquilibrage devrait revaloriser les actes à forte responsabilité médicale (consultations, accouchements, suivi post-natal) aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale).

1 – Une tarification des actes déséquilibrée orientant l'activité vers les cours de préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale

Comme indiqué précédemment, les cours de préparation à la naissance et les séances de rééducation périnéale, qui n'impliquent aucune décision médicale, sont les activités de loin les plus pratiquées par les sages-femmes en libéral puisqu'elles représentent les 3/4 des montants remboursés.

Les honoraires perçus par la sage-femme lors d'un cours de préparation à l'accouchement collectif (entre 90 € et 95 €) placent cet acte, réalisé au cabinet de la praticienne, loin devant tous les autres en termes de rentabilité[218].

Le tarif des cours de préparation à la naissance peut être comparé à celui d'autres actes importants en termes de santé publique : le forfait journalier de surveillance à domicile en cas de sortie précoce ou la surveillance d'une grossesse pathologique à domicile. Ces actes sont moins bien rémunérés[219] que les cours de préparation à l'accouchement en raison du temps de déplacement nécessaire aux visites à domicile. De plus, la prise en charge des sorties précoces rend l'activité difficilement prévisible et nécessite souvent de travailler le week-end.

Les consultations représentent quant à elles une partie marginale de l'activité des sages-femmes. Enfin, le tarif de l'acte d'accouchement

218. Une sage-femme qui ferait cinq sessions par jour percevrait ainsi des honoraires de 460 € par jour soit 9 200 € par mois et 92 000 € par an avec 10 mois d'activité, soit des honoraires près de deux fois supérieurs au montant d'honoraire moyen (49 300 €) pour une durée de travail inférieure à 8 heures par jour (avec une durée de cours de 1h30 -contre 45 mn au minimum).

219. Environ 40 € plus une indemnité de déplacement (en ville, indemnité forfaitaire de 3,81 €).

(312,70 €[220]) non cumulable avec l'acte de surveillance du travail (106 €) ne semble pas favorable au développement de cette activité par les sages-femmes libérales même si ce tarif a fait l'objet d'une revalorisation en 2008. De plus, cette activité implique une grande disponibilité (astreinte) et des coûts s'y attachent (assurance professionnelle, redevance versée au plateau technique) ainsi qu'un risque médico-légal non négligeable. En conséquence, un très faible nombre de sages-femmes réalisent des accouchements et, à Paris, elles pratiquent des dépassements d'honoraires -ce que leur convention n'autorise pas mais sans qu'elles soient pour autant sanctionnées.

2 – Une tarification à reconfigurer à enveloppe constante au profit du suivi global et du suivi post-natal

Les modifications susceptibles d'être apportées à la tarification des actes réalisés par les sages-femmes devraient chercher à faciliter, sans dépassements d'honoraires non conventionnels et à coût constant, le suivi global de la patiente.

Pour la mise en œuvre des compétences des sages-femmes relatives au suivi gynécologique de prévention et à la contraception, une revalorisation du tarif de la consultation pourrait ainsi être envisagée. Une adaptation de la nomenclature permettant de cumuler l'acte de surveillance de l'accouchement et l'accouchement en lui-même inciterait les sages-femmes libérales à s'engager dans un suivi global de leurs patientes. La DSS indique en ce sens partager cette volonté d'assurer une meilleure prise en charge par l'assurance maladie des actes correspondant aux nouvelles missions des sages-femmes [221].

Dans un contexte où une assez faible proportion de femmes accouche désormais sans péridurale, la question pourrait également être posée d'une diminution du nombre de cours de préparation à la naissance[222] et d'une révision à la baisse de la tarification de cet acte[223],

220. Même si le tarif est à un niveau identique pour les gynécologues-obstétriciens, ces derniers sont assistés par des sages-femmes salariées et n'ont donc besoin d'être présents qu'une heure environ, alors que les sages-femmes peuvent être mobilisées pendant 10 à 15 heures.

221. Pour la DSS, « le montant du tarif de la consultation et de la visite pourrait être relevé en contrepartie d'engagements de la profession dans la poursuite des mesures d'amélioration de l'efficience du système de soins ».

222. Au nombre actuellement de huit -que les femmes sont au demeurant loin de toutes suivre-. Elles bénéficient par ailleurs a minima d'un suivi médical mensuel avec analyses biologiques systématiques, de trois échographies et d'une consultation pré-anesthésique.

en alignant alors les tarifs -plus élevés- des autres professionnels libéraux qui réalisent ces actes sur ceux des sages-femmes. Cela ne remet pas en cause l'intérêt de l'entretien prénatal précoce.

A l'inverse d'un suivi très attentif avant la naissance, après l'accouchement, la femme bénéficie uniquement d'une visite obligatoire dans les huit semaines qui suivent l'accouchement et, le cas échéant, de séances de rééducation périnéale. Or, selon la recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) de novembre 2005 sur la préparation à la naissance et à la parentalité, « des interventions postnatales précoces et structurées (visites à domicile systématiques et adaptées en fréquence et en réponse aux besoins, prise en charge des symptômes selon des recommandations professionnelles disponibles) améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes ».

Dans cet esprit, la tarification des séances de suivi post-natal, recommandées par la HAS en raison de leur intérêt de santé publique, serait sans doute à revoir : elles ne sont tarifées que 18,55 €, soit 40 % de moins qu'un cours de préparation à l'accouchement individuel. De ce fait, cet acte est très peu pratiqué (il représente 1 % des actes). Il conviendrait de le rendre plus attractif, de même que la surveillance à domicile en cas de sortie précoce, pour inciter les sages-femmes à s'investir davantage dans le suivi post-natal qui ne représente aujourd'hui que 3 % des actes pratiqués.

Dans le contexte d'une diminution des durées de séjour[224], un accompagnement de qualité des retours précoces à domicile est en effet crucial. Or, l'organisation actuelle est loin d'être satisfaisante, notamment

223. De sorte qu'un cours avec trois patientes n'assure pas un revenu sensiblement supérieur à un forfait journalier de surveillance à domicile en cas de sortie précoce.

224. En 2009, en France, la durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement par voie basse s'élevait à 4,5 jours, soit quasiment deux fois moins qu'au début des années 70, mais nettement plus que la moyenne des pays de l'OCDE en 2007 (3,2 jours). L'enjeu de la diminution de la durée de séjour est central, car la durée de séjour constitue une source importante de variation de coût et la dépense associée aux séjours obstétriques est élevée (2,9 Md€ en 2010).

en raison du manque d'articulation entre les différentes modalités de prise en charge du post-partum[225].

Les travaux de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant relatifs à la structuration de la prise en charge du post-partum, en lien avec ceux de la HAS qui doit actualiser la recommandation de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2004 sur le retour précoce à domicile après accouchement devraient permettre de déterminer quel est le mode le plus efficient de prise en charge du suivi post-natal et comment coordonner au niveau local les interventions des différents acteurs.

Les sages-femmes libérales pourraient jouer un rôle important à cet égard, mais il ne sera pleinement effectif que si elles sont mieux réparties sur le territoire. Or, si on compte en moyenne 24 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, cette densité est comprise entre 9 en Picardie et en Corse et 43 dans le Languedoc-Roussillon, soit un écart de 1 à 5[226]. Une extension aux sages-femmes libérales du dispositif de régulation territoriale mis en place pour les infirmières serait donc sans doute à envisager.

CONCLUSION

Les sages-femmes, à qui leur formation médicale confère des compétences étendues, sont déjà pour de nombreuses patientes le professionnel de premier recours. Une complémentarité mieux articulée avec les gynécologues-obstétriciens, en particulier au sein des maternités privées et une réorientation en ville de leur rôle vers le suivi post natal, apparaissent nécessaires pour valoriser les compétences respectives de ces professions, au bénéfice de la sécurité des patientes, de l'amélioration des indicateurs de périnatalité et d'une optimisation de l'organisation des prises en charge, tant avant la naissance que pendant l'accouchement et dans le post partum.

225 . Hospitalisation à domicile (HAD), théoriquement réservée aux pathologies graves ou aigües, mais qui, dans les faits, est souvent utilisée pour faire du «post-partum physiologique » ; projet d'aide au retour à domicile (PRADO) expérimenté au printemps 2010 par la CNAMTS (à Annecy, Rennes et Versailles) et qui a été étendu à 12 nouveaux départements (intervention d'une conseillère de l'assurance maladie dans les maternités mettant en relation la patiente avec une sage-femme libérale) ; possibilité de consulter une sage-femme libérale ; PMI ; organisations mises en place par certains des 65 réseaux de santé en périnatalité existant en France.

226. Source : DREES, ADELI. Les écarts pour les sages-femmes hospitalières sont beaucoup plus réduits : 75 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Picardie et en Ile-de-France contre 129 en Franche-Comté (99 en moyenne en métropole).

De ce point de vue, la détermination des flux de formation pour ces professions doit faire l'objet d'une réflexion d'ensemble, suffisamment anticipée pour prendre pleinement en compte les évolutions des rôles, la recomposition des modes d'exercice, la diversification accrue des modes de prise en charge souhaitée par certaines femmes, en cohérence avec les grands objectifs de la politique de périnatalité définis par les pouvoirs publics.

Il appartient en tout état de cause à ces derniers de ne pas laisser se poursuivre dans des conditions hasardeuses, faute de clarifications indispensables, certains types de prise en charge. Les accouchements à domicile sans couverture assurantielle ne sauraient être admis. Par ailleurs, plutôt que de laisser fonctionner de manière insatisfaisante des structures apparentées à des maisons de naissance dans des conditions juridiquement incertaines, il importe de les doter d'un cadre rigoureux et précis qui garantisse la sécurité des patientes et de mettre en place des expérimentations qui permettent une évaluation méthodologiquement indiscutable de ces dispositifs.

RECOMMANDATIONS

30. Mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en faisant encore davantage des sages-femmes des professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé.

31. Ajuster dès 2015 le nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique en fonction de projections démographiques actualisées des différentes professions de la naissance et selon une cible de long terme cohérente avec les objectifs de santé publique poursuivis.

32. Modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal.

33. Permettre l'expérimentation des maisons de naissance et procéder à leur évaluation médico-économique dans des conditions méthodologiquement rigoureuses.

34. Faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.

Chapitre VII

Tarification à l'activité et convergence tarifaire

PRESENTATION

L'objectif de la tarification à l'activité est de dynamiser la gestion des établissements de santé en les faisant financer par l'assurance maladie sur la base de leur activité et en mettant sous tension ces financements. En 2011, l'enveloppe financière à laquelle elle s'applique est de 54 Md€. La Cour des comptes a déjà consacré des travaux importants à cette réforme, introduite à partir de 2004 dans les établissements prodiguant des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle a notamment présenté dans le RALFSS 2009 un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de cette réforme majeure[227]. Elle concluait que les grands espoirs placés dans la tarification à l'activité (T2A) n'avaient pas encore été tous concrétisés et invitait à poursuivre les travaux de fond.

Deux ans plus tard, dans ce même esprit, la Cour examine plus particulièrement le lien entre la tarification à l'activité et la convergence entre secteurs public et privé[228], ainsi que la contribution apportée à cet égard par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), opérateur spécifiquement créé en 2000 par le ministère de la santé dans la perspective de la mise en œuvre de la T2A.

Rendue possible par l'amélioration de la connaissance des coûts hospitaliers (I), la T2A telle qu'elle a été mise en œuvre déconnecte néanmoins les tarifs des coûts de production, sans faciliter la maîtrise de la dépense hospitalière (II). La poursuite de la convergence tarifaire entre secteurs public et privé accentue cette tendance, ce qui impose d'en définir rapidement et clairement l'objectif et les modalités pour respecter lés échéances fixées à cet égard par le Parlement (III).

I - Des progrès dans la collecte des données médico-économiques

Le pilotage par l'Etat du financement par la T2A nécessite la mobilisation d'un système d'information performant sur l'hospitalisation, dont l'ATIH est le maître d'œuvre. Les progrès accomplis en ce sens depuis dix ans sont cependant encore fragiles.

227. RALFSS 2009, p. 171 et suivantes.

228. Dans ce rapport, seront qualifiés d'établissements du secteur public les établissements MCO auparavant sous dotation globale (y compris les établissements de santé privés d'intérêt collectif ou ESPIC) et d'établissements du secteur privé les établissements MCO auparavant sous objectif quantifié national (établissements privés à but lucratif, également dénommés « cliniques privées »).

A – Des données d'une qualité perfectible

La mise en œuvre de tarification à l'activité en MCO suppose que soit collecté dans chaque établissement l'ensemble des données d'activité. En effet, chaque séjour en établissement se voit appliquer un tarif correspondant au groupe homogène de malades (GHM)[229] dont le séjour relève. Les trois quarts des ressources hospitalières dépendent de ces tarifs en 2011.

L'élaboration de la politique tarifaire exige ainsi de recueillir parallèlement aux données d'activité, dont l'exhaustivité et l'exactitude doivent être assurées, celles concernant les coûts de production, qui ont gagné en finesse.

1 – Les données d'activité

Le socle du dispositif de recueil de l'information hospitalière est constitué par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le programme de médicalisation des systèmes d'information

Le PMSI permet aux établissements de soins et à leur tutelle de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur leur activité, de manière à mesurer la production médicale.

Les informations rassemblées diffèrent selon le type d'activité : pour les séjours hospitaliers en MCO, le PMSI se fonde sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative, contenue dans le résumé de sortie standardisé (RSS), ce qui nécessite un codage fin des actes et des diagnostics en GHM. Contrairement au modèle américain qui l'a inspiré, axé d'emblée sur le calcul des coûts d'hospitalisation, le PMSI avait à l'origine un objectif de santé publique et épidémiologique, plus qu'un objectif financier. Il lui a néanmoins été assigné dès 1996 un objectif de réduction des inégalités de ressources entre les établissements, dont les financements pouvaient en principe être modulés en fonction de l'évolution de leurs points ISA (pour iso-activité). La réforme hospitalière de 2003 a parachevé cette évolution en faisant du PMSI le support de la T2A dans le secteur MCO, aussi bien public que privé.

Le renseignement de la base de données PMSI étant une obligation légale pour tous les établissements de court séjour, son examen permet de

229. Les GHM regroupent les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie en un nombre volontairement limité de groupes de séjours cohérents d'un point de vue médical et d'un coût voisin.

connaître la structure et l'évolution des séjours effectués dans le secteur public comme dans les cliniques privées, au niveau local (établissement, territoire de santé, région) ou national. Cette information, dont il est essentiel de garantir la qualité, est utilisée tant par les autorités de tutelle (agences régionales de santé, ministère) chargées du pilotage du système hospitalier et de la planification sanitaire, que par les gestionnaires des établissements de santé. Elle contribue aussi à l'élaboration des référentiels de coûts.

2 – Les référentiels de coûts

Les travaux sur les référentiels de coûts des séjours ont été entamés dès les années 1990, l'objectif étant de disposer de paramètres permettant de comparer l'activité des différents hôpitaux. La mise en place de la T2A dans le secteur MCO a conduit à les affiner et à en étendre le champ, initialement circonscrit aux établissements publics de santé, aux établissements du secteur privé.

L'ATIH est aujourd'hui le producteur de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC), qui permet d'analyser les coûts des différents séjours dans les établissements MCO.

ENC, ENCC et V11

La réalisation des études de coûts par l'ATIH repose sur l'exploitation des données de comptabilité analytique transmises par une sélection d'établissements. Jusqu'en 2008, les grilles tarifaires applicables au secteur public ont été construites à partir des échelles nationales de coûts (ENC) issues des données des années N-4 et N-3 de cet échantillon d'établissements. Les grilles tarifaires applicables au secteur privé étaient construites sur la base de données historiques. A partir de la campagne 2009, les grilles tarifaires ont été élaborées pour les deux secteurs en utilisant les résultats de l'ENCC, les grilles 2009 étant construites à partir des données de l'année 2006. Ce nouveau référentiel de coût se distingue de l'ENC par une nouvelle méthode d'affectation des charges, plus fine, entraînant une augmentation des charges directes (+17% lors du passage à l'ENCC).

L'utilisation de l'ENCC pour la campagne tarifaire 2009 a été concomitante avec l'introduction par l'ATIH d'une nouvelle nomenclature de classement des séjours en groupes homogènes de malades (passage de la version 10 à la version 11 dite V11). Cette nouvelle version a pour principale caractéristique d'introduire quatre niveaux de sévérité dans les GHM, permettant ainsi de mieux refléter la lourdeur des cas traités.

Le degré de finesse du référentiel de coûts actuellement utilisé par l'ATIH est ainsi près de trois fois supérieur au dispositif préexistant. L'ENCC dénombre en effet près de 2300 GHM contre 800 précédemment.

Ce travail important a permis d'asseoir la tarification à l'activité sur une enquête de terrain, dont les résultats sont plus proches de la réalité des coûts de production que ne pourraient l'être des estimations à dire d'expert, surtout si elles étaient réalisées sur un champ aussi vaste. Il présente néanmoins les limites des enquêtes par sondage. Il vise en effet un niveau de détail élevé alors que les effectifs sondés sont peu nombreux et que le référentiel utilisé (en l'occurrence la comptabilité analytique hospitalière) n'est pas appliqué de manière totalement homogène par l'ensemble de l'échantillon. La priorité a été donnée jusqu'à présent à l'amélioration de la qualité des transmissions des établissements sur l'élargissement de l'échantillon[230], qui semble moins crucial, dès lors que sa structure (par taille d'établissements, par catégorie majeure de diagnostic) se rapproche de la structure nationale.

Certains facteurs de fragilité peuvent toutefois être relevés. La comparaison entre les coûts issus de l'ENC 2007 et ceux résultant de celle de 2008 fait ainsi ressortir que, derrière les évolutions assez mesurées constatées par grands groupes de diagnostic, certains GHM connaissent des évolutions au contraire plus heurtées. Lorsqu'elles ne s'expliquent pas par une évolution notable des pratiques thérapeutiques, les variations les plus importantes reflètent la fragilité de certaines mesures de coût, qui peut tenir à l'étroitesse de la base statistique, ou à l'homogénéité insuffisante des séjours concernés[231].

L'enquête nécessaire à l'élaboration de l'ENC demeure par ailleurs plus délicate à mener dans le secteur privé que dans le secteur public : le taux de sondage (nombre de séjours ENCC par rapport au nombre de séjours nationaux) n'atteint pas 10 % pour le privé en 2007[232], alors qu'il s'établissait à 17,5 % dans le public en 2008 (et 27,3 % pour les seuls CHU-CHR). Un mot d'ordre de grève du codage lancé par les établissements du secteur privé n'a au demeurant pas permis de disposer de leurs coûts 2008 pour la construction tarifaire 2011.

230. Le nombre d'établissements retenus pour le secteur public était de 42 en 2006, 55 en et 53 en 2008. Pour le secteur privé lucratif, le nombre d'établissements validés par l'ATIH était de 32 pour l'enquête 2006 et de 44 pour l'enquête 2007.

231. C'est le cas en particulier du GHM 01K05J, correspondant aux séjours pour douleurs chroniques rebelles comprenant un bloc ou une infiltration, en ambulatoire, dont le coût dans le secteur public diminue de -16 % de 2007 à 2008.

232. Le taux de sondage pour les établissements du secteur privé était de 9 % en 2007.

B – L'ATIH : un opérateur fragile

L'agence sur laquelle s'appuie le ministère de la santé pour mener à bien la réforme de la T2A est exposée à un risque de dispersion de ses forces, alors qu'elle dispose de moyens limités et que les progrès accomplis dans la collecte de l'information hospitalière doivent encore être consolidés.

1 – L'opérateur technique du PMSI et de la politique tarifaire

L'ATIH a été créée par le décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000 afin de répondre aux besoins liés à la remontée des données du PMSI et à leur exploitation. Cet établissement public administratif, qui disposait en 2010 d'un effectif de 110 ETP et d'un budget annuel de 11 M€, opère sous la tutelle étroite de la direction générale de l'organisation des soins.

Producteur du PMSI, l'ATIH joue aujourd'hui un rôle de premier plan dans le suivi de la dépense hospitalière. L'exploitation des données d'activité lui permet de suivre et d'anticiper l'évolution de l'ONDAM, à partir des données les plus récentes et d'une extrapolation des données des exercices précédents. Bien qu'elles soient supposées porter plus spécifiquement sur les dépenses du secteur public, les dépenses des cliniques privées étant de manière traditionnelle davantage suivies par la CNAMTS, ses analyses couvrent l'ensemble du champ hospitalier.

De fait, les prévisions de l'assurance maladie, dérivées du SNIIRAM[233], gagnent à être confrontées à celles réalisées à partir des données du PMSI : au cours de l'année 2006, alors que l'ATIH n'anticipait pas de dérive des séjours effectués dans les cliniques, la surévaluation par la CNAMTS des dépenses prévisionnelles de ces dernières a débouché sur un contentieux avec le secteur privé, en raison de la régulation tarifaire pratiquée sur cette base par le ministère[234].

L'ATIH est également l'opérateur technique des campagnes tarifaires. Elle produit les études de coûts, fait évoluer la nomenclature médico-économique (réalisation de la V11) et réalise les simulations qui permettent à la DGOS d'arrêter la grille tarifaire annuelle. Elle intervient

233. SNIIR-AM : système national d'information inter-régimes - assurance maladie.

234. L'annulation de l'arrêté de régulation par une décision du Conseil d'Etat n° 298463 du 21 décembre 2007, pour un motif de forme (l'insuffisante consultation des représentants de l'hospitalisation privée), a autorisé les cliniques à réclamer à l'assurance maladie la différence, évaluée à 60 M€, entre les sommes qu'elles auraient pu facturer en l'absence de régulation et leurs recettes effectives.

par ailleurs dans la facturation à l'assurance maladie des séjours effectués dans les établissements du secteur public (cf. infra) et apporte, en liaison avec la CNAMTS, un appui technique au contrôle de la tarification hospitalière. Le déploiement de la T2A dans les domaines de la médecine, chirurgie et obstétrique et de l'hospitalisation à domicile ayant été mené à terme, l'ATIH travaille désormais sur une extension de ce mode de financement aux soins de suite et de réadaptation et à la psychiatrie. Ses compétences comprennent enfin le recueil et l'analyse les données financières des établissements de santé du secteur public pour le compte de sa tutelle.

L'expérience acquise par l'ATIH dans la constitution et l'exploitation de bases de données recueillies sur internet a conduit le ministère de la santé à lui confier par ailleurs l'hébergement de plateformes concernant de nouveaux domaines, au premier rang desquels la qualité des soins. L'ATIH héberge la plateforme QUALHAS, utilisée par la Haute Autorité de santé dans le cadre de sa mission de certification des établissements, ainsi que le site PLATINES, conçu par la DREES en 2007 dans une optique de diffusion auprès du public des informations sur la qualité des soins hospitaliers[235].

2 – Une documentation à compléter

Le service informatique de l'ATIH a su accompagner le passage du secteur MCO à la T2A, tout en développant la collecte en ligne des informations hospitalières. Cette évolution a été menée à bien sans incident notable et avec une économie de moyens indéniable.

Cependant, compte tenu de la criticité des processus informatiques gérés, indispensables à la production du PMSI et à la tarification des prestations effectuées par les établissements publics de santé, l'absence de schéma directeur et d'audits informatiques réalisés par l'agence (hors un audit de sécurité déjà ancien) apparaissent à la fois anormaux et préoccupants. A cela s'ajoute l'absence de documentation systématique et organisée des bases de données et processus gérés par l'agence, à laquelle il est indispensable de remédier.

Le rôle joué par l'ATIH dans la construction tarifaire et plus particulièrement dans l'analyse des coûts hospitaliers, serait par ailleurs conforté par la création d'un comité scientifique composé de

235. Dans le nouveau contrat d'objectif de l'ATIH, conclu début 2011, il est envisagé de mettre en œuvre une communication grand public sur la qualité grâce à la construction d'un site internet plus attractif que ne l'est PLATINES.

personnalités indépendantes, qui renforcerait la neutralité de l'agence aux yeux des professionnels de santé.

3 – Un risque de dispersion dans de nouvelles missions

Dix ans après sa création, l'ATIH fait l'objet d'attentes importantes de la part des acteurs de la politique hospitalière. Les moyens qui lui sont accordés imposent de définir des priorités parmi les demandes qui lui sont adressées, que celles-ci concernent l'approfondissement de ses missions actuelles ou l'élargissement de son champ d'intervention à de nouveaux volets de l'information sur les établissements de santé.

Le nouveau contrat d'objectifs et de performances de l'ATIH, signé en 2011, prévoit l'approfondissement du champ de la qualité des soins, qui présente une certaine proximité avec les données d'activité et qui pourrait à terme permettre d'enrichir le PMSI. L'ATIH est également supposée explorer de nouveaux domaines, tels les ressources humaines, de façon à pallier le déficit d'informations homogènes, centralisées et fréquemment actualisées sur les personnels des établissements hospitaliers (le premier point d'application étant constitué par la production d'un indicateur sur l'absentéisme). L'investissement hospitalier et plus particulièrement le suivi du plan Hôpital 2012, figure également parmi les sujets nouveaux sur lesquels il lui est demandé de s'impliquer.

L'agence doit enfin apporter son assistance technique à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour la conduite d'une étude de coûts sur le médico-social et outiller les ARS pour l'examen de quelques parcours de soins entre la ville et l'hôpital (ce qui nécessite de « chaîner » les informations du PMSI avec celles émanant du système d'information SNIIRAM de la CNAMTS).

Quel que soit l'intérêt de ces thématiques pour la conduite de la politique hospitalière, dans la perspective élargie ouverte par la loi HPST de juillet 2009, le cadrage budgétaire effectué avant la renégociation du contrat d'objectifs [236] ne permet pourtant pas d'envisager un élargissement véritable du champ d'intervention de l'agence. Compte tenu des chantiers déjà engagés par l'ATIH et de la stabilité de ses effectifs au cours des trois prochaines années, de nouvelles missions

236. D'après les informations figurant dans le PAP « opérateurs de l'Etat » annexé au PLF 2011, l'ATIH est autorisée à accroître ses effectifs de 5 ETP au cours de la première année du contrat (effectifs qui seront en totalité affectés au projet de facturation directe des dépenses hospitalières à l'assurance maladie), puis de 3 ETP l'année suivante.

pourraient déstabiliser un cœur de métier qui demande encore à être consolidé.

En revanche, l'ATIH et sa tutelle ont peu investi le domaine de la restitution des informations collectées en direction des agences régionales de santé (ARS), qui ont de ce fait sous-traité auprès d'un prestataire externe la réalisation d'un infocentre intitulé « DIAMANT ». Alors que se pose la question du devenir de cet infocentre, les ARS souhaiteraient légitimement disposer d'un système d'accès à l'information suffisamment détaillé et dynamique pour leur permettre d'apprécier l'évolution locale de l'offre de soins. Il est essentiel de fait que les agences régionales soient correctement outillées par l'administration centrale et par son opérateur technique que constitue l'ATIH, pour accomplir leurs missions. Cette priorité qui doit lui être clairement fixée suppose que l'agence ne disperse pas ses forces dans d'autres champs d'action.

4 – Les conséquences pour l'information médicale du projet de facturation directe à l'assurance-maladie

Le passage à la facturation individuelle pour les établissements hospitaliers anciennement sous dotation globale recouvre l'envoi direct à l'assurance-maladie d'un relevé détaillé des prestations réalisées[237] selon le schéma en vigueur pour les cliniques privées.

La facturation directe des prestations hospitalières

Inscrit par les parlementaires dans la LFSS pour 2004 comme un objectif connexe à la T2A, le projet de facturation directe à l'assurance maladie des prestation hospitalières a été reporté à plusieurs reprises, pour des raisons tenant notamment au faible développement en début de période de la télétransmission entre les établissements et les organismes d'assurance maladie. Ce projet a été relancé en 2010 sur des bases nouvelles, la solution envisagée consistant à faire basculer l'ensemble des actes et consultations externes en facturation directe et individualisée, les séjours étant facturés à l'aide d'un programme de valorisation produit comme aujourd'hui par l'ATIH, mais qui serait intégré dans le système d'information des établissements. Ce nouveau dispositif, appelé en principe à être déployé en 2013, doit permettre l'envoi au fil de l'eau de factures à l'assurance maladie, ainsi qu'une alimentation concomitante du flux PMSI destiné à l'ATIH.

237. Dans le dispositif transitoire mis en place lors du passage à la T2A des établissements publics MCO, la valorisation est effectuée globalement par l'ATIH à partir des données d'activité des établissements collectées sur la plateforme e-PMSI. Elle conduit à la transmission aux ARS de projets d'arrêtés de paiement mensuels des établissements par l'assurance maladie.

Ce projet aux enjeux par ailleurs déterminants peut toutefois améliorer ou au contraire affaiblir la qualité de l'information hospitalière : la CNAMTS considère qu'il doit permettre à l'assurance maladie de progresser dans la maîtrise médicalisée du risque, en lui donnant un accès direct et nominatif[238] au détail des prestations réalisées au cours de chaque séjour hospitalier[239] ; il peut également entraîner une dégradation de la qualité des flux PMSI, qui ne serviront plus de vecteur au financement des établissements.

L'automaticité de l'alimentation du PMSI par les nouveaux logiciels de facturation devrait cependant permettre d'éviter cet écueil, du moins pour les séjours. Le fait que l'ATIH demeure impliquée dans le processus de valorisation des séjours devrait par ailleurs garantir le respect des règles tarifaires par les établissements de santé du secteur public. Pour les actes et consultations externes, le risque d'une moindre qualité des données recueillies et d'une perte d'information de l'agence est toutefois réel, à partir du moment où elle n'intervient plus dans la valorisation de ces prestations, ce qui suppose une grande vigilance à cet égard.

II - Les tarifs « éclairés » par les coûts : un apport limité à la maîtrise de la dépense

Alors que les échelles de coût produites par l'ATIH constituent des instruments objectifs de mesure des coûts des séjours hospitaliers, les grilles tarifaires dérivées de ces travaux sont des instruments de politique publique, vecteurs des orientations que le gouvernement souhaite donner aux activités hospitalières et à la maîtrise de la dépense.

A – La construction de la grille tarifaire

Les grilles tarifaires produites annuellement par le ministère à partir des études nationales de coûts sont la résultante d'un processus complexe, visant à contenir la progression des dépenses d'assurance-maladie, tout en prenant en compte les objectifs de santé publique, ainsi que le lissage dans le temps des variations tarifaires subies par les

238. Les données du PMSI transitant par l'ATIH sont anonymisées.

239. On peut observer que les programmes de chaînage développés par l'ATIH permettent d'ores et déjà de suivre une trajectoire de soins entre le secteur privé et le secteur public et des soins hospitaliers à la médecine de ville.

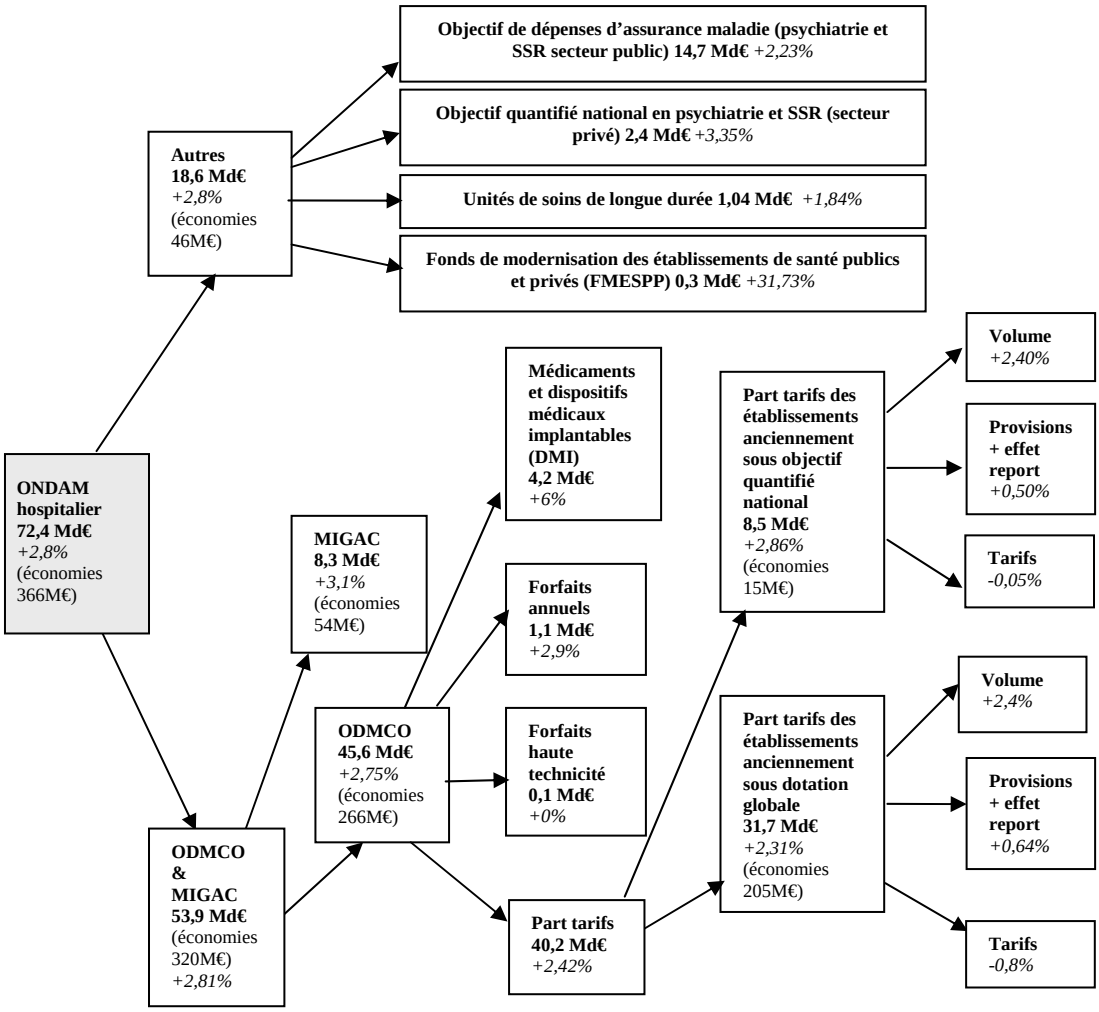
établissements. Les étapes de la construction tarifaire ont pour effet de distordre significativement le lien entre les coûts et les tarifs.

1 – La prise en compte de la politique de santé dans les tarifs hospitaliers

a) Des tarifs contraints par l'ONDAM

Construites à partir des échelles de coûts, les grilles tarifaires organisent la répartition sur les différents GHM de la ressource votée par le Parlement, qui emprunte également d'autres voies (dotations pour les missions d'intérêt général [MIGAC], forfaits à d'autres titres, prise en charge spécifique des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables [DMI]).

Répartition de l'ONDAM hospitalier vers les tarifs et les dotations[240] (campagne 2011)



SSR : Soins de suite et de réadaptation
Source : ATIH

240. Les arborescences calculent des taux d'évolution de l'objectif N par rapport à l'objectif N-1 après imputation des montants relatifs à toutes les opérations de fongibilité ainsi que des montants liés aux changements de champ (ex: transfert entre 2009 et 2010 de crédits PDSH et précarité de l'ODMCO vers les MIGAC).

La T2A mise en œuvre pour les activités MCO ne vise pas une rémunération des séjours sur la base des coûts moyens observés, qui aurait pour conséquence une égalisation du tarif moyen et du coût moyen.

La tarification est en effet réalisée en fonction de l'ONDAM fixé par le Parlement, qui intègre lui-même un certain montant d'économies par rapport à l'évolution spontanée de la dépense (266 M€ en 2011 pour l'ODMCO[241] et 54 M€ d'économies sur les MIGAC).

b) La mise en œuvre des politiques de santé publique

L'intégration des priorités gouvernementales de santé publique (plans de santé publique, développement de l'ambulatoire, limitation des accouchements par césarienne etc.) se traduit par des modulations tarifaires, en tant que telles bien évidemment légitimes, mais qui peuvent dans certains cas fortement déconnecter la rémunération des établissements du coût des séjours concernés. Ainsi, les césariennes sans complication significative (GHM 14C02A) avaient un tarif de campagne 2010 qui représentait 72 % du coût[242] répertorié dans l'ENCC 2006 pour le secteur public et 84 % pour le secteur privé. A contrario, l'accouchement par voie basse sans complication (GHM 14Z02A) était rémunéré à 113 % de son coût pour le secteur public (120 % pour le secteur privé).

2 – L'atténuation de l'impact des variations tarifaires sur les établissements de santé

a) Le lissage des variations annuelles

De manière à limiter l'impact des changements de méthode sur les établissements, les évolutions tarifaires peuvent être limitées par agrégats

241. ODMCO : objectif national de dépense pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. L'ODMCO correspond à la partie de l'objectif national de dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (fixé par la LFSS) qui n'est pas dirigée vers les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

242. Il s'agit du coût « modèle T2A », dont le périmètre se rapproche le plus des tarifs (les coûts « modèle T2A » sont calculés à partir des coûts moyens de l'ENCC, dont sont soustraits les éléments non pris en compte dans les tarifs.

d'activité[243] ou par type de prise en charge (ainsi par exemple, la chirurgie ambulatoire).

Le passage à l'ENCC et à la version 11 de la classification médico-économique des GHM a eu des effets significatifs sur l'évaluation des coûts relatifs des différents séjours, qui n'ont été que partiellement répercutés dans les grilles tarifaires de la campagne 2009, la première à mettre en œuvre cette nouvelle méthodologie. Les écarts entre les tarifs et les coûts de certaines catégories de séjour sont aujourd'hui importants pour le secteur privé, dont les tarifs étaient jusqu'en 2005 construits à partir de références historiques et non à partir d'une étude de coûts actualisée (c'est en particulier le cas de la catégorie majeure de diagnostic 5, correspondant aux affections de l'appareil respiratoire).

Du fait de l'ampleur des redistributions qu'aurait provoquées une répercussion immédiate de ces changements méthodologiques, le ministère a choisi de lisser dans le temps l'impact financier de la réforme sur les tarifs des cliniques privées.

b) La stabilisation de la grille tarifaire

La construction tarifaire 2010 a fait prévaloir une certaine stabilité tarifaire, en ne répercutant que marginalement les variations annuelles de coûts sur les tarifs.

Alors que l'ATIH a développé pour cette campagne une approche consistant à construire une échelle de coûts à partir des référentiels de plusieurs années, afin de disposer d'une information plus fiable, les tarifs ont été calculés comme ceux de la campagne précédente sur la base des coûts 2006, sauf dans le cas de mesures considérées comme peu robustes, pour lesquelles les données de coûts 2007 ont été utilisées lorsque leur qualité apparaissait supérieure. Pour la campagne 2011, les données de coûts n'ont été mobilisées que pour détecter les activités pour lesquelles une inadéquation forte entre le financement et les charges est observée, ces activités pouvant donner lieu à une modulation tarifaire.

Sur une échelle plus réduite, le ministère réalise par ailleurs chaque année des mises à jour tarifaires, qu'elles soient liées à des changements de champ (intégration de certains dispositifs médicaux ou molécules onéreuses dans les tarifs) ou de révision de la classification (cas de la radiothérapie en 2011).

---

243. Ainsi, alors que les tarifs théoriques issus de l'ENCC et de la V11 induisaient une baisse conséquente sur les séances de chimiothérapie pour le secteur public et de radiothérapie pour le secteur privé, il a été décidé pour la campagne 2009 de limiter l'effet revenu à 1 % sur l'ensemble de l'activité cancer, objet d'une priorité nationale.

Compte tenu de la complexité de ce processus et de son impact sur les recettes des établissements, qui dépend de la structure d'activité de ces derniers, il serait souhaitable d'éclairer davantage les gestionnaires hospitaliers sur la manière dont le référentiel ENCC est répercuté ou non dans les tarifs lors de chaque campagne.

c) Les modulations tarifaires locales

Une fois les tarifs de campagne publiés, leur mise en œuvre dans les différents établissements connaissait jusqu'en 2010 deux types de modulations, liées d'une part à l'application d'un coefficient de transition, propre à chaque établissement (cf. infra) et d'autre part à l'application d'un coefficient multiplicateur géographique pour les tarifs des établissements de la région Ile-de-France (+7 %), de la Corse (+5 %, passé à +6% en 2011) et des DOM (+25 % pour les Antilles et +30 % pour la Réunion). Seules subsistent depuis la mise en œuvre de la campagne 2011 les modulations géographiques, dont le caractère très discriminant pénalise les établissements confrontés à des surcoûts immobiliers, mais qui ne se situent pas dans une région bénéficiant de ce type de modulation[244].

3 – L'incidence des missions d'intérêt général sur les tarifs

Les « coûts complets » publiés sur le site de l'ATIH sont en principe des coûts hors missions d'intérêt général (MIGAC), ce qui pose trois types de problèmes :

- la création de nouvelles missions d'intérêt général éloigne toujours un peu plus le périmètre des coûts et celui des tarifs. Les ENCC 2006 et 2007 ont ainsi été construites à partir de coûts qui incluaient la prise en charge des patients « précaires » (cf. infra). La ponction opérée en 2009 sur la masse tarifaire pour financer une MIG "précarité", dirigée vers un nombre limité d'établissements, a défavorisé les structures ne bénéficiant pas de ces nouveaux financements ;

244. A titre d'exemple, les établissements de la région PACA, confrontés pour certains à des charges immobilières importantes, ne bénéficient d'aucun bonus, alors qu'ils contribuent à financer la majoration géographique de 7 % dont bénéficient les établissements de la région Ile de France (cette majoration est prélevée sur la masse tarifaire qui sert à déterminer les tarifs nationaux).

- les incertitudes entourant la valorisation des autres MIGAC sont par construction reportées sur le calcul des coûts hors MIGAC[245] ;
- quand les MIGAC sont forfaitisées[246], les coûts sont minorés du taux de financement dont chaque établissement a bénéficié (de 9 % à 17 %). Or il n'y a pas nécessairement adéquation entre les financements apportés et les charges réellement supportées par les établissements participant à l'enquête, ce qui contribue à nouveau à éloigner les tarifs des coûts complets.

Le tableau ci-dessous montre le fort dynamisme des dotations MIGAC constaté ces dernières années (+35%) par rapport à l'ONDAM hospitalier.

Objectifs de campagne fixés aux établissements de santé MCO

En Md€

	2007	2008	2009	2010	2010/2007
ODMCO	41,4	42,2	43,1	44,3	7,0 %
dont part activité	*36,9*	*37,3*	*37,8*	*38,5*	*4,3 %*
médicaments et DMI	*3,6*	*4*	*4,3*	*4,6*	*27,8 %*
forfaits annuels	*0,9*	*0,9*	*1,1*	*1,1*	*22,2 %*
MIGAC	6,0	6,6	7,7	8,1	35,0 %
Total établissements tarifés à l'activité	47,4	48,8	50,8	52,5	10,8 %

Source : Cour

La transparence de la procédure de construction tarifaire, dans laquelle les coûts ne représentent qu'un élément, revêt une importance particulière pour les gestionnaires des établissements de santé. Il serait souhaitable que les acteurs hospitaliers aient accès à l'échelle des « coûts complets », l'échelle des « coûts modèle T2A », les grilles des tarifs bruts et des tarifs de campagne, le tout assorti d'une notice méthodologique précisant les précautions à prendre avant toute comparaison.

B – Une contribution limitée à la maîtrise de la dépense

Le modèle économique qui sous-tend la tarification à l'activité repose sur l'idée que la révélation par la contrainte tarifaire du manque

245. Cf. les problèmes de valorisation des MIGAC évoqués par l'IGAS dans son rapport sur le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, novembre 2009.

246. Cf. chapitre VIII sur le financement des CHU, notamment pour le cas des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

d'efficience de certaines structures aura pour conséquence la suppression de certaines activités ou la diminution de leurs coûts de production.

Si la construction tarifaire instille bien chaque année dans le dispositif de financement des activités MCO un certain montant d'économies demandées aux établissements de santé, la T2A peine à contenir à elle seule la progression des dépenses hospitalières.

1 – Un arbitrage prix/volume indissociable de la politique tarifaire

Dans le mécanisme de construction tarifaire, les tarifs sont fixés de manière à ne pas dépasser le sous-objectif ODMCO dérivé de l'ONDAM hospitalier, compte tenu des prévisions d'évolution en volume faites par l'ATIH. Le décalage entre le début de l'année calendaire et le lancement de la campagne tarifaire, qui n'a lieu qu'au mois de mars, tient à la difficulté de disposer avant cette période d'une estimation suffisamment fiable des dépenses de N-1, qui déterminent, avec les prévisions d'évolution des volumes de soins sur l'année, le niveau des tarifs compatibles avec le respect de l'ONDAM fixé en LFSS[247].

L'ajustement en cours d'année des grilles tarifaires constitue un autre aspect des arbitrages prix/volumes autorisés par la tarification à l'activité. Le contentieux né de la régulation 2006 sur le secteur des cliniques privées (cf. supra) a cependant montré les difficultés des régulations tarifaires infra-annuelles. Il n'est pas étranger à la préconisation faite en 2010 d'utiliser le gel des crédits MIGAC comme instrument de limitation en cours d'année des dépenses hospitalières.

2 – L'effet du codage des séjours sur le dynamisme de la dépense

La mise en œuvre lors de la campagne 2009 de la V11, caractérisée par l'instauration de quatre niveaux de sévérité, a entraîné un accroissement apparent du volume des soins prodigués, à travers la déformation de la structure d'activité (case-mix) des établissements. Ce premier « effet codage » s'est révélé significativement supérieur aux hypothèses qui avaient été intégrées dans la construction tarifaire. Dans une analyse détaillée présentée sur son site internet, l'ATIH évalue à 2,9 %[248] la contribution de l'effet codage à la progression de l'activité sur la période mars-décembre 2009.

247. Dans le RALFSS 2010 (p. 60), la Cour a recommandé d'appliquer les nouveaux tarifs annuels pour les soins hospitaliers (T2A) au 1er janvier.

248. Le volume de l'activité des établissements ex DG a augmenté de 3,7 % en 2009.

L'année 2010 s'est également caractérisée par une progression d'activité supérieure à ce qui avait servi à déterminer les paramètres de la campagne tarifaire. Le passage à la V11 ayant en principe épuisé ses effets, le dépassement constaté en cours d'année peut s'expliquer soit par un recours accru aux soins hospitaliers[249], soit par un deuxième « effet codage » provoqué par un meilleur codage des séjours au sein des établissements.

Cette amélioration est inhérente à la recherche d'un équilibrage des résultats par service ou par pôle. L'objectif de retour à l'équilibre des comptes des établissements de santé joue en faveur d'un perfectionnement des pratiques de codage par les acteurs hospitaliers, qui sont invités à en tirer le bénéfice maximal.

Cette tendance suppose sans doute la mise en œuvre, à titre complémentaire, d'instruments d'encadrement quantitatif de l'activité. Ainsi pourrait être mise en place une dégressivité de certains tarifs lorsque l'activité dépasse certains seuils fixés contractuellement aux établissements. Un tel mécanisme permettrait de contrer l'effet potentiellement inflationniste de la T2A, tout en assurant un juste recours à certains actes et séjours hospitaliers. Mais ils ne sauraient se substituer à une action énergique sur les structures et sur les coûts de production hospitaliers qui doit être fortement intensifiée dès lors que la convergence tarifaire entre secteur public et secteur privé est désormais située à un horizon qui se rapproche.

III - La convergence tarifaire : un enjeu à piloter plus fermement

La politique tarifaire est fortement influencée depuis 2005 par l'objectif de convergence entre établissements d'un même secteur (convergence intra-sectorielle, achevée début 2011) et entre établissements des secteurs public et privé (convergence intersectorielle, dont l'échéance finale a été reportée à 2018).

Lorsqu'elles ne sont pas compensées par la hausse des autres sources de financement (dont les dotations allouées aux missions d'intérêt général), les baisses tarifaires induites par ces objectifs de convergence ne sont supportables à terme pour les établissements qui font figure de

249. Il est encore trop tôt pour procéder à une analyse de l'activité 2010, en croissance très sensible sur le secteur public. Une hypothèse actuellement envisagée est celle d'un transfert de la ville sur l'hôpital, imputable à la crise économique.

contributeurs nets dans le processus de convergence que si elles sont accompagnées d'une diminution de leurs coûts de production.

La convergence intrasectorielle étant désormais arrivée en principe à son terme, il importe de définir précisément l'objectif et les modalités de la convergence entre secteurs public et privé.

A – Un aboutissement de la convergence intra-sectorielle à certains égards en faux-semblant

La convergence intra-sectorielle

La T2A ayant pour effet de redistribuer les financements entre les établissements de santé en fonction de leur activité, il a été décidé de la mettre en œuvre de manière progressive, en actionnant deux types de mécanismes :

- pour les cliniques privées, des coefficients de transition propres à chaque établissement ont été appliqués dès 2005 aux tarifs nationaux ;

- pour les établissements ex-DG, la T2A n'a été appliquée dans un premier temps qu'à une fraction des recettes des établissements, passée de 10 % en 2004 à 50 % en 2007. Ce mécanisme a laissé place en 2008 à une « T2A à 100 % » assortie de coefficients de transition par établissements, appelés, comme ceux des établissements ex OQN, à converger vers 1 au plus tard en 2012.

Le coefficient de transition initial de chaque établissement a été calculé à partir d'une estimation des recettes qu'il aurait obtenues sans modification du dispositif de financement (pour les établissements ex-DG, activité 2007 valorisée selon la fraction T2A à 50 % plus la dotation d'activité complémentaire à 50 %), rapportées aux recettes théoriques obtenues par valorisation de l'activité à 100 %.

1 – Un processus transitoire achevé en 2011

La suppression des coefficients de transition dans le cadre de la campagne 2011 assure des conditions de financement tarifaire équivalentes entre établissements d'un même secteur un an avant la date limite fixée pour l'achèvement de la convergence intra-sectorielle.

Si ce processus est en principe globalement neutre pour les finances sociales, les transferts entre gagnants et perdants de la convergence intra-sectorielle s'effectuant dans le cadre contraint de l'ODMCO, ses conséquences sur les finances des établissements ne doivent pas être sous-estimées.

Sur la période 2008-2011, les redéploiements financiers devraient atteindre 1,2 Md€ pour les établissements du secteur public[250] et près de 140 M€ dans le secteur privé.

Impact de la convergence intra sectorielle sur les recettes tarifaires du secteur public (2008-2011)

En M€

Catégorie	2008	2009	2010	2011	Total 2008-2011
Total établissements	**-5,6**	**2,4**	**2,6**	**2,6**	**2,0**
dont sous-dotés	*158,1*	*128,4*	*123,5*	*122,4*	*532,4*
dont sur-dotés	*-163,7*	*-126,0*	*-121,0*	*-119,8*	*-530,4*
dont total CHU-CHR	**-70,4**	**-54,4**	**-52,8**	**-52,2**	**-229,7**
dont sous-dotés	*22,2*	*16,9*	*17,0*	*17,2*	*73,3*
dont sur-dotés	*-92,6*	*-71,3*	*-69,7*	*-69,4*	*-303,0*

Source : ATIH et Cour des comptes

Certains de ces transferts ont toutefois été compensés, pour les établissements contributeurs nets, par une augmentation de leurs autres recettes et notamment, au sein des MIGAC[251], des aides à la contractualisation octroyées par les agences régionales.

2 – Le maintien des tarifs journaliers de prestations

L'égalisation des conditions de financement concerne uniquement à ce jour la part prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire. En effet, contrairement à ce qui était prévu lors du lancement de la T2A, les tarifs journaliers de prestations (TJP), propres à chaque établissement, servent toujours de référence pour une partie des frais hospitaliers pris en charge par les assurés et par la protection complémentaire[252]. Les TJP sont également utilisés pour déterminer les montants perçus par les établissements pour l'intégralité de la prise en charge des non assurés sociaux ainsi que des assurés sociaux étrangers.

250. Pour la seule campagne 2011, l'AP-HP devait « rendre » à ce titre plus de 40,9 € à la masse tarifaire globale, le déficit de recettes par rapport à la campagne 2007 atteignant 176,4 M€ ; l'AP-HM devait « rendre » 10,2 M€ en 2011, et 44,8 M€ au total sur les quatre dernières campagnes ; inversement, le CHU de Nantes a gagné grâce à ce mécanisme 13,1M€ au cours des campagnes 2008-2011.

251. Cf. chapitre VIII du présent rapport sur le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU).

252. Cf. chapitre X du présent rapport sur la prise en charge intégrale des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire.

Le maintien des tarifs journaliers de prestation, survivance du prix de journée, limite à due concurrence l'égalisation des conditions de financement au sein des établissements publics. Il constitue également un obstacle à l'égalisation des conditions de concurrence entre secteur public et secteur privé, les établissements privés étant d'ores et déjà intégralement financés sur la base des tarifs.

Il est ainsi indispensable de substituer aux tarifs journaliers de prestations un système fondé sur l'activité, en profitant de la remise à plat des circuits informatiques de financement nécessitée par la facturation directe des prestations d'assurance maladie.

Entre MIGAC et maintien des tarifs journaliers de prestations, l'aboutissement de la convergence intrasectorielle dans le secteur public apparaît ainsi en partie en trompe l'œil. L'enjeu de la convergence intersectorielle n'en n'est financièrement que plus lourd.

B – Une convergence intersectorielle qui exige des arbitrages rapides

Cette forme de convergence est d'une nature différente de la convergence intra-sectorielle, car les établissements de chaque secteur ont des activités, des coûts, des missions, des obligations, des statuts et une fiscalité différents.

La convergence intersectorielle

La LFSS pour 2004, qui a introduit la tarification à l'activité, posait le principe d'une harmonisation des règles de financement entre secteur public et secteur privé. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoyait un achèvement en 2012 du processus de convergence entre les tarifs nationaux du secteur public et ceux du secteur privé, « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

La LFSS pour 2010 a reporté à 2018 la fin du processus de convergence, de manière à mener à bien les études « d'objectivation » des écarts de coûts entre les deux secteurs. En contrepartie, une convergence dite « ciblée » devait être réalisée dès la campagne tarifaire 2010 sur un nombre limité de tarifs et contribuer à hauteur de 150 M€ aux économies imposées au secteur hospitalier. Ce dispositif a été reconduit par la LFSS pour 2011 pour un montant d'économies comparable. Ce texte prévoit en outre que la convergence pourra se faire par l'alignement sur le tarif le plus bas et non plus uniquement par l'alignement sur le tarif des établissements privés à but lucratif.

Les solutions partielles qui ont été mises en œuvre en 2010 et en 2011 pour répondre aux objectifs fixés par la loi ont surtout eu pour effet de différer les arbitrages les plus fondamentaux.

1 – L'approche partielle actuelle

a) Des champs tarifaires distincts

Les tarifs ne couvrent pas le même champ de dépenses dans les deux secteurs. Les honoraires des praticiens exerçant en clinique privée sont ainsi exclus des tarifs, alors que les tarifs du secteur public prennent en compte la rémunération des médecins. Les honoraires perçus en clinique pour les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle sont également exclus de la base tarifaire.

Le tableau suivant présente les différences de périmètre entre les coûts des deux secteurs :

Différences de périmètre public/privé

		Secteur public (ex DG)			Secteur privé (ex OQN)		
		Tarif	Coûts complets ENCC	Convergence ciblée	Tarif	Coûts complets ENCC	Convergence ciblée
Rémunérations personnels médicaux	Salaires	X	X	X			
	Honoraires médecins (part AMO)	non	X	non	non	X	X
	Redevances pour activité libérale[253]	non	non	non	X	X	X
	Dépassements	non	non	non	non	non	X
Rémunérations personnels non médicaux		X	X	X	X	X	X
Liste en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables		non	X	non	non	X	non
Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		X	X	X	non	X	X
Charges logistiques, hôtelières et générales		X	X	X	X	X	X
Charges de structure[254]		X	non	X	X	non	X
Frais de transports des patients		X	X	X	non	X	X[255]

X = poste de dépenses pris en compte

Source : Cour des comptes

b) Un écart tarifaire significatif

Le ministère se livre depuis plusieurs années à l'estimation de « l'écart facial tarifaire intersectoriel », qui consiste à « valoriser successivement une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs, puis à déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux et en faire la comparaison »[256].

253. Les redevances versées par les praticiens libéraux aux cliniques sont intégrées dans l'échelle de coûts comme des atténuations de charges. Les coûts engagés par les cliniques (et donc les tarifs) sont donc minorés à due concurrence. Les redevances sont par ailleurs couvertes par les honoraires (et dépassements) perçus par les praticiens.

254. Les charges de structure (charges financières notamment) sont exclues des coûts. Si leur montant n'est pas identifié, elles sont cependant comprises dans le montant de l'ONDAM MCO déversé sur les tarifs.

255. Il s'agit dans ce cas des frais de transports secondaires, c'est-à-dire réalisés au cours d'une hospitalisation.

256. Extrait du rapport 2009 au Parlement sur la convergence tarifaire.

L'opération est en réalité plus complexe que ne le laisse supposer cette présentation, puisqu'elle nécessite notamment de réintégrer les honoraires libéraux dans les tarifs du secteur privé[257].

En prenant pour référence l'activité du secteur public, l'écart facial tarifaire entre secteurs public et privé passe de 40 % en 2006 à 27 % en 2009 et enfin 24 % en 2010.

La forte diminution de l'écart tarifaire constatée entre 2006 et 2009 est imputable au passage à l'ENCC et à la version 11 de la classification des GHM (impact de l'ordre de 7 points) et à la sortie des tarifs des charges liées à la prise en charge de personnes en situation de précarité et à la permanence des soins hospitaliers (PDSH), transférées sur des MIGAC. L'évolution constatée de 2006 à 2009 tient donc à la transcription plus fine dans les tarifs de la sévérité des cas traités et à la prise en compte de l'obligation de permanence des soins, qui pèse principalement sur le secteur public. Elle repose donc pour l'essentiel sur des modifications méthodologiques.

Il n'en est pas de même de la réduction de l'écart facial tarifaire de 2009 à 2010, qui s'élève à 2 points[258]. Cette diminution reflète les baisses tarifaires imposées au secteur public dans le cadre de la convergence intersectorielle ciblée.

c) La logique restrictive de la convergence « ciblée »

La convergence dite « ciblée » actuellement mise en œuvre ne touche que certaines catégories de séjours hospitaliers, en fonction de critères qui ont évolué de 2010 à 2011 et vise un objectif défini en termes d'économies pour l'assurance maladie (soit pour chacune de ces deux campagnes 150 M€ pesant sur les établissements du secteur public). La cible à atteindre pour les séjours concernés (convergence totale ou partielle) est fixée en ajoutant aux tarifs des cliniques privées les honoraires répertoriés dans l'ENCC ainsi que les dépassements.

La convergence ciblée 2010 a porté sur 35 GHM, caractérisés par une proximité des pratiques dans les deux secteurs d'hospitalisation et par la standardisation et la fréquence de ces activités. Couvrant un nombre de tarifs limités, la baisse due à la convergence tarifaire a eu un impact significatif sur certaines catégories d'établissements : les maternités du secteur public ont ainsi été un des principaux contributeurs à la

257. Les honoraires (y compris les dépassements) sont donc pris en compte dans le calcul de « l'écart tarifaire facial », alors qu'ils ne sont pas intégrés dans les tarifs. L'appellation « écart tarifaire » peut de ce point de vue induire en erreur.

258. L'écart 2010 est comparé avec un écart 2009 (26 %) actualisé en fonction du changement de structure d'activité induit par le passage à la V11.

convergence ciblée mise en œuvre en 2010 (43 M€ d'économies demandées). Pour la campagne 2011, la méthode de sélection fondée sur des critères médico-économiques a laissé place à une approche purement statistique, consistant à rapprocher les tarifs de GHM présentant un fort degré d'homogénéité et des durées moyennes de séjour comparables. Les efforts consentis sont répartis sur un nombre de GHM significativement plus élevés qu'en 2010 (193 contre 35).

Le rapprochement opéré à travers la convergence ciblée a pu dans certains cas contredire les priorités de santé publique affichées par ailleurs. En 2010, plusieurs GHM de chirurgie ambulatoire ont ainsi vu leur niveau diminuer alors même que cette pratique fait l'objet depuis trois ans d'une politique tarifaire incitative dans le secteur public. Pour éviter cet effet contraire, le ministère s'est fixé comme règle en 2011 de ne jamais faire passer le tarif des séjours réalisés en ambulatoire en dessous du tarif correspondant au niveau de sévérité le plus bas.

Ce processus, s'il est poursuivi, présentera un caractère de plus en plus artificiel. Ses limites justifient une réflexion sur le sens à donner à la convergence intersectorielle.

2 – Le terme de la convergence : des objectifs et une méthode à arbitrer clairement

La volonté de rapprocher les tarifs des deux secteurs participe à la mise sous tension du dispositif hospitalier public et comme telle doit favoriser la réforme du système de soins. Les questions relatives à l'objectif final de la convergence et de ses modalités de mise en œuvre doivent cependant désormais être clairement tranchées, faute de quoi l'approche restrictive adoptée au cours des deux dernières campagnes pourrait déboucher sur une impasse.

a) Définir par priorité le périmètre de la convergence intersectorielle

La convergence ciblée a pour principal défaut de faire abstraction de la nécessité de définir un périmètre « cible » pour la convergence tarifaire à long terme. Pour des raisons d'équité, celui-ci devrait inclure :

- les honoraires des médecins ;
- le reste à charge pour les assurés et les protections complémentaires. La convergence peut en effet se limiter aux dépenses remboursables par la sécurité sociale mais doit concerner également le reste à charge pour l'assuré et les assurances maladie complémentaires, incluant le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires ;
- les actes rattachés au séjour, c'est-à-dire ceux qui sont effectués en ville avant ou après le séjour (tels certains actes d'imagerie) et qui sont

directement liés aux soins prodigués durant l'hospitalisation. Ces pratiques pourraient en effet fausser les comparaisons entre établissements et entre secteurs public et privé.

Plus complexe à mettre en œuvre, cette approche globale « tous financeurs » et « toutes prestations » permet l'égalisation des conditions de concurrence en imposant de tenir compte de toutes les recettes dont bénéficient les établissements. Elle seule peut permettre d'éviter le report sur les assurés et sur leur protection complémentaire des efforts que l'hôpital ne serait pas à même de consentir.

En tout état de cause, la question du périmètre concerné par cette convergence est à régler prioritairement avant la fixation de nouvelles étapes en vue du rapprochement des conditions tarifaires des secteurs public et privé. A cet égard, la proposition d'intégrer les honoraires des praticiens du secteur privé dans l'ODMCO pourrait être expertisée.

b) Intensifier la réduction des écarts de coûts par l'amélioration de l'efficience plutôt que créer en continu de nouvelles MIG

Le processus « d'objectivation des écarts de coûts » a été initié par l'IGAS, qui a tracé dans un rapport de janvier 2006[259] des orientations pour des études visant à identifier les facteurs exogènes aux établissements, pouvant justifier le maintien d'un écart de tarifs entre les deux secteurs.

Les travaux menés dans le prolongement de ces analyses ont conduit à sortir certaines charges de la base tarifaire et à les transférer sur les dotations MIGAC destinées à rémunérer les missions de service public (création d'une MIG précarité de 100 M€ en 2009, portée à 150 M€ en 2010 et d'une autre pour la permanence des soins de 630 M€ en 2009, représentant 760 M€ en année pleine).

Après la sortie du champ tarifaire des frais d'accueil des internes, réalisée en 2011, le processus « d'objectivation » des écarts de coûts dans le cadre de la convergence tarifaire semble aujourd'hui atteindre ses limites :

- certaines études donnent des résultats trop ambivalents pour être utilisés dans une optique tarifaire. Ainsi, l'examen des conséquences de la spécialisation des établissements montre que celle-ci peut induire des économies d'échelle, mais que dans le même temps la diversification protège les établissements contre les effets négatifs des variations d'activité ;

259. Mission d'appui à la convergence public-privé, rapport IGAS n° 2006-009, janvier 2006.

- l'étude menée sur l'impact des activités non programmées, qui tente d'identifier les surcoûts liés aux admissions dites « urgentes », fait apparaître qu'en sus des surcoûts non maîtrisables, liés à la nécessité de disposer de capacités excédentaires pour répondre à la volatilité des fréquentations, une partie des surcoûts peut émaner de mauvaises pratiques organisationnelles.

Dans ce cas, la création d'une dotation budgétaire spécifique, couvrant un facteur de surcoût qui pénalise plus particulièrement le secteur public, constituerait un frein à la recherche de solutions organisationnelles, seules capables de limiter la dépense en pesant sur les coûts de production.

De façon plus générale, la création de nouvelles MIGAC ne peut plus être privilégiée pour tempérer les écarts de coûts constatés. Ainsi que dit précédemment, le poids des MIGAC dans les recettes des hôpitaux s'est accru au cours de la période 2007-2010 (cf. partie II), cette évolution, s'expliquant en grande partie par les transferts opérés depuis les tarifs pour favoriser la convergence tarifaire[260]. Si les analyses des écarts de coûts doivent être poursuivies, afin de mieux identifier les coûts liés aux missions et à l'organisation du secteur public, il apparaît qu'à enveloppe de financement constante, le transfert de nouveaux surcoûts sur des dotations forfaitaires a atteint ses limites au risque d'une moindre emprise de la T2A sur la politique menée par les établissements de santé.

Il est ainsi déterminant de recentrer la convergence intersectorielle sur son objectif premier, qui est celui de l'amélioration de l'efficience hospitalière.

c) Se mettre en situation de respecter l'échéance de 2018

Alors que le terme du processus de convergence fixé par le législateur pour 2018 se rapproche, la poursuite de la pratique actuelle ne peut être envisagée. La convergence ciblée mise en œuvre en 2010 et en 2011 s'est traduite pour certains GHM par une convergence totale[261], c'est-à-dire par l'alignement du tarif public sur celui du secteur privé (majoré des honoraires perçus par les médecins). Si cette solution devait être appliquée à tous les tarifs publics de médecine, chirurgie, obstétrique, supérieurs en moyenne de 24 % aux tarifs du secteur privé, elle induirait, selon une logique purement arithmétique, compte tenu du financement

260. La croissance des aides à la contractualisation, recouvrant notamment les aides à l'investissement, joue également un rôle important.

261. 21 GHS ont fait l'objet d'une convergence totale, 11 GHS d'une convergence à 35 %, 1 GHS d'une convergence à 50 %, un autre à 46 %, et un dernier à 25 %.

actuellement accordé aux établissements ex DG qui est de 31,7 Md€, une perte de recette annuelle supérieure à 7 Md€[262].

Le législateur n'impose toutefois pas à cet égard un alignement intégral de tous les tarifs, puisqu'il admet l'existence d'écarts dès lors qu'ils sont justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces derniers. C'est pourquoi la question du degré de rapprochement à l'échéance de 2018, qui se pose désormais avec acuité doit faire l'objet de décisions rapides et nettes, qu'il s'agisse du périmètre de la convergence et de son niveau comme des types de séjours sur lesquels celle-ci devrait porter (séjours fortement représentés, caractérisés ou non par une communauté de pratiques et de patientèle entre les deux secteurs etc.). Les arbitrages déjà évoqués par la Cour dans son rapport de 2009 ne sauraient de fait être ainsi différés davantage sauf à ne pas respecter le calendrier fixé par le Parlement. En tout état de cause, la restructuration en profondeur du système hospitalier devra fortement s'accélérer au cours des prochaines années.

CONCLUSION

Pour que la tarification à l'activité ait un effet positif sur la gestion hospitalière, en aidant les établissements à mieux identifier leurs éléments de sous-compétitivité, il est important de maintenir un lien fort entre coûts et tarifs et d'identifier les facteurs de surcoûts considérés comme maîtrisables. Cet impératif devrait conduire à rendre plus robuste et actualiser en tant que de besoin les études nationales de coût et à éviter la création de nouvelles missions d'intérêt général qui auraient pour seul objectif de faciliter optiquement la convergence tarifaire.

La limitation de la croissance des dépenses hospitalières pourrait nécessiter la mobilisation d'outils autres que tarifaires, surtout si les établissements sont invités dans le même temps à rééquilibrer leurs comptes. Ces objectifs ne peuvent être atteints que si le ministère de la santé, les acteurs locaux et l'assurance maladie sont suffisamment outillés, grâce à l'ATIH, pour mesurer l'impact des politiques menées sur l'activité hospitalière et sur la situation des établissements, publics et privés. La tarification à l'activité ne remplira ainsi ses objectifs que si elle est fermement et clairement pilotée et devient un enjeu partagé.

Il est urgent à cet égard de prendre sans plus tarder les arbitrages, certes délicats, qu'implique la mise en œuvre de la convergence intersectorielle prévue pour 2018. Quel que soit le périmètre donné à cette convergence, celle-ci doit en tout état de cause reposer avant tout sur la

262. Masse tarifaire allouée aux établissements ex DG dans la construction tarifaire 2011, multipliée par l'écart tarifaire public-privé : 31,7 Md€ * 24 % = 7,6 Md€.

convergence des coûts de production et sur une intensification des efforts d'amélioration de l'efficience du système hospitalier. Elle seule permettra de donner sa pleine efficacité à la tarification à l'activité.

RECOMMANDATIONS

35. Asseoir désormais la convergence tarifaire sur une convergence renforcée des coûts de production, plutôt que sur la création de nouvelles dotations forfaitaires (orientation).

36. Préserver la qualité des données PMSI dans la mise en œuvre de la facturation directe des dépenses hospitalières à l'assurance maladie (orientation).

37. S'assurer à terme de la conformité des logiciels de facturation directe aux règles tarifaires édictées par le ministère de la santé (orientation).

38. Définir le périmètre cible de la convergence tarifaire intersectorielle pour 2018, ainsi que le niveau et les modalités du rapprochement des tarifs des deux secteurs à cette échéance.

39. Conforter la base PMSI en mettant la documentation de l'ATIH en conformité avec les normes et pratiques en vigueur pour la création et la gestion de bases de données informatiques.

40. Rendre plus robuste et actualiser en tant que de besoin l'ENCC pour maintenir le lien entre tarifs et coûts et expliciter le mode de répercussion du référentiel ENCC dans les tarifs lors de chaque campagne.

41. Harmoniser les bases de financement des établissements en substituant aux tarifs journaliers de prestations un dispositif fondé sur l'activité.

42. Permettre aux ARS de substituer pour certaines activités aux tarifs nationaux des tarifs dégressifs lorsque des seuils d'activité contractuellement fixés avec certains établissements auront été dépassés.

Chapitre VIII

Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU)

PRESENTATION

Les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont des hôpitaux publics qui rassemblent des fonctions de soins, d'enseignement et de recherche médicale. Cette triple mission leur confère une place particulière dans le système de soins hospitalier français, confortée par la renommée de certaines de leurs équipes médicales. On en dénombre stricto sensu 29 auxquels l'administration rattache par usage les trois centres hospitaliers régionaux (CHR) situés à Orléans, Metz-Thionville et Saint Denis à la Réunion[263]. De taille importante, implantés souvent dans les chefs-lieux de région, les CHU dispensent à la fois des soins complexes et hautement spécialisés et des soins courants à la population résidant dans leur zone d'attraction : en 2009 un séjour hospitalier sur six a eu lieu dans un CHU. Ils représentent une dépense globale de 24 Md€.

Comme les autres établissements de santé, les CHU sont financés depuis 2004 pour la part en provenance de l'assurance maladie en fonction de l'activité produite en médecine, obstétrique et chirurgie (MCO). Depuis l'introduction de cette tarification à l'activité (T2A), ils rencontrent des difficultés financières importantes, au point que le montant de leur déficit en 2009 (422 M€) représentait plus de 81 % de celui constaté dans les cent autres centres hospitaliers les plus importants. Ce constat a conduit la Cour, qui a déjà consacré plusieurs travaux à la mise en place de la T2A[264] et à la situation financière des hôpitaux[265], à s'interroger sur les effets de cette réforme à leur égard.

Après avoir examiné ce qui fait ou non la spécificité des CHU par rapport aux autres établissements de santé (I), la Cour a analysé l'évolution de leurs différentes ressources sur la période allant de 2006 à 2009 caractérisée par des évolutions importantes du modèle T2A (II). Prenant appui sur les enquêtes qu'elle a conduites dans cinq d'entre eux[266], elle a cherché à mesurer les efforts réalisés pour gagner en efficience (III).

263. Parmi ces établissements, le présent chapitre traite des 29 situés en métropole.
264. RALFSS 2006, p. 153, Le pilotage de la politique hospitalière ; RALFSS 2009, p. 171, La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours.
265. RALFSS 2010, p. 261, La situation financière des hôpitaux publics.
266. Il s'agit des CHU de Montpellier et Nîmes en région Languedoc-Roussillon, et des Hospices civils de Lyon (HCL), des CHU de Grenoble et de Saint-Etienne, en région Rhône-Alpes. La Cour a exploité des informations fournies directement par ces établissements et contredites avec eux, sans qu'ils aient toutefois fait l'objet dans ce cadre d'un contrôle de leurs comptes et de leur gestion.

I - Une spécificité restreinte

Les CHU ont été créés par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958. Ce sont des centres hospitaliers régionaux (CHR) qui ont passé une convention avec une ou plusieurs universités ayant une unité de formation et de recherche de médecine (UFR). Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires -HPST-, leurs directeurs sont nommés en conseil des ministres. Hormis cette dimension institutionnelle propre, les CHU ont le même statut juridique et financier que les autres établissements publics de santé (EPS) et leur tutelle est exercée par les agences régionales de santé (ARS).

A – La place prépondérante des CHU dans le système hospitalier

L'importance des CHU apparaît tant dans les chiffres d'activité que de dépenses, mais la spécificité de leur activité de soins par rapport aux autres établissements publics de santé est relative. Les CHU présentent par ailleurs entre eux des différences significatives.

1 – Leur poids dans l'activité hospitalière

En 2009, les CHU offrent 17 % des capacités publiques et privées d'hospitalisation complète et 12 % des places d'hospitalisation à temps partiel. Leur activité est centrée sur la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour laquelle ils disposent de 36 % des lits. Avec 2,4 millions de séjours réalisés en hospitalisation complète[267], ils réalisent 25 % des séjours de médecine, 17 % des séjours de chirurgie et 16 % des séjours en obstétrique. Ils assurent environ un tiers des consultations externes (18,4 millions) et un cinquième des passages aux urgences (3,5 millions). Au total, les CHU représentent environ 21 %[268] de l'activité hospitalière.

Ces établissements emploient 45 500 médecins et internes (ETP) et 233 000 autres agents toutes catégories confondues (administratifs, personnels techniques et médico-techniques, personnels éducatifs et sociaux), dont 164 000 personnels soignants, soit le tiers des personnels soignants exerçant dans les EPS. En relation avec les 36 facultés de médecine, ils participent à la formation médicale de 33 780 étudiants de la deuxième à la sixième année et de 17 100 internes. Plus de 40 000

267. Conférence des directeurs généraux de CHU, chiffres clés des CHU ; mars 2011.
268. DREES, Capacités, personnel et activité des CHU ; 2009.

étudiants paramédicaux sont inscrits dans leurs 258 instituts de formation spécialisés.

Le financement des CHU par l'assurance maladie

En M€

	2006	2007	2008	2009
1) Activité financée par les tarifs	3 765,3	5 465,6	11 020,3	11 079,3
2) Médicaments et dispositifs médicaux en sus	910,8	1 010,0	1 119,6	1 192,2
Total activité (1+2)	4 676,1	6 475,7	12 139,9	12 271,5
3) Dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)	3 135,8	3 500,4	3 716,4	4 100,5
Total dépenses MCO CHU[269]	15 053,9	15 484,9	16 107,6	16 637,2
Total dépenses MCO hôpitaux du secteur public en métropole	35 928,4	36 967,7	38 495,3	40 037,5

Source : ATIH

En 2009, les 29 CHU représentent 33,3 % des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie pour l'activité effectuée en MCO (16,6 Md€ sur 49,7 Md€). Cette proportion est de 41,5 % lorsqu'elle est rapportée au total des établissements du secteur public[270].

2 – Des situations très disparates sous une appellation commune

L'examen des capacités, des activités de soins et du positionnement en matière de recherche des CHU révèle des différences significatives.

Le plus important d'entre eux, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), occupe une place à part : ce CHU représente entre un quart et un tiers des activités réalisés par les CHU selon les disciplines et assure à lui seul près de 20 % des activités hautement spécialisées de l'ensemble des CHU. Ses recettes représentent 27,3 % de celles des CHU. Les Hospices civils de Lyon (HCL) se placent en deuxième position par leur activité et leur budget, suivis de l'Assistance-Publique-Hôpitaux de

269. Ce chiffre pour la MCO inclut la dotation annuelle complémentaire (DAC) en 2006 et 2007, dotation qui complétait les recettes T2A car la tarification à l'activité n'a été appliqué à 100 % qu'à partir de 2008.

270 . Cette catégorie comprend tous les établissements publics de santé (EPS) antérieurement sous dotation globale, et donc les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Marseille (AP-HM). Ces trois établissements réalisent 45,8 % de l'activité de soins produite en MCO par les CHU. A l'opposé, les plus petits CHU en termes d'activité (Saint Etienne, Nîmes et Angers) ne réalisent que 6,8 % de l'activité MCO.

La sévérité des cas traités au sein d'une même activité diffère d'un CHU à l'autre : son niveau peut varier du simple au double. En moyenne la proportion de patients classés dans le niveau de sévérité le plus élevé s'élève à 2,2 % de l'ensemble des séjours. Cette proportion descend à 1,7 % dans le CHU de Brest et le CHR de Metz-Thionville et s'élève à 3,6 % au CHU d'Amiens et 3,3 % au CHU de Dijon. Dans les CHU retenus par la Cour, le CHU de Montpellier se situe au dessus de la moyenne avec un taux de 2,8 %, loin devant les quatre autres, qui sont en dessous de cette moyenne : Nîmes et les HCL avec un taux de 1,8 % se situent parmi les CHU qui ont la proportion la plus faible de groupes homogènes de séjours (GHS) à niveau de sévérité élevée. Grenoble et Saint Etienne ont un taux de 2 %, ce qui équivaut à la moyenne constatée dans les EPS.

La diversité de l'activité de soins mesurée par le nombre de groupes homogènes de malades (GHM) recensés pour classer les séjours varie très fortement d'un CHU à l'autre. L'activité des CHU de Nîmes et de Brest se décrit avec 445 GHM, celle des CHR d'Orléans et de Metz-Thionville avec respectivement 437 et 394 GHM, mais certains CHU ont une gamme d'activités beaucoup plus étendue : on dénombre 594 GHM au CHU de Toulouse, 587 à l'AP-HM, 586 à l'AP-HP et 571 au CHU de Montpellier.

Les performances des CHU en matière de recherche sont très inégales. La commission sur l'avenir des CHU[271] a montré que l'activité de recherche est concentrée sur l'Ile-de-France et que les capacités de recherche sont très contrastées entre les CHU. Ainsi, hors AP-HP, 15 CHU comptent moins de cinq unités INSERM, huit en comptent entre cinq et dix et quatre plus de dix. La production scientifique, mesurée par un indicateur dénommé le score SIGAPS[272], est très variable. Au regard de cet indicateur, les CHU de Reims et Caen présentent la productivité par hospitalo-universitaire la plus faible et les HCL suivis du CHU de Lille la plus élevée (classement établi hors AP-HP).

271. Rapport de la commission présidé par le Pr Jacques Marescaux ; mai 2009.
272. Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques.

B – Un rôle de recours et de référence limité

Les CHU se différencient des autres établissements de soins par leur activité de recherche et dans une moindre mesure par leur activité d'enseignement, celle-ci étant partagée avec d'autres établissements. Ces activités sont financées par des crédits particuliers gérés directement par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) (voir infra sur les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation -MERRI-).

Dans le domaine des soins, les CHU réalisent à la fois des actes très spécialisés et complexes correspondant à une fonction de recours et des actes moins techniques qui leur permettent de répondre aux besoins courants de la population demeurant dans leur zone d'attractivité.

1 – Une activité de soins peu différente des autres établissements publics de santé

La généralisation du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) couplée à une description de plus en plus fine des séjours et des actes pratiqués en MCO permet de mieux connaître l'activité de soins et de comparer les établissements entre eux. Les données qui en sont issues sont traitées par l'agence technique de l'information médicale (ATIH)[273].

L'étude des dix GHM les plus réalisés dans les CHU et dans les EPS en 2009 montre qu'ils ont en commun 7 GHM médicaux et 5 GHM chirurgicaux. Il s'agit pour la plupart d'actes courants. L'intervention sur la cataracte est l'acte chirurgical le plus souvent effectué, le deuxième étant la césarienne sans complication significative. La chimiothérapie de très courte durée et les explorations pour des affections endocriniennes et métaboliques font partie des actes médicaux les plus pratiqués, suivis des prises en charge liées à la toxicologie.

La spécificité des CHU est plus marquée en ce qui concerne les actes médicaux. Les surveillances de greffe, les explorations et surveillances de maladies infectieuses ou parasitaires, ou de pathologies à risque cancéreux font partie des dix GHM les plus réalisés.

Les actes pratiqués uniquement dans les CHU représentent seulement 5,5 % des séjours et 14,5 % des journées effectués en MCO en 2008[274]. Cette moyenne recouvre des réalités très disparates. Ainsi 16

273. Cf. chapitre VII - Tarification à l'activité et convergence tarifaire.
274. ATIH : l'activité spécifique des CHU ; août 2009.

CHU ont une part d'activité spécifique supérieure à 5,4 %, mais qui ne dépasse pas 10 % et trois d'entre eux, dont les deux CHR, ont une part inférieure à 4 %. Les HCL, le CHU de Grenoble se situent à plus de 7 %, le CHU de Saint Etienne à 6,2 %, Montpellier à 5,6 % et Nîmes à 1,8 %.

Quelle que soit la méthode utilisée pour classer les CHU sur ces actes spécifiques (nombre de journées, durée moyenne de séjour, poids des recettes issues de cette activité), les CHU de Nîmes et de Nice et les deux CHR de Metz-Thionville et Orléans se trouvent toujours en fin de classement.

2 – Des cas sévères qui représentent une part minoritaire de leur activité

En 2009, une nouvelle classification dite V11 a introduit quatre niveaux de sévérité à l'intérieur d'un même GHM afin de mieux prendre en compte la complexité des prises en charge.

Ce changement devait bénéficier aux CHU, qui le réclamaient, car ils étaient réputés prendre en charge les cas les plus sévères au sein d'une même activité.

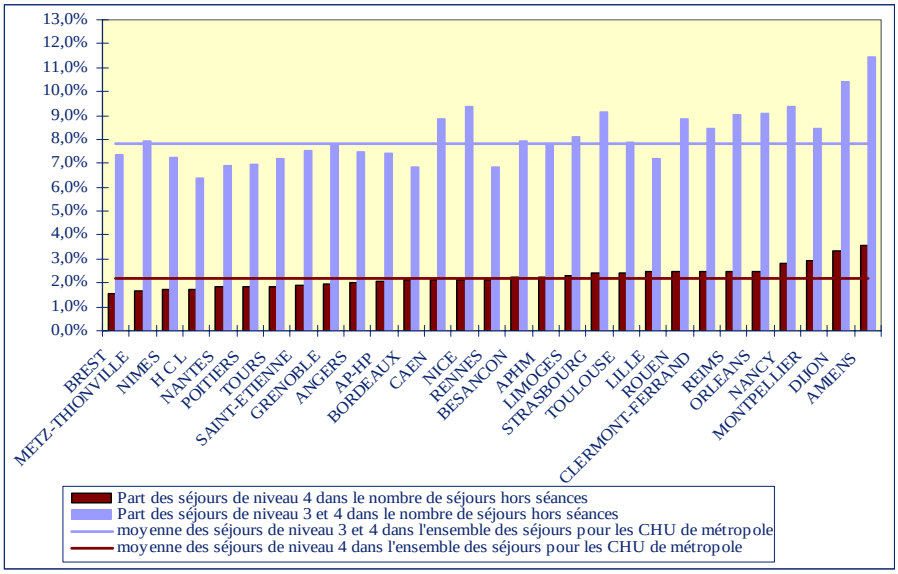
La détermination des niveaux de sévérité

L'attribution du niveau de sévérité dépend de plusieurs critères analysés successivement : l'existence d'une co-morbidité associée au diagnostic principal, l'âge du patient, le mode de sortie du patient, la durée de séjour minimale pour le niveau. La sévérité est analysée sous l'angle de la pathologie et non de la technicité de l'acte pratiqué. Le niveau 1 correspond à un GHM sans sévérité et le niveau 4 aux cas les plus graves.

L'impact de la V11 a été plus limité que celui escompté car la proportion des niveaux 4 -les plus sévères- s'est révélée très faible : elle représente 2,2 % des séjours en moyenne dans les CHU et 2 % dans les hôpitaux généraux les plus importants. Si les CHU prennent en charge légèrement plus de cas sévères que les autres EPS, plus de 90 % de leur activité concerne des patients classés dans les niveaux faibles de sévérité (1 et 2).

Plus que la taille du CHU, c'est leur positionnement dans le territoire de santé et leur situation concurrentielle qui ont un rôle déterminant dans les niveaux de prise en charge. Ainsi des CHU situés dans des villes de taille moyenne comme Reims, Nancy, Orléans accueillent en proportion plus de patients sévères.

Le classement des CHU en fonction des niveaux de sévérité des séjours pour l'année 2009



Source : Cour des comptes d'après données ATIH

Ce classement est susceptible d'évoluer du fait des adaptations de la V11 en 2010 et aussi en raison de progrès enregistrés par certains établissements dans le codage des niveaux de sévérité, à activité similaire.

3 – Une définition insuffisante du rôle de recours et de référence

Les CHU se présentent comme des établissements de recours et de référence, mais ces deux notions ne font l'objet ni d'une définition règlementaire, ni d'un consensus dans la communauté hospitalière.

La DGOS a essayé de les préciser dans la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) et à une nouvelle approche de la graduation des soins.

Selon ce texte, le niveau de recours est le lieu des soins spécialisés et correspond au bassin de desserte de l'hôpital pivot du secteur sanitaire. Il permet d'assurer la prise en charge des urgences et dispose d'un plateau technique disponible 24 heures sur 24 pour les spécialités chirurgicales courantes (hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie hyperspécialisée), pour l'obstétrique, pour les disciplines interventionnelles et pour l'imagerie. Au regard de cette définition, les hôpitaux généraux comme les CHU peuvent exercer ce niveau de recours.

Le niveau de référence comprend des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux (proximité et recours) telle la chirurgie spécialisée comme la chirurgie cardiaque et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche. La prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie, sont des activités qui, pour la DGOS, devraient être organisées à un échelon inter-CHU.

Si l'on se réfère à cette circulaire, les CHU font partie des établissements entrant dans le niveau de référence car ils ont les plateaux techniques les plus spécialisés. Mais ils ne sont pas les seuls référents, d'autres EPS ou des cliniques pratiquant certaines des activités citées comme la chirurgie cardiaque. En outre, comme ces activités sont soumises à autorisation, certaines ne sont délivrées qu'aux seuls CHU, ce qui les place dans une situation de monopole : c'est le cas pour les greffes, les transplantations d'organes notamment hépatique et pancréatique, la prise en charge des brûlés et la neurochirurgie intra crânienne.

Enfin l'approche par la graduation des plateaux techniques est nécessaire mais insuffisante pour donner la qualification de « référent » à un service ou un hôpital, car elle ne prend pas en compte le critère essentiel qui est celui de la compétence des équipes médicales et de leur capacité à assurer la continuité des soins dans ces spécialités.

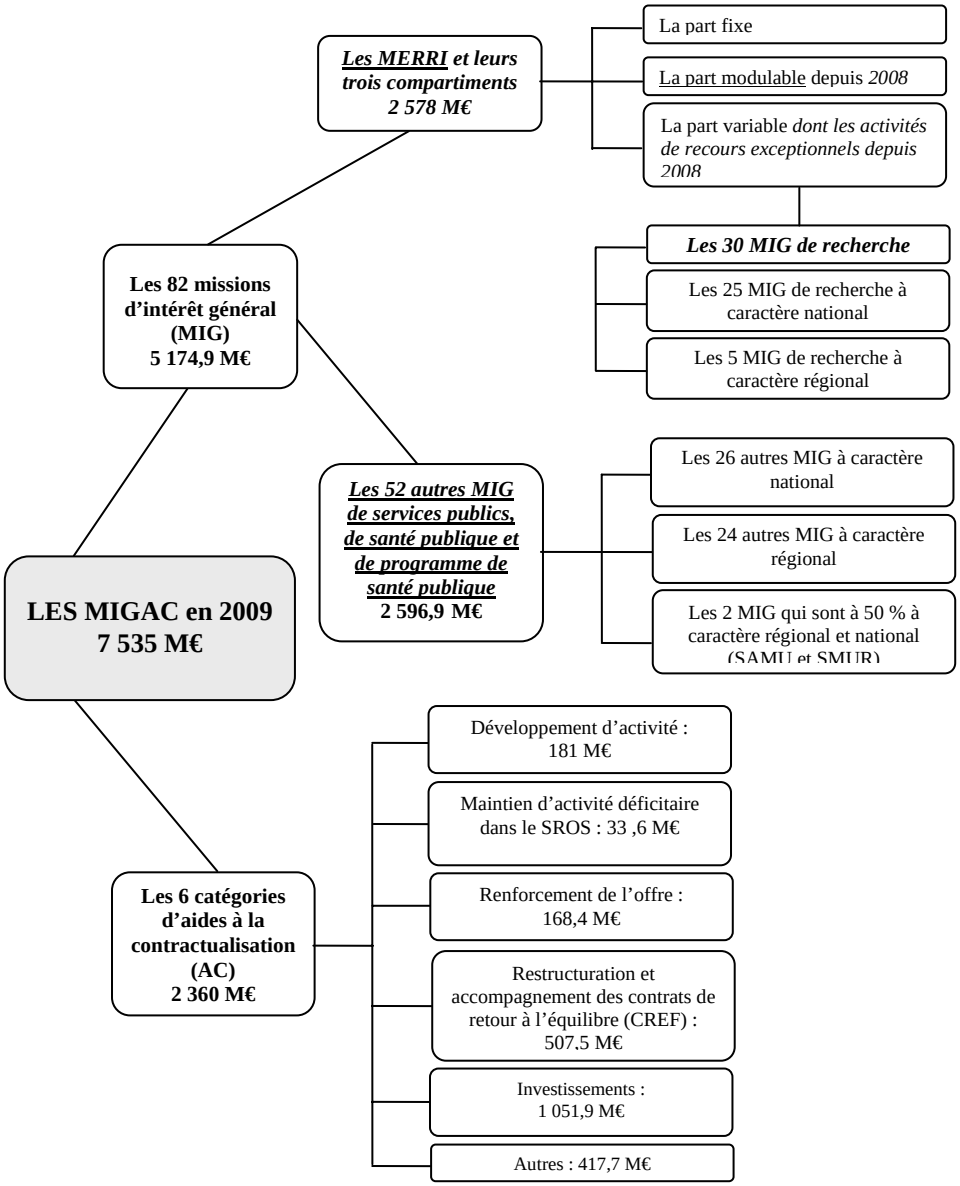
II - Une réforme tarifaire à la portée atténuée par la croissance des dotations forfaitaires

Dans le modèle T2A, les recettes des établissements proviennent de deux sources principales :

- les tarifs qui rémunèrent les séjours et séances réalisés en MCO ou des activités spécifiques (ex : dialyse, urgences, consultations externes) auxquels s'ajoutent la facturation de certains dispositifs médicaux implantables ou de médicaments onéreux et des forfaits annuels pour financer une partie de certaines activités comme les greffes, les prélèvement d'organes ou les urgences ;
- les crédits forfaitaires destinés à financer des missions d'intérêt général (MIGAC), considérées comme des charges ne pouvant être soumises aux variations de l'activité. La dotation MIGAC finance trois types de missions : les missions dites d'intérêt général (MIG), les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et les aides contractuelles (AC) destinées à soutenir les établissements soit pour investir, soit pour maintenir ou développer des

activités, ou surtout pour retrouver un équilibre financier. Le schéma ci-dessous illustre la complexité de cette dotation.

La composition complexe de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)



Source : Cour des comptes d'après données DGOS

Les recettes des CHU proviennent majoritairement d'une activité de soins qui ne les distingue pas des autres hôpitaux ; en revanche, le poids des dotations forfaitaires y est plus important.

A – Des recettes tirées majoritairement de l'activité de proximité

Les recettes des CHU sont concentrées sur quelques GHM, même si leur gamme d'activité est très diversifiée. Les CHU réalisent 50 % de leurs recettes avec moins de 200 GHM et pour certains avec moins de 100, alors qu'ils en utilisent 2 188 pour décrire l'ensemble de leur activité et que la classification en comporte 2 291.

Les cinq GHM qui apportent le plus de recettes correspondent à une activité médicale couramment pratiquée puisque la première source de recettes dans les CHU[275] est l'accouchement sans complication. Les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie) et les soins palliatifs constituent les principales autres sources de recettes, qui n'atteignent pas 2 % par GHS, ce qui témoigne de leur grande dispersion. Le premier GHM chirurgical apparaît au 11ème rang de la liste : il s'agit de l'intervention sur la cataracte.

Ce constat national est corroboré par les données fournies par les cinq CHU étudiés par la Cour. A titre d'exemple, la première source de recettes des HCL, second CHU de France, est aussi l'accouchement.

Lorsque les CHU réalisent des activités spécifiques, celles-ci leur procurent des recettes importantes. Une étude de l'ATIH portant sur leur activité en 2007, mais valorisée aux tarifs de 2009, montre que 5,6 % des séjours génèrent 17,5 % des recettes issues de ces derniers[276]. Ceci montre l'intérêt qu'ont les CHU à préserver ces activités car elles sont plus rémunératrices que les autres, sans que l'on puisse se prononcer sur la bonne adéquation des tarifs aux coûts qu'elles engendrent.

Ce point mis à part, les recettes des CHU proviennent majoritairement d'une activité de soins qui ne les distingue pas des autres hôpitaux.

275. A l'exception du CHU de Nancy qui n'a pas d'obstétrique, les accouchements étant réalisés par la maternité régionale de Nancy.

276. Le rapport est plus ou moins important selon les CHU mais seule une étude plus fine permettrait de savoir si les écarts résultent de leur structure d'activité ou de leur pratique de codage.

B – Un niveau de ressources maintenu grâce aux dotations forfaitaires

La mise en place de la T2A s'est accompagnée chaque année de nombreux ajustements qui ont porté tant sur les tarifs que sur les MIGAC. En 2009, en sus du changement de classification opéré avec la V11, deux nouvelles missions d'intérêt général ont été créées, la MIG précarité et la MIG pour la permanence des soins hospitaliers (PDSH), ainsi qu'une enveloppe spécifique pour financer certaines activités dites de recours exceptionnel[277].

Ces différents arbitrages ont eu des effets sur la structure des recettes de tous les EPS.

Les CHU ont plutôt bénéficié de ces nouvelles mesures : 38 % des crédits destinés à compenser les surcoûts induits par la prise en charge des patients précaires sont alloués à 18 d'entre eux. Ils perçoivent les deux tiers des crédits alloués aux activités de recours exceptionnel, soit 16,6 M€ sur 25 M€. Enfin, grâce au coefficient de transition mis en place depuis 2008 pour atténuer l'impact du passage à 100 % à la T2A, les plus surdotés d'entre eux ont bénéficié d'une majoration provisoire de leurs recettes, jusqu'en 2011.

1 – La diminution relative de la part des recettes issues des tarifs

La structure des recettes des CHU et des EPS en 2009

En M€

Enveloppe	CHU		Autres EPS	
	2009	Poids dans les recettes	2009	Poids dans les recettes
Total activité tarifée	12 271,5	73,7 %	16 447,9	82,9 %
Total forfaits annuels	265,2	1,4 %	638,2	3,2 %
Total dotation MIGAC	3 135,8	24,6 %	2 756,8	13,9 %
Total recettes T2A	16 637,2	100 %	19 842, 8	100 %

Source : ATIH

Depuis 2006, la structure des recettes s'est modifiée au profit de la part venant des MIGAC : cette dernière est passée de 20,8 % à 24,6 % tandis que l'activité tarifée s'est réduite de 77,8 % à 73,7 %. Cette évolution résulte pour partie de l'extension du périmètre des MIGAC et de la baisse des tarifs qui l'ont accompagnée. Ainsi, la création des deux

277. Les deux MIG ont été créées dans le cadre de la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé (cf. chapitre VII - Tarification à l'activité et convergence tarifaire).

MIG en 2009, qui représentent un coût de 911 M€, a été financée par une baisse générale des tarifs, de l'ordre de 3,7 %, afin de respecter l'enveloppe prévue pour les dépenses hospitalières.

Durant cette période le poids des CHU dans les dépenses de l'assurance maladie est resté stable, les CHU maintenant leur niveau de ressources grâce à la progression de leurs dotations forfaitaires et non grâce aux recettes issues de leur activité, même si certains ont connu des hausses d'activité. Cette tendance s'observe aussi dans les autres EPS, mais à un degré moindre.

2 – Le rôle important de la dotation MIGAC

La dotation MIGAC versée aux hôpitaux publics en 2009 s'élève à 7,5 Md€[278]. Les 29 CHU en perçoivent 4,1 Md€ soit 54,4 %. Indépendamment des MERRI qui financent leur mission spécifique d'enseignement et de recherche, ils reçoivent 1,8 Md€ au titre des autres MIG et aides contractuelles (AC), soit 38 % de la dotation équivalente versée dans les hôpitaux en France entière (4,9 Md€). Ils ont perçu près de 40% de l'augmentation de ces crédits sur la période 2006-2009. Ceci est dû à la progression très forte des aides contractuelles (AC) qui leur ont été accordées.

La composition de la dotation MIGAC des CHU et de l'ensemble des établissements publics de santé en 2006 et 2009

En M€

Intitulé de la dotation	2006	2009	Augmentation 2009/2006
TOTAL MIGAC 29 CHU	**3 126,5**	**4 100,5**	**974**
dont MERRI (enseignement et recherche)	*1 975,8*	*2 214,8*	*239,0*
dont autres MIG	*677,5*	*1 005,4*	*327,9*
dont aides contractuelles (AC)	*473,2*	*880,3*	*407,1*
TOTAL MIGAC tous établissements publics de santé France entière	**5 434,1**	**7 535,3**	**2 101,2**
dont MERRI (enseignement et recherche)	*2 321,7*	*2 578,0*	*256,3*
dont Autres MIG	*1 587,0*	*2 596,9*	*1 009,9*
dont aides contractuelles (AC)	*1 525,4*	*2 360,4*	*835*

Source : DGOS et ATIH ; Les données ne prennent pas en compte les cliniques et le service de santé des armées.

278. Voir schéma p. 239.

3 – L'apport significatif des aides à la contractualisation

L'aide à la contractualisation (AC) a dans un premier temps principalement financé les surcoûts des charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007). Elle a permis aussi de trouver une solution temporaire pour financer une partie des surcoûts liés à l'augmentation du nombre des internes du fait du desserrement du numerus clausus depuis 2002. Surtout, ces aides ont eu pour objet essentiel d'atténuer les tensions budgétaires dans les établissements les moins productifs. Cette dotation constitue depuis 2006 une marge de manœuvre pour les ARS et l'administration centrale. Elle représentait 2,3 Md€ en 2009.

Son augmentation a bénéficié majoritairement aux CHU. Ils ont perçu en 2009 880,2 M€ au titre de ces aides, soit 37,2 % de leur montant contre 31 % en 2006, alors qu'ils représentent 21 % de l'activité hospitalière en MCO.

Evolution des aides contractuelles (AC) dans les 29 CHU entre 2006 et 2009

En M€

	2006	2007	2008	2009	Evolution 2009/2006
Total AC CHU	473,2	739,3	875,6	880,2	86,0 %
Total AC EPS France entière	1 525,4	2 083,9	2 296,0	2 360,4	54,7 %
Part des CHU dans les AC	31 %	35,4 %	38,1 %	37,2 %	
AC CHU hors investissement	225,6	452,4	561,8	539,1	Multiplié par 2,3

Source : Cour des comptes d'après données DGOS

Les aides contractuelles hors investissement (AC) sont concentrées sur les CHU ayant des difficultés financières importantes. Ainsi les HCL et l'AP-HM, dont le niveau de déficit est supérieur en 2009 à 3 % de leur budget principal, ont reçu respectivement 62 M€ et 21 M€, soit à eux deux 15,4 % de la dotation (539,1 M€). Les cinq CHU les plus endettés, à savoir Caen, Lyon, Nancy, Nice et l'AP-HM, ont reçu en 2009 plus de 120,7 M€, soit 22,4 % de la dotation alors qu'ils représentent 18,5 % de la masse budgétaire des CHU.

Si les aides contractuelles atténuent pour le moment leurs déficits, la situation de ces CHU reste préoccupante, comme la Cour l'a souligné en 2010[279]. Dans quatre d'entre eux, sur la période 2006-2009[280], la progression des dépenses de personnel est supérieure à celle de leurs recettes d'exploitation.

C – Un financement de l'activité d'enseignement et de recherche peu sélectif

En France comme à l'étranger, il est admis que les missions d'enseignement et de recherche entraînent des surcoûts pour les établissements qui les assurent. Depuis la T2A, ces surcoûts sont financés sous forme d'une enveloppe spécifique : les MERRI. Cette dotation, qui constitue un sous ensemble de la dotation MIGAC, a été versée à 79 établissements en 2009, dont tous les CHU mais aussi aux vingt centres de lutte contre le cancer (CLCC) et à 27 ESPIC. Cette liste pourrait s'allonger car la loi HPST[281] a ouvert aux cliniques privées la possibilité de former les futurs internes, qui sera effective à partir de l'automne 2011.

En 2009, les crédits MERRI versés aux CHU s'élevaient à 2,2 Md€, soit 85,9 % de cette dotation (2,5 Md€).

1 – Un financement établi selon des règles figées depuis 1995

Le montant des MERRI a été fixé de façon forfaitaire et ne correspond pas à des charges dont les montants auraient été objectivés. Ni les coûts en matière d'enseignement, ni les coûts indirects liés aux fonctions supports utiles à la recherche ne sont actuellement mesurés.

Comme l'a rappelé l'IGAS[282], le niveau des crédits MERRI est le résultat d'une étude économétrique datant de 1995, qui a tenté de déterminer les surcoûts des CHU et des CLCC liés à leurs missions d'enseignement et de recherche. Il s'agissait alors de corriger la valeur du point ISA[283] pour permettre une comparaison des performances de

279. RALFSS septembre 2010. La situation financière des hôpitaux p. 274.
280. Nancy fait exception en étant juste à l'équilibre.
281. Articles L. 6112-1 du code de la santé publique et L. 632-5 du code de l'éducation.
282. Rapport de l'IGAS sur le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, novembre 2009.
283. Indice synthétique d'activité, unité de mesure utilisée dans les hôpitaux avant la mise en place de la T2A pour valoriser leur activité et les comparer.

l'ensemble des établissements. Ces surcoûts ont été exprimés en pourcentage des dépenses globales et un taux de 13 % a été retenu. Ce taux a servi de base pour le calibrage de l'enveloppe MERRI lors du passage à la T2A.

Ces crédits sont répartis en trois sous-enveloppes :

- une part fixe, destinée à couvrir une proportion des dépenses du personnel médical, du plateau médico-technique et des charges d'infrastructure liées au MCO[284] ;
- une part variable, visant à assurer le financement de dépenses individualisables dont la liste est précisée au 1° de l'article D.162-6 du code de la sécurité sociale. Elle couvre notamment les structures d'appui à la recherche clinique, les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), l'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux, les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours (par exemple pour les maladies rares), les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs et dont les montants sont calculés sur les dépenses constatées (ex : médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation -ATU-, actes de biologie hors nomenclature -BHN-). ;
- une part modulable, créée en 2008 à partir de la part fixe, afin de lier plus directement les financements à des indicateurs d'activité en recherche et en enseignement[285]. La méthode de calcul de cette part a évolué chaque année.

L'introduction de cette dernière part devait opérer une redistribution interne des crédits. Celle-ci a été limitée à 62 M€. En outre, en 2009, la part fixe demeurait importante, à hauteur d'environ 30 % des MERRI. Elle devrait être réduite à 24,1 % en 2011, ce qui permettra de poursuivre la redistribution des financements historiques.

284. Pour les CHU, son montant est déterminé en appliquant un taux de 25 % sur une partie de leurs charges de personnel médical, un taux de 15 % sur leurs charges de plateau technique, hors personnel médical et hors missions relevant des MERRI variables et enfin un taux de 1 % sur les charges générales de fonctionnement.

285. Quatre indicateurs ont été retenus : le nombre d'étudiants hospitaliers, le nombre et la nature des publications scientifiques déterminés par l'application SIGAPS, le nombre d'études interventionnelles pour la recherche clinique recensées par l'application SIGREC, enfin le nombre de brevets déposés, de licences et de contrats de partenariat. Ces indicateurs, purement quantitatifs, ne font nullement référence à l'efficience.

Evolution des composantes des enveloppes MERRI (éducation et recherche) attribuées aux CHU

En M€

	2006	Poids des différentes composantes 2006	2009	Poids des différentes composantes 2009
Part fixe	1 490,5	75,4 %	665,5	30,0 %
Part modulable			804,6	36,3 %
Part variable	485,4	24,6 %	744,7	33,6 %
TOTAL MERRI	**1 975,9**	**100 %**	**2 214,8**	**100 %**

Source : DGOS

Par ailleurs, la part variable a significativement augmenté. La DGOS a indiqué qu'il n'existe pas d'objectif chiffré afférent au montant de cette part, mais elle envisage qu'à l'avenir elle soit affectée sur des activités évaluées.

2 – Un apport peu différencié selon les CHU

Les MERRI apportent aux CHU des ressources qui représentent en moyenne 9 à 10 % des recettes de leur budget principal et pour les cinq premiers d'entre eux, 13 à 14,7 %. La répartition de ces crédits est relativement dispersée, car en dehors de l'AP-HP qui en reçoit le tiers, plus de la moitié des crédits restants sont alloués à 23 CHU.

Les CHU qui reçoivent le plus de MERRI font partie de ceux qui sont considérés comme faisant le plus de recherche, si l'on se réfère à un classement établi en 2004 par l'IGAS et l'inspection générale de l'éducation nationale[286] : il s'agit de l'AP-HP, des HCL, de l'AP-HM, de Lille, Montpellier, Strasbourg, Bordeaux et Toulouse.

Cette observation vaut à l'inverse pour les CHU ayant une activité de recherche clinique ou fondamentale faible, voire inexistante, comme Nîmes, Brest, Besançon et Poitiers. Pour autant ces derniers reçoivent des montants de l'ordre de 20 à 30 M€, ce qui conduit à s'interroger sur la sélectivité de ces crédits.

286. Rapport commun IGAS et IGAERN (inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche) sur l'évaluation des conventions constitutives des CHU, juillet 2004.

La répartition des crédits MERRI dans les CHU entre 2006 et 2009

En M€

Intitulé	2006	2009	Poids en 2009	Poids des MERRI dans les recettes
AP-HP	557,04	732,25	33,35 %	14,7%
H C L	146,42	154,49	7,04 %	13,4%
APHM	116,65	119,56	5,45 %	13,4%
CHU Lille	82,99	100,25	4,57 %	14,0%
CHU Bordeaux	92,47	93,93	4,28 %	13,1%
CHU Toulouse	83,51	90,51	4,12 %	12,2%
H U Strasbourg	65,21	69,11	3,15 %	11,4%
CHU Montpellier	67,93	66,14	3,01 %	11,4%
CHU Nancy	54,55	61,34	2,79 %	13,2%
CHU Rennes	55,36	60,09	2,74 %	13,7%
CHU Nantes	47,93	57,25	2,61 %	10,3%
CHU Nice	49,35	54,13	2,47 %	13,8%
CHU Grenoble	45	50,28	2,29 %	11,4%
CHU Rouen	41,2	46,16	2,10 %	10,5%
CHU Tours	37,25	41,44	1,89 %	9,3%
CHU Clermont-Ferrand	36,32	40,61	1,85 %	13,7%
CHU Caen	36,13	39,11	1,78 %	13,5%
CHU Dijon	29,07	37,28	1,70 %	10,7%
CHU Amiens	31,75	35,34	1,61 %	9,1%
CHU Reims	32,21	35,29	1,61 %	10,1%
CHU Limoges	29,92	34,18	1,56 %	10,0%
CHU Angers	29,82	33,68	1,53 %	10,6%
CHU Brest	26,5	30,72	1,40 %	9,7%
CHU Poitiers	27,55	30,48	1,39 %	9,4%
CHU Saint-Etienne	25,12	30,39	1,38 %	8,7%
CHU Besançon	26,94	30,33	1,38 %	9,4%
CHU Nîmes	17,67	21,17	0,96 %	8,2%
TOTAL CHU métropole hors CHR	**1 891,86**	**2 195,53**	**100 %**	12,1%

Source : Cour des comptes d'après données DGOS et ATIH

Les évolutions résultant des changements du modèle ne reflètent pas de tendance significative. Seuls les crédits de l'AP-HP progressent à hauteur de +4 %. Les gains et les pertes de la plupart des autres CHU sont de moins de 1 % et leur classement au regard de leur poids dans la dotation MERRI n'a pratiquement pas évolué. Par rapport à 2006, le CHU de Lille se positionne désormais devant ceux de Bordeaux et Toulouse, tandis que Poitiers et surtout Besançon ont rétrogradé dans le

classement. Le CHU de Nîmes reste en dernier mais le montant de sa dotation représente néanmoins 8,2 % de son budget.

III - Une dynamique d'efficience insuffisamment enclenchée

Si la réforme de la T2A a révélé dans un grand nombre de CHU une situation financière difficile, les autorités de tutelle ne les ont pas suffisamment incités à faire des gains de productivité. La dynamique des aides à la contractualisation en témoigne. Cependant, depuis peu s'amorce un effort d'adaptation avec la mise en œuvre de projets de réorganisation et la recherche d'une meilleure efficience.

A – Le manque de détermination de la tutelle

La réforme de la T2A avait été présentée comme un cadre propice à l'optimisation de l'activité hospitalière. Quatre ans après la mise en place de la réforme, cette ambition reste inaboutie, les autorités de tutelle ayant multiplié les mesures transitoires ou les aides ponctuelles pour atténuer les effets de la T2A sur les CHU qui ne dégagent pas des recettes d'exploitation suffisantes pour être à l'équilibre financier.

Une situation financière difficile

Le montant des déficits des CHU atteint 378 M€[287] en 2009.Ce déficit était équivalent en 2007. Cette stabilité masque des évolutions très contrastées : tandis que certains d'entre eux ont connu un redressement, trois ont vu leur déficit augmenter de façon significative : l'AP-HP (évolution de 41 M€ à 93 M€ entre 2007 et 2009), les HCL (de 37 M€ à 77 M€) et Caen (de 25 M€ à 37 M€).

En 2010, la situation globale tend à s'améliorer : le déficit s'établirait à 291,7 M€. Cependant, plusieurs établissements affichent un niveau de déficit élevé (AP-HP, Caen, HCL, Nancy, Metz-Thionville, AP-HM et Grenoble).

Par ailleurs, l'absence de règles clairement établies pour allouer certaines ressources comme les missions d'intérêt général (MIG) ou les aides contractuelles (AC) encourage les gestionnaires à négocier avec leur tutelle des moyens supplémentaires plutôt que de chercher à s'ajuster à la contrainte par des réformes structurelles.

287. Ce chiffre est l'addition des déficits des budgets principaux des CHU de métropole (422 M€ en y ajoutant les CHU d'outre-mer).

1 – L'instabilité des règles de tarification à l'activité (T2A)

Depuis sa mise en place, le modèle T2A a fait l'objet de très nombreuses modifications[288] qui ont compliqué au quotidien le pilotage et la gestion des établissements et rendu ensuite difficiles les analyses macroéconomiques ainsi que les comparaisons entre les établissements. Chaque changement induit des effets sur les recettes des CHU, dont les conséquences peuvent être importantes : à titre d'exemple l'introduction de la nouvelle classification des GHM (V11) a entraîné en 2009 une variation des recettes en effet volume de -0,5 % à +7,7 % dans les CHU, la moyenne se situant à +3,3 %. Mais il faudrait pouvoir distinguer pour chaque CHU ce qui est dû au modèle lui-même de ce qui résulte des évolutions de son activité ou de ses pratiques en matière de codage. Or, fin 2010, ni l'ATIH, ni la DGOS, ni les CHU n'étaient en mesure de dissocier ces différents facteurs.

2 – L'inachèvement du processus de rationalisation des missions d'intérêt général (MIG)

Bien que la DGOS ait souligné sa volonté de construire un modèle MIG « pertinent, équitable et lisible » et de s'éloigner d'un système de reconduction de bases historiques pour aller vers des référentiels, le travail de rationalisation sur les 52 missions d'intérêt général n'a que très partiellement abouti. L'absence de modélisation nationale des principales MIG, dont le calibrage est laissé aux ARS, ne peut qu'alimenter les interrogations des gestionnaires sur leur niveau de financement et sur leurs modalités de répartition.

Ainsi, les MIG relatives au financement des urgences (SAMU et SMUR) représentaient en 2009 plus de 274 M€, soit 36,3 % de l'ensemble des MIG hors MERRI versées aux CHU. En l'absence de normalisation nationale en fonction de critères adaptés et de seuils d'activité, ce sont les ARS qui déterminent les modalités d'allocation et les montants alloués aux établissements, en application des critères qu'elles ont définis.

3 – La faible traçabilité des aides contractuelles

Les soutiens financiers accordés par les ARS proviennent des crédits qui leur sont délégués au titre des aides à la contractualisation, mais aussi de la marge de manœuvre qu'elles se constituent en ne

288. Cf. RALFSS 2009 : La T2A à mi parcours et, dans le présent RALFSS, chapitre VII : Tarification à l'activité et convergence tarifaire p. 199.

déléguant pas systématiquement les crédits affectés à des mesures nouvelles au sein de leurs différentes enveloppes financières. Ces pratiques, différentes d'une ARS à l'autre, rendent difficiles le suivi des aides réellement versées, car les ARS ne sont tenues que de rendre compte d'une partie d'entre elles : les aides à la contractualisation (AC).

Le suivi des AC s'effectue dans la base ARBUST, outil créé et géré par l'ATIH pour suivre les réalisations des campagnes budgétaires. Cette base est alimentée par les ARS. Afin de préciser leur finalité, les AC ont été découpées en six sous-catégories (voir schéma de la page 239). L'une d'entre elles, intitulée « Autres aides », représente un volume significatif (18 % du total).

Cette classification ne permet pas pour autant de connaître précisément les montants accordés aux CHU pour faire face à leurs déséquilibres financiers. L'analyse des aides accordées aux cinq CHU retenus dans l'enquête a montré, d'une part, que toutes les aides accordées à cette fin ne figuraient pas dans la rubrique mentionnée car elles étaient parfois affectées dans d'autres et, d'autre part qu'une partie des aides n'étaient pas retracées car elles provenaient d'autres enveloppes financières (ex : soins de suite ou psychiatrie).

Dans la mesure où ces aides, à l'exception de celles affectées aux investissements, ont pour principale finalité de réduire les difficultés financières provoquées aussi bien par des insuffisances de recettes que par la modestie des efforts de productivités consentis par les CHU, une simplification de leurs découpages et une computation des crédits plus précise par les ARS permettrait un suivi plus sincère et fiable. L'ATIH a annoncé que des travaux étaient en cours pour produire un nouvel outil à cet effet.

B – L'amorce récente d'une gestion plus rigoureuse

La T2A devait inciter les établissements à modifier leur organisation de production et leurs techniques de management afin de gagner en efficience. La Cour a examiné comment les cinq CHU retenus dans son échantillon se sont engagés dans cette dynamique.

L'échantillon de cinq CHU retenu par la Cour

La Cour a retenu un échantillon restreint, mais représentatif de la diversité de la taille et de l'activité des CHU : le deuxième de France (Lyon), trois intermédiaires (Grenoble, Saint-Etienne et Montpellier) et le plus petit (Nîmes), ayant des situations financières variées. Ensemble, ils représentent près de 15 % des dépenses des CHU et 19 % hors AP-HP.

1 – Les premières actions de réorganisation

Les CHU ont entrepris des actions de réorganisation qu'ils intensifient depuis 2010. Ces actions ont porté en priorité sur les services administratifs et logistiques (blanchisserie, approvisionnement et stockage, fonction achat) ou techniques (ex : circuit du médicament, stérilisation), plus que sur les services de soins où elles sont plus récentes. Dans ce secteur, les réorganisations se traduisent par la constitution de pôles mère-enfant, le développement des activités ambulatoires et l'optimisation des blocs opératoires et des plateaux d'imagerie et de biologie.

Les gains obtenus ne sont pas connus ; aucun chiffrage n'en a été communiqué à la Cour. Plusieurs CHU, dont les trois de Rhône-Alpes, ont signé au cours du deuxième semestre de 2010 des contrats avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)[289], qui ont pour objectif de les aider à progresser d'ici 2013 dans la gestion de leur processus de soins et l'optimisation des ressources consacrées à leur fonctionnement (ex : amélioration de la performance des blocs opératoires et de l'anesthésie, amélioration de la programmation des actes d'imagerie, réduction des coûts de certaines fonctions supports).

L'instauration de nouveaux outils de pilotage

Grâce à la modernisation de leurs systèmes d'information, les cinq CHU ont mis en place de nombreux outils pour produire des analyses-médico-économiques sans toutefois chiffrer leur apport à l'amélioration de leur compte d'exploitation : tableaux de bord, outils d'analyse de l'activité, comptes de résultat analytique (CREA), études de la répartition de l'activité et des coûts.

Ils utilisent ces outils pour piloter l'évolution leurs différents pôles, souvent en contractualisant avec ceux-ci. L'appropriation et l'efficacité de ces outils sont variables, certains outils se limitant à l'observation et à la description de l'existant.

2 – L'optimisation d'une partie des recettes

Les travaux réalisés par l'ancienne mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH) ont incité les CHU à optimiser leur chaîne de facturation et du recouvrement. Dans les cinq CHU examinés, ces

289. Créée en 2009, l'ANAP peut signer avec les établissements des contrats visant à améliorer leur performance en matière notamment de gestion, d'organisation et de management, de systèmes d'information, et de recomposition de l'offre de soins. Huit CHU ont déjà conclu de tels contrats.

améliorations s'organisent autour des axes suivants : la réorganisation totale de la fonction de gestion des dossiers patients, la décentralisation des centres d'encaissement et l'élargissement des plages d'ouverture des caisses, la détection des factures non réglées par les patients et la réorganisation du bureau des entrées afin de faire le lien avec les services de soins et l'amélioration de la saisie des actes externes. Certains ont mis en place un échange d'informations avec le comptable de l'établissement qui permet de détecter les factures non réglées lorsqu'un patient se présente à un point d'admission du CHU. Cette information permet alors de régulariser des dossiers initialement mal instruits ou incomplets (admission en urgence, absence d'information sur la mutuelle…).

Les CHU ont aussi cherché à élargir leurs sources de recettes en provenance des assurés, en appliquant des majorations pour les chambres individuelles. Les recettes qui en découlent constituent un apport complémentaire, jusque là inexploité, qui peut représenter 10 M€ pour des CHU comme les HCL et 1 à 2 M€ pour ceux de plus petite taille.

3 – Les premiers efforts de maîtrise de la masse salariale

Les dépenses de personnel représentent entre 60 et 65 % des charges des établissements et, jusqu'en 2008, elles progressaient à un rythme soutenu de l'ordre de 3 % à 5 %. Cette progression s'est ralentie en 2009 selon la DGFIP[290].

L'analyse comparative de l'évolution des recettes et des dépenses de personnel entre 2006 et 2009 fait apparaître pour l'ensemble des CHU une dynamique d'exploitation plus vertueuse, les recettes progressant en moyenne plus vite que les dépenses. Il est cependant difficile de conclure à une amélioration de la tendance antérieure : d'une part, parce que la progression des recettes peut être liée à des facteurs conjoncturels (changement de la classification, amélioration du codage et du délai de facturation, apport d'aides ponctuelles), d'autre part, parce que le suivi de la masse salariale est un sujet très sensible dont les données sont difficiles à collecter et à analyser.

Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sur les évolutions des effectifs dans les hôpitaux présentent des ruptures statistiques entre 2006 et 2009 du fait de modalités de comptage qui ont évolué. Par ailleurs bien qu'elles soient remplies par les établissements, elles ne correspondent pas dans leur définition aux données produites dans les bilans sociaux par ces mêmes établissements et les CHU interrogés par la Cour les ont contestées. Un mode de

290. DGFIP, tableau de bord bimestriel des EPS ; situation fin décembre 2009.

décompte par équivalents temps plein travaillé (ETPT) tels qu'ils figurent dans les documents budgétaires hospitaliers serait plus pertinent au service d'un pilotage par la performance : il permettrait des comparaisons par établissement et un calcul plus fiable des indicateurs de productivité.

Compte tenu de ces fragilités, la Cour a travaillé sur les données produites par les cinq CHU, qui ont leurs propres modalités de gestion de leur masse salariale : ils ne précisent pas systématiquement si les diminutions de postes portent sur des postes vacants ou pourvus, si les progressions d'effectifs médicaux résultent d'une obligation statutaire ou sont des créations « nettes ». Les CHU n'ont fourni aucun chiffrage des mesures qu'ils ont déclaré avoir prises.

a) La progression marquée des effectifs médicaux de l'échantillon de la Cour

Les cinq CHU ont recruté ou titularisé (ex : achèvement de la mise en œuvre du statut des praticiens attachés) de nombreux praticiens hospitaliers entre 2006 et 2009. Ce constat est corroboré par les données nationales produites par la conférence des directeurs généraux de CHU en mars 2011.

Les effectifs médicaux dans les cinq CHU en 2009 et leur évolution depuis 2006

En ETP

	Praticiens temps plein	Praticiens temps partiels	Contractuels	Assistants	Attachés	Total	Nombre de postes crées depuis 2006	% évolution 2009/2006
HCL	688	71	144,9	55	370,8	1 329,7	20,9	1,6
Grenoble	291,9	12,5	44,05	18		366,4	27,6	8,2
Saint Etienne	226,1	15,81	108,49	5,89		356,2	32,9	10
Montpellier	357,8	91,6	61,3	14	70,84	595,4	53,4	9,9
Nîmes	205,9	12,5	25,5	8,5	71,3	323,7	35,8	12,4

Source : Cour des comptes d'après données recueillies dans les CHU

L'évolution de leurs effectifs médicaux hospitaliers en ETP augmente de 8 à 12,5 %, à l'exception des HCL qui semblent avoir une politique de maîtrise de leurs effectifs médicaux.

Aux HCL, à Grenoble et à Montpellier, la création de postes de praticiens hospitaliers résulte d'une politique de titularisation d'effectifs de contractuels et non de recrutements nouveaux.

b) La progression limitée des effectifs de personnel non médical de l'échantillon

La gestion des postes évolue avec la réorganisation de certains services logistiques ou des laboratoires (Grenoble), le regroupement ou la

fermeture d'un site, la mise en place des pôles (recrutements administratifs à Grenoble), le développement d'activités de soins voire de recherche, l'amélioration de l'information médicale (Nîmes), le recours à la sous-traitance (Saint Etienne) voire le maintien des effectifs pour suppléer aux absences (Nîmes). Certains CHU comme les HCL et Grenoble ont recruté un nombre important de personnels techniques pour suivre leurs investissements.

Evolution des personnels non médicaux de toutes catégories dans les cinq CHU de l'échantillon de la Cour

Etablissement	Effectifs en 2009 en ETP	Evolution depuis 2006 en %
HCL	16 642	-1,3
Grenoble	6 470	+1,6
Saint-Etienne	5 285	-0,3
Montpellier	7 866	+0,4
Nîmes	4 236	+2,2

Source : Cour des comptes d'après données recueillies dans les CHU

Plus généralement, on observe une relative stabilité des personnels soignants, cette stabilité étant obtenue par une gestion volontariste des CDD et des CDI. Quatre des cinq CHU ont pourvu les postes de permanents vacants par des CDD, ce qui limite leurs charges salariales. Certains CHU ont procédé à une réduction drastique des emplois aidés tels que les contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE).

Evolution de la structure du personnel soignant entre permanents et remplaçants de 2006 à 2009 dans les cinq CHU de l'échantillon de la Cour

Etablissement	Personnel soignant et éducatif en ETP	2006	2009	Evolution en % de 2006 à 2009
HCL	Titulaires, CDI et stagiaires	9 862,57	9 531,45	-3,4 %
	CDD	635,01	872,58	+ 37,4 %
	Total	**10 497,58**	**10 404,03**	**- 0,9 %**
Grenoble	**Total**	**4 156,44**	**4 134,60**	**- 0,53 %**
Saint Etienne	Titulaires, CDI et stagiaires	3 136,33	2 943,21	- 6,16 %
	CDD	299,26	515,83	+ 72,3 %
	Total	**3 435,59**	**3 459,04**	**+ 0,68 %**
Montpellier	Titulaires, CDI et stagiaires	5 032,79	4 863,35	- 0,96%
	CDD	139,35	322,15	+ 31,5 %
	Total	**5 172,14**	**5 185,5**	**+ 0,24%**
Nîmes	Titulaires, CDI et stagiaires	2 445,05	2 541,55	+ 3,95%
	CDD	255,55	278,3	+ 8,9%
	Total	**2 700,60**	**2 819,85**	**+ 4,42%**

Source : Cour des comptes d'après les données recueillies dans les CHU

Cet effort de maîtrise de la masse salariale, qui constitue le levier essentiel d'une maîtrise de la dépense, ne pourra être poursuivi et amplifié que par des mesures de réorganisation structurelle.

CONCLUSION

Il est d'usage de distinguer les CHU parmi les autres hôpitaux publics. Or, s'ils se différencient à l'évidence par leur statut universitaire, ils sont en revanche très semblables aux autres établissements de santé par leur activité de soins : ils prennent en charge majoritairement des patients légers et des affections courantes, les cas les plus graves étant minoritaires.

Les CHU forment un ensemble très varié : leurs différences de taille, de gamme d'activités, de positionnement géographique et de dynamique en matière de publications scientifiques les rendent peu comparables entre eux. Les plus petits CHU sont en réalité plus proches d'hôpitaux généraux situés dans des agglomérations de taille moyenne que des CHU de Paris, Lyon ou Marseille.

Les coûts afférant à leurs missions universitaires sont peu évalués et le manque d'indicateurs ne permet pas de mesurer la performance de chacun. Ils bénéficient à ce titre de moyens significatifs, mais dont les montants, largement assis sur des bases historiques, sont insuffisamment sélectifs.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) s'est accompagnée de nombreux ajustements qui ont porté sur les tarifs et les dotations forfaitaires, ce qui rend difficiles l'analyse de la situation individuelle des CHU et les comparaisons entre eux. Une stabilisation des règles de tarification et une gestion des MIGAC plus rigoureuse, mesures déjà recommandées par la Cour, sont à cet égard indispensables pour mettre ces établissements en obligation de gagner plus rapidement et plus fortement en efficience.

Dans une situation initiale fragile du fait d'une insuffisante productivité, les CHU ont en effet globalement bénéficié des évolutions du modèle T2A qui ont tenu compte de leur spécificité (dotations d'enseignement et de recherche MERRI) ou de leurs difficultés à s'adapter à la réforme (aides à la contractualisation) alors que leur spécificité en matière de soins est limitée. L'augmentation des aides ponctuelles, dont ils bénéficient davantage que les autres hôpitaux, a été ciblée sur ceux d'entre eux qui avaient le plus de difficultés financières.

Ce soutien ne les a pas incités à prendre rapidement les mesures nécessaires pour rendre leur organisation plus efficiente et notamment pour maîtriser l'évolution de leur masse salariale qui représente 65 % de leurs dépenses. Après l'achèvement de la convergence intrasectorielle (secteur public) et dans la perspective de l'accélération de la convergence intersectorielle (secteurs public et privé), les CHU, confrontés à une situation plus fragile et à une décélération des aides, doivent désormais

encore davantage que les autres hôpitaux intensifier les efforts récemment engagés, dont la Cour note les premiers signes.

Il est essentiel à cet égard que les ARS exercent dans leur plénitude leurs responsabilités et veillent spécifiquement à ce que les CHU se réorganisent effectivement et rapidement, de manière à consolider structurellement la maîtrise de leurs dépenses.

RECOMMANDATIONS

43. Standardiser au niveau national les critères permettant de valoriser les missions d'intérêt général (MIG) les plus importantes, dont le service d'aide médicale urgente (SAMU) et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

44. Redéfinir le dispositif des aides contractuelles et son suivi de façon à mettre fin à des financements accordés dans le seul objectif de minorer le montant des déficits.

45. Être nettement plus sélectif dans l'attribution des financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) en s'appuyant sur des indicateurs de performance portant sur l'activité et la qualité de la recherche.

46. Etablir une méthodologie commune aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements permettant une mesure objective des efforts d'organisation et de gestion réalisés et des économies obtenues, notamment dans la gestion des personnels médicaux et non médicaux, mesurée en équivalents temps plein travaillé (ETPT).

Chapitre IX

Les coopérations hospitalières

PRESENTATION

Dans de précédents travaux, la Cour a déjà rendu compte d'instruments de la politique hospitalière destinés à une rationalisation ou une optimisation de l'offre de soins[291]*. Dans un contexte marqué par la nécessité de mieux maîtriser la croissance des dépenses de l'assurance maladie, elle a souhaité aborder le volet intermédiaire entre la réorganisation interne et la redistribution géographique de celle-ci, à savoir la coopération de l'hôpital avec l'extérieur (autres établissements, publics ou privés, de court séjour ou d'aval, médecins libéraux). La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a entendu lui donner une nouvelle impulsion en la faisant passer d'un statut d'outil pragmatique à celui d'instrument de planification majeure au service de l'amélioration du parcours de soins des patients, de la recomposition de l'offre hospitalière et de la réduction des coûts.*

L'enquête ainsi consacrée aux coopérations hospitalières a, comme plusieurs fois dans les années précédentes, associé la Cour et les chambres régionales des comptes[292]*. Elle s'est fondée sur des contrôles menés dans soixante-dix organismes (hôpitaux de toutes tailles mais aussi groupements d'intérêt économique (GIE) ou d'intérêt public (GIP), syndicats inter-hospitaliers)* [293]*, auxquels se sont ajoutées les informations recueillies lors des deux années précédentes dans près de quarante établissements.*

Le présent chapitre examine les instruments de la coopération et l'application qu'en ont faite les établissements, parfois depuis plus de dix ans (I), puis souligne les fragilités des actions menées (II) avant d'en apprécier l'impact pour le moins contrasté (III). Il se conclut par une analyse du début de mise en œuvre des ambitions nouvelles de la récente loi HPST à cet égard (IV). Au total, l'instrument fort utile que constituent les coopérations ne joue pas toujours dans le sens de la recomposition optimale de l'offre hospitalière.

291. Le pilotage de la politique hospitalière – RALFSS 2006 p.153 et suivantes ; Les restructurations hospitalières – RALFSS 2008 p. 263 et suivantes ; L'organisation à l'hôpital – RALFSS 2009 p. 113 et suivantes ; Le plan Hôpital 2007 : La relance des investissements hospitaliers – RALFSS 2009 p. 143 et suivantes.

292. Ont participé à l'enquête les CRC d'Aquitaine, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

293. Plus précisément deux centres hospitaliers universitaires, un centre hospitalier régional, 61 centres hospitaliers, deux hôpitaux locaux, un GIE, deux GIP, un SIH.

I - Des instruments nombreux, très partiellement mis en œuvre

A – Une accumulation d'outils

1 – De multiples supports juridiques

Depuis la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970, un grand nombre de supports juridiques ont été proposés aux établissements pour faciliter le développement d'actions de coopération. Chacun a eu ses spécificités, sans éviter les chevauchements car des coopérations ayant le même objet ont pu recourir à plusieurs de ces outils. On recense à ce jour dix-neuf instruments différents, dont trois[294] à l'état de survivance puisqu'il n'est plus possible de les utiliser pour lancer de nouvelles coopérations.

On distingue classiquement les formes de coopération organique ou institutionnelle et celles de la coopération fonctionnelle.

Les différentes formes de coopérations

Les modes de coopération institutionnels, au nombre de six, permettent de créer des organismes dotés de la personnalité morale en vue de l'exercice de missions communes : il s'agit de groupements d'intérêt économique (GIE), de groupements d'intérêt public (GIP) ou, plus spécifiques du secteur hospitalier, de syndicats inter hospitaliers (SIH) et surtout, depuis 1996, de groupements de coopération sanitaire (GCS). On distingue « GCS de moyens » et « GCS-établissements de santé » titulaires d'autorisations ; plus rarement, d'associations de la loi de 1901 et de créations d'établissement par fusion (qui n'est plus de la coopération au propre sens du terme mais peut avoir été préparé par elle).

Les modes de coopération fonctionnels ne passent pas par la création d'entités dotées de la personnalité juridique. Il s'agit essentiellement d'accords d'association au fonctionnement du service public, de conventions de « clinique ouverte », de fédérations médicales inter hospitalières (FMIH), de simples conventions de coopération et, depuis la loi HPST, de communautés hospitalières de territoire (CHT) qui comportent un projet médical commun aux établissements concernés.

Les réseaux de santé peuvent relever des deux catégories.

S'ajoutent à cet inventaire toutes les coopérations non formalisées, difficiles à appréhender.

294. Syndicat inter-hospitalier, clinique ouverte, communauté d'établissements de santé.

L'enquête a eu à connaître de tous ces instruments attachés à des coopérations entre établissements publics, entre secteur public et secteur privé, entre établissements de court séjour et autres types d'établissements (hôpitaux psychiatriques, centres de soins de suite et de réadaptation, établissements pour personnes âgées, centres de lutte contre le cancer…), entre hôpitaux et médecins de ville. Sur cet échantillon, les formes les plus fréquentes ont été les simples conventions (bilatérales ou multilatérales), les réseaux de santé de forme juridique diverse, les GCS, les GIE. Ont une fréquence moyenne les SIH, les regroupements sur site unique, les GIP, les directions communes à deux établissements.

Il est courant qu'un hôpital soit engagé dans de nombreuses actions de coopération formalisées ou du moins ait conclu de multiples conventions. A titre d'exemple, un établissement de taille moyenne comme celui de Châteauroux a signé 188 conventions, couvrant des actions aussi diverses que l'organisation des gardes médicales, le transfert de nouveaux nés, la mise à disposition partielle de praticiens hospitaliers, l'accès à un scanner ou l'intervention en établissements pour personnes âgées dépendantes. Ces conventions sont signées avec des partenaires d'importance diverse, du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) au médecin libéral, le plus souvent dans le périmètre de la région mais pas exclusivement. Les centres hospitaliers (CH) appartiennent souvent, également, à de multiples réseaux de santé dont l'ampleur va du niveau départemental au national. Ainsi, le CH de Châteauroux est engagé dans 22 réseaux différents, concernant notamment la cancérologie, la diabétologie ou les scléroses en plaques.

Les établissements poursuivent à travers ces coopérations plusieurs finalités : répartir des ressources rares, qu'elles soient humaines, scientifiques, matérielles ou financières -par exemple pour partager et rationaliser la charge de la permanence des soins- ou au contraire intensifier l'utilisation de ressources surdimensionnées (par exemple l'imagerie médicale) ; financer et gérer des investissements utiles à plusieurs parties ; intégrer l'offre de soins au long de filières. Ces objectifs peuvent être également ceux de la tutelle, qui peut y ajouter celui d'une répartition optimale des structures sur le territoire, voire celui d'une meilleure maîtrise de la dépense.

Si, comme on l'a dit, il n'existe pas de corrélation systématique entre ces finalités et la forme juridique des coopérations, on repère quelques axes naturels, par exemple entre constitution de pôles public/privé et GCS, entre exploitation commune d'équipements d'imagerie médicale et GIE ou GIP, entre mise en place de filières de soins et réseaux de santé, la coopération entre hôpital et médecine de ville passant plutôt par de simples conventions. Quant à la CHT, elle a été

présentée dès son origine, mais pas seulement, comme un outil de rationalisation territoriale du système.

Les coopérations se distinguent aussi par leurs origines : certaines ont été rendues obligatoires par la loi au titre de politiques de santé publique, par exemple pour les urgences ; d'autres sont dues à des impulsions expresses des tutelles. Cependant, le plus grand nombre provient d'initiatives de praticiens hospitaliers, ce qui certes peut garantir qu'elles aient répondu à un souci pragmatique mais peut être un facteur de vulnérabilité si elles dépendent excessivement de la qualité des relations personnelles entre les professionnels.

2 – Une responsabilité particulière des agences régionales

Les agences régionales, d'hospitalisation (ARH), puis de santé (ARS) à compter de 2010, ont été chargées par le code de la santé publique (art. L. 1431-2) de « réguler, orienter et organiser » l'offre de services de santé au niveau régional. A ce titre chacune met en place le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui doit préciser « les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations » (art. L. 1434-7) et doit évaluer l'efficacité des actions engagées à cet égard. Pour mettre en œuvre la coopération entre établissements, qui en principe doit être précisée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les ARS disposent d'outils incitatifs et coercitifs : elles peuvent demander la conclusion de conventions de coopération et de conventions de CHT et la création de GCS ou de GIP ; la loi précise qu'en cas d'absence d'effet de ces demandes, l'ARS « peut prendre les mesures appropriées , notamment une diminution » des dotations pour missions d'intérêt général (MIGAC). L'article L. 6131-3 dispose plus particulièrement qu'en cas de déséquilibre financier important ou lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient, l'ARS peut aussi demander la création d'une CHT.

Par ailleurs, l'autorisation d'exercer une activité de soins ou d'exploiter un équipement lourd peut être subordonnée à l'engagement de coopérer pour une utilisation commune et la permanence des soins. Enfin, des moyens financiers peuvent également être apportés aux coopérations, soit sous forme d'aides à la contractualisation (AC) soit par le biais du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ; la loi HPST l'a du reste expressément prévu, pour une période transitoire allant jusqu'à la fin de 2012, pour des projets de CHT et de GCS innovants.

Les agences s'en sont tenues jusqu'ici aux instruments incitatifs (du moins si on considère comme tel l'usage conditionnel des

autorisations d'équipement). Les moyens coercitifs n'ont pas eu d'emploi et la coopération n'a pas été utilisée comme un levier permettant aux pouvoirs publics d'agir sur la configuration de l'offre. L'idée en existe pourtant depuis la loi du 4 septembre 1970 au moins et ses moyens se sont construits par étape, de texte en texte[295], pour aboutir à la loi HPST et à une réaffirmation du principe.

B – L'effectivité inégale des coopérations

1 – Une mise en œuvre très partielle

L'existence des conventions ne garantit pas l'effectivité des coopérations. Le degré de mise en œuvre est variable. L'enquête a mis en évidence des cas où il est élevé, par exemple avec les CH de Niort ou de Montmorillon où s'affirme de surcroît une dynamique constructive. On peut à l'inverse citer le projet de pôle de santé unique du Figeacois qui n'a pas abouti pour l'instant. Des coopérations préconisées avec insistance par la tutelle entre Chartres et Dreux, Orléans et Gien, Valence et Romans ne se sont pas concrétisées. D'autres conventions sont restées longtemps lettre morte après signature, comme entre le CHS de Ville-Evrard et le CH de Saint-Denis ou, faute d'effectifs médicaux, entre Mont-de-Marsan et Dax pour la stimulation cardiaque. Parfois, le contenu effectif reste très limité, comme dans le syndicat inter hospitalier des Landes où la structure de coopération a fort peu de fonctions effectives. Le rapprochement entre Lourdes et Tarbes, bien qu'inscrit au SROS et dans un projet médical commun, reste confiné à des activités restreintes.

L'incomplétude des mises en œuvre se manifeste fréquemment dans le domaine de la permanence des soins. Les structures créées à cet effet, comme les maisons médicales de garde ou les centres d'accueil et de permanence des soins, souvent installées à proximité des services d'urgences, peuvent peiner à s'assurer la présence des médecins de ville, par exemple à Valence ou en Vendée. On peut également se demander si sont vivantes des coopérations dont les conditions de fonctionnement n'ont pas été actualisées depuis plus de dix ans et dont les dispositions financières contractuelles sont toujours libellées en francs. Plus généralement, les juridictions financières ont observé l'absence de suivi et d'évaluation par les hôpitaux des coopérations dans lesquelles ils sont

295. La possibilité de proposer la conclusion d'une convention de coopération figurait déjà dans une loi du 18 janvier 1994 et elle fut assortie de la possibilité de rendre « des mesures appropriées » en cas d'absence d'effet à partir d'une ordonnance du 24 avril 1996. Ces mesures peuvent toucher les MIGAC depuis la loi HPST.

engagés, au point que leur direction est parfois en peine de savoir quelles sont celles qui fonctionnent effectivement.

2 – Un suivi et une évaluation quasi inexistants

Dans une partie des établissements, la plupart des documents constitutifs des coopérations ne prévoient ni suivi ni évaluation de la mise en œuvre ou des résultats. Plus souvent, des évaluations sont prévues, même si c'est par des dispositions lapidaires, mais non réalisées, alors même que les SROS et les CPOM peuvent être à ce sujet abondants et précis. Les éléments économiques et financiers sont en général plus mal suivis encore que les données d'activité. C'est du reste fatalement le cas lorsque les systèmes d'information ne sont pas performants et que la comptabilité analytique est embryonnaire ou insuffisamment fiable, difficulté générale des hôpitaux français. Cette faiblesse des démarches d'objectivation peut avoir pour conséquences l'incapacité à mesurer l'avantage de coopérer, à adapter la pratique en temps utile, à vérifier que les efforts et leurs rétributions sont équitablement partagés entre toutes les parties à la coopération.

II - Des fragilités préjudiciables

Les coopérations étudiées ont présenté des fragilités à plusieurs titres : pérennité incertaine, défauts juridiques, déséquilibres entre partenaires.

A – Une pérennité pas toujours garantie

La pérennité de certaines actions de coopération est parfois mise en péril par la fragilité des liens entre les partenaires ou par la précarité des moyens qui leur sont affectés.

1 – La fragilité des liens entre partenaires

Les conventions qui constituent le mode privilégié de coopération ont un inconvénient symétrique de l'avantage constitué par leur caractère peu contraignant : chaque partenaire peut s'en retirer aisément et dans la plupart des cas rien n'est prévu en cas de défaillance de l'un d'eux. En outre, l'exécution de ces conventions repose souvent sur les relations personnelles qu'entretiennent les équipes et sur l'implication particulière de certains praticiens.

Le défaut d'institutionnalisation se traduit également dans la gouvernance des coopérations : des règlements intérieurs ne sont pas mis en place, des assemblées générales et des comités de coordination médicale ne sont pas réunis ; les rencontres avec les décideurs des établissements partenaires peuvent être rares.

2 – La précarité du financement et des moyens disponibles

Certaines coopérations, liées à la mise en œuvre de plans nationaux ou régionaux de santé publique, notamment dans le cadre de réseaux, voient leur démarrage facilité par des financements en crédits de MIGAC, qui n'ont cependant pas un caractère pérenne dans la mesure où ces coopérations sont in fine destinées à se financer elles-mêmes. A cette précarité intrinsèque s'ajoute l'incertitude pesant globalement sur le niveau des MIGAC. En tout état de cause, qu'elle soit anticipée ou non, la fin des financements spécifiques peut remettre en cause les coopérations en soumettant leur poursuite à la volonté et à la capacité d'organisation des établissements pivots, sachant que des financements ne peuvent venir des autres établissements si leur activité est fragile ou déclinante.

Cette problématique est illustrée dans sa complexité par trois exemples pris au CH d'Avignon. Adhérant depuis 2004 au réseau régional de diabétologie, l'hôpital mettait du personnel à sa disposition pour la formation des patients à l'utilisation des pompes à insuline. Il a cessé en 2010 lors du non renouvellement du financement par la mission régionale de santé[296]. Les effectifs affectés au réseau de coordination départemental en cancérologie ont été réduits de moitié en 2010 également après la cessation des financements MIGAC ; en revanche, l'interruption de la subvention accordée pour le dépistage et la prise en charge globale des hépatites n'a pas dissuadé l'hôpital de poursuivre cette activité.

D'autres coopérations, bien que toujours financées par des crédits spécifiques annoncés comme pérennes, se trouvent affaiblies par des difficultés à disposer de moyens humains suffisants. La mutualisation de médecins dans la fédération des urgences Brignoles-Hyères n'est ainsi pas réalisée en raison des situations tendues des effectifs.

Ce n'est du reste pas la seule raison pour laquelle les mutualisations de moyens peuvent s'avérer plus difficiles à pratiquer que prévu. Les difficultés pratiques dues à la géographie ou à la démographie médicale peuvent être finalement les plus fortes (par exemple parce que

296. Une fragilité des financements a également été relevée dans des cas comme Niort.

les déplacements imposés aux praticiens s'avèrent trop mal commodes ou parce que le déclin d'un bassin est tel qu'il est difficile de retrouver un niveau suffisant d'activité). Il est vrai que ni la géographie ni la démographie n'expliquent que certaines mutualisations, pourtant suscitées et dûment autorisées par la tutelle, ne débouchent sur aucune mise en commun de moyens ou de flux de patients. Par exemple, une répartition des spécialités chirurgicales a été opérée entre le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre (hôpital Max Forestier) et l'hôpital universitaire Louis Mourier (AP-HP) de Colombes au sein d'un SIH, mais, pour certaines d'entre elles, les chirurgiens de l'un ne se déplacent pas pour accorder des consultations dans l'autre, qui en retour se voit reprocher de ne pas adresser au premier de patients à opérer. En revanche, l'autorisation commune d'un service d'urgences fonctionne convenablement et par ailleurs les deux établissements sont engagés désormais dans un projet de regroupement.

Par ailleurs, la logique coopérative se heurte souvent à la logique concurrentielle inhérente à la tarification à l'activité. Certains établissements (par exemple le CHU de Grenoble ou le CHR d'Orléans) ont bien noté qu'il serait financièrement plus avantageux de garder leurs praticiens sur place et percevoir l'entier financement par la T2A, plutôt que d'organiser dans d'autres hôpitaux des « consultations avancées » ne générant que des compensations financières et non de l'activité. La contradiction latente entre logique coopérative et T2A peut du reste aller plus loin. Il a été observé, par exemple à Grenoble, que dans la mesure où la seconde pousse les établissements -du moins ceux qui ont le choix- vers les activités les moins coûteuses, il peut en résulter une difficulté à optimiser les capacités au niveau du territoire et à faire coopérer. Est notamment en jeu ici la possibilité d'atteindre un équilibre partenarial profitable à toutes les parties à la coopération.

B – Des engagements juridiques souvent insuffisamment précis

Le cadre juridique des partenariats est souvent sommaire. Des conventions conclues pour de courtes durées sont tacitement reconduites, sans que soit prévue de procédure de médiation ou de conciliation et en n'abordant que de façon elliptique le régime de responsabilité des parties, leurs droits et obligations. Pour les plus anciennes, très peu réactualisées en général, des traits d'obsolescence sont patents quand elles ne sont pas carrément devenues caduques ; s'il y a eu des avenants, ils n'ont pas été forcément ratifiés par les parties. Il arrive même que des partenariats soient effectifs sans que la convention rédigée ait jamais été signée. La

responsabilité médico-légale, si importante dans le domaine hospitalier, n'est pas toujours définie.

Dans leur fonctionnement, certains dispositifs de coopération pèchent au regard de la réglementation. Les GIE sont particulièrement exposés aux risques. Risque fiscal pour commencer : alors que les membres d'un GIE sont soumis à l'impôt sur les sociétés à raison de leur quote-part des bénéfices, certains ne déclarent pas ce bénéfice, d'autres contournent le système en adaptant les charges du GIE de manière à ne pas dégager de résultat excédentaire. Par ailleurs, la mise à disposition du GIE de personnel n'est pas toujours correctement formalisée ni régulièrement organisée, les agents réellement mis à disposition ne sont pas toujours identifiés, faisant courir un risque aux associés, par exemple en cas d'accident du travail. Au demeurant, la régularité sur le fond de la mise à disposition de fonctionnaires hospitaliers est incertaine, surtout lorsque le fonctionnement intégré du GIE avec un cabinet privé les met en situation de participer à l'activité libérale de celui-ci (manipulateurs de radiologie).

D'autres risques juridiques ont été relevés, par exemple lorsqu'un groupement est chargé de construire un bâtiment étranger à son objet social. S'ajoutent à cela les risques de conflits et de contentieux, civils et administratifs, inhérents à l'exploitation partagée d'équipements. Enfin, l'information des patients n'est pas toujours assurée quant à l'existence d'un partenariat interférant dans leur prise en charge et le recueil de leur consentement éclairé.

C – Des déséquilibres entre les parties

1 – Une répartition inégalitaire des coûts et des charges

Dans nombre de coopérations qui lient un hôpital public à un acteur de santé privé, la part du risque économique ou financier assumée par le CH est la plus importante.

C'est peut-être en partie inévitable, en dernière analyse, quand il s'agit du risque financier de l'emprunt, dès lors que la solvabilité inégale des partenaires fera jouer de façon asymétrique la solidarité des membres du GIE sur leur patrimoine propre (par exemple à Grasse ou à Hyères). Mais d'autres déséquilibres ont une origine contractuelle. Par exemple, en cas de co-utilisation d'équipements lourds par le CH détenteur du matériel et des médecins libéraux, les conventions font souvent reposer le risque économique de non réalisation des objectifs d'activité sur l'hôpital, soit qu'elles n'assignent aucun seuil de rentabilité aux partenaires privés, soit qu'elles ne prévoient pas de pénalités. A Menton, l'activité libérale

de scanner a été très inférieure aux prévisions et l'équilibre financier de l'exploitation en a été modifié.

Le déséquilibre peut être encore plus net quand il s'agit du risque financier lié à la construction de pôles de santé public-privé : souvent l'hôpital est maître d'ouvrage unique de l'opération. Si cela facilite certes la réalisation, il assume seul le risque financier de l'investissement puisque l'équilibre dépendra pour lui des loyers versés par son partenaire. Or ce dernier peut entrer en mauvaise fortune, voire cesser ses activités, avant le terme du plan de financement (vingt ou trente ans le plus souvent). Des conventions d'occupation du domaine public prévoient d'ailleurs des échéances inférieures à la durée du plan de financement ou la possibilité de la dénoncer avant (Dinan et Saint-Tropez).

Mais, avant même la manifestation d'un risque, c'est la répartition des charges et des coûts qui peut être inégale. Celle des coûts d'investissements, dans les pôles public-privé, est parfois inéquitable car les redevances ou loyers sont sous-évalués ou non réajustés. A Saumur, alors qu'à l'origine du projet la charge était répartie correctement entre les deux partenaires, public et privé, la forte hausse du coût du nouvel établissement a été presque entièrement supportée par le centre hospitalier et l'ARS. A Dinan, la clinique financera 26 % du total de l'investissement alors qu'elle occupe 80 % de l'espace du nouveau bâtiment ; son loyer pourra même être diminué si ses résultats annuels baissent en dessous d'un certain plancher.

Dans d'autres cas, ce sont les coûts de prise en charge des patients qui sont inégalement répartis. C'est même fréquent dans les cas où la coopération consiste à faire accueillir les urgences dans un établissement puis à les transférer dans un autre (l'hôpital n'y perd certes pas toujours car il arrive que l'assurance maladie paye deux séjours successifs pour un même patient). Dans les conventions entre le CH de Loudun et des cliniques de la région, les premières prises en charge (accueil, diagnostic, premières formalités administratives) sont supportées par l'hôpital et les produits de l'activité de soins reviennent aux cliniques.

La charge de la permanence des soins est très communément répartie de façon inégale et même non conforme aux conventions (Fontenay-le-Comte, Pau, Mont-de-Marsan, Guingamp ou le GIP IRM du Berry[297], entre autres exemples). Au demeurant, le jeu des conventions entre hôpital et établissements pour personnes âgées peut aggraver les problèmes du CH : faute de personnel infirmier suffisant, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) peuvent avoir tendance à adresser en urgence à l'hôpital des

297. Désormais dissous.

personnes qui ne relèvent pas, en réalité, d'un tel traitement et auraient dû demeurer dans leur lieu d'hébergement (mais qui pour autant n'y reviennent pas nécessairement dans les vingt-quatre heures).

Au sein des GIE, la répartition des charges entre partenaires peut manquer de transparence et ne pas correspondre au règlement intérieur. A Grasse, le CH n'a pu longtemps être certain que ce qu'il payait au GIE d'imagerie correspondait bien à des patients qu'il lui avait adressés. Ces exemples ne suffisent pas à rendre compte de la diversité des défauts d'équité.

Les conventions de co-utilisation des plateaux techniques se traduisent elles aussi par des mécanismes de quasi subventionnement par insuffisance des redevances exigées des professionnels libéraux, alors même que celles-ci sont réglementées. C'est le cas à Mont-de-Marsan. A Douarnenez, dont il est vrai que l'hôpital est plus demandeur de l'utilisation de son plateau technique que les médecins libéraux de la ville, le cadre juridique du GCS de moyens a permis de ne prévoir que de faibles redevances. A Rambouillet, le CH ne paraît pas en mesure de savoir si la redevance qu'il perçoit couvre les dépenses d'amortissement et de fonctionnement de l'IRM et du scanner.

Mais il arrive également aux coopérations entre établissements publics de ne pas répartir convenablement leurs charges. On peut citer celles qui lient le centre hospitalier spécialisé de Ville Evrard et les hôpitaux généraux du département (gardes médicales psychiatriques, mise à disposition de personnels non médicaux) ou le CHU de Rennes et le CH de Redon (remboursement des mises à disposition pour les consultations avancées).

2 – Des retombées médico-économiques inéquitablement partagées

La répartition des activités entre établissements, notamment au sein d'un pôle de santé public-privé, n'aboutit pas nécessairement à un équilibre satisfaisant et durable. C'est un exercice complexe qui justifierait davantage d'études d'impact préalables. Si le partage est trop conservateur, il risque de maintenir les deux partenaires dans la sous-rentabilité, comme ce fut le cas à Guingamp ; mais une partition plus tranchée peut mésestimer les incidences à termes de la T2A, qui n'est pas neutre entre les activités (par exemple entre obstétrique et chirurgie gynécologique ou plus globalement entre médecine et chirurgie). On risque alors de laisser à l'un des partenaires la mauvaise part : la part à moindre potentiel tarifaire et la part d'activités dont l'organisation est la

moins programmable, qui peuvent n'en faire qu'une (comme à Saint-Tropez ou à Roanne).

Plus subtilement, le déport de marge peut survenir, non pas entre établissements mais au profit des praticiens hospitaliers, à qui le transfert d'activité -transfert non matériel- de l'hôpital vers un GCS permettra d'être rémunérés à l'acte ou de percevoir un intéressement (Brignoles ou Lille).

Les consultations avancées dispensées par les médecins d'un CH de référence ou de recours auprès d'un hôpital de proximité sont une forme fréquente de coopération. L'avantage pour le second est d'assurer aux habitants de son bassin de santé des consultations spécialisées et de conforter son activité. Le CH de référence peut de son côté recruter ainsi des patients nécessitant un niveau de prise en charge supérieur. Toutefois, dans le contexte de recherche généralisée de gains d'activité, l'équilibre peut être faussé : le risque est notamment de voir l'établissement de référence sélectionner et attirer à lui des séjours qui auraient pu être assumés par l'autre. Il peut aussi se produire que la coopération rapporte de l'activité à l'un des deux établissements sans en créer dans l'autre mais en en prenant à des établissements tiers. C'est ainsi que le CHU de Toulouse a renforcé ses parts de marché sur le bassin de Lavaur, alors que le CH n'a pas vu les consultations avancées générer beaucoup d'actes chirurgicaux. Mais il se peut aussi que la coopération aboutisse à maintenir effectivement dans le petit établissement des activités qui se révèlent déficitaires car le remboursement au coût réel des consultations excède les recettes nées de celles-ci (Barbezieux) ; il est vrai que la situation inverse se présente parfois (entre Montmorillon et Le Blanc).

Le pôle public-privé de Saint-Tropez

Le pôle public-privé de Saint-Tropez déjà cité illustre d'autre façon les déséquilibres possibles. Par exemple, les endoscopies des patients hospitalisés dans le secteur public sont effectuées par la clinique. Celle-ci perçoit le tarif complet lié à cet acte technique sans assumer la prise en charge en amont (préparation du patient) et en aval (post-opératoire en médecine). Les urgences chirurgicales lui sont aussi confiées dans le cadre d'une concession de service public. Elle encaisse à ce titre le tarif complet sans supporter tous les coûts ; l'hôpital de son côté est remboursé au titre de l'accueil aux urgences générales des actes de diagnostic pré-opératoire, qui sont donc payés deux fois par l'assurance maladie. Ce cas est courant dans les établissements qui opèrent des transferts de leurs services d'urgences vers d'autres établissements. Par ailleurs, lorsque la clinique accueille en soirée des patients venant des urgences dont la prise en charge chirurgicale peut attendre le lendemain, ce sont les urgentistes de l'hôpital qui assurent la surveillance médicale de nuit, ce qui permet à la clinique de limiter ses contraintes d'organisation tout en garantissant l'activité du lendemain.

La clinique, malgré sa mission de service public, n'a pas mis en place d'astreinte d'infirmier anesthésiste, ce qui oblige le CH à des mises à disposition la nuit et en fin de semaine alors que sa propre organisation est fragile en anesthésie. Il ne bénéficie à ce titre d'aucun remboursement. Il ne bénéficie pas non plus de la réciprocité médicale. Enfin, il prend en charge les impayés des patients hospitalisés à la clinique dans le cadre de la concession de service public qui, de fait, réduit les contraintes et les risques de la clinique.

III - Un impact contrasté sur la recomposition de l'offre de soins

L'évaluation de l'impact des coopérations sur l'organisation de l'offre de soins n'est pas plus assurée par la tutelle que celle des effets sur les établissements eux-mêmes. C'est le signe que la coopération n'est pas encore inscrite dans une perspective stratégique, alors même que, d'une part, la politique hospitalière situe ses enjeux essentiels dans l'organisation spatiale du secteur et, que, d'autre part, la tutelle est à l'origine d'une partie des actions entreprises. L'abondance des documents de réflexion ex ante et de planification ne doit donc pas tromper sur la réalité de l'implication globale.

De ce fait, il est difficile d'acquérir une opinion documentée sur l'impact des coopérations, que ce soit en termes d'amélioration sanitaire ou d'économies de moyens. Il est certes relativement aisé de conclure qu'une coopération a permis d'assurer la pérennité de l'offre de proximité en évitant la fermeture de services voire d'établissements, ou de supprimer des doublons, ou encore de mutualiser des ressources rares : les juridictions l'ont constaté, par exemple à Loudun ou à Brignoles. Quant à aller au-delà de l'intuition de sens commun et à établir le bénéfice exact pour la collectivité, on en est encore loin. Les tableaux de bord régionaux qui permettraient d'y parvenir n'existent pas.

Cependant l'échantillon de l'enquête permet de classer les effets avérés en quelques grandes catégories graduées : il peut s'agir d'effets structurants pour l'offre, ou d'effets seulement adaptatifs permettant aux partenaires de suivre l'évolution des conditions d'exercice. Parfois aussi, les effets peuvent n'être que formels, voire même être contre-performants et entraver la rationalisation de l'offre.

A – Certains effets structurants

1 – L'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité

Les coopérations peuvent aboutir au rapprochement de l'offre de soins vers le patient. C'est directement le cas, par exemple, lorsque les urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison sont prises en charge dans les établissements généraux par des professionnels de l'hôpital spécialisé (CHS de Ville Evrard avec quatre CH de Seine Saint-Denis). Dans le domaine gynéco-obstétrique, une coopération fonctionne depuis près de quinze ans entre Châteauroux et Le Blanc qui permet de maintenir dans ce dernier une maternité de niveau 1 ; la nécessité pour les patientes de se déplacer jusqu'à Poitiers a ainsi été réduite. De son côté, le CHU a par sa coopération avec le CH de Montmorillon facilité le maintien d'une offre de proximité en chirurgie viscérale et en biologie, qui a, à son tour, favorisé l'installation de généralistes en zone rurale, dont l'isolement est rompu par l'appui hospitalier.

Plus indirectement, l'association des praticiens de l'hôpital de proximité à la prise en charge des patients d'un CHU et à son plateau technique permet de maintenir de hautes compétences qui auraient pu quitter le territoire. C'est par exemple le cas du GCS de neurochirurgie du CHRU de Lille avec le CH de Valenciennes.

On perçoit d'autre part les améliorations qualitatives que peut apporter la mise en œuvre de coopérations avec l'exemple des urgences : les fédérations inter-hospitalières des urgences, avec constitution d'équipes uniques d'urgentistes sur un territoire sont un facteur d'harmonisation des pratiques, d'augmentation du nombre de gestes de réanimation pratiqués par tous les intervenants et de meilleure orientation des patients vers les plateaux les plus adaptés. C'est le cas entre les établissements de Montauban et de Castelsarrasin-Moissac ou entre ceux de Châteauroux et Le Blanc. La coopération en matière de permanence des soins avec la médecine de ville peut de son côté aboutir à une réduction du nombre de passages inutiles aux urgences, comme on l'a vérifié à Grenoble.

2 – La recherche de complémentarités

La complémentarité, qu'elle s'entende horizontalement entre établissements de même niveau ou verticalement au long de filières, est un objectif affiché de nombreuses coopérations.

La complémentarité aboutie et porteuse d'effets réels est celle de coopérations portées par un projet médical commun. C'est le cas du GCS

associant le CHRU et le centre de lutte contre le cancer de Lille Oscar Lamberet (COL), conformément aux attentes du plan cancer national, qui après quatre ans d'existence a lui-même formé un autre GCS avec le CH de Seclin et le CHRU.

L'articulation de l'hôpital avec l'aval, notamment les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pose des problèmes bien connus, aussi bien sur le plan de l'intérêt des patients que sur celui de la bonne organisation des établissements. Par conséquent, la coopération entre les uns et les autres est facilement source de progrès : réduction des attentes avant la sortie de l'hôpital, fluidification des parcours internes, mais aussi sécurisation de la prise en charge des cas aigus par l'hôpital, voire suivi des patients par les praticiens hospitaliers : ainsi le CH de Gap-Sisteron pour les relations avec les SSR ou celui de Loches pour les personnes âgées.

Entre établissements hospitaliers, des parcours de soins peuvent également profiter de relations conventionnelles : par exemple entre hôpital et cliniques pour organiser les transferts (par exemple Bourges pour son service de réanimation), ou entre CH et CHU de manière à ce que la patientèle du premier (et ses médecins traitants) soient assurés des compétences auxquelles on aura recours en cas de besoin, non pas de façon aléatoire mais dans un cadre lisible de filière de soins (par exemple Seclin avec le CHRU et le GCS « centre régional de référence en cancérologie » impliquant le COL). Rendre plus lisible pour les médecins de ville le fonctionnement de l'hôpital et notamment des services d'urgences constitue aussi souvent un enjeu déterminant. Au demeurant, une meilleure lisibilité signifie aussi une plus grande notoriété, précieuse dans un contexte concurrentiel où les positions dépendent des flux d'adressage émanant des cabinets de ville.

3 – L'optimisation de l'emploi des ressources médicales

Un modèle fréquent de coopération consiste en le partage du temps des médecins entre établissements, notamment sous la forme de consultations avancées des praticiens d'un gros hôpital dans un hôpital partenaire.

L'objectif peut aller au-delà du bon usage d'une ressource médicale reconnue comme rare et viser la fidélisation de médecins : le CHRU de Lille passe depuis une douzaine d'années convention avec d'autres établissements proches pour que ceux-ci accueillent d'anciens internes recrutés comme assistants spécialistes ; ceux-ci peuvent ainsi prendre des responsabilités dans une pratique hospitalière à condition de

s'engager à postuler ultérieurement comme PH dans l'établissement d'accueil.

B – Des logiques adaptatives

Les coopérations ont souvent pour objet et pour effet de permettre l'adaptation des établissements aux évolutions du cadre technico-juridique de leur exercice : c'est à plusieurs qu'ils peuvent atteindre un niveau inaccessible individuellement, soit que l'idée leur vienne spontanément, soit qu'elle leur ait été dictée par la tutelle. Cependant, parfois le regroupement n'est utilisé qu'à des fins tactiques.

1 – Suivre les évolutions normatives

Le sommet de la hiérarchie des établissements offre quelques exemples de coopérations lancées pour répondre à de grands axes de la politique de la santé publique ou de la recherche. Le pilotage de la recherche clinique par le ministère tend vers un cadre interrégional, à travers notamment des délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC) et les dotations en MERRI sur appels à projets. C'est donc logiquement qu'on trouve des GCS regroupant des CHU (comme ceux d'Amiens, Caen, Lille et Rouen) chargé de répondre aux appels d'offres nationaux et internationaux ou celui regroupant cinq CHU de l'Est (Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg)..

Parmi les mesures introduites par la loi de bioéthique de 2004 figure l'obligation pour tous les établissements de santé de participer à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement. C'est une incitation directe à coopérer. De même, le plan cancer est-il à l'origine de nombreux rapprochements, dont on a vu un exemple supra ; on pourrait également citer le GCS constitué entre le CHRU de Toulouse, le CLCC, un GCS de cancérologues privés, l'établissement français du sang et un groupement de CH locaux devant réaliser les bâtiments d'un institut universitaire du cancer, couvrant ainsi de nombreux aspects du cycle qui va de la recherche aux soins. La prise en charge des cancers est, plus généralement, un champ privilégié de la coopération adaptative.

Un autre moteur de la coopération est le durcissement des conditions d'autorisation qui reposent de façon croissante sur des critères de sécurité et de qualité de la prise en charge. Les hôpitaux sont appelés à coopérer pour atteindre les seuils réglementaires d'activité et organiser les prises en charge dans de bonnes conditions de sécurité. De surcroît, la participation à ces partenariats engendre normalement une homogénéi-

sation des protocoles entre établissements et favorise donc la continuité des soins, ce qui est notamment bénéfique lorsque s'associent des établissements publics et privés.

Le mécanisme est particulièrement à l'œuvre dans le domaine de la cancérologie mais on peut l'illustrer aussi dans celui de l'insuffisance rénale chronique et de la dialyse : la réglementation de 2002 conditionne les autorisations à la mise en œuvre de certaines modalités de prise en charge mais il peut être fait exception pour les établissements ayant passé convention de coopération avec d'autres disposant des modalités en cause. L'hôpital de Mont-de-Marsan et une association de dialyse à domicile, dont la couverture est complémentaire, mènent ainsi une coopération qui permet la continuité des soins.

2 – Obtenir une autorisation

Une partie au moins des ARH a couramment conditionné, dans les années récentes, les autorisations d'équipements lourds à la mise en place de coopérations pour leur exploitation, ce qui en a fait la forme la plus immédiate d'utilisation de la coopération à des fins de rationalisation de l'offre de soins. Par exemple, le CH de Seclin s'est d'abord vu refuser l'implantation d'un appareil IRM pour cause d'insuffisance d'activité et de partenariats avant que ne l'obtienne en 2009 le GIE qui l'unissait à six cabinets de radiologie (un des motifs étant par ailleurs qu'il s'était engagé dans un partenariat avec le CHRU pour la constitution de filières d'activités). Le mécanisme peut être affiné pour s'adapter au cas des établissements bénéficiaires d'autorisations provisoires pour une durée permettant d'atteindre le niveau d'activité requis : c'est alors la coopération qui peut permettre de passer à une autorisation définitive, comme le CH de Saint-Dizier envisage de le faire pour la chirurgie carcinologique avec des cliniques et le CHU de Reims.

C – Un obstacle paradoxal parfois à une meilleure organisation de l'offre

1 – Le renforcement d'une concurrence inutile

L'inaboutissement des coopérations peut être dû à leur incapacité à surmonter la tendance des établissements, ancienne ou réactualisée par la T2A, à se concurrencer (cf. II-A) ; l'impasse de la coopération peut alors renforcer et pérenniser cette tension. Mais il arrive aussi que certaines coopérations aient pour effet d'exacerber la concurrence sous couvert de rationalisation de l'offre, notamment parce qu'il leur manque une approche territoriale cohérente. Par exemple, en Aveyron, le CH de

Rodez, établissement pivot de son territoire, après avoir fait l'objet d'une rénovation de centaines de lits et du plateau technique a vu émerger le projet d'un pôle concurrent entre Villefranche-de-Rouergue, Decazeville et Figeac (dans le Lot) lorsque les trois établissements ont annoncé leur intention de constituer une CHT. Quel que soit l'avenir de cette initiative, elle compromet la rentabilisation des investissements de Rodez, sans doute surdimensionnés au demeurant. Dans les Hautes-Pyrénées, l'ARS a dû ajourner la mise en place opérationnelle d'un GCS formé entre les CH de Tarbes et de Lourdes pour réaliser la maîtrise d'ouvrage du futur établissement résultant de leur rapprochement, afin que l'investissement ne prenne pas de vitesse la réalisation d'un projet de territoire impliquant l'ensemble des acteurs et comportant des répartitions d'activités.

Dans d'autres cas, la coopération crée de toutes pièces la concurrence entre équipements : afin qu'il y ait une activité publique de radiothérapie à Boulogne-sur-Mer, on a autorisé en 2005 un GIE regroupant le CH et des radiologues libéraux pour exploiter un accélérateur de particules, permettant aux médecins libéraux d'exploiter la moitié de cet équipement en plus des deux qu'ils détenaient déjà dans leur groupement propre ; pour qu'ils acceptent d'en assurer l'environnement technique de sécurité, ils ont par ailleurs été autorisés à exploiter un appareil d'IRM, qui est venu s'ajouter à ceux du secteur public de la région.

2 – Des coopérations entravant la restructuration

Pour des raisons qui tiennent essentiellement à une insuffisante articulation avec la planification sanitaire, les coopérations peuvent aboutir à des contre-sens par rapport aux flux effectifs de patients, à des prolongations artificielles d'activités voire à la création d'activités non optimales.

Si les coopérations sont menées dans un territoire dont les limites administratives sont en décalage avec les flux de patients, elles faussent les effets attendus des restructurations. Par exemple, le CH de Lavaur est inclus dans le territoire de santé du Tarn Sud alors que les flux se portent naturellement vers le CHU de Toulouse. Le nouveau CH de Castres-Mazamet risque du reste, pour la même raison d'une mauvaise définition préalable de son territoire de desserte, de peiner à amortir son investissement. La perspective d'une CHT entre les CH de Mont-de-Marsan et de Dax paraît précaire du fait des habitudes ancrées de relations entre Mont-de Marsan et Pau, d'une part et entre Dax et Bayonne, d'autre part. Il lui faudrait sans doute une assise plus large.

Une action de coopération peut avoir pour effet de prolonger artificiellement une activité, notamment, là aussi, si elle n'est pas intégrée dans une approche globale du territoire de santé. On peut citer des coopérations à caractère défensif destinées à maintenir des activités chirurgicales et d'urgence en l'absence de définition par la tutelle de priorités et de cartographies par spécialités et activités, par exemple entre Douarnenez et le CHI de Quimper-Concarneau. Il faut du reste admettre que la coopération peut rester impuissante à préserver le réseau lorsque la population est en déclin trop marqué ou se caractérise par des taux de fuite importants. Elle peut certes améliorer l'accès aux soins et leur qualité sans empêcher que les taux de fuite restent forts, situation ambiguë qu'on trouve par exemple à la suite de la coopération du CH de Montmorillon et du CHU de Poitiers.

Enfin, certaines coopérations ont favorisé le développement d'activités en dépassement des objectifs quantifiés des SROS. Par exemple, le littoral du Pas-de-Calais comporte deux centres d'assistance médicale à la procréation alors qu'il n'aurait dû en exister qu'un seul, certes du fait de défaillances dans la procédure administrative de demande d'autorisation mais également parce que l'habillage coopératif entre le public et le privé a eu un effet entraînant sur la tutelle.

3 – Des outils détournés de leur vocation

On a vu que, fort logiquement, la tutelle s'est à plusieurs reprises servie du mécanisme d'autorisation des équipements pour provoquer des coopérations. Cette approche peut cependant dériver vers une discutable pratique du marchandage, avec des résultats non rationnels. Dans le cas de la radiothérapie de Boulogne-sur-Mer déjà évoqué, les tractations de la tutelle avec le secteur privé pour qu'une offre publique puisse être présente dans la zone ont abouti à laisser à la discrétion du privé le bon fonctionnement et le développement de cette offre. De fait, lors du renouvellement de l'autorisation en 2009, le CH n'avait pas atteint le niveau de conformité et seuls les opérateurs privés ont conservé une autorisation, avec au surplus l'IRM obtenu par eux au départ, seul effet concret de l'opération. Ce résultat paradoxal a été masqué par l'obligation faite de céder l'autorisation à un GCS constitué avec le CH. La constitution du GCS a du reste été lente et a accusé plusieurs mois de retard par rapport à l'échéance prévue. En tout état de cause, son existence paraît devoir rester plus formelle que susceptible d'effets concrets.

Ce risque de détournement formaliste des outils de la coopération se présente notamment dans deux configurations. D'une part, ils peuvent servir de simple -mais flatteur- support juridique à des relations contractuelles très proches, sur le fond, du droit commun. Lorsqu'un CH

utilise le plateau technique d'une clinique, il arrive que la forme d'un GCS soit donnée à un contenu en fait très similaire à un contrat d'exercice libéral.

D'autre part, les supports propres à la coopération peuvent être utilisés pour dissimuler ou atténuer l'impact d'une remise en cause, peut-être inéluctable mais politiquement difficile à assumer, de la prise en charge par le secteur public : dans ce cas, un GCS pourra être porteur d'autorisation dans lequel la présence de l'offre publique sera en réalité marginale et pas nécessairement vouée à durer.

D – L'absence de dimension stratégique

Si, au total, effets positifs, effets contre-productifs et fragilités se côtoient dans les pratiques historiques de la coopération, ils confirment par défaut que celles-ci n'atteignent pas, sauf exception, le niveau d'un instrument de stratégie, ni pour le devenir de chaque établissement, ni du point de vue de l'offre globale.

Les actions de coopération sont certes souvent mentionnées parmi les orientations stratégiques des CPOM mais cela ne suffit pas à leur donner cette dimension, reposant sur une analyse objective des points forts et des points faibles des établissements et visant à une recomposition ou à une articulation globale de l'offre de soins. Alors même que le positionnement concurrentiel ou la situation financière exigeraient souvent davantage, les juridictions financières ont observé des juxtapositions de conventions ponctuelles, fruits des circonstances ou des obligations réglementaires voire des effets de mode, sans cadre général ni assurance de pérennité.

C'est ainsi une vision défensive de la coopération qui l'emporte le plus souvent sur toute autre, au lieu, par exemple, de faciliter la trajectoire des patients et la bonne articulation de la chaîne des soins entre l'hôpital et la médecine de ville. Dans ce domaine, les cliniques excellent souvent. Le secteur public, en revanche et notamment des établissements importants et prestigieux, y peine. Ainsi notamment du CHU de Grenoble, dont les défauts de l'organisation interne empêchent largement l'adressage pérenne par les cabinets de ville. Les difficultés résultent aussi du caractère encore embryonnaire de l'organisation des relations externes, sujet qui a jusqu'ici été négligé. La mise à disposition des plateaux techniques est un autre moyen de favoriser des complémentarités mutuellement intéressantes. A Grenoble, il y a, face à la concurrence, sous-utilisation de cette possibilité, qui n'est ni objectivée ni évaluée.

*
* *

Au total, en 2010 au moment où la loi HPST commence d'être mise en œuvre, il apparaît que les instruments traditionnels de la coopération n'étaient pour la plupart pas conçus pour être des vecteurs de recomposition. La tutelle ne les a pas exploités à cette fin, sauf de façon marginale puisqu'elle ne s'est guère montrée directive en dépit des outils forts dont elle pouvait déjà disposer pour imposer des réorganisations et dont les réalisations n'ont été ni suivies ni évaluées.

IV - La nouvelle politique de coopération : un changement de dimension ?

A – Les potentialités ouvertes par la loi HPST

L'ambition affichée par les pouvoirs publics, franchement en 2008, de façon plus nuancée depuis lors mais sans démenti des orientations premières, est de passer désormais d'une coopération éparpillée et sans ambition structurante à un instrument stratégique de rationalisation de l'offre. Cette nouvelle approche offerte par la loi HPST constituerait une réponse à une bonne part des observations critiques formulées ci-dessus. L'enquête a permis de recueillir de premiers éléments d'appréciation sur ce point.

Les travaux préparatoires à la loi HPST

Deux rapports remis au Gouvernement en 2008 ont posé le cadre intellectuel et politique des communautés hospitalières de territoire (CHT). La notion elle-même est issue du rapport Larcher[298], qui a entendu rompre avec la tendance de la coopération traditionnelle à reposer sur des considérations de moyens plutôt que sur des orientations médicales. Elle est inspirée des structures de coopération intercommunales, avec notamment les idées de complémentarité et de délégation de compétences. La CHT a fondamentalement vocation à se voir déléguer des activités cliniques. Le rapport préconisait la mise en place d'«incitations fortes » pour que les hôpitaux se rapprochent dans ce nouveau cadre.

298. La mission de l'hôpital, avril 2008.

Le rapport Vallancien de juillet 2008[299] a proposé pour sa part une articulation type des trois niveaux hospitaliers distingués depuis 2004[300]. Au premier niveau serait organisée une « plate-forme de proximité » (« 350 hôpitaux locaux et une centaine de petits hôpitaux dont la chirurgie va fermer ») consacrée à l'accueil des urgences, à des soins peu techniques et certaines missions de proximité (gériatrie, SSR…).Elle orienterait les patients le nécessitant vers les deux niveaux supérieurs (référence et recours). Dans ce contexte, les CHT auraient été le cadre du transfert des activités de chirurgie, de médecine spécialisée et d'obstétrique initialement exercées dans les petits établissements.

Même si, lors de l'élaboration de la loi HPST qui a fait suite à ces rapports, le Gouvernement a atténué l'idée de rupture avec les formules anciennes, ce texte marque bien une étape importante : il dispose que les CHT mettront en œuvre une stratégie commune aux établissements participants et gèreront en commun des fonctions et des activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences. Leurs conventions comporteront obligatoirement un projet médical commun précisant les délégations et transferts, les modalités de mise en cohérence des comptes et plans de financement et les modalités de coopération dans la gestion des ressources humaines. Une circulaire immédiatement consécutive à la loi a donné les termes clefs du futur système hospitalier : complémentarité et gradation de la prise en charge entre les niveaux d'établissements.

La loi HPST a également visé à rendre enfin possible l'émergence de GCS porteurs d'autorisations d'activité, déjà prévus par des textes antérieurs mais qui n'avaient quasiment pas reçu d'effet concret. Destiné à devenir notamment le support privilégié de la coopération entre public et privé -alors que les CHT sont purement publiques-, ce type de GCS « établissement de santé » (GCS-ES) est présenté comme formant avec ces dernières l'instrument de la rationalisation de l'offre à venir.

Les créations de CHT et GCS-ES relèvent de l'initiative des établissements même si on a vu ci-dessus que les ARS disposent des moyens légaux d'imposer leur création au cas où les circonstances l'exigeraient. Un dispositif national d'amorçage a été mis en place en 2009-2010, consistant à aider par des financements MIGAC ou FMESPP des établissements désireux de s'engager dans une expérimentation et sélectionnés pour la qualité de leur projet (42 projets ont été retenus dont les trois quarts pour des CHT). Cependant, les objectifs affichés se

299. « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire ».

300. Cf. chapitre VIII du présent rapport relatif au financement des centres hospitalo-universitaires (CHU).

gardaient d'affirmer de façon trop univoque l'ambition structurelle et conciliaient au contraire presque toutes les finalités possibles et traditionnelles de la coopération. En effet, les projets devaient s'inscrire, selon la DGOS, « dans l'une des trois finalités suivantes : une démarche de recomposition de l'offre de soins du territoire ou de restructuration des activités des membres, une démarche d'amélioration de l'accès aux soins et de la performance des soins sur le territoire, une organisation mutualisée de certaines activités de soins ou médico-techniques ».

Par ailleurs, les ARS ont été appelées à s'investir dans une concertation avec les établissements pour élaborer des projets médicaux de territoire avant que ne soient adoptés, en 2012, les SROS de quatrième génération.

B – Les premiers constats au début de 2011

1 – Plus d'intentions que de réalisations, des reculs parfois

L'enquête menée en 2010 ne permet d'évoquer que des projets en matière de CHT, par exemple autour des CH de Châteauroux, Arras, Longjumeau, Montauban. Certains ont l'intérêt de dénoter l'émergence d'une vraie logique de groupe, comme celui autour du CHU de Grenoble, conçu dans un contexte concurrentiel et avec la perspective de renforcer le secteur public dans les coopérations prévues par ailleurs avec le privé. Cependant, il s'agit plus souvent de simples esquisses, des accords de principe, des démarches très embryonnaires et l'ensemble donne plutôt une impression de lenteur et d'hésitation.

Quelques faits obligent à conclure, à tout le moins, que l'issue positive n'est pas acquise ; il y a encore, entre aujourd'hui et le moment où elle pourra l'être, une épreuve décisive à franchir, à laquelle les préparatifs actuels n'ôtent rien de sa difficulté politique.

Hors quelques situations locales favorables, la réception du nouveau dispositif législatif par le milieu hospitalier n'est pas dénuée de réserves et n'autorise pas à exclure de devoir faire le jour venu acte d'autorité. Pour autant, une décision d'autorité ne serait pas exempte de risques de blocages, d'où il s'ensuit que la période actuelle est à la fois affairée et indécise. Les cas de progressions substantielles (Villefranche-sur-Saône/Tarare) comme de longs blocages (Valence/Romans) se répondent dans une même région ; ils sont trop minoritaires pour permettre un pronostic mais les autres dossiers ne le permettent pas davantage compte tenu de leur degré d'avancement.

2 – Les difficultés rencontrées

Depuis le lancement des travaux préalables à la loi HPST, assez de temps s'est écoulé pour que nombre de projets d'établissements en aient déjà rabattu sur leurs ambitions initiales, y compris parmi ceux qui avaient été sélectionnés par la DGOS (comme cette dernière l'a du reste relevé). Leur contenu se réduit et on en revient parfois aux logiques voire aux supports antérieurs à la loi (exemple Figeac).

D'autre part, les raisons invoquées -quand elles le sont- pour justifier les réticences à aller plus loin dans le sens des CHT ou des GCS-ES sont instructives. Certaines paraissent superficielles et trahissent surtout le fait que le refus de la CHT et de ses transferts est l'a priori du raisonnement. Par exemple, on oppose à la constitution d'une CHT le fait que certains de ses membres appartiennent déjà à un GCS de moyens et qu'une CHT ne peut pas intégrer un GCS, même purement public. D'autres sont plus réalistes mais partielles et d'effet provisoire, comme l'incertitude sur la question de savoir si les praticiens pourront être rémunérés, comme actuellement dans les GCS, à un niveau comparable à celui du secteur privé. On a invoqué aussi certains défauts des conventions prévues pour les CHT.

D'autres raisons, en revanche, révèlent des difficultés de fond, qu'on peut à ce stade ranger sous trois thèmes (non exhaustifs). D'une part et sans doute surtout, les processus bloquent sur la question de la gouvernance et de la localisation du pouvoir, par exemple lorsqu'une clinique devrait intégrer un GCS-ES de droit public (question aggravée de celle de la grille tarifaire applicable). D'autre part, certains très gros établissements sont, de facto et parce qu'ils y ont travaillé depuis des années, déjà à la tête de groupes dans lesquels les petits établissements fonctionnent de façon disciplinée pour un bénéfice mutuel : ils ne voient pas forcément la nécessité de se soumettre à un mécanisme dépendant de la tutelle et attendent sans doute une démonstration sur ce point. Enfin, les ambivalences de la doctrine officielle révèlent leur potentiel d'exploitation tactique : le terme de « projet commun », si décisif dans la rhétorique, peut recevoir divers contenus, tous apparemment recevables dès lors qu'ils insistent suffisamment sur le terme « commun » et la « complémentarité » elle-même est chose assez partagée pour que beaucoup puissent s'en prévaloir sans devoir passer par un nouveau « formalisme ». Le CHRU de Lille cumule plusieurs des difficultés évoquées ci-dessus.

Au-delà des motifs plus ou moins objectifs pour échapper au mouvement et des habiletés sémantiques, est cependant en cause la fonction historique des coopérations, qui est foncièrement préservatrice des structures existantes en ce qu'elle entend pallier les raretés de ressources ou les insuffisances d'activité, avec cet avantage accessoire de

toujours pouvoir se réclamer de l'accessibilité des soins plus aisément que d'autres mécanismes.

3 – Un pilotage nécessaire à deux niveaux

Face à ces pesanteurs, la question est de savoir si les éléments de contextes vont être assez puissants pour convaincre les établissements d'entrer en voie de recomposition, ce qui marquerait l'entrée dans l'ère nouvelle de la coopération. Ces facteurs sont essentiellement au nombre de trois : la situation financière des hôpitaux, les perspectives de la démographie médicale, les impératifs sanitaires et économiques tels qu'exprimés par les procédures d'autorisation d'activités et d'équipements. S'ils n'enlèvent rien aux avantages des CHT, ce sont sans doute eux et non les vertus de ces dernières, qui pourront vaincre les résistances et pousseront à franchir le pas.

Cependant le premier joue de façon incertaine : outre que le discours général est moins alarmiste qu'il y a un an ou deux, ni la T2A ni les MIGAC ne poussent nettement aux restructurations. La T2A commence par inciter au volume d'activité et à la concurrence, les MIGAC ont beaucoup servi à maintenir l'existant[301]. Les tendances de la démographie médicale, quant à elles, sont déjà à l'œuvre et ont déclenché nombre des coopérations examinées. Pour amener les acteurs à préférer les coopérations restructurantes, il faudra démontrer que le problème des effectifs se traite mieux par la redistribution et le transfert des activités que par le partage du temps médical. Le troisième facteur a déjà fait la preuve de son potentiel avec les maternités, la cancérologie, les urgences ou l'imagerie ; le nouveau régime des laboratoires de biologie pourrait également avoir des effets sensibles. On devrait pouvoir attendre plus encore de la réglementation annoncée des activités chirurgicales, qui pour l'instant reste cependant de l'ordre des virtualités.

La pression spontanée de ces facteurs, même conjugués, n'apparaît donc pas comme assez décisive pour que la tutelle puisse se dispenser de jouer pleinement son rôle et d'agir avec détermination : l'ensemble des outils, y compris les textes réglementaires en attente, doivent être conjugués pour impulser les recompositions nécessaires. Un pilotage rigoureux par l'administration centrale du ministère et une mise en œuvre ferme par les ARS s'imposent ainsi car le risque est aujourd'hui que la loi HPST reste sans effet notable sur la configuration de l'offre.

301. Voir les chapitres VII-Tarification à l'activité et convergence tarifaire et VIII-Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU) du présent rapport.

CONCLUSION

Si les coopérations hospitalières ont souvent des effets positifs perceptibles, ceux-ci sont plus ou moins profonds et durables. Parfois en trompe l'œil, marquées par des déséquilibres importants entre les parties prenantes, notamment au détriment des structures publiques, elles peuvent même s'avérer contraires à la rationalisation de l'offre dès lors qu'elles sont conçues dans un but étroitement défensif au lieu d'être mises au service d'une dynamique de réorganisation en profondeur.

Leur multiplicité même, l'absence généralisée d'étude préalable, le défaut constant de suivi et d'évaluation empêchent en tout état de cause toute capitalisation et toute appréciation de leur impact en termes d'efficience.

Le rôle majeur que leur confie la loi HPST dans la recomposition territoriale de l'offre de soins dans le double souci d'une meilleure prise en charge des patients et d'une maîtrise plus rigoureuse des dépenses, rend ainsi indispensable à tous égards leur pilotage beaucoup plus ferme et rigoureux par les tutelles aux différents niveaux, sauf à risquer l'échec de la recomposition de l'offre de soins qui s'impose de manière pressante compte tenu de l'ampleur du déficit de l'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

47. Piloter fermement la stratégie de recomposition de l'offre hospitalière en mettant résolument en œuvre l'ensemble des outils, y compris coercitifs (DGOS et ARS).

48. Réduire le nombre des supports juridiques possibles pour les coopérations en supprimant ceux qui n'ont pas trouvé d'usage (DGOS).

49. Normaliser les modèles de conventions, de GIE et de GIP pour éviter les risques juridiques et les déséquilibres pesant sur les hôpitaux (DGOS).

50. Diffuser des recommandations méthodologiques spécifiquement destinées à préserver les intérêts des hôpitaux dans les coopérations (DGOS).

51. Vérifier la pertinence géographique des territoires de santé et les affranchir au besoin des limites départementales (ARS).

52. Rendre systématiques les études d'impact précises avant lancement des coopérations et les évaluations ultérieures ainsi que leur communication aux ARS.

TROISIEME PARTIE

COUVERTURE OBLIGATOIRE ET PROTECTION FACULTATIVE

Chapitre X

La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale

PRESENTATION

Une partie des dépenses de santé remboursables n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et reste donc à assumer par les assurés. La composante la plus ancienne de cette participation est le ticket modérateur, instauré en 1930.

Cette règle existe dans tous les pays d'Europe selon des modalités différentes[302] *et s'accompagne de divers mécanismes de protection destinés à limiter son impact sur le revenu de certains ménages.*

En France, ce principe général de participation s'accompagne ainsi d'un grand nombre d'exonérations ciblées sur des types d'actes ou sur des catégories spécifiques de personnes. Les plus connues sont celles qui bénéficient aux assurés en affection de longue durée (ALD).

Ces exonérations peuvent porter sur tout ou partie de la participation financière des assurés. Foisonnantes (une trentaine de motifs d'exonération pour le seul ticket modérateur), répondant à des logiques diverses, elles ne font pas toujours l'objet d'un suivi régulier et exhaustif.

La Cour a recensé les motifs d'exonération et les logiques qui les sous-tendent (I). Elle a ensuite cherché à évaluer le coût pour les régimes obligatoires de base de ces prises en charge, en principe intégrales sous réserve des dépassements d'honoraires et des dépenses non remboursables, qui ne sont pas compris dans le champ de l'enquête (II). Elle en a mesuré l'incidence sur le reste à charge des assurés et en a déduit des voies de réforme (III).

I - Un dispositif d'exonérations complexe

La situation actuelle en matière de restes à charge résulte d'une sédimentation historique. Au ticket modérateur, instauré en 1930, se sont progressivement ajoutés le forfait journalier hospitalier (en 1983), la participation forfaitaire de 1 € (en 2005), la participation forfaitaire de 18 € sur les actes lourds (en 2006) et les franchises (en 2008). Les dispositifs visant à atténuer les effets de ces mesures se sont parallèlement multipliés et sont devenus de plus en plus complexes.

302. Toutefois, dans certains pays, cette participation ne porte que sur certains segments de soins. Par exemple, en Grande-Bretagne, il n'existe pas de participation des assurés pour la médecine de ville et les soins hospitaliers. En revanche, il existe une participation pour les médicaments, les soins paramédicaux et les soins dentaires.

A – La multiplicité des motifs d'exonération

1 – Les exonérations de ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 18 €

La participation de l'assuré aux soins de ville et hospitaliers

Couramment appelée ticket modérateur, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature d'assurance maladie, créée par la loi du 30 avril 1930, concerne les frais de médecine, de soins dentaires, de biologie, de radiologie, de médicaments et de dispositifs médicaux, d'hospitalisation et de traitement par une structure hospitalière, de médicaments, de transport, de contraception, d'hébergement et de traitement en établissement pour enfants handicapés. Cette participation est le plus souvent proportionnelle aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Dans les établissements de santé, les assurés doivent s'acquitter d'un ticket modérateur de 20 % ou d'une participation forfaitaire de 18€ s'ils ont effectué un acte coûteux dont le montant est supérieur à 120 €.

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale liste les cas ouvrant droit à la prise en charge du ticket modérateur par l'assurance maladie. Par ailleurs, la prise en charge intégrale des frais et traitements est également prévue, dans certains cas, au titre de l'assurance maternité et des accidents du travail/maladies professionnelles[303].

La prise en charge intégrale des dépenses de santé par les régimes de base peut être justifiée soit par le coût de la prestation (a), soit par des considérations de santé publique ou de politique sociale (b), soit par la situation du bénéficiaire (c).

303. La notion de ticket modérateur n'existe pas pour les AT-MP et l'assurance maternité. Par conséquent, on parlera dans ce cas de prise en charge intégrale par les régimes de base plutôt que d'exonération de ticket modérateur.

Seuls les principaux motifs d'exonération du ticket modérateur sont présentés ci-après[304].

a) Les exonérations liées au coût des prestations

Les affections de longue durée

Créé en 1945, à une époque où la population n'était que très peu protégée par les couvertures complémentaires, le dispositif des ALD visait à permettre aux personnes les plus exposées à des maladies longues et coûteuses d'accéder aux soins en instituant une exonération de la participation financière des assurés.

Aux termes de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, un assuré ne peut être admis en ALD que s'il est atteint d'« affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ». Toutefois, cette définition n'est plus que partiellement appliquée aujourd'hui. En effet, seule la durée garde aujourd'hui une définition réglementaire (six mois de traitement continu). Le coût ouvrant droit à une exonération n'est plus défini de façon directe depuis 1986. En contrepartie, le champ de l'exonération est, depuis cette date, limité aux seules dépenses en rapport direct avec la maladie exonérante, dans le cadre de l'ordonnancier bizone.

L'admission en ALD est subordonnée à l'accord d'un médecin-conseil de l'assurance maladie. Les pathologies concernées, au nombre de 30, figurent sur une liste établie par décret[305]. Pour chaque ALD, des critères médicaux sont utilisés pour la définition des conditions requises

---

304. Le code de la sécurité sociale supprime le ticket modérateur dans beaucoup d'autres cas : les forfaits techniques des scanners et IRM ; les IVG subies par les mineures non émancipées ; les frais de dérangement des pharmaciens et les copies d'ordonnance ; les séjours dans les centres de lutte contre le cancer, les maisons de santé chirurgicales, obstétrico-chirurgicales et médicales, les pouponnières à caractère sanitaire, les maisons de repos et de convalescence ; l'acquisition, la réparation et le renouvellement des produits de grand appareillage ; certains frais de transport ; les frais d'hébergement et de traitement remboursables des enfants et adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale ou professionnelle ainsi que les frais de traitement concourant à cette éducation dispensés en dehors de ces établissements ; les frais d'hébergement dans les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les soins dispensés dans les centres de cure ambulatoire ayant pour objet la prévention et le traitement de l'alcoolisme ; les frais de diagnostic et de traitement de la stérilité. Le nombre d'assurés concernés par ces exonérations et la charge que celles-ci représentent pour l'assurance maladie ne sont pas connus.

305. Les ALD les plus représentées dans la population sont le cancer, les diabètes, l'hypertension artérielle sévère et les affections psychiatriques.

pour être admis au bénéfice du dispositif. Ces critères sont de nature réglementaire et donc opposables. Toutefois, l'affection n'est pas obligatoirement prédéfinie puisque peuvent aussi ouvrir droit à l'exonération de ticket modérateur des affections « hors liste », pour lesquelles les médecins conseils estiment qu'il s'agit de troubles graves et dont la prise en charge est longue et coûteuse :

- la « 31ème maladie » ou ALD 31 recouvre tous les cas où « le malade est atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave (…) pour des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois ». La 31ème maladie concerne 7 % des admissions ;
- la « 32ème maladie » ou ALD 32 vise la situation où « le malade est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois sont nécessaires » : elle concerne 2 % des admissions.

L'admission en ALD est, théoriquement, valable pour une durée déterminée. En 2007, seules 2,3 % des demandes de renouvellement avaient fait l'objet d'un avis défavorable des médecins conseils.

L'incidence et la prévalence des ALD sont en forte augmentation. Au 31 décembre 2009, le régime général comptait 8,6 millions de personnes en ALD, soit 15 % de sa population (contre 12 % en 2004 et 13,6 % en 2006). S'il n'existe pas de données tous régimes, ce qui constitue une lacune importante dans l'évaluation de ce dispositif, on peut estimer qu'au total, un peu moins de dix millions de personnes sont actuellement en ALD. Cette croissance des effectifs, qui va se poursuivre, est pour 60 % due à une augmentation de la prévalence des ALD à âge donné, les évolutions démographiques -vieillissement et augmentation de la population- comptant pour 40 %.

Les hospitalisations longues

Les frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du 31ème jour d'hospitalisation consécutif sont exonérés de ticket modérateur, à l'exception des dépenses relatives aux médicaments à vignette bleue (c'est-à-dire remboursés à 30 % par l'assurance maladie).

Le RALFSS 2002 avait mis en évidence l'obsolescence de cette règle qui date de 1955. En effet, le délai théorique de 30 jours n'est plus guère atteint aujourd'hui en maternité, chirurgie et obstétrique (MCO) sauf si l'hospitalisation est suivie d'un séjour en établissement de convalescence, un cumul des temps de séjours étant autorisé. En revanche, la durée moyenne de séjour était de 30 jours en 2006 en psychiatrie. Cette règle ancienne devrait être ainsi reconsidérée dans le

cadre d'une réforme globale de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation (cf. infra, partie III).

Les médicaments coûteux

La participation de l'assuré est supprimée pour trois catégories de médicaments : les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux », les médicaments inscrits sur la liste des médicaments rétrocédables[306], les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux » figurent sur une liste établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la commission de la transparence (HAS). Dans les faits, celle-ci ne propose que très rarement un remboursement à 100 %[307]. L'UNCAM suit généralement l'avis de la commission et recommande ainsi de rembourser ces médicaments à 65 %. Pour autant, la décision ministérielle qui fait suite à cette recommandation peut leur attribuer un remboursement à 100 %. Les raisons qui conduisent à s'écarter de l'avis de la commission de la transparence sont peu claires, faute de disposer d'une définition précise de ce qu'est un médicament « irremplaçable et particulièrement onéreux ». Fin 2010, 497 spécialités « irremplaçables et particulièrement coûteuses » figuraient dans la base tarifaire de la CNAMTS. Le prix moyen de ces médicaments était de 404 €, avec un maximum de 11 930 €. Mais sur ces 497 spécialités, 44 avaient un prix inférieur à 10 € et 96 un prix inférieur à 30 €.

Parmi les médicaments rétrocédés, seuls les médicaments en ATU sont obligatoirement remboursés à 100 %[308]. En pratique, la plupart des médicaments rétrocédés sont toutefois remboursés à 100 %, pour un montant de 1,45 Md€ en 2009. Mais un nombre très limité de médicaments rétrocédés sont remboursés à 65 % (61 M€ pour le régime général) et de manière encore plus marginale à 30 % (72 000 € pour le régime général). Fin 2010, la base tarifaire de la CNAMTS comprenait 762 spécialités rétrocédées et remboursées à 100 %.

306. Les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments inscrits sur une liste positive, dite « liste de rétrocession » (prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique), qu'ils soient disponibles ou non en officine.

307. Jusqu'à présent, elle ne l'a fait que pour les médicaments relatifs à la prise en charge du VIH.

308. Cf. chapitre IV – La maîtrise des dépenses de médicaments, p. 140.

Les médicaments remboursés à 100 % et les médicaments rétrocédés à 100 % sont ceux qui enregistrent les plus fortes dynamiques. Alors qu'en moyenne, les médicaments dans le champ de l'ONDAM ville ont vu leurs remboursements théoriques (c'est-à-dire le montant des remboursements qui serait observé si aucun assuré n'était en ALD) croître de 3,3 % en 2009, cette progression a atteint 10,1 % pour les médicaments remboursés à 100 % et 11,5 % pour les médicaments rétrocédés à 100 %. Ces deux catégories représentaient 22 % du total des remboursements théoriques en 2009, contre 19 % en 2007.

b) Les exonérations liées à des considérations de santé publique

Les frais de dépistage des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et par le virus de l'hépatite C

Le dépistage du VIH/SIDA et de l'infection par le virus de l'hépatite C peut s'effectuer dans des structures dédiées[309] mais aussi en laboratoire de ville, à l'hôpital, dans les centres d'examen de santé et dans les services de protection maternelle et infantile (PMI).

Lorsque le dépistage de ces deux infections est effectué en laboratoire de ville, les dépenses exposées sont exonérées de ticket modérateur. Les remboursements du régime général[310] au titre du dépistage du VIH en ville s'élevaient à environ 51 M€ en 2008 tandis que ceux relatifs au dépistage de l'hépatite C en ville étaient de 39 M€.

Les programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables

Les frais d'examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables figurant sur un arrêté sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Actuellement, il existe deux programmes de dépistage organisé : le dépistage du cancer du sein, généralisé en 2004 et le dépistage du cancer colorectal, généralisé en 2009. En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, le test remis par le médecin traitant ainsi que l'analyse du test en laboratoire agréé sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En revanche, si une coloscopie est prescrite, elle est prise en charge au taux habituel : un montant de 18 € reste à la charge de l'assuré.

309 . Consultations de dépistage anonyme et gratuit, centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

310. Hors sections locales mutualistes.

Dans des recommandations rendues publiques le 15 novembre 2010, la Haute autorité de santé (HAS) a recommandé la mise en place au niveau national d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, soit 17,5 millions de personnes.

Les consultations de prévention destinées aux mineurs

Les enfants de moins de six ans bénéficient de 20 consultations théoriquement obligatoires[311] et entièrement prises en charge par l'assurance maladie. Ces examens peuvent être réalisés dans le cadre de la médecine de ville, d'une consultation dépendant du service départemental de PMI ou de la médecine hospitalière et, principalement en ce qui concerne le premier examen, à la maternité.

Dans le cadre de la médecine de ville, la prise en charge intégrale de ces consultations de prévention par l'assurance maladie a été remise en cause par la création de majorations au bénéfice des médecins généralistes et des pédiatres les réalisant. Parmi ces majorations, seul le forfait pédiatrique, qui s'applique aux consultations ou aux visites effectuées au 8ème jour, aux 9ème mois et 24ème mois, est exonéré du ticket modérateur. Son coût est estimé à 26,5 M€ en 2009 pour le régime général.

Par ailleurs, le code de la santé publique prévoit la réalisation d'un bilan de santé pour les enfants de 3-4 ans à l'école maternelle par les médecins de PMI. Cet âge a été jugé pertinent pour le dépistage des troubles visuels ou auditifs, des problèmes de poids, des retards de langage ou des troubles des apprentissages. Il permet par ailleurs la détection des situations de maltraitance.

Enfin, l'article L. 541-1 du code de l'éducation a institué une visite obligatoire au cours de la sixième année de l'enfant, qui est en grande partie réalisée dans le milieu scolaire.

Les différents dispositifs de consultations de prévention prévus pour les mineurs semblent de fait mal articulés entre eux, notamment en ce qui concerne les champs de compétence respectifs de la PMI, de la médecine scolaire et de la médecine de ville.

Quant à la participation des enfants, elle reste faible et insuffisamment connue. S'agissant des vingt consultations destinées aux enfants de moins de 6 ans, les données statistiques disponibles concernent uniquement celles donnant lieu à un certificat de santé : 88 % pour le

311. Sur ces 20 examens, trois (8ème jour, 9ème mois et 24ème mois) donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé. Jusqu'en 2005, le fait de ne pas avoir passé un de ces trois examens pouvait, dans les textes, exposer à une sanction sous forme de baisse des allocations familiales.

certificat du 8ème jour et 50 % pour les examens du 9ème mois et du 24ème mois. Les données statistiques sur les caractéristiques des enfants ayant bénéficié de ces consultations ne sont pas exploitées. En ce qui concerne le bilan de santé des enfants de 3-4 ans, les statistiques annuelles de la DREES font état d'un taux de réalisation de 66 % pour l'année 2008. Il n'existe pas de données plus récentes. Pour cet examen, les conseils généraux qui gèrent les PMI ne bénéficient pas d'un remboursement de l'assurance maladie, à la différence des vingt examens de prévention mentionnés ci-dessus. Quant au bilan de santé de la sixième année, il n'est réalisé qu'à 65 %.

Le coût de ces dispositifs pour l'assurance maladie et les autres acteurs n'est pas connu.

Enfin, plusieurs consultations instituées par le législateur n'ont pas été mises en œuvre, leur utilité ayant été ultérieurement remise en cause. C'est le cas des visites médicales prévues pour les enfants de 9, 12 et 15 ans prévues par la loi du 5 mars 2007, de l'entretien personnalisé en classe de cinquième prévu par la LFSS pour 2005 et de la consultation annuelle destinée aux jeunes de 16-25 ans prévue par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire

L'examen bucco-dentaire, connu du grand public sous l'appellation « M'T Dents », a été substitué en 2007 à l'ancien dispositif « Bilan bucco dentaire » lancé en 1997. Initialement prévu pour les enfants âgés de 6 et 12 ans, il a été étendu à l'issue des négociations conventionnelles à ceux de 9, 15 et 18 ans.

Le dispositif comprend une consultation de prévention dentaire (examen bucco-dentaire et conseils d'éducation sanitaire). Cette consultation est intégralement prise en charge par l'assurance maladie et bénéficie du tiers payant. Si nécessaire, des radiographies intrabuccales et des soins peuvent également être pris en charge à 100 %. Les soins ne peuvent faire l'objet de dépassements d'honoraires mais ne bénéficient pas du tiers payant, à l'exception des soins des enfants de 6 et 12 ans, âges où les rendez-vous sont théoriquement obligatoires.

Le taux de participation a atteint 32,2 % en 2009. Même s'il n'est pas directement comparable, ce résultat est supérieur de 10 points à l'ancien dispositif pour lequel les taux de participation étaient souvent

inférieurs à 20 %. Il reste toutefois trop faible au regard des besoins constatés[312].

c) Les exonérations liées à la situation des bénéficiaires

Les invalides

En 2009, 602 300 personnes bénéficiaient d'une pension d'invalidité dans le régime général. Les affections psychiatriques et les maladies du système ostéo-articulaire représentent les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité.

Les titulaires d'une pension d'invalidité disposent d'une prise en charge intégrale des frais engagés pour eux-mêmes. Cette exonération continue de s'appliquer même si la pension est suspendue et ne cesse qu'un an après la suppression de la pension. Elle a été étendue aux personnes titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité[313] ; aux titulaires d'une pension de réversion, âgés de 55 à 60 ans, atteints d'une invalidité permanente et remplissant les conditions d'obtention d'une pension d'invalidité et aux titulaires d'une pension d'invalidité, âgés de plus de 60 ans, qui continuent d'exercer une activité professionnelle et ont refusé temporairement la transformation de leur pension d'invalidité en pension vieillesse.

L'exonération de ticket modérateur prévue dans le cadre de l'invalidité s'applique à tous les soins et traitements, à l'exception des médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 30 %. Ce dispositif est donc plus généreux que celui des ALD, dans lequel seuls les soins et traitements en rapport avec la pathologie exonérante bénéficient d'une exonération de ticket modérateur. Or, d'après la CNAMTS, en 2009, près de 64 % des personnes en invalidité étaient également en ALD.

312. Ce pourcentage est sous-estimé en raison d'une codification non systématique de cet acte par certains chirurgiens-dentistes, et par le fait que les services hospitaliers de consultations externes ne le codent pas encore. Cf. chapitre XIII du RALFSS 2010 sur les soins dentaires, p. 326 et suivantes.

313. D'après des données de la CNAMTS transmises à la DSS à l'été 2010, cette exonération coûterait 350 M€ par an à l'assurance maladie.

Les femmes enceintes

Les femmes enceintes bénéficient d'une prise en charge très étendue, surtout à compter du sixième mois de grossesse[314].

Toutefois, cette prise en charge est marquée par de nombreuses incohérences. D'une part, certains examens pourtant jugés indispensables à la surveillance de la grossesse, comme les échographies du 1er et du 2ème trimestre, ne sont pas pris en charge à 100 %. A contrario, la prise en charge intégrale apparaît peu voire pas du tout justifiée dans un certain nombre de cas (prise en charge de l'ensemble des frais médicaux, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, à partir du 6ème mois de grossesse ; prise en charge de huit séances de préparation à l'accouchement, ce qui semble excessif notamment pour les femmes ayant déjà accouché).

Le coût pour l'assurance maternité et l'assurance maladie des prises en charge intégrales prévues pour les femmes enceintes n'est pas connu dans le détail.

Par ailleurs, l'important dispositif d'exonérations dont bénéficient les femmes enceintes ne suffit pas à garantir un suivi de la grossesse satisfaisant pour les femmes en situation de précarité.[315]

Les nouveau-nés

Les nouveau-nés bénéficient d'une exonération de ticket modérateur pendant les 30 jours qui suivent la naissance pour les frais d'hospitalisation et pour les soins dispensés en établissement de soins public ou privé, à l'exception des médicaments à vignette bleue.

314. L'assurance maternité prend intégralement en charge (y compris la participation forfaitaire de 1 € et le forfait hospitalier), dans la limite des tarifs de base de l'assurance maladie, les huit consultations prénatales obligatoires ainsi que les examens complémentaires (recherche de groupe sanguin, sérologies) ; l'examen médical du futur père ; pour les femmes présentant un risque particulier, le caryotype fœtal et l'amniocentèse ; huit séances de préparation à la naissance ; l'interruption non volontaire de grossesse ou l'interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique ; à compter du sixième mois de grossesse, l'ensemble des actes, produits et examens, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse ; la consultation obligatoire postnatale et deux séances de suivi postnatal ; dix séances de rééducation périnéale.

315. Cf. Cour des comptes, rapport public annuel 2006, la politique de périnatalité, p. 365 et suivantes.

Les pensionnés militaires d'invalidité

L'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre dispose que « l'État doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité (…) les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension ». Par ailleurs, les prestations sans rapport avec la blessure ou la maladie sont également exonérées de ticket modérateur. Elles sont à la charge de l'assurance maladie[316].

Au 31 décembre 2009, le nombre de « bénéficiaires actifs » était de 80 063, soit environ le tiers des bénéficiaires potentiels[317].

D'après les chiffrages transmis par la CNAMTS, le coût pour l'assurance maladie de l'exonération de ticket modérateur pour les prestations sans rapport avec la blessure ou la maladie des titulaires d'une pension militaire d'invalidité serait de 87 M€.

En ce qui concerne l'Etat, les crédits consommés se sont élevés à 62,5 M€ en 2009, avec un coût moyen annuel par bénéficiaire de 814 €. Pour 2011, la dotation des soins médicaux gratuits (55,5 M€) est en diminution de 11,85 M€ par rapport à 2010.

Les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle

La branche AT-MP constitue une branche indépendante de l'assurance maladie et ne ressort donc pas directement du champ de cette enquête. Toutefois, compte tenu du nombre important de bénéficiaires concernés par la prise en charge intégrale des dépenses de santé et de son impact financier, il a paru utile de mentionner ce dispositif à titre d'information.

Les personnes prises en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficient d'une prise en charge intégrale des actes, soins et traitements en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ainsi que d'une dispense d'avance de frais.

Par ailleurs, les personnes titulaires d'une rente d'accident du travail-maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66,6 % ainsi que leurs ayants droit sont pris en charge à 100 %, y compris pour les soins et traitements sans rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle. Cette exonération ne s'applique toutefois pas aux médicaments à vignette bleue.

316. Articles L. 371-6 et L. 613-14 du code de la sécurité sociale.

317. Source : projet annuel de performances 2011, programme 169 : Mémoire, reconnaissance et réparation en faveur du monde combattant, sous-action 21.

Le nombre de bénéficiaires de ces exonérations ainsi que la charge qui en résulte pour les régimes de base ne sont pas suivis. D'après les données fournies par la CNAMTS, la charge pour la branche AT-MP de l'exonération de ticket modérateur représenterait 218 M€ Il faudrait ajouter à cette somme le coût de l'exonération de ticket modérateur pour les accidentés du travail ayant une incapacité physique permanente d'au moins 66,6 %, estimé à 35 M€ par la CNAMTS.

2 – Les exonérations de forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier (FJH) est pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie-maternité pour les patients suivants :

- les bénéficiaires de l'assurance maternité ;
- les patientes hospitalisées pour interruption de grossesse thérapeutique ou fausse couche ;
- les enfants nouveau-nés, hospitalisés pendant les 30 jours suivant leur naissance ;
- les enfants prématurés hospitalisés dans un centre ou un service spécialisé agréé ;
- les bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, qu'ils soient assurés ou ayants droit et quel que soit le motif de l'hospitalisation ;
- les enfants et adolescents handicapés hébergés en structure médico-éducative dispensant, à titre principal, une éducation spéciale ou professionnelle, ou dont l'hospitalisation est en rapport avec le handicap[318] ;
- les donneurs d'éléments et produits du corps humain.

Dans le RALFSS 2002, la Cour avait souligné qu'il n'existait aucune statistique sur le nombre et les causes d'exonération du forfait journalier. Aucun progrès n'a été réalisé.

Des données existent en revanche sur le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation concernées. Toutefois, elles ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale et pour le champ MCO. Pour les établissements psychiatriques, les services de soins

318. Les enfants et adolescents hébergés dans d'autres catégories d'établissements médico-sociaux ne bénéficient pas d'une prise en charge du forfait journalier par les régimes obligatoires d'assurance maladie (pouponnières, rééducation fonctionnelle, établissements psychiatriques).

de suite et de réadaptation (SSR) et les établissements privés, on ne connaît pas le pourcentage de séjours ou journées exonérés du FJH.

En 2009, 44,6 millions de journées d'hospitalisation étaient soumises au FJH[319]. 86 % d'entre elles[320] ont donné lieu à une prise en charge du FJH par l'assuré et 14 % par les régimes obligatoires de base. Sur les 36,6 millions de journées ayant donné lieu à un paiement du FJH par l'assuré, 30,3 millions concernent des patients exonérés du ticket modérateur. Ainsi, 17 % des journées devraient conduire à la fois au paiement du FJH et à celui du ticket modérateur, les assurés ne payant en définitive que le plus élevé des deux.

3 – Les exonérations de la participation forfaitaire d'un euro et des franchises

Entrée en vigueur le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'ensemble des consultations et des actes médicaux. Par ailleurs, l'article 52 de la LFSS pour 2008 a instauré une franchise annuelle sur certaines prestations et produits de santé : médicaments (0,50 € par boîte), actes paramédicaux (0,50 € par acte) et transports sanitaires (2 €). Ces deux participations sont chacune soumises à un double plafond : un plafond annuel de 50 € et un plafond journalier[321].

Seules quelques catégories d'assurés sont exonérées de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises : les ayants droit mineurs de l'assuré, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), les bénéficiaires de l'assurance maternité, les pensionnés militaires d'invalidité pour les seules prestations médicales nécessitées par les blessures ou maladies qui ouvrent droit à la pension.

Au total, le nombre de personnes ainsi exonérées dans l'ensemble des régimes représente 29 % de la population, soit près de 19 millions de personnes.

---

319. Données MCO des établissements anciennement sous dotation globale. Les autres journées ne sont pas soumises au FJH parce qu'elles concernent des séjours d'une durée inférieure à une nuit. Tous les résumés de sortie anonymisés ont été pris en compte à l'exception de ceux comportant des GHM en erreur ou n'ayant pas été « chainés » avec la base de facturation. Globalement, les données concernent 89 % des séjours.

320. Les journées pour lesquelles le code d'exonération n'est pas connu ne sont pas prises en compte.

321. S'agissant des franchises, le plafond journalier n'existe que pour les actes paramédicaux (2€) et les transports sanitaires (4€). S'agissant de la participation forfaitaire, le plafond journalier est de 4€.

B – Des règles parfois incohérentes

Le dispositif actuel d'exonérations résulte d'une stratification progressive de mesures prises isolément sans véritable évaluation de leur pertinence et de leur cohérence.

1 – Le périmètre des prises en charge intégrale

Depuis la création des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €, les catégories de populations disposant véritablement d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé par l'assurance maladie sont très réduites puisqu'elles se limitent exclusivement aux nouveau-nés hospitalisés et aux femmes enceintes à compter du 6ème mois de grossesse.

Les autres catégories bénéficient d'exonérations portant uniquement sur certaines composantes de la participation financière, sans que les raisons de ces différences soient toujours apparentes.

Par exemple, les invalides bénéficient d'une exonération générale de ticket modérateur et de la participation forfaire à 18 € alors qu'ils ne bénéficient d'aucune exonération pour le FJH.

De même, les enfants de moins de 18 ans sont exonérés de la participation forfaitaire d'un euro et des franchises alors qu'ils ne bénéficient d'aucune autre exonération.

Enfin, la limite d'âge pour bénéficier de l'exonération est fixée à 16 ans pour le parcours de soins et à 18 ans pour les franchises et la participation forfaitaire d'un euro.

Par ailleurs, le périmètre des prises en charge est très variable, là encore sans que les justifications n'en apparaissent clairement.

Ainsi, alors que pour les patients en ALD et les victimes d'AT-MP, l'exonération de ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 18 € est limitée aux seuls soins et actes en rapport avec la pathologie, cette exonération est étendue à la totalité des dépenses remboursables non seulement pour les femmes enceintes à compter du 6ème mois de grossesse et pour les titulaires d'une rente AT-MP avec incapacité permanente d'au moins deux tiers, mais aussi pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension militaire d'invalidité.

Alors que l'exonération de FJH est limitée aux seules hospitalisations en rapport avec la pathologie exonérante pour les victimes d'AT-MP et les titulaires d'une pension militaire d'invalidité, elle est générale pour les femmes enceintes à compter du 6ème mois de

grossesse et pour les titulaires d'une rente AT-MP avec incapacité permanente d'au moins deux tiers.

L'exonération de ticket modérateur est étendue aux ayants droit des victimes d'AT-MP, à la différence des invalides et des titulaires d'une pension militaire d'invalidité, sans justification particulière si ce n'est celle relevant d'une logique de « compensation ».

Le tableau synthétique ci- dessous rend compte de cette absence de lisibilité des motifs d'exonérations.

Principaux motifs d'exonérations

Motif d'exonération	Ticket modérateur et PF 18 €	Forfait journalier hospitalier	PF 1 € et franchises	Vignettes bleues
Femmes enceintes à compter du 6ème mois de grossesse	Exonération	Exonération	Exonération	
Patients en affection de longue durée (ALD)	Exonération partielle			Exonération partielle
Victimes AT MP	Exonération partielle	Exonération partielle		
ATMP avec incapacité permanente d'au moins 2/3	Exonération.	Exonération		
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	Exonération			
Titulaires d'une pension militaire d'invalidité	Exonération	Exonération	Exonération	Exonération
Mineurs de 0 à 1 mois hospitalisés	Exonération	Exonération	Exonération	
Mineurs de 0 à 16 ans			Exonération	
Mineurs de plus de 16 ans			Exonération	
Mineurs hébergés dans un établissement d'éducation spéciale	Exonération	Exonération	Exonération	Exonération partielle
Hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours	Exonération			
Enfants et adolescents mineurs victimes de sévices sexuels	Exonération partielle			
Personnes prises en charge au titre du diagnostic et du traitement de la stérilité	Exonération partielle			

Source : Cour des comptes. « Exonération partielle » signifie que l'exonération est limitée aux seules dépenses directement rattachées à la pathologie exonérante.

2 – Les médicaments à vignette bleue

Selon les motifs d'exonération du ticket modérateur, les médicaments à vignette bleue sont tantôt inclus tantôt exclus du périmètre d'exonération.

En 2008, dans le cadre d'un plan de redressement des comptes de l'assurance maladie, la CNAMTS avait proposé de supprimer la prise en charge intégrale des médicaments à vignette bleue pour les patients en ALD, pour une économie attendue de 250 M€. Cette proposition n'a pas été retenue.

Le coût de l'exonération de ticket modérateur portant sur les médicaments à vignette bleue pour les autres catégories de population concernées n'est pas connu.

3 – L'absence d'avance de frais

La suppression de la participation des assurés s'accompagne, dans quelques dispositifs, d'une dispense d'avance de frais. C'est le cas de certains actes relatifs au dépistage, comme les examens réalisés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ou de l'examen buccodentaire (sauf pour les soins consécutifs aux examens réalisés à 9, 15 et 18 ans).

A l'inverse, d'autres prises en charge intégrale ne sont pas couplées à une dispense d'avance de frais : c'est le cas des consultations et examens pratiqués dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal mais aussi des consultations individuelles de prévention destinées aux mineurs et pratiquées en ville ou des actes relatifs à la surveillance de la grossesse.

II - Un coût insuffisamment connu

Le surcroît de dépenses, pour l'assurance maladie obligatoire, occasionné par les différentes exonérations ciblées est insuffisamment connu, soit que les données existantes ne soient pas exploitées de manière régulière (exonérations de ticket modérateur pour les soins de ville), soit que les données soient inexistantes (exonérations de ticket modérateur hospitalier et de forfait journalier hospitalier, exonérations de franchises et de participation forfaitaire de un euro).

Une première estimation faite par la CNAMTS à la demande de la Cour souligne pourtant les enjeux financiers en cause : le surcroît de

dépenses occasionné par les seules exonérations de ticket modérateur pour les soins dispensés en ville dépasserait 10 milliards d'euros en 2009.

A – La méconnaissance générale du coût des exonérations

1 – L'absence de suivi, en routine, des exonérations de ticket modérateur

L'évaluation de la charge pour l'assurance maladie résultant des exonérations de ticket modérateur suppose le rassemblement de plusieurs catégories de données statistiques qui ne font pas l'objet, aujourd'hui, d'un suivi régulier.

Il s'agit en effet, dans un premier temps, d'identifier, pour chacun des motifs d'exonération de ticket modérateur, les dépenses remboursées aux personnes bénéficiant d'une exonération. Or, cette information n'est connue en routine que pour quelques motifs d'exonération, notamment les ALD.

Il convient ensuite de déterminer le coût brut de l'exonération, c'est-à-dire le surcroît de dépenses pour les régimes d'assurance maladie occasionné par les exonérations. Ce coût est obtenu en faisant la différence entre les dépenses remboursées aux personnes bénéficiant d'une exonération et les dépenses qui leur auraient été de toute façon remboursées dans le cas où aucun motif d'exonération ne serait en rapport avec la prestation. Ces données ne sont toutefois pas disponibles en continu.

La détermination du coût net des différentes exonérations suppose enfin de supprimer les doubles comptes liés au fait qu'un même assuré peut bénéficier de plusieurs motifs d'exonération. Ainsi, pour ces assurés, la suppression d'un motif d'exonération entraîne un effet de report vers les autres motifs d'exonération.

Si ces données de coût ne sont pas régulièrement suivies, la CNAMTS est toutefois en mesure, ponctuellement, de les produire, comme elle l'a fait dans le cadre de l'enquête de la Cour (cf. partie B.). La situation est différente en ce qui concerne les exonérations à l'hôpital, pour lesquelles les données de base sont manquantes.

2 – L'absence de données sur les exonérations à l'hôpital

Les données hospitalières ne permettent pas de connaître l'impact financier des différents motifs d'exonération de ticket modérateur, de participation forfaitaire de 18 € et de forfait journalier hospitalier.

L'absence de données relatives aux exonérations de FJH dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), établissements psychiatriques et établissements privés empêche de connaître avec précision le coût global induit par les exonérations du FJH. Elle fragilise également les estimations qui peuvent être faites du rendement d'une augmentation du FJH.

En ce qui concerne les exonérations de ticket modérateur, des données existent sous une forme agrégée, motif par motif, au sein de l'outil Vidhsop, produit par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mais seule la mise en œuvre effective de la facturation directe et individuelle permettra de disposer de données individuelles. De fait, selon la CNAMTS, « les informations de séjour qui remontent dans [ses] bases de données (nombre de journées et tarifs des prestations qui servent au calcul du ticket modérateur) sont très incomplètes ».

3 – L'absence de données sur le coût des exonérations des franchises et de la participation forfaitaire d'un euro

En ce qui concerne les franchises, les exonérations portaient en 2009 pour les trois régimes principaux (CNAMTS, RSI et MSA) sur un montant d'actes de 6,13 Md€, à comparer à un montant total d'actes entrant dans le champ de la franchise de 30,82 Md€.

Toutefois, le surcroît de dépenses, pour l'assurance maladie, occasionné par les exonérations relatives à la participation forfaitaire de 1 € et aux franchises n'est pas connu.

4 – L'exemple des affections de longue durée (ALD)

a) Les indicateurs disponibles

Les seuls indicateurs disponibles concernant le coût des ALD, inscrits dans le programme de qualité et d'efficience maladie, sont les dépenses remboursées en rapport avec les ALD. Celles-ci sont en forte progression (+8,5 % par an moyenne depuis 2002) et atteignaient environ 78 Md€ en 2009 (indicateur inscrit dans le programme de qualité et d'efficience maladie 2011[322]). La croissance de ces dépenses est due bien

322. Cet indicateur, issu des comptes de la santé établis par la DREES, est calculé à partir de la consommation des soins et biens médicaux. Il n'intègre ni les dépenses des personnes en ALD en unités de soins de longues durée privées, ni leurs indemnités journalières (2,4 Md€ en 2009 pour le régime général), ni leurs dépenses médico-sociales (9,3 Md€ en 2009 pour le régime général).

davantage à une augmentation rapide du nombre des assurés en ALD qu'à une élévation du coût des soins.

Toutefois, les dépenses remboursées ne sont pas représentatives du coût du dispositif. En effet, une partie de ces dépenses aurait de toute façon été remboursée même si les assurés n'étaient pas en ALD. L'évaluation du coût effectif suppose de fait de faire la différence entre les dépenses remboursées aux patients en ALD et les dépenses qui leur auraient été remboursées en l'absence du dispositif.

Or, paradoxalement, alors que le coût du dispositif ALD revient constamment dans le débat public, il n'existe aucun indicateur de coût disponible en continu en dehors du montant global des dépenses remboursées en rapport avec l'ALD.

b) La régulation des dépenses

Deux dispositions destinées à mieux réguler les dépenses d'assurance maladie restent aujourd'hui inappliquées. En premier lieu, sur le plan législatif[323], l'admission au bénéfice de l'ALD ne suppose pas obligatoirement une prise en charge à 100 % de tous les soins afférents. C'est une disposition réglementaire qui prévoit l'exonération totale de ticket modérateur (article R. 322-5). En second lieu, la loi du 13 août 2004 (dernier alinéa de l'article L. 322-3) prévoit qu'un décret pris sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), après avis de la Haute autorité de santé (HAS), peut réserver la limitation ou la suppression du ticket modérateur au titre des ALD aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins. Cette disposition n'a pas été appliquée.[324]

La nécessaire régulation de la forte dynamique des dépenses liées au dispositif des ALD suppose, d'une part, de concilier des problématiques d'ordre social et des préoccupations de qualité des soins avec, d'autre part, la prise en compte de l'importance du déficit de l'assurance maladie.

323. L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale dispose que « la participation peut être proportionnelle […] ou fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins. »

324. D'après la CNAMTS, cette mesure n'est pas applicable car « si les personnes exonérées au titre d'une ALD relèvent, comme tous les assurés, du cadre du parcours de soins coordonnés, leur protocole de soins peut mentionner un accès direct à certains professionnels de santé du fait de leur pathologie ».

A cet égard, les mesures prises en application des LFSS pour 2010[325] et pour 2011[326] restent insuffisantes, qu'il s'agisse de la prise en charge des prestations de transport de ces assurés ou de la sortie de l'hypertension artérielle isolée de la liste des ALD.

B – Une première estimation du coût des exonérations de ticket modérateur pour les soins de ville

1 – Le montant important des dépenses exonérées

Entre 2004 et 2008, le total des remboursements des soins de ville hors prestations en espèces a crû de 2,8 % par an, pour atteindre 48,6 Md€ (régime général). Les remboursements de soins de ville exonérés de ticket modérateur atteignaient 28,1 Md€ en 2006, avec un taux de croissance annuel moyen de 3,1 % entre 2004 et 2008. Au total, les dépenses exonérées de ticket modérateur représentaient 57,8 % du total des remboursements de soins de ville en 2008, contre 57,0 % en 2004.

Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de ville hors prestations en espèces (régime général)

En Md€

	2004	2005	2006	2007	2008	TCAM 2004/2008
Total des remboursements des soins de ville	43,6	43,8	45,3	47,6	48,6	+2,8 %
Avec ticket modérateur	18,7	19,2	19,5	20,2	20,5	+2,3 %
Sans ticket modérateur	24,8	24,6	25,8	27,4	28,1	+3,1 %
Pourcentage des remboursements non soumis au TM dans l'ensemble des remboursements	57,0	56,1	57,0	57,6	57,8	

TCAM : taux de croissance annuel moyen

Source : CNAMTS, statistiques mensuelles, risques maladie, maternité et AT

2 – Un coût global d'environ 10 Md€ pour les seuls soins de ville

La CNAMTS a effectué, à la demande de la Cour, un travail statistique ad hoc afin de fournir, pour chacun des motifs d'exonération, une estimation de la dépense de ville remboursable faisant l'objet d'une

325. Exonération des actes médicaux et des examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie de l'ALD.

326. Fin de la prise en charge systématique des frais de transports (économie attendue de 20 M€), limitation du remboursement des bandelettes d'autotest de glycémie pour les diabétiques non insulinodépendants (35 M€), sortie de la liste des ALD de l'hypertension artérielle isolée pour les nouveaux malades (15 M€).

exonération à ce titre, le nombre de bénéficiaires concernés ainsi que le montant du ticket modérateur exonéré correspondant.

D'après ces travaux, portant sur 2009, le coût brut de ces exonérations, c'est-à-dire le montant du ticket modérateur exonéré, serait de l'ordre de 10 Md€, dont plus de 80 % pour les ALD (8,2Md€). Les autres postes les plus importants sont les dépenses de titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse substituée (804 M€), les dépenses prises en charge au titre du risque maternité (277,5 M€) et celles prises en charge au titre du risque AT-MP (218,7 M€)[327].

L'écart particulièrement important entre l'estimation du coût brut du dispositif ALD produite par la CNAMTS (8,2 Md€ pour les soins de ville) et l'indicateur du programme de qualité et d'efficience relatif aux ALD (dépenses remboursées en rapport avec une ALD de 78 Md€) souligne la nécessité de mieux évaluer l'impact financier de ce dispositif[328].

327. Les dépenses prises en charge au titre du risque AT-MP n'entrent pas dans le champ du présent rapport. Elles sont mentionnées ici à titre de comparaison.

328. Cette nécessité est confirmée par une étude ponctuelle complémentaire réalisée par la CNAMTS à la demande de la Cour. Cette étude, qui porte sur des données 2008, s'est efforcée d'évaluer le coût net des exonérations ALD en ville et à l'hôpital. Il en ressort que le coût net des ALD (y compris ALD 31 et 32) serait de 10,4 Md€, dont 8,3 Md€ pour les soins de ville. Ce chiffrage est du même ordre de grandeur que celui du coût brut mentionné précédemment (8,2 Md€ pour les ALD 30) en raison des différences méthodologiques des deux estimations.

Estimations par la CNAMTS des dépenses remboursables exonérées de TM, du nombre de patients exonérés et du TM exonéré (soins de ville)

Estimation tous régimes, tous risques – 2009[1]	Montant remboursable M€	Nombre de patients concernés[2]	Estimation du montant du ticket modérateur exonéré[3] M€	Montant du TM exonéré par patient €
1) Dépenses exonérées liées à la maternité ou à un accident du travail				
1.1 Dépenses prises en charge au titre du risque maternité	826,9	2 536 770	277,5	109
1.2 Dépenses prises en charge par le risque maladie à compter du 6ème mois de grossesse	5,3	80 635	1,9	23
1.3 Dépenses prises en charge au titre du risque accident du travail	633,9	1 823 991	218,7	120
2) Dépenses exonérées pour des patients invalides ou pensionnés				
2.1 Dépenses de titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse substituée	2 406	1 908 794	804,5	421
2.2 Titulaires d'une pension militaire article 115	248	98 314	87,2	887
3) Dépenses exonérées pour des patients en ALD[4]				
3.1 Dépenses exonérées au titre d'une ALD 30	24 300	9 837 333	8 193	833
3.2 Dépenses exonérées pour des patients en ALD 30, sans rapport avec l'ALD	183,8	2 349 772	25,5	11
3.3 Dépenses exonérées au titre de l'ALD 31	176,9	132 092		
3.4 Dépenses exonérées pour des patients en ALD 31, sans rapport avec l'ALD	33	116 281		
3.5 Dépenses exonérées au titre de l'ALD 32	7	20 698		
3.6 Dépenses exonérées pour des patients en ALD 32, sans rapport avec l'ALD	0,8	10 924		
4) Dépenses exonérées au titre de la prestation				
4.1 Nature de la prestation	435,8	13 199 427	27,8	2
4.2 Actes CCAM/NGAP exonérants	444,1	2 888 201	133,1	46
4.3 Coefficient et actes en rapport	13,4	77 904	3,8	48
4.4 Hospitalisation de plus de 30 jours[5]	6,7	38 090	2,4	62
4.5 Education spécialisée	70,8	53 469	20,6	385
5) Autres				
5.1 Autres cas d'exonération	1 253,2	15 931 676	262	16
TOTAL	**31 046**	**-**	**10 058**	**-**

Source : CNAMTS : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB), échantillon au 1/97e des bénéficiaires du régime général, hors SLM (500 000 prestations en nature pour les soins de ville, année de soins 2009, prise en charge à 100 % par le régime général

1. Les estimations tous régimes ont été obtenues en extrapolant les résultats sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires. Les coefficients d'extrapolation utilisés sont :

-105 pour passer de l'échantillon à la population totale du régime général (RG) hors sections locales mutualistes (SLM) ;

-1,17 pour passer du régime général hors SLM au RG y compris SLM ;

-1,17 pour passer du régime général, y compris SLM à l'ensemble des régimes.

2. Une même personne peut avoir des prestations exonérées à plusieurs titres, on ne peut donc pas additionner les effectifs pour avoir le nombre total de personnes ayant bénéficié d'une exonération.

3. Lorsque c'est la nature de la prestation qui est exonérante (exemple : un médicament à 100 % comme la chimio ou un dérivé du sang), on ne peut pas calculer la part exonérée car on ne dispose pas de taux de base autre que 100 %. La notion de « ticket modérateur exonérée » ne peut donc relever que d'une convention de calcul : en l'occurrence ici on a retenu conventionnellement un taux de base à 65 %.

4. Le « sans rapport » se réfère à des soins exonérés au titre d'autres motifs, sans qu'il soit possible d'en préciser la nature dans les bases (exemple prestations exonérantes).

5. Les honoraires en cliniques privées sont comptabilisés dans les soins de ville.

Au cours de l'année 2009, 9,8 millions de personnes ont bénéficié d'une exonération de ticket modérateur au titre d'une ALD 30 (estimation tous régimes). Plus de 2,5 millions de femmes ont bénéficié d'une prise en charge intégrale au titre du risque maternité. Plus de 1,8 million de personnes ont été exonérées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et 1,9 million au titre d'une pension d'invalidité.

Le montant moyen du ticket modérateur exonéré s'élève à 887 € pour les titulaires d'une pension militaire d'invalidité, 833 € pour les personnes exonérées eu titre d'une ALD 30, 421 € pour les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée, 385 € pour les enfants handicapés en éducation spécialisée, 120 € pour les personnes exonérées au titre du risque ATMP et 109 € pour les femmes enceintes prises en charge au titre du risque maternité.

Les données fournies sont toutefois très agrégées et ne permettent pas d'identifier les différents motifs d'exonération prévus par la réglementation.

Par ailleurs, leur fiabilité dépend des modalités d'enregistrement des motifs d'exonération dans le système d'information de la CNAMTS. Il semblerait que celles-ci tendent à majorer le coût des ALD puisque, après affectation de la dépense exonérée à chaque risque (maternité, maladie, ATMP), le premier motif d'exonération pris en compte au titre du risque maladie est l'ALD. Ce n'est que dans les cas où un assuré n'est pas en ALD que les autres motifs d'exonération sont recherchés.

Enfin, ces données ne permettent pas de connaître l'impact d'une éventuelle suppression d'un motif d'exonération (coût net de l'exonération) puisqu'un assuré peut bénéficier de plusieurs motifs d'exonération.

III - Un effet inégal sur les restes à charge

Le premier objectif du dispositif d'exonérations ciblées précédemment décrit est la limitation du reste à charge des assurés. Or, malgré l'ampleur des exonérations, certains assurés supportent des frais parfois élevés. Ces restes à charge peuvent être problématiques pour les 6 % d'assurés dépourvus de couverture complémentaire. Dès lors, une refonte de la participation des assurés doit être engagée.

A – Les restes à charge avant intervention des complémentaires

1 – La persistance de restes à charge élevés, y compris pour certains assurés bénéficiant d'une prise en charge intégrale

Atteignant 132,7 Md€ en 2009, la part de la sécurité sociale dans le financement de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM)[329] a diminué entre 2004 (77,1 %) et 2009 (75,5 %). Si l'on s'intéresse aux seules dépenses remboursables, le taux de prise en charge de ces dépenses par les régimes de base s'est établi à 85,8 % en 2008, contre 86,8 % en 2004.

Si la dépense remboursée est de plus en plus concentrée sur un nombre réduit de personnes dont les dépenses de santé sont les plus élevées, il n'en demeure pas moins qu'un petit nombre d'assurés, y compris parmi ceux qui bénéficient d'exonérations, connaissent d'importants restes à charge.

Dans un avis de janvier 2011, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) souligne ainsi que le reste à charge pour le centile[330] le plus élevé est très lourd (de l'ordre de 3 000 € par an). Par ailleurs, 5 % des assurés supportaient, en 2008, plus d'un quart du total du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Une étude récente[331] indique, à partir de données 2006, que 2,5 % d'assurés non-ALD (soit environ 1,3 million de personnes) et 7,9 % des assurés en ALD (soit près de 800 000 personnes) auraient un reste à charge annuel supérieur à 1 000 € avant prise en charge par l'assurance complémentaire. Corrélativement, 90 % des assurés en ALD supportent un reste à charge après intervention de l'assurance maladie de 245 € en moyenne ; pour 90 % des autres assurés, cette somme s'élève à 145 € en moyenne.

329. Cet agrégat, suivi annuellement par la DREES dans les comptes de la santé, intègre les dépenses non remboursables (notamment les dépassements d'honoraires) et les dépenses non présentées au remboursement.

330. Les centiles sont les valeurs de la variable qui divisent la population en 100 groupes égaux en nombre (1 % de la population).

331. DREES, La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ? Comptes nationaux de la santé 2009, document de travail, n° 149, septembre 2010.

Ces restes à charge élevés sont principalement liés aux dépenses hospitalières. Pour les 5 % d'assurés non-ALD ayant les dépenses non remboursées les plus élevées, les dépenses de médicaments et à l'hôpital en représentent chacune environ 30 %. Pour les 10 % d'assurés ALD ayant les dépenses non remboursées les plus élevées, les dépenses à l'hôpital en représentent 57 % et les dépenses de médicaments 22 %.

Ce sont ainsi les dépenses hospitalières qui contribuent à créer les situations les plus extrêmes puisqu'elles représentent 54 % du dernier centile de dépense non remboursée des assurés non-ALD et jusqu'à 89 % pour les assurés ALD.

2 – Une participation des assurés parfois importante pour les soins hospitaliers

L'exonération de ticket modérateur et de participation forfaitaire est nettement plus importante dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées. Ainsi, en 2009, les séjours exonérés de participation de l'assuré (ticket modérateur et participation forfaitaire de 18 €) représentaient 65 % de l'ensemble des séjours dans les hôpitaux publics et 31 % de l'ensemble des séjours dans les cliniques privées[332].

Pour autant, le reste à charge peut s'avérer très lourd pour certains assurés non exonérés et varie fortement selon le type d'établissement et le secteur d'hospitalisation.

En effet, les règles de facturation en vigueur se traduisent par un reste à charge moyen par facture/séjour plus élevé pour les séjours sans actes coûteux que pour les séjours comportant un ou des actes soumis à la participation forfaitaire de 18 €. Cet écart est particulièrement important pour les séjours hospitaliers dans les établissements publics. Ainsi, dans les établissements publics, le reste à charge moyen par facture/séjour atteignait en 2009 606 € dans le cas d'un séjour sans acte coûteux et 99 € dans le cas d'un séjour soumis à la participation forfaitaire de 18 €.

De même, la règle d'exonération du ticket modérateur pour les séjours supérieurs à 30 jours génère de fortes inégalités entre assurés. En effet, si la durée moyenne d'un séjour est inférieure à cinq jours en obstétrique et de seulement de six jours en moyenne en 2006 dans les

332. Ces écarts s'expliquent en partie par le fait que les établissements publics accueillent une proportion plus élevée d'assurés bénéficiant d'une prise en charge intégrale de leur participation (CMUC, ALD). En outre, le ticket modérateur n'est pas calculé de la même manière dans les hôpitaux publics (à partir des tarifs journaliers de prestations) et dans les cliniques privées (à partir des GHS).

services de médecine[333], elle atteint 33,1 jours en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 30 jours en psychiatrie. Dès lors, les assurés soignés en SSR et en psychiatrie peuvent subir d'importants restes à charge, surtout si la durée de séjour est tout juste inférieure à 30 jours. Cet effet est amplifié par le fait que les couvertures complémentaires couvrent de façon très variable le FJH[334].

B – Les restes à charge après intervention des couvertures complémentaires

1 – La diffusion des complémentaires

Plusieurs dispositifs publics ont été créés afin d'offrir une couverture complémentaire aux ménages modestes[335] : la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), qui concernait 4,3 millions de personnes au 31 décembre 2010 et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, communément appelée aide complémentaire santé (ACS), qui comptait 535 000 bénéficiaires en novembre 2010.

Grâce à ces dispositifs, notamment la CMUC, les ménages sans complémentaire sont désormais peu nombreux puisqu'ils représentaient 6,1 % des assurés en 2008, contre 8,5 % en 2004. Mais il s'agit le plus souvent de ménages modestes, de personnes très âgées et de personnes exonérées. Ainsi, le revenu mensuel moyen des ménages sans couverture complémentaire est de 844 € contre 1 382 € pour ceux bénéficiant d'une couverture complémentaire[336]. En 2008, parmi les personnes sans complémentaires santé, 46 % souhaiteraient en bénéficier mais ne le peuvent pas pour des raisons financières, 22 % préfèrent ne pas en bénéficier et payer en cas de besoin et 14 % expliquent être pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire[337]. Dans les ménages disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 870 €, 12 % ne bénéficient pas d'une complémentaire santé contre 3 % seulement au sein des ménages les plus riches.

333. Source : statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et PMSI 2006.
334. DREES, Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007, Etudes et résultats n° 698, août 2009.
335. Cf. chapitre XI - Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire.
336. IRDES, Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ? Questions d'économie de la santé n° 153, avril 2010.
337. Source : enquête ESPS 2008.

2 – La persistance de restes à charge élevés après intervention des complémentaires sur certains segments de soins

Après prise en compte des couvertures complémentaires, les restes à charge des ménages ont atteint 16,4 Md€ en 2009, soit 9,4 % de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM) contre 9,5 % en 2008 et 8,3 % en 2004. Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

En 2009, le reste à charge moyen par an et par personne après intervention des AMC s'élevait à environ 255 € en prenant en compte le périmètre de la CSBM et à 33 € sur les seules dépenses présentées au remboursement[338]. Toutefois, si aucune donnée ne semble être disponible concernant la dispersion des restes à charge après intervention des complémentaires, celle-ci est probablement très élevée compte tenu de l'inégale qualité des contrats souscrits[339].

C – Les voies de réforme

Le dispositif actuel destiné à supprimer ou diminuer la participation des assurés résulte de mesures successives dont les objectifs diffèrent (limitation des restes à charge excessifs, objectifs de santé publique, logique de « réparation sociale »…) et dont l'évaluation économique et médicale n'a jamais été réalisée, à l'exception des ALD.

L'objectif de limitation des restes à charge excessifs n'est pas complètement atteint, du fait même de la juxtaposition d'exonérations ciblées (nature de la maladie, valeur de l'acte technique). Il en résulte que les assurés n'entrant pas dans le champ de ces exonérations peuvent subir d'importants frais, particulièrement problématiques quand ils n'ont pas de couverture complémentaire.

Certains secteurs de soins ou prestations sont particulièrement concernés par les restes à charge excessifs : l'optique et les soins dentaires mais aussi l'hôpital, dont la tarification apparaît obsolète et inéquitable.

---

338. Ces dépenses n'intègrent pas les dépenses non remboursables ainsi que les dépenses non présentées au remboursement. Elles intègrent cependant les dépassements d'honoraires.

339. DREES, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », Etudes et Résultats n° 635, mai 2008. Voir aussi le chapitre XI sur les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire.

Sauf à accepter le statu quo avec ses incohérences, au moins deux voies de réforme peuvent être explorées :

- a minima, il conviendrait de supprimer les exonérations ciblées non justifiées, tout en veillant à éviter de compromettre l'accès aux soins des assurés en remodelant certains dispositifs fortement inégalitaires. En particulier, une réforme globale et équilibrée de la participation des assurés à l'hôpital s'impose désormais de manière pressante. La Cour, dans le RALFSS 2002, l'appelait déjà de ses vœux. La formule pratiquée en Allemagne[340] (absence de ticket modérateur, forfait journalier avec un plafonnement du nombre de forfaits) pourrait être à cet égard une piste intéressante, comme le soulignait le rapport du HCAAM de 2009 ;
- une réforme de plus grande ampleur consisterait à supprimer tout ou partie des exonérations ciblées existantes et à mettre en place un régime unifié de prise en charge. Les réflexions récentes sur le bouclier sanitaire vont en ce sens, mais nécessitent des expertises approfondies pour mesurer notamment l'ampleur des transferts de charges entre catégories d'assurés qui pourraient en résulter.

Quelle que soit la voie choisie, il conviendra qu'elle soit précédée d'une évaluation médicale et économique des différentes exonérations existantes qui existent aujourd'hui, afin d'appréhender pleinement les possibles effets des réformes envisagées.

340. En Allemagne, les assurés s'acquittent, en médecine de ville, d'une franchise de 10 € par trimestre lors de la première consultation, d'un forfait de 10 € par jour dans la limite de 28 jours par année civile pour les soins hospitaliers et d'une participation de 10 % du prix de vente avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 € par article pour les médicaments et les soins paramédicaux. Par ailleurs, la participation du patient est limitée, sur l'année, à 2 % du revenu net de l'assuré (1 % pour les malades chroniques) et est nulle pour les enfants. Les assurés participant aux services de dépistage bénéficient d'une réduction de leur participation.

CONCLUSION

Le dispositif actuel d'exonérations ciblées, destiné à supprimer ou limiter les restes à charge des assurés, se révèle particulièrement complexe, illisible et peu cohérent. Il pose des questions parfois majeures d'équité entre assurés dès lors que certains dans le même temps se trouvent confrontés à un risque de renoncement aux soins.

L'évaluation de la charge qui résulte pour l'assurance maladie des prises en charge intégrales suppose le rassemblement de plusieurs catégories de données statistiques qui ne font pas l'objet, aujourd'hui, d'un suivi régulier. D'après les données fournies par la CNAMTS, la charge pour le régime général induite par les exonérations ciblées de ticket modérateur s'élèverait à environ 10 Md€ en 2009, pour les seuls soins de ville. Aucune donnée n'est disponible concernant le coût, pour les régimes obligatoires de base, induit par les exonérations ciblées à l'hôpital (ticket modérateur, participation forfaitaire de 18 €, forfait journalier hospitalier) ni par les exonérations de franchises et de la participation forfaitaire de 1 €.

En tout état de cause, l'objectif de limitation des restes à charge importants n'est pas complètement atteint, avant comme après intervention des organismes complémentaires. Certains secteurs de soins ou prestations sont particulièrement concernés par les restes à charge excessifs en particulier à l'hôpital.

Dans un contexte de grave déficit des comptes sociaux apparaît indispensable une remise à plat de ces mécanismes en étant attentif à préserver pour autant une dimension forte de solidarité. Au moins deux voies de réforme peuvent être explorées. A minima, il conviendrait de supprimer les exonérations ciblées non justifiées et, en contrepartie, d'améliorer la prise en charge de frais aujourd'hui insuffisamment couverts, notamment à l'hôpital. Une réforme plus ambitieuse consisterait à supprimer tout ou partie des exonérations ciblées existantes et à mettre en place un régime unifié de prise en charge.

RECOMMANDATIONS

53. Se doter des outils permettant le suivi en continu des coûts induits par les prises en charge intégrales, notamment à l'hôpital.

54. Mieux connaître et réguler les dépenses d'ALD :

- *établir de manière méthodologiquement solide la réalité du coût du dispositif en ville comme à l'hôpital et de sa progression tendancielle ;*
- *poursuivre la révision de la liste des ALD ;*

- *examiner la faisabilité technique de l'association, conformément aux textes existants, d'un critère de coût aux critères médicaux pour l'admission dans le dispositif ;*
- *veiller à l'application stricte et harmonisée par les médecins conseils de l'assurance maladie des diverses dispositions et recommandations relatives à l'admission et à la sortie du dispositif.*

55. Procéder à une évaluation médico-économique des exonérations ciblées, afin de supprimer celles dont la justification est insuffisante.

56. Réformer les modes de participation financière des assurés aux soins à l'hôpital avec l'objectif de réduire les inégalités des restes à charge.

Chapitre XI

Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

PRESENTATION

La Cour a consacré dans un chapitre du RALFSS 2008[341] *des développements aux « coût et effets de la couverture complémentaire ». Elle émettait alors des réserves tant sur l'efficience et l'efficacité des aides publiques fiscales et sociales à la couverture maladie complémentaire que sur leur équité.*

La capacité des dispositifs à infléchir la croissance de la consommation de soins était en effet jugée très limitée. En dépit de l'importance des ressources publiques mobilisées, il était souligné que les diverses aides accroissaient les inégalités d'accès aux soins. Les données dont disposait alors la Cour n'allaient cependant pas au-delà de 2006, ce qui ne permettait pas d'estimer, dans sa globalité, l'incidence des réformes importantes intervenues en 2003 et 2004[342].

C'est pourquoi elle s'est livrée à une nouvelle enquête sur ces dispositifs d'aide, dont le montant atteint environ 6 Md€, pour apprécier plus particulièrement leur adaptation aux objectifs poursuivis par les pouvoirs publics en matière notamment d'un meilleur accès de tous aux soins.

Les assurances maladies complémentaires jouent un rôle important à cet égard puisqu'elles ont pris en en charge 24,3 Md€ de prestations en 2009, soit de l'ordre de 60 % du reste à charge global des assurés sociaux après intervention des régimes d'assurance maladie obligatoire, correspondant à 13,8 % de la dépense totale de soins et de biens médicaux contre 12,2 % en 1995.

Le présent chapitre analyse ainsi les caractéristiques du marché des assurances maladie complémentaires (AMC), puis examine successivement les dispositifs destinés à favoriser la couverture maladie complémentaire. Ceux-ci sont essentiellement de deux ordres : d'une part, les exonérations et exemptions fiscales et sociales réservées pour l'essentiel aux contrats collectifs d'entreprise par opposition aux contrats souscrits à titre individuel et, d'autre part, le financement sur ressources publiques de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) prévues pour les assurés disposant de faibles revenus.

341. Chapitre V, pp.163 à 193.

342. Lois du 21 août 2003 portant réforme des retraites qui réaménageait substantiellement les modalités des exonérations sociales dont bénéficie la protection sociale complémentaire et du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui visait à responsabiliser les ménages en augmentant leur participation au coût des soins.

I - Un marché hétérogène

A – Des acteurs divers proposant des garanties à géométrie variable.

Les couvertures complémentaires sont souscrites à titre individuel ou dans le cadre d'accords d'entreprises ou, de plus en plus largement, de branches. Dans ces cas, l'employeur en partage généralement le coût avec le salarié.

Trois types d'organismes complémentaires (OC) proposent leurs services : les mutuelles, les institutions de prévoyance (IP) et les sociétés d'assurance (SA) qui se répartissent le marché comme suit :

Répartition des personnes couvertes par type d'organisme en 2008

En %

	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	40,0	15,7	55,60
Institutions de prévoyance	1,9	15,7	17,60
Sociétés d'assurance	15,7	11,1	26,80
Total	**57,6**	**42,4**	**100**

Source : DREES

Plus de 57 % des personnes couvertes le sont donc à titre individuel. L'activité des mutuelles, qui représentent plus de la moitié du marché mesuré en termes de population bénéficiaire, est très majoritairement constituée de contrats individuels (qui sont l'offre exclusive de la quasi-totalité des mutuelles de fonctionnaires).

Le soutien de l'Etat à la couverture maladie complémentaire de ses agents

Le dispositif traditionnel de soutien de l'Etat à l'acquisition d'une protection sociale complémentaire (PSC) par ses agents a été refondé par la loi du 2 juin 2007. Celle-ci a prévu la désignation par chaque ministère, après mise en concurrence, d'organismes dits « référencés » auxquels sont versées des aides. De fait, les mutuelles « historiques » ont été reconduites et les aides accordées sont très variables, la subvention par agent s'élevant à 6 € à l'éducation nationale et à 120 € aux affaires étrangères en passant par 63 € au ministère des finances. Au total, ces aides représentent une cinquantaine de millions d'euros.

En revanche, les institutions de prévoyance sont essentiellement positionnées sur les contrats collectifs, les contrats individuels qu'elles

gèrent correspondant au maintien, au profit de retraités, des garanties dont ces derniers jouissaient lorsqu'ils étaient salariés, tandis que les contrats des sociétés d'assurance, qui occupent le quart du marché et voient cette part croître rapidement depuis plusieurs années[343], sont également répartis entre les deux catégories.

Le marché de la couverture maladie complémentaire

Il représentait en 2009 30,5 Md€ de cotisations et de primes[344] pour 24,3 Md€ de prestations[345]. Extrêmement concurrentiel, il se caractérise par une forte rotation des assurés à laquelle sont confrontés l'ensemble des organismes. Selon une enquête récente, elle a concerné en 2010 plus de 4,8 millions d'assurés dont 3 millions ont changé volontairement d'organisme, ce qui représente un chiffre d'affaires de 2,45 Md€, soit 9,5% du marché en valeur.

De fait sont proposées des garanties d'une très vaste diversité. Alors que dans les contrats collectifs, les garanties sont généralement identiques pour l'ensemble des salariés, les contrats individuels peuvent être calibrés pour attirer un segment particulier de la population (jeunes actifs, familles ou seniors…).

L'enquête de la DREES sur les contrats modaux, c'est-à-dire sur les contrats les plus souscrits par les assurés, permet d'appréhender le niveau de garanties procuré par 989 contrats[346] portant sur environ 13 millions d'assurés, 22 millions de bénéficiaires et 10 Md€ de cotisations. Cet échantillon n'est pas à proprement parler représentatif du marché dans son ensemble qui comporte des contrats très différents et

343. Ainsi, selon la lettre du fonds CMU, la part de marché des assurances est passée de 21,1 % en 2001 à 26,8 % en 2009 essentiellement au détriment des mutuelles (-4,50 %), un peu moins des IP (-1,20 %), phénomène qui s'accélère fortement depuis 2008.

344. Les mutuelles emploient le terme de cotisations comme pour la sécurité sociale et les assurances celui de primes. Dans le reste du chapitre, on emploiera indifféremment l'un ou l'autre terme.

345. Source DREES ; Part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par les organismes complémentaires.

346. En 2008 sur les 821 organismes complémentaires (OC) qui se partagent le marché de l'assurance maladie complémentaire, l'échantillon a porté sur 255 OC pour lesquels ont été pris en compte, pour chaque OC, les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus souscrits, soit 989 contrats au total. La représentativité de cet échantillon est donc un peu moins bonne pour les contrats collectifs (seuls 23 % des bénéficiaires sont couverts) que pour les contrats individuels (60 % des bénéficiaires sont couverts).

non recensés[347] mais il n'y a pas lieu de considérer qu'il soit pour autant affecté d'un biais qui invalide les conclusions tirées de son observation.

Son analyse a permis de mettre en évidence quatre classes de garanties décroissantes qui se répartissent très différemment selon les types de contrats comme le montre le tableau suivant.

Répartition des contrats par classe de garantie

En %

	Contrats individuels		Contrats collectifs	
	2006	2007	2006	2007
Classe A	2,8	4,3	27,7	31,2
Classe B	39,8	36,9	30,5	32,1
Classe C	46,7	47,4	35,2	31,4
Classe D	10,7	11,4	6,6	5,3
Ensemble	**100**	**100**	**100**	**100**

Source : DREES

Ce sont ainsi les contrats collectifs qui sont de très loin les mieux représentés dans la classe de garantie la plus élevée (A). L'inverse vaut pour la classe la moins élevée où prédominent les contrats individuels.

B – Des contrats collectifs plus avantageux

Pour compléter la démarche de la DREES et mesurer plus finement la qualité des contrats, la Cour a construit un indice représentatif[348] du panier de soins pondéré par l'importance de chaque catégorie de soins dans les dépenses supportées par les organismes complémentaires. Pour chaque prestation appartenant à une des principales catégories de soins (pharmacie, ambulatoire, optique, dentaire, hôpital, prévention), un indice égal au rapport de la valeur[349] moyenne de la prestation pour l'ensemble des contrats pondéré par le nombre de bénéficiaires est attribué à chaque

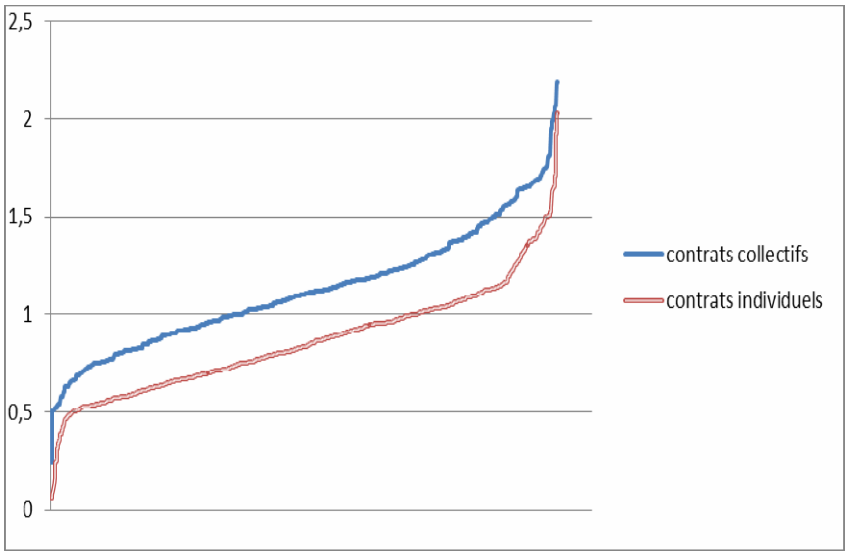
347. La non connaissance des contrats « haut de gamme » et du montant des dépassements que ces derniers prennent en compte ainsi que l'ignorance de la proportion des contrats collectifs réservés à une partie du personnel des entreprises concernées (encadrement notamment) est à cet égard particulièrement regrettable compte tenu des aides publiques dont bénéficient les contrats collectifs.

348. Pour les modalités de construction de cet indice voir l'annexe du présent chapitre.

349. Cette valeur ne doit pas être interprétée comme un synonyme de qualité et certaines OC peuvent rembourser moins mais offrir l'accès à des réseaux de soins conventionnés à la qualité garantie.

contrat. Cette méthode a été appliquée à l'échantillon de la DREES[350]. Les résultats synthétisés dans le graphique ci-dessous montrent que les indices des contrats collectifs sont, pour l'essentiel, supérieurs à ceux des contrats individuels.

Valeurs des indices de l'ensemble des contrats complémentaires



Note de lecture : chaque point représente un contrat, ceux-ci sont rangés sur l'axe des abscisses par ordre d'indice croissant.

Source : Calculs Cour à partir des données DREES

Mais ce graphique révèle aussi l'existence de contrats individuels très supérieurs à l'indice moyen du marché (valeur 1) comme de contrats collectifs très en dessous. Les protections accordées par les contrats collectifs ne sont donc pas toujours systématiquement très élevées.

Le tableau ci-dessous montre cependant que l'indice moyen des contrats individuels est toujours inférieur à celui des contrats collectifs et que ce sont les contrats collectifs des sociétés d'assurance qui disposent et de loin, de l'indice le plus élevé et donc des garanties les plus larges.

350. Les indices moyens calculés par la Cour par type de contrat pour les diverses composantes des organismes complémentaires sont bien corrélés avec les classes de garantie décroissantes de la DREES : ainsi la catégorie A correspond à l'indice moyen 1,35 et la catégorie D à l'indice moyen 0,69.

Indice moyen par type de contrat

Indice en 2008[351]	Contrats individuels	Contrats collectifs
Mutuelles	0,97	1,12
dont mutuelles de fonctionnaires	*1,07*	*NS*
Institutions de prévoyance	0,91	1,15
Assurances	0,91	1,52

Source : Calculs Cour à partir des données DREES

Pour autant, si l'on considère les modalités de tarification respectives des contrats individuels et collectifs, la cotisation moyenne d'un contrat individuel est en permanence supérieure à celle d'un contrat collectif : +26 % en 2006, +15 % en 2007 et +32 % en 2008.

La prime était en 2008 en moyenne de 486 € pour les contrats individuels et de 375 € pour les contrats collectifs. Ce décalage entre les deux formes de contrats se retrouve au niveau de chacun des trois types d'organismes complémentaires : +27 % pour les mutuelles, +18 % pour les assurances et +93 % pour les institutions de prévoyance. Il s'explique en partie par une différence significative de la structure d'âge des populations couvertes par ces deux types de contrats, les personnes âgées étant davantage concernées par les contrats individuels.

Ceci est d'autant plus paradoxal que les garanties souscrites par les contrats individuels sont généralement moins protectrices que celles souscrites par les contrats collectifs. Ces derniers peuvent au demeurant parfois apparaître plus solidaires dès lors qu'ils prennent moins en compte l'âge des assurés mais plus leurs revenus[352] et qu'ils sont plus favorables aux familles. Cette solidarité peut aussi s'exprimer à l'endroit des anciens salariés retraités ou chômeurs : certaines branches comme le BTP ont ainsi mis en place des dispositifs très protecteurs.

351. L'indice du marché dans son ensemble est égal à 1.

352. Comme le font certaines mutuelles de fonctionnaires.

II - Des aides fiscales et sociales d'un coût élevé et à la pertinence discutable

Les dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficient de quatre types d'aides fiscales et sociales[353] :

- l'exemption[354] de l'assiette des cotisations de sécurité sociale de la contribution de l'employeur à la couverture maladie complémentaire de ses salariés ; elle s'accompagne de la déductibilité des cotisations acquittées par les salariés de l'assiette de l'impôt sur le revenu ;
- le bénéfice d'un taux réduit de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats dits « responsables et solidaires » ;
- l'exonération de contribution sociale des sociétés (C3S) du chiffre d'affaires réalisé en assurance maladie complémentaire par les différents acteurs,
- la déductibilité des cotisations versées par les travailleurs indépendants dans le cadre de contrats individuels de l'assiette imposable (dispositifs Madelin).

A – Un coût global pour les finances publiques de l'ordre de 4,3 Md€

1 – L'exemption d'assiette de cotisations sociales

Ce mécanisme d'aide, le plus important financièrement, a fait depuis plusieurs années l'objet d'estimations divergentes. La Cour a cherché à préciser son montant selon une méthodologie permettant d'évaluer aussi finement que possible l'importance de l'assiette exonérée au seul titre de l'assurance maladie complémentaire de manière à pouvoir ensuite, par application des taux auxquels cette base aurait dû être soumise, en déterminer le coût.

353. Voir « Entreprises et « niches » fiscales et sociales : des dispositifs dérogatoires nombreux », Conseil des prélèvements obligatoires, octobre 2010, notamment pages 328 et suivantes.

354. Il s'agit d'une exemption d'assiette et non d'une simple exonération de taxe : dès lors l'ensemble des prélèvements qui ont la même assiette que les cotisations de sécurité sociale en est affecté. Cependant, dans le reste du rapport, on emploiera indifféremment le terme d'exonération pour désigner l'une et l'autre niches.

L'exemption d'assiette de cotisations sociales ne bénéficie aujourd'hui qu'aux seuls contrats collectifs, obligatoires[355] et responsables[356]. Selon les estimations de la Cour, la base exemptée à ce titre est de l'ordre de 6 Md€.

Mode d'estimation du coût de l'aide

Les cotisations et primes correspondant aux contrats maladie complémentaires dans leur ensemble sont connues parce qu'elles font l'objet d'une taxation au profit du fonds CMU (30,5 Md€). L'enquête DREES fournit la répartition entre contrats collectifs et individuels par type d'organismes en nombre de personnes couvertes mais non en cotisations et primes. Pour estimer cette dernière, il faut disposer d'une estimation des cotisations et primes moyennes payées pour les contrats individuels, d'une part et les contrats collectifs, de l'autre, à partir des nombres de bénéficiaires des uns et des autres. A cette fin, la Cour a retenu un écart moyen de cotisations et de primes de 25 % fondé sur les données observées entre 2006 et 2008 (cf. supra) entre les contrats collectifs et les contrats individuels. La base de l'exemption de cotisations et de primes correspondant à des contrats collectifs santé peut être ainsi estimée à 13,4 Md€.

Pour évaluer ensuite le coût de l'exemption, il faut d'abord appliquer à cette base les taux de réfaction correspondant à la part relative des contrats obligatoires (80 %[357]), à celle des contrats responsables (98 % cf. infra) et à la part financée par l'employeur (57 %)[358]. La base exemptée est ainsi d'environ 6 Md€

Les contributions des employeurs à la protection complémentaire maladie de leurs salariés n'étant pas exemptées de CSG/CRDS, les taux à appliquer à la base ainsi déterminée sont les suivants, au titre d'une part des

355. C'est-à-dire que les salariés sont tenus sauf exception (par exemple un conjoint lui-même tenu à la même obligation en vertu d'un autre accord collectif) de s'acquitter de leur part de primes.

356. C'est-à-dire ceux qui ne recourent pas à des questionnaires santé préalablement à la signature des polices, qui ne tarifient pas en fonction de l'état de santé et qui prévoient la prise en charge de certaines dépenses, par exemple de prévention, mais à l'exclusion d'autres, notamment celles réalisées hors parcours de soins.

357. Cette hypothèse est fondée sur la part des entreprises qui, après l'expiration du délai prévu pour mettre en œuvre les nouvelles dispositions, c'est-à-dire après le 1er janvier 2008, n'ont pas mis en place des contrats collectifs (20 % contre 35 % en 2005).

358. Source IRDES Questions d'économie de la santé (QES) n° 155, juin 2010.

cotisations sociales stricto sensu qui financent la sécurité sociale et d'autre part des contributions qui financent diverses prestations contributives comme la retraite complémentaire et l'assurance chômage notamment[359] :

Taux des prélèvements sociaux au-dessus et en dessous du plafond de la sécurité sociale[360]

En %

	Cotisations de sécurité sociale	Contributions sociales
Taux au dessous du plafond	37,9	58,7
Taux au-dessus du plafond	22,9	56,4
Moyenne pondérée[361] par part des salaires au-dessus et en dessous du plafond	29,9	57,6

Source : CPO, calcul Cour des comptes

Pour apprécier plus finement la perte de recettes liée à ce mécanisme d'exemption la Cour a fait le choix d'estimer le produit d'une taxation selon une double hypothèse de comportement.

Traditionnellement, en effet, les évaluations de niches sociales supposent que les personnes qui n'en bénéficieraient plus allouent à la protection sociale des montants identiques à celles qu'elles lui consacraient quand elles disposaient d'un régime dérogatoire. Leur dépense totale est ainsi augmentée du montant du prélèvement résultant de la suppression de la niche.

Mais il est également possible d'estimer que les personnes considérées consacreront alors à leur protection sociale proprement dite des ressources réduites, le prélèvement s'imputant sur la base taxée de sorte que les sommes qu'elles y consacrent restent identiques prélèvement inclus.

L'ajustement des comportements des acteurs paraît devoir être compris entre ces deux bornes : ils augmentent leurs cotisations et primes

359. Il convient toutefois de souligner que ces prélèvements étant pour tout ou partie contributifs, leur acquittement crée des droits qui viendraient minorer l'impact de la suppression de l'exemption sur l'équilibre des finances sociales qui ne peut être assimilé à la perte de recettes.

360. Ces taux n'incluent pas la CSG/CRDS dont les cotisations levées en application des contrats collectifs ne sont pas exonérées.

361. Selon l'enquête INSEE sur les salaires dans les entreprises, il y avait 72,5 % des salariés dont les rémunérations étaient inférieures au plafond de la sécurité sociale en 2008 et ces salariés percevaient 53 % des salaires totaux, ce qui permet de pondérer les taux appliqués à la base.

pour maintenir le même niveau de garanties auquel cas les recettes engendrées seraient au niveau des pertes apparentes (hypothèse haute ci-après) ou ils maintiennent constant leur niveau d'effort et consacrent une partie des cotisations et primes aux impôts et cotisations sociales (hypothèse basse ci-après).

En fonction de ces hypothèses, le coût pour les finances sociales de ce mécanisme d'aide peut être estimé comme suit :

Estimation des pertes de recettes liées à l'exemption

En Md€

	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Cotisations de la SS stricto sensu	1,75	1,6
Contributions sociales lato sensu	3,37	2,3

Source : Calculs Cour des comptes

Ces estimations sont significativement supérieures à celles qui figurent à l'annexe V du PLFSS : en considérant que la santé représente environ la moitié du coût de la niche protection sociale complémentaire, le PLFSS chiffre, en effet, la perte apparente à 1,4 Md€ mais en retranche le produit de la taxe prévoyance, ce qui en ramène alors le coût net aux environs d'1 Md€. Cette déduction apparaît cependant injustifiée. En effet, cette taxe, à la charge des organismes complémentaires, a été instituée pour compenser l'inégalité créée entre les personnes dont l'employeur finance une partie de la protection sociale et celles qui ne bénéficient pas d'une telle aide. La remise en cause de l'exemption ne supprimerait pas le bien-fondé de la taxe dès lors que l'on ne peut en inférer la suppression généralisée de la participation des entreprises à la couverture maladie complémentaire de leurs salariés, un certain nombre d'entre elles ne faisant pas jouer ce mécanisme d'exonération en dépit de leur apport financier à cette protection complémentaire (cf. infra).

Par ailleurs, il convient d'ajouter à ces estimations celle de la dépense fiscale résultant de l'exemption d'impôt sur le revenu de la cotisation versée par les salariés pour laquelle un taux moyen d'imposition de 15 % a été retenu (comme dans le RALFSS 2008). Elle s'élève à 575 M€ en hypothèse basse et à 661 M€ en hypothèse haute.

2 – Les exonérations et réductions de taxe

Pour ce qui est de la taxe sur les conventions d'assurance, elle était estimée à 2,1 Md€ par la loi de finances 2010 alors que le taux applicable aux contrats non responsables était de 7 % et que les contrats responsables étaient totalement exonérés. L'écart entre contrats responsables désormais taxés à 3,5 % et contrats non responsables

toujours taxés à 7 % peut être évalué à 1,045 Md€ en hypothèse haute et 1,010 Md€ en hypothèse basse.

Pour la C3S dont le taux est de 0,16 %, l'estimation est de 50 M€.

Pour ce qui concerne les dispositifs Madelin, si l'on prend la moitié du coût estimé parce qu'il recouvre aussi bien la retraite que la prévoyance, l'estimation correspondant à la couverture maladie complémentaire est de l'ordre de 400 M€.

3 – Le coût agrégé des dispositifs d'aide

Le montant global des pertes de recettes fiscales et sociales liées aux différents mécanismes dérogatoires dont bénéficient les dispositifs d'assurance maladie complémentaire est résumé dans le tableau suivant :

En M€

	Produit probable
Fin de l'exemption de contributions sociales des contrats collectifs	2 310
Relèvement à 7% du taux de TSCA sur les contrats responsables	1 010
Fin de l'exonération d'IR des cotisations versées en application des contrats collectifs	575
Assujettissement à la C3S	50
Fin du dispositif Madelin en ce qui concerne la couverture maladie	400
Total	**4 335**

Source : Cour des comptes

Ce coût s'élèverait donc, dans l'hypothèse basse, aux environs de 4,3 Md€. Ces aides publiques représentent ainsi l'équivalent de près d'un cinquième du total des dépenses de soins et de biens médicaux pris en charge par les organismes complémentaires (17,7 %). Compte tenu des diverses hypothèses utilisées, il ne s'agit cependant là que d'un ordre de grandeur.

B – Des aides peu pertinentes

Les aides fiscales et sociales ainsi mises en œuvre visent à favoriser la couverture maladie complémentaire des assurés sociaux. Depuis quelques années, les difficultés de financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) conduisent en effet à la fois à désocialiser le petit risque et à responsabiliser davantage les ménages en accroissant leur reste à charge. La part supportée par ceux-ci dans la consommation de

soins et de biens médicaux est ainsi passée de 8,3 % en 2004 à 9,4 % en 2009[362].

Leur concentration sur les contrats collectifs qui respectent la condition de responsabilité introduite par la loi du 13 août 2004 pour favoriser la mise en place du parcours de soins, soit 98 % d'entre eux, semble cependant devoir être interrogée au regard de plusieurs constats.

1 – Des effets d'aubaine

Les exonérations dont jouissent les contrats collectifs trouvent leur origine dans la préoccupation d'assurer au maximum de personnes une protection considérée comme une condition de l'accès aux soins. Pourtant, comme l'ont montré de nombreuses études[363], les personnes aux salaires les plus modestes ne sont pas les premières bénéficiaires des contrats collectifs puisque ceux-ci sont plus fréquents dans les grandes entreprises (100 %) où les salaires sont aussi plus élevés que dans les petites (32 %) ainsi que dans les entreprises à plus forte proportion de cadres, à qui ils sont parfois même réservés et où la qualité des garanties croît avec le salaire moyen. Les négociations de branches ne corrigent ce constat que faiblement : seules une cinquantaine de branches sur 300 ont signé des accords en ce domaine.

Les aides publiques aux contrats collectifs sont ainsi à l'origine d'un « effet d'aubaine » certain pour les salariés appartenant aux catégories sociales moyennes et supérieures, sans que les justifications d'ordre général parfois avancées par ailleurs pour les justifier n'apparaissent fortement convaincantes : ni le caractère obligatoire des cotisations, ni les imperfections du marché (asymétrie de l'information, irrationalité des acteurs, externalités) ne les fondent sur une base solide. L'exemption dont bénéficient les contrats collectifs peut paraître en effet à certains égards trop vaste (tous les biens médicaux et pas seulement ceux qui présentent des externalités fortes ou qui relèvent réellement de l'assurance comme l'hospitalisation) et à d'autres trop restreinte puisque certains contrats individuels, également « responsables », pourraient autant y prétendre. Il existe au demeurant, même s'ils sont minoritaires,

362. Source DREES, comptes nationaux de la santé 2009.

363. Par exemple : Questions d'économie de las santé (QES) n° 80 de février 2004 ; QES n° 112 de septembre 2006 ; QES n° 161 de janvier 2011.

des contrats collectifs, sans contribution de l'employeur[364], ce qui s'explique par le mutuel intérêt des parties[365].

En tout état de cause, la concentration des aides sur les contrats collectifs au profit des seuls salariés exclut le reste de la population active, exception faite des bénéficiaires des contrats Madelin en ce domaine. Certes les contributions des employeurs font l'objet d'une taxation spécifique depuis 1996 destinée à compenser « l'inégalité de traitement existant en matière de protection sociale complémentaire au profit des entreprises qui souscrivent des contrats collectifs et au détriment des salariés et des non salariés qui ne peuvent souscrire qu'à des compléments de couverture sociale facultatifs, sans part patronale », dont le montant est de l'ordre de 400 M€ pour ce qui concerne la couverture maladie complémentaire. Mais cette taxe ne saurait épuiser toutes les interrogations au regard de l'équité des dispositifs d'aide réservés aux contrats collectifs.

2 – Un impact peu probant sur le marché de la couverture maladie complémentaire

La Cour s'est efforcée d'évaluer l'impact de l'introduction des contrats collectifs responsables en analysant l'évolution de l'offre en termes de tarification et de niveau de protection. Introduite dans le droit positif par la loi du 13 août 2004, mais entrée progressivement dans les faits, cette réforme n'est devenue pleinement applicable qu'au 1er janvier 2008. Les réponses à l'enquête de la DREES sur les contrats modaux pour 2005 et pour 2008 ont été ainsi comparées pour y déceler d'éventuelles inflexions.

La cotisation moyenne par bénéficiaire, déjà nettement supérieure pour les contrats individuels par rapport aux contrats collectifs (cf. supra), a augmenté plus rapidement pour les contrats individuels (+7 %) que pour les collectifs (+4 %) alors que, dans le même temps, les prestations correspondantes progressaient de manière identique (+8 % contre +9 %).

Il semble difficile d'interpréter l'évolution différentielle des contrats collectifs et individuels comme une conséquence de la responsabilisation du marché. Plus vraisemblablement, ce sont les mêmes

364. Selon l'IRDES, 8 % des entreprises dans lesquelles des garanties complémentaires collectives sont aujourd'hui en vigueur ne participent pas à leur financement.
365. Les couvertures collectives sont de meilleure qualité que les couvertures individuelles pour un moindre coût, toute contribution de l'employeur mise à part.

logiques qui sont toujours à l'œuvre (frais d'acquisition, anti-sélection[366] etc.) et qui continuent de produire leurs effets avec l'accroissement des enjeux financiers de l'assurance maladie complémentaire.

L'absence d'homogénéisation des garanties a eu tendance dans le même temps à s'accroître comme le fait ressortir le tableau suivant :

Différenciation des garanties

Rapport des écarts-types aux moyennes des indices des contrats	2005	2008	Evolution
Moyenne générale	0,26	0,34	+29 %
Contrats individuels	0,24	0,34	+40 %
dont mutuelles	*0,13*	*0,3*	*+120 %*
dont assurances	*0,21*	*0,3*	*+42 %*
Contrats collectifs	0,29	0,37	+30 %
dont IP	*0,28*	*0,31*	*+9 %*
dont assurances	*0,29*	*0,3*	*+4 %*

Source : DREES calculs Cour

L'écart-type des garanties[367] s'est ainsi accru pour tous les compartiments. L'analyse des données par type de soins montre que, parallèlement à une homogénéisation dans les secteurs de la pharmacie, de l'optique et du dentaire, une différenciation joue en effet dans la prise en charge de l'appareillage et surtout des dépassements (qu'ils se produisent en ville ou à l'hôpital).

Par ailleurs se font jour des effets non anticipés. Ainsi, les critères définis pour les contrats responsables excluent les contrats qui ne couvrent que les frais d'hospitalisation à l'exclusion de la médecine de ville par exemple. Or, ces contrats, loin d'être des « sous-contrats », correspondent parfaitement aux besoins d'assurance de nombre de jeunes adultes qui sont moins désireux de couverture en matière optique et dentaire et qui souhaitent simplement se protéger des risques lourds. Le dispositif des contrats responsables a ainsi renchéri le coût de la protection sociale de ces personnes dont les revenus sont souvent inférieurs à la moyenne. De même l'obligation de couvrir à 100 % les

366. L'antisélection est un phénomène statistique et économique qui joue un rôle important notamment dans les domaines de l'assurance par lequel une offre faite sur le marché aboutit à des résultats inverses de ceux souhaités à cause d'une asymétrie d'information.

367. Il convient toutefois de préciser que la taille de l'échantillon a progressé entre 2005 et 2008 notamment avec une couverture plus complète des contrats passés avec les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

tarifs opposables des soins de ville a contraint certaines mutuelles d'entreprise ou de fonctionnaires à rompre avec leur pratique antérieure de reste à charge systématique pour contenir la progression des dépenses.

*
* *

En fonction de ces constats, la question doit être ainsi posée d'un réexamen d'ensemble et en profondeur des exemptions sociales et fiscales particulièrement favorables dont bénéficient les contrats collectifs d'entreprise. Leur recalibrage devrait être attentif certes à éviter une remise en cause de la généralisation de la couverture maladie complémentaire et veiller au maintien de garanties d'un niveau satisfaisant, mais dans un contexte financier contraint, les considérations d'équité imposent impérativement de rechercher un meilleur ciblage des aides publiques en ce domaine au bénéfice en particulier de leur réorientation vers les personnes les plus défavorisées.

III - Des dispositifs de soutien aux catégories défavorisées mal articulés

A – Un double dispositif

Les pouvoirs publics ont souhaité accompagner la politique de responsabilisation des patients par une solvabilisation de la demande de protection sociale complémentaire des catégories défavorisées. Ces dispositifs sont :

- d'une part, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui a pour objectif d'organiser la gratuité des soins pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil situé aux environs de la moitié du revenu médian par unité de consommation[368] c'est-à-dire sous le seuil de pauvreté (qui est fixé à 60 % de celui-ci) et à un niveau inférieur aux minima sociaux[369] ;
- d'autre part, l'aide à la complémentaire santé (ACS) qui permet aux personnes dont les revenus par unité de consommation se situent entre

368. Le seuil étant indexé sur l'indice des prix qui a cru moins vite que le revenu médian, il n'atteint plus aujourd'hui ce pourcentage initial.
369. Ainsi les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'allocation pour adulte handicapé ne sont pas éligibles à la CMUC.

le plafond de la CMUC et 126 % de ce plafond[370] de bénéficier d'une prise en charge, partielle et progressive[371] en fonction de l'âge, du coût d'une assurance maladie complémentaire.

La CMUC couvrait au 31 décembre 2010 4,32 millions de personnes environ pour un coût de 1,423 Md€[372] contre seulement 535 000 bénéficiaires de l'ACS (pour une population éligible estimée à 2 millions d'assurés) pour un montant d'un peu plus de 100 M€. Le coût moyen par bénéficiaire s'élève aux environs de 400 € en métropole pour la CMUC et à un peu moins de 230 € pour l'ACS.

Le faible succès de l'ACS est généralement attribué à un défaut d'information des bénéficiaires et à sa relative complexité. L'étroitesse de la fourchette de revenu qui y ouvre droit ainsi que la nécessité d'en faire la demande contrairement à la CMUC dont le bénéfice résulte, dans environ la moitié des cas, automatiquement de l'attribution du RSA socle, y contribuent aussi. La possibilité pour les régimes d'assurance maladie de base de gérer l'ACS comme c'est le cas pour la CMUC pourrait être étudiée afin d'améliorer cette situation.

La charge financière qui était à l'origine principalement supportée par l'Etat (aux environs de 80 % en 2000) l'est désormais exclusivement par les souscripteurs d'assurances complémentaires santé qui s'acquittent d'une contribution portée à 5,9 % de leurs cotisations et primes en 2009. Cette situation fait partiellement supporter un effort de solidarité nationale par des personnes ne bénéficiant pas de la CMUC mais se trouvant en dessous du seuil de pauvreté tout en permettant à des catégories sociales aisées pratiquant l'auto-assurance d'y échapper. En effet, sur les 6 % environ d'assurés n'ayant pas d'AMC, un pourcentage non négligeable (un peu plus de 20 %) est composé d'assurés aisés ayant fait un choix économique et assumé de ne pas recourir aux AMC.

B – Des prestations globalement élevées et à l'origine d'effets de seuil marqués

Les évaluations menées mettent l'accent sur l'apport certain de la CMUC pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis mais ne s'interrogent pas sur la qualité relative de la protection accordée à ses bénéficiaires par rapport à celle du reste de la population. C'est sur cette

370. Depuis le 1er janvier 2011 contre 120 % antérieurement, ce plafond devant passer à 130 % en 2012.

371. De 100 € en dessous de 16 ans à 500 € au-dessus de 60 ans.

372. Dépenses des douze derniers mois au 31 juillet 2010, retracées dans les comptes du fonds CMU.

question que la Cour a plus particulièrement choisi de faire porter ses investigations.

L'analyse de la protection offerte par la CMUC peut en être faite directement par l'examen des garanties prévues par les textes légaux et les stipulations contractuelles. Cette démarche soulève toutefois une difficulté méthodologique : les bénéficiaires de la CMUC ne devant en principe se voir appliquer aucun dépassement, on peut soit considérer que leur situation est celle d'être remboursé de 100 % des tarifs de responsabilité soit qu'ils bénéficient des prestations des professionnels de santé en secteur II sans reste à charge.

Ainsi, si l'on considère que les bénéficiaires de la CMUC ne supportent aucun dépassement et sont dans une situation équivalente à celle des assurés jouissant d'un remboursement intégral de leurs dépenses d'honoraires[373], la valeur indicielle de leur panier de soins (1,22) est supérieure à celle de 80 % des contrats du reste de la population[374].

Une autre façon d'appréhender la valeur des garanties est de comparer les consommations de soins qu'elles financent. Les prestations représentent environ 80 % des primes et cotisations des contrats collectifs mais seulement 70 % de celles des contrats individuels comme le montre le tableau suivant :

Ratios prestations /cotisations dans les dispositifs d'assurance maladie complémentaire

Ratios	Contrats individuels	Contrats collectifs
Mutuelles	76	83
Institutions de prévoyance	NS	81
Assurances	64	80

Source : rapport annuel 2010 sur la situation financière des organismes complémentaires

On peut inférer de leurs niveaux ceux des prestations correspondantes et les comparer ainsi à la dépense moyenne de la population couverte par la CMUC, soit en 2008 environ 400 € annuels par bénéficiaire. Ce montant de prise en charge était supérieur dans 74 % des cas aux dépenses moyennes financées par les couvertures

373. Cette hypothèse revient à considérer que les bénéficiaires de la CMUC ne supportent ni refus de soins ni dépassements. Elle est cohérente avec le caractère très minoritaire des uns comme des autres pour les bénéficiaires de la CMUC.

374. Cela rejoint l'opinion d'un des organismes fédérant des OC selon laquelle la CMUC est « l'équivalent d'une garantie frais réels classée A ».

complémentaires souscrites dans un cadre individuel ou collectif par le reste de la population. Autrement dit, s'ils devaient souscrire une assurance complémentaire, les bénéficiaires de la CMUC devraient acquitter des cotisations et primes supérieures à celles que supportent 74 % de la population.

La qualité de la couverture maladie complémentaire ayant une incidence positive aussi bien sur la probabilité de recours aux soins que sur le niveau des consommations de soins, ce différentiel pourrait se traduire par des consommations de soins supérieures à celles du reste de la population, toutes choses -âge, sexe et état de santé- égales par ailleurs.

La consommation de soins des bénéficiaires de la CMUC

C'est la CNAMTS qui s'est d'abord intéressée à la question : elle constatait au titre de 2001[375] un écart de 76 % qu'elle expliquait par trois facteurs : un état de santé moyen moins bon que celui des autres assurés, un effet de rattrapage par rapport à la situation antérieure à l'instauration de la CMUC qui était marquée par l'importance des renoncements aux soins et un effet culturel de recours à l'hôpital plutôt qu'aux soins de ville. Mais elle ne quantifiait pas la part de ces différents facteurs et notamment le fait que les bénéficiaires, en moyenne, plus jeunes que le reste de la population, devraient moins consommer.

En revanche, une étude[376] réalisée en 2005 par la DREES concluait que la probabilité de recourir à des soins par les bénéficiaires de la CMUC est, à état de santé comparable, systématiquement supérieure à celle des autres bénéficiaires de couverture complémentaire mais aussi, qu'à probabilité égale, le montant des consommations est presque systématiquement supérieur dès lors qu'il est statistiquement significatif, notamment pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, les frais dentaires et les auxiliaires médicaux. Bien qu'elle porte sur des données maintenant anciennes (2002) qu'il serait opportun d'actualiser, cette étude semble ainsi infirmer l'assertion selon laquelle la CMUC « n'engendre pas de surconsommation »[377].

Il y a en tout état de cause urgence à faire réaliser une évaluation externe du dispositif CMU/ACS et à actualiser l'analyse statistique des déterminants de la consommation médicale des bénéficiaires, en particulier en améliorant la connaissance de leur état de santé[378].

375. M/S n° 1, vol. 20, 2004, pp. 105-108.

376. Etudes et résultats n° 378, février 2005.

377. «La dépense de CMUC par bénéficiaire en 2008 et 2009», fonds CMU, p. 8.

378. Une étude faisait état d'une prévalence plus élevée pour plusieurs pathologies (CNAMTS, Points de repère n° 8, août 2007). Une autre étude plus récente souligne que les bénéficiaires de la CMUC ont une mortalité deux fois plus élevée que les autres assurées à âge donné (CNAMTS, Tuppin et al, La presse médicale n° 6, juin 2011).

L'ensemble des transferts de charges et des accroissements de taxes intervenus depuis n'a pu en effet qu'accroître l'écart entre les garanties offertes par la CMUC et les autres.

Pour ce qui concerne en revanche l'aide à la complémentaire santé, le prix moyen du contrat souscrit en 2008 s'établissait à 734 € pour 1,64 bénéficiaire en moyenne, soit une cotisation par assuré de 448 € correspondant pour environ 70 % à des prestations[379], soit une dépense moyenne à ce titre de 313 €, inférieure d'environ 25 % à celle des bénéficiaires de la CMUC. Un peu plus de la moitié des cotisations était supportée par les assurés, le reste étant pris en charge par l'ACS. Les couvertures souscrites grâce à cette aide se situaient en moyenne au-dessus de 39 % de celles du reste de la population

Cette situation traduit la permanence d'un double effet de seuil qui porte aussi bien sur le montant des aides publiques que sur la qualité des garanties souscrites, qui peuvent être considérées comme de bonne qualité pour la CMUC et, en revanche, de qualité moyenne pour l'ACS. Cet effet de seuil est marqué tant entre bénéficiaires de la CMUC et bénéficiaires de l'ACS qu'entre bénéficiaires de l'ACS et le reste de la population.

En effet, l'analyse des taux de renoncement aux soins pour des raisons financières déclarés dans l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) de 2008 fait apparaître que celui des bénéficiaires de la CMUC était de 21 % mais que celui des personnes du premier quintile de revenu ne bénéficiant pas de la CMUC est de 25,7 %. En outre, le taux de renoncement aux soins des personnes du premier quintile non couvertes par une assurance complémentaire est d'au moins 30,4 %, taux qui est celui de l'ensemble des personnes non couvertes.

La situation selon laquelle il y a gratuité en dessous de 50 % du revenu médian, faible couverture entre 50 % et 65 % du revenu médian[380]) et fréquente de couverture complémentaire au-dessus[381],

379. Le rapport prestations/cotisations est de 76 % pour les mutuelles et 64 % pour les assurances. Source : rapport annuel 2010 sur la situation financière des organismes complémentaires. Le chiffre de 70 % constitue une moyenne entre mutuelles et assurances.

380. Selon l'enquête santé 2003 de l'INSEE, 21 % des personnes du quintile de niveau de vie le plus bas n'avaient pas de couverture maladie complémentaire en 2003 contre 30 % en 1992. La loi CMU n'a donc permis de traiter qu'un tiers du problème.

381. Ainsi, selon l'ESPS 2006, malgré la CMUC et l'ACS, 14,4 % des personnes dont les restes à charge (RAC) sont inférieurs à 800 € sont dépourvues de couverture complémentaire.

pour des seuils de revenu de 620, 744 et 870 € par unité de consommation en 2008, n'apparaît ainsi pas satisfaisante.

*
* *

Les importantes aides publiques consacrées à la couverture maladie complémentaire qui, tous dispositifs confondus, y compris prise en charge de la CMUC et de l'ACS, peuvent être estimées à plus de 6 Md€, sont ainsi mal utilisées au regard même des objectifs qu'elles se fixent de faciliter au plus grand nombre l'accès à ce type de protection. Trop généreuses pour une partie des bénéficiaires, trop réduites pour d'autres, leur réorientation significative semble indispensable.

Celle-ci pourrait conduire, à système inchangé, à rediriger au moins pour partie les aides consacrées aux contrats collectifs en direction des assurés disposant de faibles revenus afin notamment de supprimer l'effet de seuil trop marqué constaté entre la CMUC et l'ACS, dispositif qu'il convient par ailleurs de continuer de promouvoir activement.

Cette révision pourrait également s'inscrire dans le cadre d'une réflexion plus profonde et systémique sur la mise en place d'un bouclier sanitaire dégressif en fonction du revenu.

CONCLUSION

Le paysage de la protection sociale complémentaire dont le développement a été favorisé par des aides publiques importantes paraît donc marqué par de multiples incohérences. Le manque d'articulation de ces divers dispositifs coûteux pour les finances publiques se manifeste de différentes manières. Ainsi, la protection complémentaire n'est pas obligatoire mais on la souhaiterait pourtant générale et la plus élevée possible, incitant parfois à un comportement peu compatible avec l'objectif de maîtrise des dépenses car elle consiste au moins autant en un achat de soins anticipé qu'en une véritable assurance. En outre, les aides sont pour l'essentiel réservées aux seuls contrats collectifs au détriment des contrats individuels qui couvrent pourtant la moitié de la population. Enfin, les mécanismes de la CMUC et de l'ACS produisent des effets de seuil importants. Au total, le ciblage des dispositifs d'aide apparaît très imparfait au regard même de l'équité sociale en bénéficiant de manière non négligeable à des catégories sociales pour lesquelles il constitue un effet d'aubaine tout en étant d'un niveau insuffisant pour les personnes à revenus faibles.

Un réexamen d'ensemble est donc non seulement indispensable mais urgent. En période de difficultés budgétaires, il est, en effet, plus impérieux

que jamais de mieux cibler les aides publiques et de les concentrer sur les populations qui en ont le plus besoin.

La remise en cause totale ou partielle de certaines exonérations pourrait permettre une réallocation des ressources pour réduire des effets de seuils très dommageables, sans préjudice, le cas échéant, d'un financement de nouveau par la solidarité nationale du fonds CMU. Une telle réorientation suppose cependant d'évaluer plus rigoureusement l'impact de la CMUC et de l'ACS au regard de l'état de santé de leurs bénéficiaires comme de leur consommation de soins.

RECOMMANDATIONS

57. Réduire, voire supprimer dans le cadre d'une réforme globale du financement de l'assurance maladie, les exemptions de cotisations sociales très favorables dont bénéficient les contrats collectifs et a minima les moduler en fonction de critères d'éligibilité plus strictement définis, notamment en matière de contribution à une meilleure gestion du risque et de niveau de frais de gestion.

58. Faire réaliser une évaluation indépendante de la CMUC et de l'ACS et actualiser les études relatives à la consommation de soins des bénéficiaires.

59. Réduire l'effet de seuil lié au plafond de la CMUC, en élargissant la fourchette de revenu qui permet de prétendre à l'ACS et en y affectant tout ou partie des recettes supplémentaires procurées par le réajustement des aides aux contrats collectifs.

60. Améliorer la connaissance des contrats collectifs, notamment en ce qui concerne le montant des dépassements pris en compte et le nombre de ces contrats ne bénéficiant pas à la totalité des personnels des entreprises concernées.

Annexe 1 - La méthodologie indicielle de la Cour

La Cour a construit un indice représentatif du panier de soins correspondant à chaque contrat ce qui permet notamment de donner une lecture plus immédiate des comparaisons entre prestations, d'effectuer des rapprochements avec les cotisations/primes et d'étudier l'évolution du marché dans le temps.

Pour chaque prestation appartenant à une des principales catégories (pharmacie, ambulatoire, optique, dentaire, hôpital, prévention), un score égal au rapport de la valeur moyenne de la prestation pour l'ensemble des contrats pondéré par le nombre de bénéficiaires est attribué à chaque contrat.

Le détail des prestations entrant dans l'indice est le suivant :

- taux de prise en charge des vignettes bleues ;
- taux de prise en charge des vignettes blanches ;
- remboursement des consultations de médecin spécialiste de secteur 2 à honoraires libres, pour un assuré dans le parcours de soins ;
- montant versé par l'assurance complémentaire (hors remboursement par la sécurité sociale) pour la consultation directe d'un médecin spécialiste du secteur 2 à honoraires libres, hors parcours de soins, réglée 60 € au médecin ;
- taux de prise en charge des frais de radiologie ;
- taux de prise en charge des dépenses d'analyse ;
- montant pris en charge pour un appareil auditif de 3 000 € (deux oreilles) ;
- montant pris en charge pour une paire de lunettes ;
- prise en charge de lentilles non remboursées par la sécurité sociale (oui/non) ;
- montant pris en charge pour une dent du sourire céramo-métallique de 750 € ;
- prise en charge de l'implantologie (oui/non) ;
- prise en charge de l'orthodontie adulte (oui/non) ;
- durée de prise en charge du forfait journalier en jours par an ;
- montant maximum du forfait journalier par jour ;
- taux de prise en charge des honoraires des praticiens hospitaliers ;
- montant maximum par jour de la prise en charge de la chambre particulière ;
- durée maximale de cette prise en charge en jours par an ;
- prise en charge du vaccin anti-grippe avant 65 ans (oui/non) ;

- prise en charge du sevrage tabagique (oui/non).

Le calcul du score s'effectue selon trois modalités différentes :

- si les garanties sont exprimées en pourcentage du tarif conventionnel, ces pourcentages sont directement utilisés ;
- si les garanties sont exprimées de manière non standardisées, ce qui est le cas de l'optique et du dentaire, le score est calculé à partir des remboursements prévus sur les biens de référence définis par la DREES pour ses travaux statistiques. Ces biens de référence sont notamment :
  - deux prothèses auditives numériques facturées 3000 euros à l'assuré ;
  - une paire de lunettes à faible correction (verres simples) facturée 200€ d'une part et une paire de lunettes à forte correction (verres complexes) facturée 500 € d'autre part ;
  - une prothèse dentaire céramo-métallique sur dent visible facturée 750 € à l'assuré, y compris remboursement sécurité sociale ;
- si les garanties sont exprimées par réponse à une question fermée, un score de 1 est attribué au « oui » et un score de 2 est attribué au « non ».

La moyenne des scores ainsi obtenus est ensuite calculée par grande catégorie et l'indice est défini comme la moyenne de ces scores pondérée par le poids des dépenses correspondantes dans les comptes de la santé 2008. Par exemple, pour ce qui concerne la prestation de remboursement des prothèses céramo-métalliques des dents du sourire d'une valeur de 750 €, on calcule le remboursement moyen pour l'ensemble des contrats modaux qui est de 292,39 €, puis on détermine la valeur de chaque contrat en divisant le remboursement qu'il prévoit par cette moyenne ce qui donne un score correspondant à la prestation. Ce score varie pour l'ensemble des contrats entre 0 et 6,31. Cette valeur est ensuite prise en compte avec d'autres prestations évaluées de la même manière (implants, orthodontie) pour déterminer un indice dentaire qui entre dans la composition de l'indice de panier de soins à hauteur de la part des prothèses dentaires dans les dépenses des organismes complémentaires (OC).

Les pondérations sont celles des diverses catégories de soins dans la CSBM financée par les OC.

La valeur moyenne du marché est de 1.

La méthode permet :

- de comparer tous les contrats deux à deux ou un contrat à un groupe de contrats ;
- de déterminer des valeurs moyennes par catégorie de contrat ;
- de rapprocher la valeur des contrats de leur prix ;
- de comparer les valeurs des contrats entre 2005 et 2008.

A partir de cette méthodologie on aboutit à une bonne corrélation entre les diverses catégories de la DREES (cf. tableau page 324) et les indices moyens calculés :

Indices moyens par catégories

Catégorie	Indice moyen
Moyenne A	1,35
Moyenne B	1,14
Moyenne C	0,90
Moyenne D	0,69

Source : Cour à partir de données DREES

Les meilleures garanties selon la DREES sont aussi celles qui ont les indices les plus forts.

Pour ce qui concerne la comparaison entre les contrats modaux 2005 et 2008, l'enquête 2005 étant moins riche en informations que l'enquête 2008, un indice légèrement dégradé a été utilisé pour pouvoir être calculé sur les deux échantillons. La valeur d'indice 1 a été dans ce cas donnée au marché en 2005.

Enfin la comparaison entre les garanties des contrats modaux et la CMUC soulève une difficulté particulière. Le panier de soins CMUC prévoit en effet une prise en charge à 100 % mais les bénéficiaires doivent en principe se voir appliquer le tarif conventionnel même par les praticiens du secteur II. Pour déterminer le score du panier de soins CMUC pour les honoraires médicaux deux solutions sont possibles : soit on considère que leur situation est celle d'être remboursé à 100% des tarifs de responsabilité soit qu'ils bénéficient des prestations des professionnels de santé du secteur II sans reste à charge. Il existe certes des refus de soins mais ceux-ci sont minoritaires et ne se traduisent pas par un reste à charge.

Chapitre XII

Les aides publiques à l'épargne retraite

PRESENTATION

Les dispositifs d'épargne retraite mis en place ces dernières années se sont ajoutés à de nombreux autres plus anciens, même si une définition complète n'en a été donnée que par la loi de 2010 portant réforme des retraites. Ils ont pour objet de compléter les pensions servies au titre des régimes de retraite obligatoires (retraites de base et complémentaires[382]), à partir d'une épargne constituée par le bénéficiaire ou par son employeur et, qui est, en principe, bloquée jusqu'à son départ en retraite.

L'épargne retraite peut être ainsi considérée comme une déclinaison française des fonds de pension largement développés dans nombre de pays. Elle joue en France un simple rôle de complément dans un contexte de diminution, dans des proportions variables et difficiles à évaluer, du taux de remplacement des pensions.

Pour l'encourager, c'est-à-dire pour compenser la contrainte de blocage de l'épargne jusqu'à la cessation d'activité, elle bénéficie d'aides publiques, essentiellement sous forme de « niches sociales ».

Les dispositifs, auxquels les épargnants ont accès dans le cadre de leur entreprise ou à titre individuel, revêtent des formes variées (I) et représentent un coût important pour la collectivité (II), dont le ciblage, notamment en faveur de certaines catégories socio-professionnelles, devrait être amélioré (III).

I - Des dispositifs foisonnants aux statuts juridiques divers

Si la loi de 2003 réformant les retraites a, dans son premier article, confirmé la place centrale des retraites par répartition[383], elle comportait aussi un ensemble de mesures relatives à l'épargne retraite. Elle disposait notamment que, « en complément des régimes de retraite obligatoires par répartition, toute personne a accès, à titre privé ou dans le cadre de son activité professionnelle, à un ou plusieurs produits d'épargne réservés à la retraite, dans des conditions de sécurité financière et d'égalité devant l'impôt ». Sans constituer une définition proprement dite, cet article

382. Les régimes de retraite complémentaires recouvrent, d'une part, l'AGIRC, l'ARCCO pour les salariés du secteur privé, l'IRCANTEC pour les contractuels du secteur public, et d'autre part, les régimes de retraite complémentaire des travailleurs non salariés.

383. « La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations ».

présentait ainsi de premiers éléments de clarification que la loi de 2010 portant réforme des retraites a complétés. Celle-ci définit en effet explicitement l'épargne retraite dans son article 107 dans les termes suivants : « l'épargne retraite, qui vise à compléter les pensions dues au titre des régimes de retraite par répartition légalement obligatoires, permet de disposer, à partir du départ à la retraite, de ressources provenant d'une épargne constituée individuellement ou collectivement à partir de versements sur une base volontaire ou obligatoire réalisés à titre privé ou lors de l'activité professionnelle ».

A partir de ces deux textes, les règles s'appliquant, en principe, aux dispositifs d'épargne retraite[384] peuvent ainsi être récapitulées comme suit :

- l'épargne retraite permet de compléter les pensions versées par les régimes obligatoires de retraite (retraite de base et retraite complémentaire) ;
- l'adhésion à un dispositif n'est pas rendue obligatoire par la loi. Mais dans certaines situations, les versements d'épargne peuvent l'être, par exemple, par un accord d'entreprise ;
- chacun en revanche doit pouvoir avoir accès à l'épargne retraite, soit dans le cadre de son activité professionnelle, soit à titre privé.
- l'épargne retraite fonctionne par capitalisation ;
- les fonds versés sont bloqués jusqu'au départ en retraite de l'épargnant ;
- les dispositifs d'épargne retraite doivent assurer la sécurité financière de l'épargne constituée ;
- ils sont tenus de respecter le principe d'égalité devant l'impôt.

En 2009, 13 Md€ ont été collectés par les systèmes d'épargne retraite, qui peuvent être classés en deux grandes catégories : la première, qui représente une collecte de 8,4 Md€, est constituée par les dispositifs auxquels l'épargnant a accès en tant que salarié de l'entreprise qui l'emploie, la seconde par ceux auxquels l'épargnant adhère à titre individuel, c'est-à-dire, en ce qui concerne les salariés, en dehors du cadre de l'entreprise. Cette seconde catégorie représente une collecte de 4,5 Md€.

384. Ces textes sont cependant muets en ce qui concerne le mode de sortie : ainsi, ils n'imposent pas que celui-ci se fasse sous forme de rente. Un dispositif avec une sortie en capital peut ainsi être qualifié de dispositif d'épargne retraite.

A – Les dispositifs proposés aux salariés dans le cadre de l'entreprise

Si le plan d'épargne retraite collectif (PERCO), créé par la loi de 2003 portant réforme des retraites, est défini par des textes, l'ensemble des autres dispositifs, existant tous avant 2003, ne répondent à aucun modèle prédéterminé. Les dispositions fiscales et sociales auxquelles ces derniers sont soumis dépendent de leurs caractéristiques et permettent le plus souvent de les caractériser.

1 – Les dispositifs préexistant à la réforme des retraite de 2003

a) Des caractéristiques différenciées

Les dispositifs d'épargne retraite autres que les PERCO peuvent avoir diverses origines.

Ils peuvent résulter de la réforme de 1994 qui a vu la scission de certains régimes de retraite fonctionnant à la fois par répartition et par capitalisation en deux composantes distinctes : l'une, qui s'apparentait à un dispositif par répartition, a été rattachée à l'AGIRC ou à l'ARCCO, l'autre, qui fonctionnait plus par capitalisation, a donné lieu à la création d'un dispositif d'épargne retraite.

Les systèmes d'épargne retraite peuvent aussi avoir été mis en place pour compenser, lors de fusions d'entreprises, certaines différences de statut des personnels.

Ils peuvent enfin répondre à la volonté de compléter le niveau des retraites de base et des retraites complémentaires de certaines catégories de personnels, souvent les cadres ou les dirigeants.

Les spécificités des différents mécanismes d'épargne retraite portent sur :

- leur caractère collectif ou non. Le dispositif est dit collectif s'il s'adresse à tous les salariés d'une catégorie de personnel de l'entreprise (ou même à la totalité de ses salariés) ;
- le caractère obligatoire ou non de l'adhésion du salarié au dispositif ;
- les modalités de constitution de l'épargne (versements fixes ou libres du salarié, versements fixes de l'employeur ou sous forme d'abondement des versements libres du salarié etc.) ;
- les conditions de déblocage de l'épargne constituée. La sortie s'effectue, en général, sous forme de rente viagère, mais elle peut aussi se faire, dans certains cas, sous forme de capital, notamment lorsque le

montant de la rente viagère qui aurait été versée est faible. La sortie se fait, dans ce dernier cas, sous forme d'un versement forfaitaire unique (VFU) ;

- les modes de calcul des rentes (montant de la rente déterminé dès la phase d'épargne, conversion en rente du capital épargné à l'issue de la phase d'épargne, rente calculée en fonction du nombre de points acquis de la valeur de service du point) ;
- le caractère certain ou non de la rente. Le versement de la rente peut en effet être conditionné par la présence effective du salarié dans l'entreprise au moment de son départ en retraite. C'est le cas de toutes les retraites chapeau. Il s'agit alors de dispositifs dont l'objectif est de fidéliser les salariés ;
- l'opérateur en charge de la gestion du dispositif. Celui-ci peut être géré par l'entreprise en interne, ou par une société d'assurance, une mutuelle ou une institution de prévoyance.

b) Un régime social et fiscal complexe

Les dispositions sociales et fiscales s'appliquant aux cotisations (ou primes) et aux rentes versées sont déterminées en fonction des caractéristiques des dispositifs. Ainsi, de façon très schématique :

- si le dispositif s'applique de façon obligatoire à tout le personnel ou à une catégorie de salariés déterminée selon des critères objectifs et si les prestations sont versées sous forme de rente aux bénéficiaires directement par une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurances, les versements de l'employeur sont exclus de l'assiette de l'impôt sur le revenu du salarié (jusqu'à un certain plafond) et de celle des cotisations sociales (jusqu'à un plafond, différent du premier). Les versements de l'employeur sont néanmoins assujettis au forfait social[385], au taux de 6 % en 2011. Lors de la phase de rente, les pensions versées aux bénéficiaires sont soumises à l'impôt sur le revenu, comme les pensions de retraite. On parle alors de dispositifs « article 83 » du code général des impôts (CGI) ;
- lorsque le versement de la rente est conditionné par la présence effective du salarié dans l'entreprise au moment de son départ à la retraite, l'avantage octroyé au salarié n'est alors certain qu'à ce moment là : les cotisations (ou primes) ne peuvent lui être rattachées avant et les règles de droit commun ne peuvent donc s'appliquer. C'est pourquoi ces dispositifs sont régis par des règles particulières en

385. Le forfait social a été institué par la LFSS pour 2009 au taux de 2 % puis il a été progressivement augmenté.

matière sociale[386] et fiscale, qui dépendent non seulement de leur mode de gestion (gestion interne à l'entreprise ou confiée à un assureur) mais aussi d'options retenues par l'entreprise[387]. Lorsque la gestion du dispositif est externalisée, les cotisations (ou primes) des entreprises sont soumises à des prélèvements sociaux au taux, depuis 2011, de 12 %. Les pensions versées aux retraitées sont aussi soumises, lorsque leur montant mensuel est compris entre 400 et 600 €, à un prélèvement de 7 % et, au-delà, de 14 %. De tels dispositifs sont appelés dispositifs « relevant de l'article 39 » du CGI ;

- enfin, pour les autres dispositifs, il est considéré que les versements de l'employeur constituent des éléments de rémunération. Ils sont donc assujettis aux cotisations sociales et entrent dans l'assiette de l'impôt sur le revenu du salarié. Les prestations servies sous forme de rente sont traitées fiscalement comme des rentes à titre onéreux, c'est-à-dire qu'elles sont assujetties à l'impôt sur le revenu sur une fraction de leur montant, sensée représenter la part de la rente correspondant aux produits financiers de la phase de rente[388]. On parle alors de dispositifs « article 82 » du CGI.

386. Les dispositions sociales relatives aux pensions conditionnées par la présence effective du salarié dans l'entreprise au moment de son départ à la retraite (retraites chapeau) ont fait l'objet de recommandations dans le RALFSS de septembre 2010 (p. 102).

387. Il s'agit du paiement des cotisations sociales soit sur les rentes versées, soit sur la dotation aux provisions pour charge future (dans le cas de gestion interne à l'entreprise) soit sur les primes versées aux assureurs.

388. Les rentes viagères constituées « à titre gratuit » sont, en revanche, soumises en totalité à l'impôt sur le revenu, comme les pensions de retraite.

c) Une diffusion non négligeable (hors PERCO)

Les dispositifs existant dans le cadre de l'entreprise en 2009 (hors PERCO)

Type de dispositif	Nombre de salariés couverts (milliers)	Montant total des cotisations ou primes (M€)	Provisions mathématiques[389] (M€)	Nombre de bénéficiaires d'une rente (milliers)	Montant annuel moyen des rentes (€)
Contrats art. 83	3 700 à 4 000	2 881	46 220	357	2 321
Contrats art. 39	so	4 298	33 691	130	4 592
Contrats art. 82	200 à 250	237	3 368	ns	nd
Total	**nd**	**7 416**	**83 247**	**487**	**nd**

Note de lecture : ns : pour non significatif ; so : pour sans objet ; nd : pour non disponible

Source : DREES

En 2009, environ 4 millions de salariés étaient couverts par un dispositif relevant des articles 83 ou 82. S'ils représentent un peu plus de 20 % des salariés du secteur privé, seulement 3 % des retraités, au plus[390], bénéficient d'une rente viagère d'épargne retraite d'entreprise, tous dispositifs confondus. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'écart entre ce taux et celui des salariés couverts : d'une part, la sortie sous forme de capital, notamment en cas de VFU (cf. ci-dessus) fait que certains retraités ayant adhéré à un dispositif d'épargne retraite ne bénéficient pas de rente ; d'autre part, le développement régulier des dispositifs relevant de l'article 83 du CGI fait qu'ils sont plus répandus dans la population actuellement en activité qu'ils ne l'étaient lorsque la population actuellement retraitée avait elle-même une activité.

2 – Le plan d'épargne retraite collectif (PERCO)

Le plan d'épargne retraite collectifs (PERCO) a été créé par la loi de 2003 portant réforme des retraites. Mis en place par un accord collectif

389. Les sociétés d'assurances contractent des engagements auprès de leurs assurés en échange du paiement d'une prime. La provision mathématique permet de prendre en compte l'écart entre la valeur actuelle de l'engagement pris par l'assureur et celle de l'engagement résiduel éventuel de l'assuré. Cela s'apparente donc à l'engagement « net » de l'assureur vis-à-vis de l'assuré. Cet engagement doit être couvert par des actifs de l'assureur constitués suite au paiement des primes.

390. Il existe en effet des doubles comptes, un retraité pouvant être compté comme bénéficiaire pour chaque dispositif auquel il a cotisé au cours de sa carrière.

au niveau de l'entreprise, le PERCO est ouvert à tous ses salariés[391], qui effectuent librement des versements sur leur plan. Ces versements donnent lieu à un abondement de l'employeur qui ne peut excéder trois fois le montant apporté par le salarié. Jusqu'à un certain plafond, l'abondement de l'employeur n'est pas assujetti aux cotisations sociales, mais seulement au forfait social (cf. supra).

Les fonds correspondants ne sont pas gérés par des sociétés d'assurance, des mutuelles ou des institutions de prévoyance mais par des sociétés de gestion de portefeuille et sont investis en valeurs mobilières. Jusqu'au départ en retraite du salarié, c'est-à-dire pendant la phase d'épargne, les règles prudentielles relatives aux autres dispositifs mis en place dans le cadre de l'entreprise, qui relèvent en général du code des assurances, ne s'appliquent pas aux PERCO.

Le déblocage de l'épargne, sous forme de capital, avant le départ en retraite, est autorisé dans un nombre de cas plus important que pour les autres dispositifs. Ainsi, ce déblocage anticipé est possible pour l'achat de la résidence principale du salarié, même lorsque celui-ci n'est pas primo-accédant. Par ailleurs, lors de son départ à la retraite, si l'accord d'entreprise l'a prévu, le salarié peut opter pour une sortie soit en capital soit sous forme de rente.

Evolution de la diffusion des PERCO

	Au 31/12/2006	Au 31/12/2007	Au 31/12/2008	Au 31/12/2009
Salariés en phase d'épargne (milliers)	201	334	444	557
Evolution N / N-1 (%)		+66 %	+33 %	+25 %
Encours (M€)	761	1 402	1 859	3 000
Epargne totale de l'année (M€)	387	685	831	930
Epargne moyenne de l'année (€)	1 925	2 051	1 872	1 670

Source : DREES

En nombre de salariés, la diffusion des PERCO dépend d'une part de l'effectif total de salariés des entreprises pour lesquelles un tel système a été mis en place (1,6 million en fin 2008 sur un total de 18 millions de salariés du secteur privé) et d'autre part du taux d'adhésion au sein des entreprises (25 %).

En 2009, première année pour laquelle des données détaillées sur les déblocages sont disponibles, sur les 15 000 déblocages, représentant

391. C'est le seul dispositif d'épargne retraite instauré par la loi qui s'adresse à la totalité des salariés d'entreprise.

un montant de 85 M€, plus de 60 % l'ont été de façon anticipée, pour un montant de 42 M€, essentiellement, d'après l'administration, pour l'achat d'une résidence principale. En ce qui concerne les autres déblocages, c'est-à-dire ceux correspondant à des situations normales (départ à la retraite des salariés), la sortie s'est faite exclusivement sous forme de capital et jamais sous forme de rente.

Le rendement des PERCO, investis en valeurs mobilières, dépend des marchés. Ainsi, d'après les calculs de la Cour, leur rendement moyen a été nul en 2007, négatif en 2008 (-33 %) et positif en 2009 (+22 %). Au total, sur la période 2007-2009, le rendement annuel moyen a été largement négatif (-6 %), reflétant la situation des marchés née de la récente crise économique et financière.

B – Les dispositifs individuels

Jusqu'en 2003, l'accès aux dispositifs individuels d'épargne retraite était limité par la législation fiscale à certaines catégories professionnelles : les fonctionnaires (dispositifs PREFON et CREF devenu COREM), le personnel des hôpitaux publics (CRH), les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles (contrats « Madelin »). La loi de 2003 portant réforme des retraites a prévu la généralisation de ce type de dispositif en créant les plans d'épargne retraite populaires (PERP), afin de répondre au principe prévu par la loi d'accès à l'ensemble de la population.

Ces dispositifs fonctionnent de la manière suivante : l'épargnant effectue des versements sur son plan dont les montants réduisent d'autant le revenu imposable du foyer, jusqu'à un certain plafond[392]. Lorsque l'épargnant atteint l'âge légal de la retraite dans son régime de base ou 60 ans[393], il peut demander à bénéficier de son épargne. La sortie se fait sous forme de rente, avec cependant la possibilité d'obtenir le versement d'un capital pour l'acquisition de sa résidence principale, dans le cas (restrictif) d'une première accession à la propriété, ou, depuis 2010, sans justification particulière, pour au plus 20 % des droits constitués.

Le mode de calcul de la rente peut différer en fonction du dispositif : soit, à l'issue de la phase d'épargne, le capital constitué est converti en rente en utilisant les tables de mortalité en vigueur (épargne convertie en rente viagère) ; soit, dès la phase d'épargne, le montant de la

392. Le montant du plafond est de 10 % des revenus d'activité professionnelle dans la limite de huit fois le plafond de la sécurité sociale ou de 10 % du plafond de la sécurité sociale (soit 3 535 € en 2011), si ce dernier montant est supérieur au premier.
393. Ou 62 ans à l'issue de la réforme des retraites de 2010.

rente est déterminé (rente viagère différée) ; soit les versements permettent l'acquisition de points, selon une valeur d'achat, qui seront, lors de la phase de rente, convertis selon la valeur de service du point (dispositifs en points).

Les rentes sont ensuite imposées au titre de l'impôt sur le revenu, comme les pensions de retraite. Ainsi, l'imposition n'est que différée, l'épargnant bénéficiant, le cas échéant, de l'écart entre le taux d'imposition marginal de l'année de l'épargne et celui de l'année du service de la rente.

En matière de cotisations sociales, seuls les contrats des travailleurs indépendants dits « Madelin » bénéficient de règles dérogatoires. Les montants épargnés sont, dans la limite d'un plafond, exemptés de cotisations sociales. Pour les autres dispositifs, les sommes consacrées à l'épargne retraite, ne sont pas, par construction (elles proviennent du patrimoine de l'épargnant), soumises aux cotisations sociales.

Les dispositifs d'épargne retraite individuels en 2009 et leur évolution par rapport à l'année 2008

	Cotisants (milliers et %)		Cotisation moyenne de l'année (€ et %)		Total des cotisations de l'année (M€ et %)		Provisions mathématiques (M€ et %)	
	Nombre	Evolution	Montant	Evolution	Montant	Evolution	Montant	Evolution
PERP	2 082	+2 %	508	0 %	1 062	+2 %	5 358	+31 %
PREFON, COREM, CRH[394]	760	-1 %	1 029	0 %	782	-1 %	16 277	+6%
Contrats « Madelin »[395]	1 335	+1 %	1 855	0 %	2 457	0 %	22 616	+19 %
Ensemble	**4 177**	**+1 %**	**1 033**	**0 %**	**4 301**	**+1 %**	**19 796**	**+15 %**

Source : DREES

394. Les provisions mathématiques ne comprennent pas celles de la CRH.
395. Il s'agit des contrats destinés aux travailleurs indépendants, ainsi que des contrats destinés aux exploitants agricoles.

En 2009, le montant annuel moyen de la rente versée par les dispositifs individuels, hors PERP, trop récents pour être vraiment significatifs, était de l'ordre de 1 500 €.

Comme le fait apparaître le tableau ci-dessus, la diffusion des PERP stagne, notamment lorsque l'on la compare à celle des PERCO, pourtant créés à la même date. La possibilité de sortir, à l'issue de la phase d'épargne, sous forme de capital pour 20 % des droits constitués, possible depuis la loi sur les retraites de 2010, pourrait toutefois relancer leur développement.

*
* *

Au total, malgré le caractère partiel des informations disponibles, le nombre de salariés couverts par un dispositif d'épargne retraite à caractère collectif et obligatoire et bénéficiant à ce titre de mesures fiscales et sociales dérogatoires (dispositif relevant de l'article 83 du CGI) apparaît en augmentation régulière depuis plusieurs années (de l'ordre de 10 % par an depuis 2006). C'est donc dans le cadre de l'entreprise que l'épargne retraite se développe et non dans un cadre individuel.

Les PERCO présentent une progression plus importante (+25 % en 2009), qui résulte très probablement de leur montée en puissance. Le caractère très récent du dispositif conduit toutefois à l'évidence à relativiser la portée des statistiques en la matière. Par ailleurs, leur taux de déblocage anticipé fait qu'ils ne peuvent être considérés pleinement comme des systèmes d'épargne retraite.

L'épargne retraite reste en tout état de cause globalement faiblement développée en comparaison d'autres formes d'épargne, notamment l'assurance vie, qui peut être aussi utilisée pour atténuer la baisse de revenus liée à la cessation d'activité, mais qui ne relève pas de la même approche, essentiellement parce que le déblocage des fonds est indépendant du départ à la retraite.

II - Des aides publiques d'environ 2 Md€ par an

A – Une extrême diversité de règles

Les dispositifs d'épargne retraite bénéficient, en matière de prélèvements sociaux et fiscaux, de règles dérogatoires, de nature différente.

Certaines ont pour objectif d'encourager l'épargne retraite, notamment par rapport à d'autres formes d'épargne, en compensant la contrainte de blocage des fonds jusqu'à la cessation définitive d'activité.

D'autres visent à encourager le développement de certains types de dispositifs d'épargne retraite.

Ainsi, jusqu'à la réforme des retraites de 2003, tous les versements des employeurs pour les dispositifs de retraite autres que les régimes de retraites de base, c'est-à-dire les versements au titre des régimes de retraite complémentaire et au titre de l'épargne retraite, bénéficiaient, sans condition particulière, des mêmes dispositions dérogatoires en matière sociale, avec, par salarié, un plafond commun.

Depuis 2003, d'une part, les cotisations des régimes de retraite complémentaire sont traitées comme les cotisations de sécurité sociale et, d'autre part, seuls les dispositifs d'épargne retraite en place dans les entreprises répondant à certains critères (caractère collectif du dispositif et obligatoire de l'adhésion notamment) ont conservé le bénéfice de ces dispositions.

Il en résulte une extrême diversité de règles, tant en matière fiscale que sociale : les spécificités portent sur la CSG et la CRDS, sur les cotisations sociales, sur l'impôt sur le revenu et enfin sur l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF). En matière sociale, elles peuvent même donner lieu à des mesures tendant à les compenser, comme le forfait social, qui s'applique aux éléments de rémunération qui ne sont pas assujettis aux cotisations sociales mais le sont à la CSG.

Ces régimes dérogatoires sont très variables en fonction des dispositifs : ainsi, en matière fiscale, pour le PERCO, l'abondement de l'employeur et les produits financiers ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu alors que pour le PERP, pourtant créé en 2003 comme le PERCO, il ne s'agit que d'un décalage dans le temps de l'imposition sur les montants épargnés[396].

En matière sociale, les versements des employeurs ne sont pas le plus souvent retenus pour la détermination de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, avec pour conséquence, outre le « manque à gagner » pour les organismes de sécurité sociale, de réduire aussi les prélèvements sociaux destinés à l'Etat ou à d'autres organismes (taxe sur les salaires, cotisations des régimes de retraite complémentaire obligatoire, cotisation chômage et versement transport).

396. Comme d'ailleurs la plupart des produits d'épargne retraite, qui fonctionnent au plan fiscal, pour l'impôt sur le revenu, selon le mode « exonération à l'entrée / imposition à la sortie ».

B – Un coût de l'ordre de 2 Md€

Le coût de ces dispositions dérogatoires, ou de certaines d'entre elles, a déjà fait l'objet de diverses évaluations, mais dans la mesure où les méthodes utilisées n'étaient pas homogènes en matière sociale et fiscale, ce coût a été recalculé par la Cour pour l'année 2011.

Le tableau suivant récapitule l'évaluation de la perte initiale de recette à laquelle la Cour a procédé, qui a été établie en mesurant ex post le coût de l'écart à la norme et en supposant inchangé le comportement des bénéficiaires.

Evaluation du coût des mesures dérogatoires portant sur l'épargne retraite en 2011 (évaluation de la perte initiale de recette)

En Md€

Prélèvement	Coût
CSG, CRDS et cotisations de sécurité sociale[397]	1,1
Autres prélèvements assis sur l'assiette de sécurité sociale[398]	0,7
Impôt sur le revenu[399]	0,6
Impôt de solidarité sur la fortune (ISF)	nd
Total (hors ISF)	**2,4**

Source : Cour des comptes

Ce coût est certes théorique dans la mesure où les comportements des acteurs économiques seraient modifiés si ces mesures dérogatoires étaient supprimées. Par exemple, en cas de suppression de ces mesures, si l'on fait l'hypothèse que les employeurs consacreraient, au total, c'est-à-dire y compris la CSG, la CRDS et les cotisations de sécurité sociale

397. Le coût est évalué en faisant l'hypothèse que la moitié des cotisations (ou primes) d'épargne retraite faisant l'objet d'exemption est située en dessous du plafond de la sécurité sociale et en tenant compte des mesures compensatoires existantes (forfait social).

398. Il s'agit des cotisations de retraites complémentaires obligatoires, des cotisations chômage, de la taxe sur les salaires et du versement transport. Le coût relatif à ces prélèvements a été calculé en constatant que les mesures dérogatoires ont réduit les assiettes de 0,7 % et en faisant l'hypothèse que le montant des prélèvements assis sur ces assiettes est réduit dans la même proportion.

399. Pour l'impôt sur le revenu, il a été fait l'hypothèse que, pour les dispositifs individuels, les versements des épargnants leur permettaient, lors de la phase de rente, de bénéficier d'un taux d'imposition marginal inférieur à celui qui leur était appliqué lors de la phase d'épargne (tranche inférieure de revenu). Supposer qu'une personne utilisant un dispositif individuel d'épargne retraite a un comportement rationnel constitue la moins mauvaise des hypothèses pour estimer le coût de la mesure dérogatoire.

auxquelles seraient soumis ces versements, le même montant[400], les cotisations de sécurité sociale versées ne seraient que de 0,6 Md€ et non de 1,1 Md€.

Mais, sous cette réserve, il fait clairement apparaître que la charge des aides publiques à l'épargne retraite, qui représente un montant de l'ordre de 2 Md€, est ainsi principalement supportée par les organismes de protection sociale, sans donner lieu à une compensation de la part de l'Etat.

III - Des dispositifs mal orientés

A – Une diminution des taux de remplacement à déterminer plus précisément

La finalité de l'épargne retraite, telle que définie par la loi, est de compléter les pensions versées par les régimes de retraite obligatoires par répartition. Le niveau des pensions, ainsi que l'éventuel complément issu de l'épargne retraite, se mesure en valeur absolue mais peut aussi se mesurer avec le taux de remplacement (rapport entre le revenu annuel après le départ en retraite et le dernier revenu annuel d'activité).

Toutes choses égales par ailleurs, le développement de l'épargne retraite sera d'autant plus nécessaire que les taux de remplacement procurés par les régimes obligatoires (retraites de base et retraites complémentaires) diminueront. La connaissance des taux de remplacement est donc nécessaire pour définir une politique d'épargne retraite.

Sur les périodes passées, le taux de remplacement est mesuré à partir de l'exploitation de l'échantillon interrégimes des retraités (EIR), constitué tous les quatre ans à partir des informations portant sur une génération. Ainsi, les taux de remplacement ont pu être mesurés pour les générations nées en 1930 et 1934 à partir des échantillons constitués respectivement en 1997 et en 2001. L'échantillon constitué en 2004 n'a pas donné lieu au calcul des taux de remplacement et les résultats produits à partir de l'échantillon 2008 ne sont pas encore disponibles.

Les derniers taux de remplacement disponibles sont donc ceux des générations nées en 1930 et 1934. Ils sont donnés par le tableau suivant :

400. Ce qui revient à dire que l'élasticité serait maximale.

Taux de remplacement pour les salariés du secteur privé ayant eu une carrière complète pour les générations nées en 1930 et 1934

En %

Montant mensuel du dernier salaire à temps plein	Génération 1930	Génération 1934			
	Total	Total	Régime général	ARRCO	AGIRC
Moins de 1 000 €	99	96	67	29	0
De 1 000 à 1 249 €	93	92	62	29	1
De 1 250 à 1 499 €	90	89	58	30	1
De 1 500 à 1 999 €	85	85	51	30	4
De 2 000 à 2 499 €	75	77	40	25	12
De 2 500 à 2 999 €	72	73	33	22	18
Plus de 3 000 €	64	64	22	14	28
Ensemble	83	83	34	26	8

Source : DREES

Ces taux diminuent ainsi pour les retraités dont les salaires avant le départ en retraite étaient inférieurs à 1 500 € (de 1 à 3 points) et ils sont stables ou augmentent (jusqu'à 2 points) pour ceux dont les salaires étaient supérieurs[401].

Pour le futur, les taux de remplacement font l'objet de projections, construites à partir de cas types (profils de carrière), choisis de manière à être représentatifs des situations réelles. Ce travail a été réalisé en 2006 dans le cadre du conseil d'orientation des retraites (COR), à partir de plusieurs hypothèses d'évolution des paramètres. Celles présentées ci-après reposent sur une baisse du rendement des retraites complémentaires (rapport entre la valeur de service et la valeur d'achat du point), qui a été effective jusqu'en 2011 (hypothèse 1) et sur une stabilisation du rendement à partir de 2008 (hypothèse 2). Mais elles sont réalisées en retenant l'hypothèse de l'absence de décalage des âges de départ à la retraite, c'est-à-dire qu'elles ne prennent pas en compte les modifications de comportement résultant notamment de la réforme des retraites de 2003.

401. Ces données devront être complétées avec les résultats de l'exploitation de l'EIR 2008, disponibles en fin d'année 2011.

Projection du taux de remplacement nets de prélèvements sociaux à la liquidation à 65 ans pour les générations 1938, 1955 et 1985[402]

En %

		Génération 1938 liquidation en 2003		Génération 1955 liquidation en 2020		Génération 1985 liquidation en 2050	
		Hyp. 1	Hyp. 2	Hyp. 1	Hyp. 2	Hyp. 1	Hyp. 2
Non-cadre du secteur privé	CNAVTS	55,9		51,8		50,1	
	ARRCO	27,6		23,8	25,0	14,3	23,3
	Total	**83,6**		**75,6**	**76,8**	**64,4**	**73,5**
Cadre du secteur privé	CNAVTS	26,9		23,8		23,1	
	ARRCO	11,8		9,8	10,1	5,9	8,9
	AGIRC	25,4		21,9	22,8	13,7	21,2
	Total	**64,1**		**55,5**	**56,7**	**42,7**	**53,2**
Fonctionnaire territorial avec un taux de prime de 20 %	CNRACL	68,7		67,1		66,3	
	RAFP	0,0		1,4		2,9	
	Total	**68,7**		**68,5**		69,2	

Source : 3ème rapport du COR (mars 2006 « Retraites : perspectives 2020 et 2050 »)

Ces projections devront être reprises pour prendre en compte notamment la stabilisation du rendement des régimes de retraite complémentaire sur la période 2012-2014 décidée en mars 2011. Mais, en tout état de cause, le résultat sera intermédiaire entre ceux obtenus à partir des deux hypothèses mentionnées ci-dessus. Ainsi, les taux de remplacement diminueront pour le secteur privé, avec une ampleur que seules les nouvelles projections seront en mesure de déterminer, sous réserve qu'elles ne pourront cependant pas intégrer les modifications des comportements, volontaires ou résultant de situations subies, des salariés : une éventuelle prolongation de leur activité influera en effet sur le niveau de leur pension de retraite et donc sur leur taux de remplacement.

En revanche, la situation particulière des salariés ayant eu une carrière complète rémunérée au SMIC, que ne fait pas apparaitre la méthode des cas types, ne variera pas. Ceux-ci bénéficient en effet du minimum contributif[403] qui leur permet d'obtenir un taux de remplace-

402. Les hypothèses faites sont les suivantes : liquidation à 65 ans après une carrière continue de 40 ans et, pour les régimes de retraite complémentaire, pour l'hypothèse 1, indexation de la valeur d'achat du point sur les salaires et de sa valeur de service sur les prix et taux de cotisation constants (accord ARRCO/AGIRC de 2003 prolongé) et, pour l'hypothèse 2, indexation de la valeur d'achat et de service du point sur les prix à partir de 2006 et taux de cotisation constants.

403. Le minimum contributif a fait l'objet d'une analyse dans le RALFSS de septembre 2008 (p. 377 et suivantes).

ment de 85 %. Son coût, de l'ordre de 5 Md€, est pris en charge par les régimes de base.

B – Une diffusion des produits d'épargne retraite très inégale

La loi de 2003 réformant les retraites comprenait des dispositions afin de compléter le système statistique déjà prévu sur les retraites par des informations portant sur l'épargne retraite. En 2011, elles ne sont cependant encore que très partiellement mises en œuvre.

Ces dispositions portaient sur l'obligation donnée aux organismes gérant les différents dispositifs d'épargne retraite de transmettre, à l'autorité compétente de l'Etat, des données individuelles anonymes et des données agrégées relatives à ces dispositifs. Les décrets d'application ont été pris en 2005, mais seulement pour ce qui concerne les données agrégées[404].

Faute de données individuelles, c'est donc au travers de l'enquête sur les patrimoines de l'INSEE, que les taux de détention des dispositifs d'épargne retraite par catégorie socio-professionnelle (CSP) peuvent être connus, comme le tableau ci-après le synthétise.

404. Les services statistiques du ministère chargé de la sécurité sociale réalisent depuis cette date une enquête annuelle sur l'épargne retraite, dont sont issues la plupart des données de ce chapitre. Néanmoins, les informations collectées présentent des lacunes : d'une part, la totalité du champ des dispositifs d'épargne retraite n'est pas couvert (les données sur ceux gérés en interne par les entreprises ne sont pas exhaustives) et l'absence de données individuelles ne permet pas d'avoir des informations détaillées sur les épargnants.

Taux de détention d'un dispositif d'épargne retraite par catégorie socio-professionnelle de la personne référence du ménage en 2010

En %

	Taux de détention d'un dispositif		Répartition des ménages
	d'épargne retraite	d'assurance-vie ou décès volontaire	
Agriculteur	41,0	55,8	1,4
Artisan, commerçant, industriel	27,4	46,1	5,2
Profession libérale	41,3	58,0	1,4
Cadre	23,2	49,3	9,5
Profession intermédiaire	15,9	41,7	14,7
Employé	11,7	39,5	12,5
Ouvrier qualifié	9,6	37,7	10,9
Ouvrier non qualifié	5,8	28,4	4,8
Retraité ancien agriculteur	6,3	40,5	2,1
Retraité ancien indépendant	9,6	52,5	2,6
Retraité ancien salarié	6,1	44,9	29,8
Autre inactif	1,7	21,1	5,0
Ensemble	**12,2**	**41,9**	**100,0**

Source : INSEE première n° 1325 Patrimoine des ménages début 2010

Parmi les actifs, on peut ainsi identifier deux sous-populations présentant des taux très différents de détention d'un dispositif d'épargne retraite : d'un côté les agriculteurs, artisans, commerçants, professions libérales et cadres pour lesquels le taux de détention moyen est de 27 % et de l'autre, les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers pour lesquels ce taux n'est que de 12 %.

Mais, si le taux de détention est connu, son détail par produit et les montants épargnés ne le sont pas. Ces travaux ne permettent ainsi de connaître ni l'apport de l'épargne retraite en termes financiers par CSP ni la diffusion de l'épargne retraite par dispositif.

Pour ce qui concerne le montant des pensions d'épargne retraite servies, seul est disponible un chiffre global : en 2008, le montant total des prestations d'épargne retraite s'élevait à 6 Md€ et augmentait en moyenne de 33 € le montant de la pension mensuelle des retraités, qui s'élevait, en moyenne, pour l'avantage principal, à 1 122 €.

Ainsi, en prenant en compte les prestations d'épargne retraite, le rapport entre la pension moyenne pour l'ensemble des retraités et le revenu moyen d'activité pour l'ensemble des actifs passait de 54,3 à 55,9 %.

Pris globalement, l'effet de l'épargne retraite n'est donc pas important, même s'il est naturellement plus élevé pour les retraités qui ont souscrit à l'un de ces dispositifs, mais ce taux de majoration n'est malheureusement pas connu. En tout état de cause, sur un plan général, l'apport de l'épargne retraite est certainement insuffisant pour compenser la diminution du taux de remplacement des retraites obligatoires prévue pour les prochaines décennies, même si l'ampleur de celle-ci doit encore être évaluée en fonction des réformes récentes des régimes obligatoires et des régimes complémentaires.

C – Une sécurité pas toujours suffisante

1 – Les risques de certains placements

L'épargne retraite fonctionne par capitalisation, à la différence des régimes obligatoires, qui fonctionnent par répartition[405]. Les montants épargnés font l'objet de placements présentant des risques variables.

Comme pour l'assurance vie, ces derniers peuvent être limités lorsque les montants épargnés sont placés sur des fonds en euros, ou que l'assureur s'engage sur un rendement minimum (c'est alors lui qui supporte le risque).

Mais certains placements peuvent présenter des risques, essentiellement lorsque qu'ils sont réalisés en unités de compte, c'est-à-dire sous forme d'actifs financiers de tout type (fonds en actions ou obligataires, mais aussi actifs immobiliers tels que des parts de SCI ou des parts de SCPI). Ainsi, le rendement moyen des PERCO a été négatif sur la période 2007-2009, c'est-à-dire que l'épargne constituée a perdu une partie de sa valeur (-6 % par an en moyenne). Certains PERP en unités de compte ont aussi présenté des rendements négatifs.

Le risque peut aussi résulter de l'insuffisance de couverture des engagements par l'assureur, c'est-à-dire que celui-ci peut ne pas détenir suffisamment d'actifs pour faire face à ses engagements. Les règles prudentielles actuelles sont sensées protéger les épargnants de pareilles situations[406]. Cependant, jusque dans un passé récent, avant que ces

405. Sauf le régime additionnel de la fonction publique (RAFP) qui, étant totalement provisionné, fonctionne de fait par capitalisation.

406. Il reste néanmoins des situations marginales (par exemple certaines caisses de retraites de professions libérales) pour lesquelles les règles de couverture des engagements ne sont pas satisfaisantes et pourraient ne pas protéger suffisamment les épargnants.

règles soient pleinement effectives, plusieurs dispositifs[407] ont dû être « restructurés », ce qui a notamment conduit à réduire le montant des rentes qui devaient être servies à certains de leurs épargnants.

2 – Une information insuffisante des épargnants

Une caractéristique commune des différents dispositifs d'épargne retraite est leur complexité. Celle-ci résulte de la construction même des dispositifs en deux phases : la phase d'épargne, régie par des règles souvent semblables à celles de l'assurance-vie et la phase de rente, faisant intervenir les tables de mortalité. A cela s'ajoutent les règles dérogatoires sociales et fiscales. Il est donc difficile d'informer les épargnants de façon claire et suffisamment complète.

Parmi tous les dispositifs, ceux en points sont en apparence les plus simples : l'épargnant acquiert, par les versements qu'il fait, des points dont le nombre est déterminé en fonction de leur valeur d'achat. Lors de la phase de rente, la pension est calculée en multipliant le nombre de points acquis par leur valeur de service. Cependant, les règles de détermination des valeurs d'achat et de rente du point ne sont pas explicitées, notamment les règles d'arbitrage (ou les principes qui les sous-tendent) entre l'augmentation de la valeur de service (qui favorise les pensionnés) et la non-augmentation de la valeur d'achat (qui favorise les épargnants). Ainsi, le système parait simple mais sa règle centrale n'est pas expliquée.

Concernant les PERP, les travaux de la Cour ont montré notamment que les notices d'information ne rappelaient pas systématiquement dans quelles conditions les versements effectués venaient réduire le revenu imposable de l'épargnant et comment les pensions versées étaient imposées, alors que ces dispositions fiscales peuvent, dans certains cas, être défavorables aux épargnants (lorsque le taux marginal d'imposition est plus faible pendant la phase d'épargne que pendant la phase de rente) et rendre un PERP moins avantageux et plus contraignant qu'un simple contrat d'assurance-vie.

---

407. Il s'agit de COREM en 2002 et de CRH en 2008. La restructuration a consisté, dans les deux cas, à scinder le dispositif en deux dispositifs distincts : l'un comprenant les droits obtenus par des versements effectués avant une certaine date, pour lesquels les rentes servies ne sont pas réévaluées ou même diminuent, l'autre pour les versements plus récents. Le dispositif CRH doit aussi faire l'objet de versements de fonds publics (dotation de l'assurance maladie) de 14 M€ par an sur la période 2008-2027. Le redressement effectif des dispositifs COREM et CRH était enfin aussi conditionné par l'arrivée de nouveaux épargnants.

La loi de 2010 portant réforme des retraites renforce les modalités d'information des assurés, en prévoyant une information annuelle des assurés sur l'estimation du montant de la rente viagère qui leur serait versées en fonction des droits qu'ils ont acquis. Ces dispositions ne portent cependant pas sur les points relevés ci-dessus.

D – Des dispositifs à réorienter

1 – Un effet d'aubaine pour certaines catégories socio-professionnelles

Le taux de diffusion des dispositifs d'épargne retraite individuels (PERP, PREFON, COREM, CRH et dispositifs « Madelin ») reste limité, au plus de l'ordre de 15 %[408] et ne progresse quasiment plus depuis 2007, avec une augmentation du nombre de contrats de 1 % au plus par an.

De fait, comme exposé précédemment, l'incitation fiscale est faible, car il ne s'agit que d'un différé d'imposition. Mais un avantage fiscal existe cependant[409]. Il fait apparaître dans le cas du PERP, en faveur des catégories à revenus élevés, un écart de rendement net positif par rapport à l'assurance-vie avec sortie en rente, pour des produits présentant des caractéristiques financières égales.

De plus, l'auto-sélection[410] conduit à une surreprésentation, parmi les épargnants, des personnes présentant des « mauvais risques », c'est-à-dire celles estimant avoir une espérance de vie plus élevée que le reste de la population et espérant ainsi bénéficier plus longtemps de la rente du fait de son caractère viager. La corrélation importante, observée sur la population générale, entre le niveau des revenus et la longévité, fait que cette auto-sélection pourrait conduire à détourner des produits d'épargne retraite avec sortie en rente les personnes disposant de revenus modestes. Ceux-ci préféreront des produits d'épargne plus souples, permettant notamment de transmettre un capital lors de leur décès. En effet, les

408. 4,2 millions de contrats ont donné lieu à un abondement en 2009 (sans soustraire les épargnants disposant de plusieurs contrats) pour une population active de 28,3 millions.

409. « Epargne retraite et redistribution », Economie et statistique n° 417-418, 2008, tableau 9, p. 131.

410. L'auto-sélection est un comportement des assurés vis-à-vis des assurances non obligatoires. Il consiste, pour les assurés, à adhérer ou non à un contrat en fonction de la perception qu'ils ont de leur propre risque et de la façon dont ils souhaitent s'en prémunir.

tables de mortalité utilisées ne prennent en compte que l'âge et le sexe du cotisant[411]. Le taux de rendement interne, calculé en faisant l'hypothèse que la durée pendant laquelle la rente est servie est égale à l'espérance de vie de la CSP de l'épargnant, est donc plus élevé pour les cadres et les professions intermédiaires supérieures que pour les ouvriers.

Pour les CSP à revenus élevés, les PERP constituent même un effet d'aubaine, ces catégories disposant en général déjà de placements, tels que l'assurance-vie, pouvant être utilisés pour améliorer leurs revenus après leur départ en retraite, sans compter un patrimoine immobilier plus conséquent que celui des CSP disposant de faibles revenus.

En revanche, aucun facteur encourageant spécifiquement les CSP disposant de faibles revenus à avoir recours à des dispositifs d'épargne retraite n'a été identifié par la Cour.

2 – Des aides à réorienter vers les catégories pour lesquelles celles-ci sont les plus nécessaires

Certaines sous-populations ou CSP particulières, notamment les salariés du secteur privé disposant de revenus faibles, sans toutefois bénéficier du minimum contributif, risquent de voir à l'avenir le taux de remplacement de leurs pensions de retraite diminuer. Lorsque ces sous-populations ne bénéficient pas dans le cadre de leur entreprise d'un dispositif d'épargne retraite, elles n'accèdent généralement pas, comme souligné supra, aux dispositifs individuels. Elles n'ont pas non plus la capacité d'épargner sous d'autres formes ni de devenir propriétaires de leur logement.

Le coût des aides à l'épargne retraite impose à cet égard que leurs objectifs soient plus précisément définis et que les sous-populations à privilégier soient identifiées, en fonction de l'actualisation des projections des taux de remplacement à conduire.

L'Allemagne qui, comme la France, est confrontée à une baisse des taux de remplacement des régimes obligatoires, a ainsi cherché pour sa part à développer l'épargne retraite individuelle, non pas seulement avec des dispositifs bénéficiant de mesures fiscales dérogatoires, mais avec la diffusion d'un plan d'épargne retraite particulier, le plan « Riester »[412] qui prévoit notamment un abondement par l'Etat encoura-

411. Certains dispositifs ne font pas de discrimination sur le sexe, qui ne sera d'ailleurs plus admise en 2012 pour prendre en compte une jurisprudence récente de la CJCE.

412. Nom du ministre fédéral du Travail et de l'Ordre social en fonction en Allemagne de 1998 à 2002.

geant proportionnellement davantage les épargnants disposant de faibles revenus[413]. Ce plan a connu un développement plus important que les dispositifs individuels français puisque, fin 2009, 30 % des actifs allemands bénéficiaient d'un plan de ce type[414]. Bien que la montée en charge ait été cependant moins rapide que ce qui avait été prévu à l'origine, l'Allemagne a de fait subordonné la baisse des rendements des retraites obligatoires au développement effectif des dispositifs d'épargne retraite.

CONCLUSION

La loi de 2003 avait fixé un certain nombre d'objectifs à l'épargne retraite, notamment en termes d'accessibilité, d'égalité devant l'impôt et de sécurité. Ces objectifs ne sont aujourd'hui que très partiellement atteints.

En outre, le développement des dispositifs d'épargne retraite, dont le coût pour les organismes de sécurité sociale d'abord et l'Etat aussi est loin d'être négligeable, est insuffisant s'agissant des catégories socio-professionnelles pour lesquelles elle serait nécessaire. En revanche, les dispositifs d'épargne retraite procurent un effet d'aubaine aux CSP supérieures, qui ont accès, pour compléter leurs pensions de retraite, à d'autres formes d'épargne.

Les aides à l'épargne retraite doivent donc être réorientées pour que ces dispositifs remplissent les fonctions que l'on attend d'eux, notamment en les ciblant mieux sur les catégories pour lesquelles ils constituent un réel enjeu. Cela concerne au premier chef les ménages qui ne sont pas en mesure, sans incitation, à épargner pour leur retraite et qui, sans cette épargne, ne disposeront pas lors de leur retraite de ressources suffisantes. Une telle réorientation est nécessaire pour assurer une pleine efficacité de la dépense publique.

413. Le plan donne lieu à un abondement de l'Etat. Cet abondement, limité à 154 € par an (majoré de 185 € par enfant ou de 300 € pour ceux nés après 2008), est calculé en fonction de la part que représente le montant épargné par rapport au revenu de l'épargnant Le montant maximum de l'abondement est accordé lorsque les versements de l'épargnant sont, pour l'année, supérieurs à 4 % de son revenu annuel. En dessous de ce minimum, le montant de l'abondement est calculé au prorata des versements. Il existe une autre forme d'incitation, alternative à celle-ci, qui permet au contribuable de déduire de son revenu imposable de l'année, comme en France, ses cotisations d'épargne retraite, dans la limite, en 2008, de 2 100 €. Cette solution est généralement plus avantageuse pour les salariés disposant de revenus élevés.

414. Il est aussi de création un peu plus ancienne (2001).

RECOMMANDATIONS

61. Améliorer le suivi des taux de remplacement des régimes de retraite obligatoires et, en développant notamment les systèmes statistiques, celui des différents dispositifs d'épargne retraite.

62. Pour les foyers à revenus élevés, réduire, voire supprimer, les incitations à l'épargne retraite individuelle, qui constituent des effets d'aubaine et les renforcer pour les foyers à revenus faibles ou moyens.

63. Conditionner plus étroitement les avantages sociaux et fiscaux du PERCO au respect des principes généraux de l'épargne retraite, en supprimant la possibilité de déblocage anticipé des fonds en cas d'achat de la résidence principale.

64. Revoir les dispositions sociales relatives aux retraites chapeau en assujettissant, lors du départ à la retraite du salarié, les primes versées par l'entreprise à l'assureur (ou le montant provisionné par l'entreprise) aux cotisations sociales de droit commun.

QUATRIEME PARTIE

LA QUALITE DE GESTION DES CAISSES ET DES REGIMES

Chapitre XIII

La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

PRESENTATION

Dans le contexte d'un déficit particulièrement élevé du régime général (23,9 Md€ en 2010) la mobilisation de toutes les économies possibles dans sa gestion est d'une importance majeure. Même s'ils ne représentent que 3 % des dépenses totales, les coûts de gestion administrative du régime général qui atteignent 10 Md€[415] *constituent ainsi un poste à forts enjeux. La Cour, qui avait déjà examiné en 2004 la question de la productivité des caisses de sécurité sociale, s'est attachée à tirer un bilan des efforts réalisés depuis lors*[416].

Depuis 2005, la productivité est devenue une préoccupation et un objectif communs à toutes les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées par l'Etat et les caisses nationales du régime général, alors qu'auparavant ces dernières privilégiaient l'amélioration de la qualité des services rendus. Un certain rééquilibrage des priorités, que le RALFSS de 2004 avait préconisé, s'est donc concrétisé dans ces documents. De fait, en cinq ans, des gains de productivité non négligeables se constatent de manière très variable selon les branches.

Toutefois, ces gains sont souvent en-deçà de ce qui aurait pu être obtenu, notamment en raison d'une ambition insuffisante des COG. De plus, fondés trop exclusivement sur le progrès technique et sur l'opportunité que constituent les nombreux départs en retraite, ces gains tendent à s'essouffler (I). Un réel pilotage par la performance, fondé sur une mesure précise et fiable de celle-ci, c'est-à-dire une stratégie des caisses orientée par des objectifs de productivité, ainsi que des efforts pour lever des freins au changement, notamment en matière de gestion des ressources humaines, sont désormais indispensables pour permettre de nouveaux gains d'efficacité (II).

415. Les coûts de gestion administrative des deux autres régimes de base (la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants) représentent pour leur part un montant d'environ 1,6 Md€.

416. RALFSS 2004, « Les stratégies de gestion et les outils de pilotage », pp. 161 et suivantes. La Cour a consacré d'autres travaux à ces questions, notamment aux programmes de qualité et d'efficience relatifs aux organismes de sécurité sociale (RALFSS 2008), à certains aspects de la gestion des personnels dont la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (RALFSS 2009) et à l'absentéisme pour raison de santé (RALFSS 2010).

I - Des gains de productivité parfois significatifs mais des objectifs en réalité peu ambitieux

A – Des constats différenciés selon les branches

1 – Une tendance quasi générale à l'amélioration de la productivité

a) L'évolution des indicateurs

Les indicateurs globaux de productivité des différentes branches[417] montrent une amélioration sensible de la productivité dans le régime général, à l'exception de la branche famille, mais aussi un fléchissement en fin de période.

Les indicateurs de productivité des différentes branches

		2005	2006	2007	2008	2009	2009/2005	2009/2005 TCAM*	2009/2008
CNAMTS	Bénéficiaires actifs pondérés/ ETP	758,1	782,3	814,2	831,1	842,8	+11,2 %	+2,7 %	+1,4 %
CNAF	Allocataires pondérés/ETP	741,2	753,6	758,1	766,4[418]	766,4	+3,4 %	+0,8 %	0 %
CNAVTS	Indicateur composite d'activité/ETP	11 244	12 765	13 455	13 878	13 785	+22,6 %	+5,2 %	-0,6 %
ACOSS	Comptes actifs/ETP	412	429	436	460,1	485	+17,7 %	+4,1 %	+5,4 %

**TCAM : taux de croissance annuel moyen*

Source : CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS

417. On appellera branches les quatre réseaux suivants : maladie (qui regroupe ici les branches maladie, d'une part, accidents du travail/maladies professionnelles, d'autre part), famille, vieillesse et recouvrement.

418. A pondération constante entre 2005 et 2009. Un changement de pondération est en effet intervenu en 2008 et a modifié la valeur de cet indicateur. Avec les nouvelles règles de pondération, le résultat a été de 720 allocataires pondérés par ETP en 2008 et 2009.

Les indicateurs de productivité par équivalent temps plein (ETP) dans les différentes branches

Ces ratios rapportent aux effectifs en CDI et en CDD, exprimés en équivalents temps plein, un indicateur d'activité propre à chaque branche :

- ***maladie*** : le nombre de « bénéficiaires actifs pondérés » (BAP) consiste en la somme du nombre d'assurés, de prestataires de soins et de décomptes de remboursements, pondérée en fonction de la charge de travail afférente à chacune de ces unités élémentaires ; ce ratio a été préféré à l'indicateur plus fruste, bénéficiaires consommants/ETP, retenu dans la COG ;

- ***famille*** : le total des allocataires est pondéré en fonction de la charge de travail selon les trois catégories d'aides financières versées (minima sociaux, allocations logement, prestations familiales) ;

- ***vieillesse*** : l'indicateur composite de la branche retraite (ICBR) fait la somme des opérations effectuées (régularisations de carrière, liquidations de retraite, versements de pensions etc.), pondérée en fonction de la charge de travail ;

- ***recouvrement*** : le nombre de comptes actifs des cotisants n'était pas pondéré en fonction de la charge de travail jusqu'en 2010.

Les indicateurs de coût unitaire confirment ce constat, malgré les limites de ce type de ratio qui soulève notamment la question du périmètre des dépenses à prendre en compte pour une activité donnée et fait intervenir différents paramètres supplémentaires, comme l'évolution du prix des facteurs de production. Dans la branche vieillesse, le coût unitaire global s'est réduit de 5,42 € en 2005 à 4,60 € en 2008 (soit -20 %[419]) ; dans la branche maladie, le coût du « BAP » est passé de 67,43 € à 63,24 € sur la même période (soit -11,6 %[419]) ; pour l'activité de recouvrement, le coût unitaire d'un compte actif a diminué de 171,6 € en 2006 à 170,5 € en 2009 (-4,9 %[419]) ; dans la branche famille, le coût par allocataire pondéré a varié de 97,28 € en 2005 à 100,43 € en 2009 (-2,3 %[419]).

b) La diminution des effectifs

Ces évolutions sont à mettre en relation avec la baisse sensible, quoique d'intensité variable, des effectifs constatée ces dernières années dans trois branches sur quatre du régime général. Cette diminution a succédé à une période de hausse au début des années 2000, à la suite de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et des recrutements

419. En euros constants.

faits en prévision des départs à la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre (dans la branche vieillesse).

Comme le fait apparaître le tableau suivant, la baisse des effectifs du régime général se concentre pour l'essentiel sur la branche maladie, en particulier sur son pôle « production », où le nombre d'ETP s'est replié d'environ 6 000 unités depuis 2005[420], ce qui a correspondu à un taux de remplacement des départs en retraite de moins de 50 %. Ce taux atteindra 55 % dans la branche maladie au cours de la nouvelle période conventionnelle 2010-2013, contre 70 % pour la vieillesse et plus de 90 % dans le recouvrement et la famille.

Cette réduction significative des effectifs mérite toutefois d'être relativisée : ainsi, le RALFSS de 2004 soulignait que les progrès technologiques majeurs dans l'activité de « production » de la branche maladie ne s'étaient pas suffisamment traduits en gains de productivité. Cette branche partait donc d'une situation de sureffectifs d'autant plus élevés qu'elle est à la fois le principal employeur et de loin, du régime général, qu'elle assume pour l'essentiel des fonctions de règlement relativement simples et qu'elle connaît une progression régulière d'activité propice en elle-même à l'amélioration de la productivité.

Effectifs en ETP moyens annuels des différentes branches du régime général (CDI+CDD)

	2005	2009	Variation des effectifs entre 2005 et 2009	Variation entre 2005 et 2009
CNAMTS	102 029	96 009	-6 020	-5,9 %
CNAF	30 859	31 044	+185	+0,6 %
CNAVTS	14 231	13 932	-299	-2,1%
ACOSS	14 440	14 021	-419	-2,9 %
Régime général	**161 559**	**155 006**	**-6 553**	**-4,1 %**

Source : Commission interministérielle d'audit salarial du secteur public (CIASSP)

420. Alors que la COG prévoyait un taux de remplacement de 60% soit une réduction de 4 680 ETP.

D'une façon générale, la maîtrise des effectifs n'a pas été acquise au prix d'une diminution de la qualité des services rendus aux usagers[421], telle que mesurée par une série d'indicateurs, sauf dans la branche famille. Ces évolutions sont conformes aux recommandations du RALFSS de 2004, qui invitait à mettre l'accent sur les gains de productivité et d'efficience, après la restauration de la qualité des services au cours de la période précédente.

2 – La faible ambition des objectifs fixés dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG)

a) Pour les branches maladie et retraite, des gains de productivité plus importants que programmé

Dans la branche maladie, la dématérialisation des feuilles de soin dont le taux est passé de 79 % en 2005 à 86 % en 2009 a permis, selon différentes méthodes de calcul qui s'avèrent convergentes, une économie de personnel d'environ 4 000 ETP (soit plus de la moitié de la réduction des effectifs de la branche entre ces deux dates). De ce fait cette branche a atteint dès 2007 l'objectif de productivité (+6 %) que lui avait fixé la COG 2006-2009 et réalisé près du double de celui-ci sur la période de cette dernière (+11 %).

Il en a été de même pour la branche retraite où la mise en œuvre de l'outil retraite (à partir de 2003) a autorisé une automatisation poussée du traitement des dossiers, de la reconstitution des carrières à la liquidation des droits et à la gestion des paiements. Elle a permis d'absorber le choc de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses d'après-guerre et l'incidence des mesures nouvelles résultant de la loi d'août 2003. Sur la période de la COG, l'indicateur de productivité a progressé de 42 %, alors que l'objectif était de +38 %. Au regard de ces réalisations, la COG 2009-2013 fixe un objectif peu ambitieux (+5 %), ce que ne peuvent entièrement justifier l'épuisement des gains liés à l'outil retraite et l'évolution de la charge de travail, les moyens de production devant a priori s'y adapter. Des objectifs de réduction des coûts unitaires ont été

421. A cet égard la qualité de la liquidation, mesurée notamment par le taux d'erreur à incidence financière, est examinée par la Cour à l'occasion de la certification des comptes. Les situations sont variables selon les branches. La branche maladie vient seulement de mettre en place un tel indicateur et le mode de calcul de celui de la branche famille change tous les ans, ce qui empêche toute comparaison. Seule la branche retraite suit un indicateur depuis plusieurs années qui montre une amélioration significative puisque ce taux d'erreur est passé de 0,778 à 0,577 de 2009 à 2010.

fixés à la branche à partir de 2010 et jusqu'à la fin de la COG après deux années successives de hausse des coûts en 2008 et 2009.

Si les progrès notés au cours de la seconde partie de la décennie 2000 sont à apprécier favorablement, ils traduisent aussi un niveau d'exigence relativement faible des COG. On ne peut exclure à cet égard que les résultats décevants du début des années 2000 aient pesé sur la définition des objectifs. Or, leur médiocrité tenait sans doute à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, dont l'effet était par définition temporaire et au fait que tous les gains d'efficience n'avaient pas encore été tirés de la modernisation de diverses tâches, en particulier de la dématérialisation de certains processus. La concrétisation des gains de productivité peut en effet notamment nécessiter différentes formes de réorganisation et d'apprentissages nouveaux, sans préjudice de l'adaptation des effectifs tributaire en pratique du nombre de départs en retraite. Les contre-performances initiales auraient donc dû avoir pour contrepartie des objectifs non pas moins mais plus volontaristes, dans le cadre des COG suivantes.

b) Le recouvrement : des objectifs presque atteints, malgré la mise en place de l'interlocuteur social unique

Le nombre de comptes actifs par ETP a crû de 21,3 %, la cible ayant été fixée à 22 %, bien que le réseau des URSSAF ait dû faire face aux difficultés liées à la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU)[422] par le régime social des indépendants (RSI). Son déploiement qui devait entraîner une diminution de 355 ETP aura représenté en fait, en 2008, une augmentation d'activité équivalente à 192 ETP. L'ACOSS a créé des plateformes régionales de traitement des dossiers de travailleurs indépendants, afin de délester les services engorgés des URSSAF. Ces groupements temporaires de résorption des stocks (GTRS) installés en mai 2009 et fonctionnant essentiellement grâce à des intérimaires ont fonctionné jusqu'en juillet 2011.

Ces difficultés sont en cours d'être surmontées grâce à un effort d'adaptation, à de nouveaux développements informatiques, à des modifications de circuits et à la correction progressive des anomalies qui affectent un grand nombre de comptes cotisants. L'objectif cible pour 2013 en matière de productivité, à savoir la progression du nombre de comptes pondérés par ETP de 9 % en quatre ans paraît ainsi accessible sans grande difficulté. La baisse des effectifs fixée par la dernière COG

422. Les principaux dysfonctionnements ont consisté en des erreurs sur les calculs de cotisations, des prélèvements de cotisations effectués à tort, un allongement du temps de traitement des dossiers et une augmentation du nombre de réclamations.

2010-2013[423], dans un contexte de régionalisation du réseau, n'apparaît de fait pas particulièrement ambitieuse et se situe en retrait des réalisations de la COG précédente (-558 postes en CDI) mais est justifiée, pour la tutelle, par l'accroissement du périmètre d'activité[424] du réseau.

c) La situation particulière de la branche famille

Dans cette branche les gains de productivité ont été particulièrement limités, de seulement +1,1 % sur la période de la COG 2005-2008 pour un objectif évalué en début de COG à 10 %. La COG 2009-2012 ne lui assigne aucun objectif quantifié en la matière[425].

La CNAF a fait état en effet, à partir de 2009, de graves difficultés d'écoulement de sa charge de travail. Elle les a imputées en particulier à la généralisation du RSA, dont les indicateurs d'activité et de productivité n'auraient pas rendu compte fidèlement.

La gestion de cette nouvelle allocation se traduit de fait par une complexité particulière[426], caractérisée par l'instabilité de la charge de travail afférente dans la mesure où, chaque mois, environ 200 000 foyers connaissent une entrée ou une sortie du droit payable et où il y a 80 000 « mouvements » à l'intérieur du RSA (entre composantes RSA « socle » et RSA « activité »)[427].

Lors de la négociation de la nouvelle COG en 2009, la branche a ainsi bénéficié d'une augmentation importante de ses moyens (1 237 ETP) pour prendre en compte cette charge nouvelle et pour régler, par ailleurs, de fortes difficultés de fonctionnement du réseau. Ces effectifs supplémentaires doivent cependant être restitués en fin de COG. Ils ont permis à la CNAF de mettre en place un atelier de régulation des

423. Une diminution de 540 postes, essentiellement d'intérimaires ou de CDD (seuls 100 postes en CDI seront supprimés).
424. Recouvrement des cotisations chômage pour le compte de l'UNEDIC et contrôle des cotisations AGIRC-ARCCO.
425. Les trois indicateurs (taux de pièces traitées par ETP en gestion administrative, ratio allocataires pondérés par agent et coût de gestion par allocataire pondéré) sont des indicateurs de suivi, non assortis de cibles.
426 . « Montée en charge du RSA - bilan statistique après un an d'existence » direction des statistiques, des études et de la recherche (DSER), CNAF.
427. Cf. chapitre suivant (XIV) relatif aux prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements.

charges (ARC)[428] mais la plus grande partie a été affectée à la gestion du RSA et répartie assez uniformément sur l'ensemble du réseau. La CNAF indique qu'elle avait procédé, en amont, à une évaluation des bénéficiaires potentiels, caisse par caisse, mais in fine toutes les CAF ont vu leur effectif s'accroître, selon les cas de 3 % à 5 %.

Une fois ces postes attribués, il n'a pas au demeurant paru possible à la CNAF de réajuster les moyens affectés aux CAF pour tenir compte de la montée en charge réelle du RSA. Toutes les CAF n'ont pas été pourtant affectées à un degré identique, par les difficultés de fonctionnement du réseau. Ces problèmes ont été pour l'essentiel concentrés dans 17 CAF qui ont connu un solde supérieur ou égal à huit jours de dossiers à diverses reprises entre janvier 2009 et août 2010.

Au final, la contre-performance de la branche au regard des critères objectifs de productivité semble tenir à la combinaison de plusieurs éléments : une sous-estimation de la charge de travail[429] par l'indicateur du nombre d'allocataires pondérés d'une part, une désorganisation de certaines caisses en difficulté d'autre part, mais aussi sans doute l'octroi de moyens additionnels, que l'évolution du RSA « activité », dont la montée en charge a été beaucoup plus lente que prévue, ne justifiait pas à due concurrence.

3 – Un pilotage prudent des autorités de tutelle

Les COG font l'objet, dans la dernière année de leur application, d'un rapport d'évaluation de l'IGAS. Pour autant, les objectifs de productivité définis de concert par les caisses nationales et le ministère des affaires sociales reposent moins sur une analyse approfondie des gains de productivité potentiels que sur des normes de gestion « a priori ». Le pilotage assuré par la tutelle prend ainsi essentiellement la forme d'un objectif d'évolution des effectifs, sur lequel se concentrent les négociations avec les branches.

Il en est allé ainsi notamment pour la branche retraite. L'activité, plus soutenue que prévue, s'y est traduite par des gains de productivité inattendus, le réseau s'avérant capable d'y faire face sans mobilisation de moyens supplémentaires, ce qui témoigne a contrario d'une sous productivité latente. L'approche de la productivité dans le travail

428. Des développements plus circonstanciés sont consacrés à l'ARC dans le chapitre XVII du présent RALFSS consacré aux contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte.

429. Selon la CNAF, le contact qui donnait lieu à l'enregistrement de 1,1 fait générateur en 2004 en engendre 1,7 en 2010.

préparatoire et le processus de décision des COG semble ainsi avoir été insuffisamment approfondie. Une analyse plus précise aurait conduit à des perspectives de gains de productivité plus élevés et à une réduction des effectifs a priori plus importante.

Une politique fondée sur une contrainte quantitative très générale a pu avoir une efficacité certaine dans un contexte initial de sureffectifs patents au sein de plusieurs branches. Leur résorption rend cependant aujourd'hui nécessaire une approche passant davantage par une appréciation fine et réaliste des possibilités des organismes : les gains de productivité devraient devenir davantage la cause que la conséquence des réductions d'effectifs.

De ce point de vue, apparaît indispensable une approche inter-branches et inter-régimes, notamment à des fins de comparaison des performances et de mise en relief d'éventuelles marges de progrès. Depuis 2003, existe certes à cet égard un groupe de travail dit « benchmarking », qui regroupe 16 régimes de sécurité sociale. Mais, en sept ans, il n'avait pu parvenir à des conclusions opérationnelles. Depuis la relance de ces travaux en 2009, ce groupe s'est donc orienté dans une autre direction consistant à délimiter des grandes fonctions (paie, éditique etc.) plus facilement comparables. Un premier modèle commun de mesure de coûts par processus est en cours de déploiement dans les organismes.

B – Des lenteurs préjudiciables dans la définition des outils de pilotage

Le RALFSS de 2004 mettait en évidence que seule la branche vieillesse s'était dotée d'un ratio de productivité synthétique couvrant la totalité du champ de ses activités et que, par ailleurs, les branches famille et maladie n'avaient pas mis en place d'indicateurs spécifiques pour l'ensemble de leurs activités. Elle considérait également que le secteur de l'action sociale ne pouvait échapper à toute mesure de l'activité, voire de la productivité. Les progrès à cet égard sont tardifs et limités.

1 – L'affinement des indicateurs : des engagements non respectés et une mesure toujours très imparfaite

a) Le retard pris dans la révision de l'indicateur synthétique de la branche vieillesse

La branche vieillesse est toujours la seule à utiliser un ratio de productivité réellement synthétique couvrant l'ensemble des activités de

la branche : l'indicateur composite (ICBR), utilisé depuis la troisième COG (2001-2004) fournit en effet une mesure de l'activité globale en prenant en compte toutes les unités d'œuvre significatives de la production des processus principaux [430] et non des inducteurs de charges[431] comme c'est le cas dans les branches famille et maladie.

La CNAVTS a mis en chantier une nouvelle révision de l'indice composite ICBR, destinée à mieux prendre en compte les nouvelles tâches d'information auprès des assurés dévolues à la branche par la réforme de 2003. Elles prendront principalement la forme de l'entretien conseil personnalisé (ECP) qui doit être progressivement généralisé à tous les assurés de 55 ans. Cette modélisation et les prévisions qui en découlent font cependant toujours l'objet de discussions avec la tutelle, deux ans après la conclusion de la COG et huit ans après la loi d'août 2003. Ce retard obère la qualité de la mesure de l'activité et de la productivité.

b) Une situation encore moins satisfaisante dans les autres branches

Pour la branche maladie, la COG 2006-2009 prévoyait une réforme de l'indicateur relatif aux bénéficiaires actifs pondérés (BAP), la CNAMTS s'engageant à suivre le coût du nouvel indicateur « y compris au niveau des fonctions ». Cette expression traduisait la volonté de réviser la mesure de l'activité au regard de nouvelles fonctions, jusqu'ici non ou peu prises en compte, comme la gestion du risque. Cette réflexion n'a abouti qu'en 2011, deux ans après l'expiration de la COG. La branche a choisi d'estimer principalement l'évolution de l'activité à partir de celle de la population protégée, sur la base de la consommation par classe d'âge. Le nouvel indicateur relatif aux bénéficiaires consommants pondérés (BCP) ne prend donc plus en compte un quelconque nombre d'opérations effectuées mais décrit évidemment mieux la réalité de la charge assumée par les caisses que le simple « bénéficiaire consommant », qui a servi à la fixation de l'objectif de productivité dans le cadre de la précédente COG.

430 . Respectivement « données sociales » (gestion des comptes des assurés), « retraite » (régularisation des carrières, liquidation des retraites, versement des pensions), « action sociale » (mesures d'accompagnement).

431. Plutôt que de décrire en détail l'activité d'un organisme (par exemple au travers d'un nombre d'opérations effectuées ou de dossiers traités), un inducteur de charges en fournit une évaluation indirecte au moyen d'une variable dont l'évolution est corrélée assez étroitement avec cette activité. Il peut s'agir, par exemple, du nombre de cotisants ou d'allocataires.

L'indicateur « bénéficiaires consommants pondérés »

Les bénéficiaires consommants standardisés par l'âge constituent certes un inducteur de charges (cf. supra) plus approprié que les seuls bénéficiaires actifs. En effet, si l'activité dépend du nombre d'assurés ayant effectivement recours aux soins, ce lien diffère de beaucoup d'un bénéficiaire à l'autre. L'âge peut constituer, en première approximation, une bonne manière de pondérer les bénéficiaires en fonction de la charge de travail qu'ils induisent (celle-ci étant plus élevée pour les plus jeunes et les plus âgés). Toutefois, l'absence de prise en compte du nombre de prestations en nature et en espèce, c'est-à-dire l'absence d'une mesure directe de l'activité, empêchera de distinguer ce qui est imputable à la productivité de cette activité de ce qui tient à l'efficacité de l'action de maîtrise des dépenses. Par exemple, ce nouvel indicateur ne permettra pas d'analyser correctement des situations créées par des épidémies, qui entraînent une inflation du nombre de consultations et d'actes médicaux, à population et politique de maîtrise des dépenses données.

Une solution alternative aurait pu consister à conserver une quantification des actes dans l'indicateur en y ajoutant une mesure de l'activité liée à la gestion des risques en tant que telle, voire d'autres fonctions, notamment logistiques ou transversales. Elle aurait été plus conforme à l'objectif fixé dans la COG (« y compris au niveau des fonctions ») et fondée sur une information plus riche et plus exploitable. Le BCP constituera, en effet, un indicateur très résumé et parfois peu fidèle de l'évolution de l'activité réelle des caisses. L'appréciation de l'efficacité et de l'efficience de la gestion des risques sur l'évolution de la dépense de remboursement -à distinguer de la productivité des caisses- devrait relever, quant à elle, d'une évaluation spécifique, d'une nature fondamentalement différente.

BAP	Coefficients	BCP	Coefficients
Bénéficiaires actifs	40	Bénéficiaires consommants standardisés par l'âge	70
Bénéficiaires CMU + AME	5	Bénéficiaires CMU + AME	5
Prestataires de soins (PS) actifs et établissements	15	Professionnels de santé et établissements	15
		Population active	10
Nombre de prestations en nature /de cellules-actes	30		
Nombre de premières IJ – AS – AT/MP	10		
Total	**100**	**Total**	**100**

Source : CNAMTS

Au regard des recommandations formulées par le RALFSS de 2004, il apparaît donc que la branche maladie ne s'est toujours pas dotée

d'indicateurs pour toutes ses activités puisqu'il n'y a d'unité d'œuvre ni pour les UGECAM[432], ni pour la lutte contre la fraude, ni pour la gestion du risque ni pour l'action sanitaire et sociale. A fortiori, elle ne suit donc pas non plus d'indicateur synthétique qui couvrirait tout en les pondérant l'ensemble des activités de la branche.

Dans la branche famille, la notion d'allocataires « pondérés » comptabilise chaque allocataire en fonction d'un poids correspondant à la charge théorique de travail que nécessite le traitement de la prestation dont il bénéficie. En 2008, la dernière campagne de mesure s'est traduite par un changement significatif des poids relatifs pondérant à la hausse les minima sociaux et à la baisse les prestations familiales. Depuis, la branche a lancé de nouveaux travaux afin notamment de prendre en compte les variations de charges d'une caisse à l'autre en décrivant mieux, par exemple, les différences de « turn-over » de la population aidée, l'instabilité des situations, les entrées-sorties dans le cadre des dispositifs de minima sociaux.

Pour l'activité de recouvrement, l'ACOSS n'a introduit qu'à l'occasion de la nouvelle COG 2010-2013 une pondération en fonction du type de compte et de sa durée d'activité dans l'année (un compte étant actif six mois ne comptant que pour moitié). Il s'agit là d'améliorations minimales et tardives puisque jusqu'en 2009, l'ACOSS a utilisé le ratio non-pondéré (nombre de comptes actifs par ETP) et a poursuivi un objectif exprimé sous cette forme.

Pour toutes les branches, ces indicateurs de productivité ne prennent toujours en compte ni les investissements en capital (immobilier, productif etc.)[433], ni les consommations intermédiaires[434], contrairement aux recommandations faites par la Cour en 2004. Cette insuffisance apparaît d'autant plus regrettable que les importants gains constatés résultent en bonne part d'une automatisation des processus de production, c'est-à-dire d'une substitution du capital au travail dont il convient de s'assurer qu'elle va bien de pair non seulement avec une augmentation de la productivité du travail mais aussi avec une augmentation de l'efficacité globale des caisses et une meilleure maîtrise des coûts totaux de fonctionnement.

432. Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance-maladie, soit 211 établissements sanitaires et médico-sociaux.

433. Ce que permettraient de faire des indicateurs de « productivité globale des facteurs », rapportant la production aux ressources, pondérées, en capital et en travail.

434. Par exemple, l'externalisation de certaines tâches est susceptible de perturber l'analyse de la productivité.

2 – Le calcul du nombre d'emplois en équivalents temps plein : la lenteur de la mise au point d'une définition commune

Il a existé jusque récemment au sein du régime général deux méthodes de calcul des emplois temps plein (ETP), l'UCANSS ne disposant d'aucune donnée sur le temps de travail théorique ou réel des agents permettant de faire une estimation sur la base d'une définition unique. La première, fondée sur le nombre d'ETP au 31 décembre, était appliquée dans les trois branches maladie, vieillesse, recouvrement, tandis que la seconde était utilisée par la CNAF dans le cadre de l'estimation de son indicateur de productivité : il s'agit des « ETP annuels actifs » calculés en rapportant les heures travaillées dans l'année à un total annuel théorique par personne à temps plein. Cette dernière définition tend à diminuer sensiblement le nombre d'ETP et de ce fait à améliorer fictivement les indicateurs, en particulier parce que le total d'heures théorique évoqué ci-dessus est sensiblement supérieur à la réalité. En 2008, l'écart entre l'effectif annuel moyen en gestion administrative (25 485,9) et l'effectif annuel actif (21 484,3 ETP) atteignait près de 4 000 ETP soit 15 % de l'effectif total. Cette différence entre branches dans les modes de calcul, identifiée dès 2001, a donné lieu à de nouveaux travaux en 2006 qui n'ont permis d'aboutir à une définition partagée qu'en juillet 2010.

Pour autant cette longue réflexion n'a pas été mise à profit pour converger avec les nouvelles modalités de décompte des effectifs introduites au même moment dans la fonction publique d'Etat (en équivalents temps plein annuel travaillé -ETPT-)[435].

3 – L'action sociale : une absence persistante de mesure de l'activité

Ce problème est particulièrement prégnant pour la branche famille[436] qui emploie 7 650 ETP dans cette activité, soit 22 % de l'effectif total[437]. En 2004, le RALFSS faisait le constat qu'il n'existait aucune mesure de l'activité en la matière.

---

435. A côté de l'ETPT qui permet d'agréger dans un même décompte des agents dont les régimes peuvent être très différents, en termes de durée de la période de travail dans l'année et de quotité de temps de travail, sont également utilisés les ETPE (équivalents temps plein emploi), les ETPR (équivalents temps plein rémunérés) et les ETPF (équivalents temps plein financier)

436. Le RALFSS de 2009 s'est précédemment intéressé à l'accueil et l'accompagnement des usagers de la branche famille.

437. Et à un degré moindre dans la branche maladie qui emploie 3 000 travailleurs sociaux, ou encore dans la branche vieillesse (562 ETP en 2008).

Six années après, la situation n'a guère évolué. L'absence de suivi du travail social et de mesure de son activité, également critiqué dans le bilan de la COG 2005-2008 réalisé par l'IGAS, n'a reçu à ce jour qu'une première réponse, limitée à la définition d'un socle stabilisé et commun du travail social.

Des orientations relatives au travail social pour la période de la COG 2009-2012 ont en effet été diffusées aux CAF par lettre circulaire du 1er octobre 2009. Jusqu'à la diffusion de cette nouvelle instruction, mettant fin selon la CNAF à une période de quinze années sans directive nationale, les pratiques ont divergé entre caisses, ce qui a rendu peu fiables le suivi et la mesure de l'activité du travail social.

En pratique, la branche et les caisses avaient donc une connaissance extrêmement limitée, au plan tant quantitatif que qualitatif, du travail social accompli. S'il convient de rester prudent dans l'appréciation de l'efficacité in fine de ce dernier, au regard des situations souvent difficiles ou complexes à gérer des personnes concernées par cette action sociale, rien ne justifie que l'on renonce à prendre la mesure de l'activité des services compétents et à la mettre en rapport avec les moyens mobilisés.

II - La nécessité de systématiser l'effort en matière de productivité

A – Des rigidités dans la gestion des ressources humaines à réexaminer

En vertu de l'accord du 5 septembre 2006 relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux[438], il n'y a pas de mobilité imposée (« toute mobilité interviendra sur la base du volontariat »). Les restructurations s'accompagnent donc du maintien des implantations existantes[439].

Ce protocole ne restreint pas seulement la mobilité géographique mais aussi fonctionnelle, puisqu'il prévoit que le refus par le salarié de propositions en ce sens ne peut conduire à son licenciement économique individuel. Même si une clause de mobilité existe dans son contrat de travail, elle ne peut pas être mise en œuvre dès lors qu'il est concerné par

438. En vigueur jusqu'au 31 décembre 2009. Le nouveau protocole reprenant la même disposition a été signé le 26 janvier 2010.

439. Il en va de même en cas de mutualisation (« mise en commun entre plusieurs organismes d'une mission, d'une fonction ou d'une activité » ; cf. infra).

une évolution des réseaux (article 4). Ces dispositions ont notamment pour conséquence de rendre difficile une spécialisation des sites.

Malgré leur statut de droit privé, les agents de la sécurité sociale bénéficient donc, en matière de mobilité, de règles très protectrices, bien plus que dans le cas des fonctionnaires de l'Etat où des mutations en nombre de personnels titulaires sont effectuées chaque année dans l'intérêt du service, en particulier à l'éducation nationale. Ainsi dans ce ministère, bon an, mal an, près de 4 000 enseignants du second degré titulaires d'un poste en établissement, touchés par des mesures de carte scolaire, sont dans l'obligation de demander leur mutation et de changer d'établissement. Ce nombre représente, selon les années, entre 10,5 % et 14 % du total des titulaires mutés.

Ce dispositif social spécifique au régime général fait de la démographie des organismes la principale variable d'ajustement utilisable par les caisses nationales. L'adaptation des effectifs est ainsi la plupart du temps circonscrite aux départs en retraite non remplacés.

Certes, les plus de 50 ans représentent plus de 42 % des effectifs du régime général (et même 46,7 % dans les seules CPAM). Mais la réforme des retraites de 2010 va temporairement réduire le flux de départ en retraite et obérer le principal moyen d'ajuster les effectifs aux besoins.

Par ailleurs le RALFSS de 2008[440] a mis en lumière les insuffisances de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans le régime général : la Cour y soulignait que les différentes branches faisaient preuve d'une capacité d'adaptation encore trop limitée en matière de gestion des métiers. Elle relevait notamment que les analyses interbranches étaient restées trop limitées, alors qu'elles auraient notamment permis d'améliorer la gestion de certains métiers spécifiques et transversaux, tels que les informaticiens, les téléconseillers et d'accompagner le développement des métiers liés à la lutte contre la fraude ou l'émergence de métiers de conseils aux professionnels.

440. Aspects de la gestion des personnels du régime général, pages 404 et suivantes.

Les services informatiques

Cette fonction support emploie presque 5 000 personnes dans les différentes branches. Sa gestion pose problème tout particulièrement dans un contexte de réorganisation des réseaux.

La Cour a critiqué dans le RALFSS 2010 l'importance des effectifs dédiés à ces fonctions dans la branche maladie ainsi que leur dispersion qui génèrent des contre-performances en termes de productivité et de qualité. (3 366 informaticiens répartis dans plus de 150 sites). Le rapport 2010 appelait donc à un ferme redéploiement des emplois, parallèlement à la réduction et au regroupement des applications locales.

Dans les autres branches, les caisses nationales ont amorcé une rationalisation des fonctions et des activités et en premier lieu, souvent, de concentration de l'activité de production.

Toutefois, à l'examen des différents schémas cibles mis en place, on note que le nombre de sites informatiques reste inchangé quels que soient les réseaux et que les mouvements de personnels informaticiens n'interviendront qu'en fonction des départs en retraite :

- pour la branche famille, malgré le regroupement de la production sur deux sites, les huit centres régionaux de traitement informatique (CERTI) continueront d'assumer diverses missions à destination des CAF ;
- dans l'activité recouvrement, le redéploiement des moyens informatiques laissera subsister un nombre important de structures, qui assureront en particulier des fonctions d'assistance, au sein même des URSSAF, dans des centres de services interrégionaux ou encore dans des pôles de compétence nationale ;
- dans la branche retraite, la production quoique réorganisée sera répartie sur cinq implantations et les activités de développement, comme d'expertise, continueront d'être prises en charge par plusieurs centres référents pilotant les activités de centres associés.

De telles rigidités contribuent au demeurant à l'importance atypique du recours au travail précaire au sein du régime général qu'un assouplissement négocié de certaines règles de gestion contribuerait à réduire.

Nombre de CDD par branche (en ETP)

	2006	2009	% sur total des effectifs 2009
Famille	3 075	2 208	7,1
Maladie	1 944	2 395	2,5
Recouvrement	316	507	3,6
Vieillesse		138	1

Source : caisses nationales

Le recours aux CDD varie fortement selon les branches. Il est particulièrement élevé dans la branche famille même s'il a décru régulièrement entre 2000 (11 000 agents avaient alors bénéficié d'un emploi en CDD dans la branche) et 2008, pour connaître une nouvelle progression en 2009.

Dans ce contexte, il importe que l'UCANSS mette pleinement à profit le laps de temps restant avant le terme de ce protocole (en décembre 2013) pour entamer des négociations avec ses partenaires conventionnels de manière à adapter la gestion des ressources humaines à l'évolution qui s'accélère des métiers et des réseaux en mobilisant toutes les actions d'accompagnement indispensables à une plus grande fluidité des parcours professionnels. En particulier, elle doit se fixer comme priorité de faciliter à tous égards l'affirmation indispensable d'une politique dynamique de mobilité fonctionnelle des personnels sans la limiter aux seuls cas de mutualisations ou de fusions d'organismes.

B – Une restructuration des réseaux de production et de proximité à parfaire

1 – Des fusions pour l'instant essentiellement juridiques, aux conséquences pratiques limitées

Alors que les réseaux avaient peu évolué depuis l'après-guerre, trois branches ont entrepris récemment une réorganisation.

Les branches famille et maladie et l'activité de recouvrement ont engagé une démarche identique puisqu'elles ont fait le choix d'une restructuration au niveau départemental. Ainsi, au 1er janvier 2010, 48 caisses primaires d'assurance-maladie ont fusionné, de sorte que le réseau n'en compte plus que 101, au lieu de 128. Dans la branche famille, les travaux ont été engagés plus tardivement. Le conseil d'administration de la CNAF a donné un avis favorable à la départementalisation en juin 2007, en vue d'une mise en œuvre au plus tard au 31 décembre 2011[441]. L'opération de départementalisation du réseau des URSSAF a eu une ampleur moindre puisque seuls 10 départements (et 20 organismes) étaient concernés. L'ACOSS a mené à bien ces opérations dans les délais prévus par la COG.

En reposant sur le principe de la départementalisation, ces réorganisations laissent cependant subsister des organismes de taille réduite qui rencontrent des difficultés de fonctionnement plus fréquentes et se caractérisent par de moins bonnes performances en moyenne, en

441. Seules les Pyrénées Atlantiques échapperont à ce mouvement de départementalisation et conserveront deux caisses.

particulier en raison du poids relatif des fonctions support. A contrario, dans certains départements très peuplés la possibilité de maintenir plusieurs caisses a permis d'y éviter la création de CPAM trop importantes. Toutefois, ces exceptions mettent en relief l'absence de réforme des structures les plus lourdes.

Pour sa part, la branche recouvrement a prévu un projet de régionalisation inscrit dans la nouvelle convention, mais ce projet laisserait subsister de petites unités départementales polyvalentes. Le maintien aussi envisagé de conseils départementaux de l'URSSAF régionale, même avec des attributions limitées, nuit au demeurant à la lisibilité de la nouvelle organisation.

Ces choix ont conduit, pour l'instant, à des fusions seulement juridiques pour l'essentiel, avec pour conséquence essentiellement à ce stade une diminution des conseils d'administration et la disparition de certains postes de directeurs et d'agents comptables.

Une action forte des branches concernées est ainsi urgente pour définir et faire entrer dans les faits de nouvelles organisations cibles plus performantes. Les choix faits jusqu'ici ont été pragmatiques pour tenir compte de la grande variété des situations existantes et ont incontestablement facilité l'acceptation de la réforme des réseaux mais, en contrepartie, les gains de productivité ne seront que très lents et partiels si ces réorganisations ne permettent pas de dégager tous les progrès d'efficience qu'elles rendent nécessaires.

2 – Un maillage local encore trop fin

Le maillage local des points d'accueil a parallèlement connu des évolutions non négligeables mais, dans la majorité des cas, insuffisamment appuyé sur des orientations nationales.

Nombre total de points d'accueil par branche

	2005	2009
Maladie	4 049	2 801
Famille	2 430	2 175
Vieillesse	1 874	1 428
dont agences de retraite	*277*	*313*

Source : caisses nationales

C'est notamment le cas à l'assurance maladie. Le nombre total de points d'accueil a diminué de manière importante (de plus de 1 200, soit -31 %) entre 2005 et 2009. Ont en particulier été fermés de nombreux points de contact non-permanents, en raison de la montée en puissance de

la télétransmission mais si le réseau s'est concentré, les effectifs affectés à la fonction de relation avec les assurés n'ont pas diminué pour autant (restant stables à 14 600).

Au final, la mise en œuvre d'une politique de relation multi-canal avec les assurés semble, en effet, davantage participer d'une amélioration de son information et du service rendu que d'une recherche de meilleure productivité. Les consultations du site Améli, les comptes assurés Améli ou l'usage des guichets automatiques ne paraissent pas remplacer les appels téléphoniques, encore en augmentation entre 2005 et 2009. Ces contacts à distance ne se substituent aussi que peu à la fréquentation des points d'accueil. Il convient ainsi de renforcer l'offre de télé-procédures, par exemple en matière d'affiliation ou de prise en compte des changements de situations, les plus porteuses de gains d'efficacité et d'économies de coûts de transaction, conformément aux engagements pris dans la nouvelle COG.

S'agissant de la branche famille, la Cour, à l'occasion de l'examen des conditions d'accueil et d'accompagnement des usagers dans la branche famille[442], a relevé, comme point positif, qu'elle avait défini les jours d'ouverture et les missions des différents types d'accueil. En revanche, elle a constaté que le nombre de points d'accueil se maintenait à un niveau très élevé et qu'il n'existait toujours ni cartographie complète de l'offre de service en la matière, ni mesure de l'activité des divers intervenants. La CNAF a indiqué qu'elle allait définir une doctrine quant à l'offre de service d'accueil, à son implantation, à la nature des services offerts, aux compétences requises et se doter d'un outil de recensement des lieux d'accueil. Il lui appartient en effet de veiller à la cohérence d'ensemble des politiques locales et de centraliser les données de fréquentations. Au surplus, elle devrait fixer des niveaux (en nombre de visites par type de structures), en-deçà desquels les sites seraient fermés et les moyens redéployés vers des sites plus fréquentés.

Dans la branche vieillesse, l'outil retraite permet à un technicien d'une agence de retraite, en tout point du réseau, d'avoir accès à toutes les informations concernant un assuré et de retrouver la trace de toutes les actions effectuées (contact, mise à jour). Conçu pour répondre aux besoins apparaissant lors d'entretiens en face-à-face, il a fortement contribué à l'accélération de la déconcentration du traitement des dossiers, la proportion de liquidations en agence passant de 32 % en 2001 à 87 % en 2008. Des interrogations demeurent cependant. Se trouve notamment posée la question de la suppression pure et simple des points d'accueil retraite, encore au nombre de 1 264 en 2008, qui, contrairement aux agences, n'ont qu'un rôle d'information. Par ailleurs, la création de

442. Chapitre du RALFSS 2009, pp. 363 à 386.

nouvelles agences, alors que les salariés échappent en pratique à toute mobilité, induit le risque d'une certaine rigidification d'implantations qui pourraient apparaître par la suite trop nombreuses ou localement peu adéquates.

Il convient naturellement de tenir compte des besoins spécifiques de chaque branche. L'importance de la relation en face-à-face dans les branches retraite et famille, en particulier, justifie un maillage relativement dense. Il n'en demeure pas moins qu'une politique de redéploiement active est toujours nécessaire, notamment de réduction du nombre de sites offrant peu de services. S'il faut laisser une certaine autonomie à l'échelon local, le suivi des caisses nationales apparaît insuffisant dans ce domaine et il conviendrait qu'elles définissent plus explicitement leurs objectifs de dimensionnement et de positionnement de leurs réseaux d'accueil.

C – De nouveaux leviers à mobiliser

1 – La réduction des écarts de performance entre organismes de base : un instrument sous-utilisé

La disparité des performances des organismes de base apparaît peu satisfaisante, plus particulièrement dans les branches maladie et vieillesse.

La dispersion des coûts de gestion des caisses autour de la moyenne [443]

En %

	2005	2006	2007	2008	2009
CNAMTS (CPAM)		13,53	12,58	12,99	12,1
CNAF	9,61	9,36	8,90	8,86	8,48
CNAVTS	-	13,83	9,28	9,64	10,24
ACOSS	12,40	12,20	12,61	11,01	9,2

Source : CNAMTS et PLFSS

Par ailleurs, le rapport entre la meilleure et la plus mauvaise performance en France métropolitaine est de 2 soit une variation du simple au double dans le réseau de la branche maladie (écarts du coût du BAP en 2008), de 1,65 dans celui de la branche famille (coût par allocataire pondéré en 2009), de 1,5 dans l'assurance-vieillesse (coût

443. Ecart-type par rapport à la moyenne des coûts de gestion globale brute. Il faut naturellement rapporter les écarts à la moyenne. Ainsi si le niveau de coût moyen était divisé par deux sans diminution de l'écart-type, cela signifierait une divergence des performances au sein du réseau attestant d'un pilotage insuffisant.

d'une unité d'œuvre pondérée en 2009) et de 1,93 dans l'activité de recouvrement (coût d'un compte actif pondéré en 2009).

La tutelle insiste, à juste titre, sur la réalité des leviers de productivité que recouvre la réduction des écarts entre organismes, ces derniers pouvant tenir à des sureffectifs dus au passé des caisses, à la diversité des processus de production et des managements locaux, à la faiblesse du pilotage par la caisse nationale etc.

Les niveaux des résultats constatés dans les meilleures caisses soulignent l'existence de marges de progression que peuvent et doivent exploiter toutes les autres. S'il est logique d'attendre des gains plus importants de la part des unités les moins productives, qui peuvent s'aligner sur une norme déjà éprouvée, les meilleures doivent continuer à innover pour déplacer la « frontière d'efficience ». Fixer à tous les organismes, y compris aux plus efficaces, un objectif à la fois réaliste et ambitieux contribue globalement à une diminution des écarts, à condition pour cela d'estimer les gains de productivité qui devraient résulter d'une certaine convergence des performances, nécessairement par le haut et de les additionner avec ceux à réaliser par les unités les plus efficientes, a priori généralisables[444].

La COG 2009-2013 de la branche vieillesse présente à cet égard la particularité de faire de la réduction des écarts de productivité entre caisses régionales la principale source d'amélioration de l'efficience globale de la branche. Cependant, l'objectif qu'elle fixe repose sur l'hypothèse que le niveau de productivité des huit organismes les moins performants se hissera au niveau de la médiane, tandis qu'il n'est pas fixé d'objectif d'amélioration de leur productivité à la moitié des caisses les plus efficaces. Cette démarche témoigne d'un volontarisme insuffisant : en prévision, la productivité de certaines caisses se dégraderait même. La CNAVTS justifie cette situation par le niveau minimal de renouvellement des départs en retraite jugé compatible avec le maintien du bon fonctionnement des organisations, qu'elle situe à 35 %. Pour sa part, le recouvrement estime ce niveau minimal à 25 % et la branche maladie à 15 %.

Pour cette dernière, la COG 2006-2009 prescrivait la définition avant 2006, conjointement par l'Etat et la CNAMTS, d'un indicateur de réduction des écarts entre CPAM. Or, cette tâche n'a pas été menée à bien et la branche n'a donc pas eu d'objectif précis à cet égard, alors même que l'accroissement des écarts entre les caisses les moins productives et les productives, constaté en particulier entre 2005 et 2008, appelle une politique plus volontariste, à même de dégager de considérables gains de

444. Et non à les additionner avec des prévisions de gains moyens pour la branche, même évalués par domaines, ce qui entraînerait des risques de doubles comptes.

productivité. Si le suivi d'un tel indicateur est prévu dans la COG 2010-2013, celle-ci n'en fait toujours pas un objectif pour la branche.

La mission de l'IGAS faisant le bilan de la COG concluait ainsi à une économie à terme de 12 000 ETP selon deux scenarii d'alignement du réseau sur le ratio « BAP » par ETP des meilleures caisses.

L'intéressement des personnels : un mécanisme peu incitatif à l'amélioration de la performance

L'intéressement des personnels aux résultats de gestion devrait être mis au service de cette stratégie de convergence des performances, mais aujourd'hui il joue un rôle négligeable.

Ainsi, dans la branche maladie, l'intéressement comprend deux parts : nationale et locale. La part nationale (40 % du total) prend en compte, à hauteur de 20 %, un critère de productivité (bénéficiaires actifs consommants par ETP hors UGECAM). Toutefois, de par le caractère national de cet objectif et de cette prime, le lien entre l'implication au travail de chacun et la productivité de la branche apparaît ténu et l'incitation à la réduction des écarts nulle. Il relève, en l'occurrence, davantage de la compensation que de l'incitation ; on rétrocède aux salariés une partie des économies rendues possibles par le non-remplacement d'une part des départs à la retraite, qui se traduit par une intensification du travail.

La performance locale des CPAM (60 %) dépend, quant à elle, de 40 indicateurs. Dans ce cadre, la productivité des fonctions de production et des fonctions de support n'entre dans le calcul de la performance globale qu'à hauteur de 5 %. En outre, en 2008, sur 128 CPAM, seulement 21 n'avaient pas connu un taux de réussite de 100 %, au regard de la productivité des fonctions de production et seulement deux pour ce qui concerne la productivité des fonctions support. Ce résultat s'explique par la volonté de faire bénéficier de l'intéressement le plus grand nombre d'organismes possibles.

Au final, la modestie des sommes en jeu, la faible pondération affectée aux objectifs de productivité, l'insuffisante différenciation des résultats limitent le caractère incitatif de cet intéressement des personnels aux gains de productivité et à la réduction des écarts de productivité.

2 – La dématérialisation : des marges de progrès dont l'exploitation exige une politique plus active

Des marges importantes existent encore en la matière notamment dans la branche maladie.

Dans la nouvelle COG figure ainsi l'objectif d'une augmentation du taux de dématérialisation des feuilles de soins de 6 points, ce qui contribuerait à une économie de personnels d'environ 2 100 emplois, selon une estimation de l'IGAS. Accroître ce taux suppose cependant une action volontariste de la CNAMTS et des pouvoirs publics auprès des

professionnels de santé, réticents encore parfois à l'égard de la télétransmission. Une partie importante des envois des feuilles de soins papier tient notamment au fait que certains en font leur mode de facturation exclusif, c'est-à-dire qu'ils ne font pas l'effort de s'équiper ou d'utiliser leur matériel. C'est encore le cas de 18 % des généralistes, de 42 % des spécialistes (soit 42 000 praticiens) et de 43 % des psychiatres. Une dématérialisation totale en la matière aboutirait selon la CNAMTS à une économie de quelque 6 000 postes. Encore conviendrait-il pour dégager ces gains d'efficience que la politique suivie en ce domaine soit constante et fermement affichée.

Un exemple de délais de mise en œuvre d'une mesure incitative au développement de la télétransmission

L'article 53 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (juillet 2009) prescrivait que l'UNCAM devait fixer le montant d'une contribution forfaitaire applicable aux professionnels de santé afin de les inciter à adopter la télétransmission, le principe d'une telle taxe remontant aux ordonnances de 1996 réformant l'assurance maladie sans qu'il ait été encore mis concrètement en œuvre. Cependant, la décision de l'UNCAM du 19 mars 2010[445] a été annulée pour excès de pouvoir par le Conseil d'Etat qui a jugé que la loi ne conférait pas au directeur de l'UNCAM le pouvoir de prévoir certaines exceptions ni un abattement. La loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST confie aux partenaires sociaux le soin de trouver un accord sur cette taxe d'ici le 30 septembre 2011, à défaut de quoi il reviendrait au directeur de l'UNCAM de trancher. Quelles que soient les péripéties de son adoption, il importe que cette disposition entre en vigueur rapidement, sauf à compromettre les gains d'effectifs prévus dans la COG.

Par ailleurs, plus de la moitié du milliard de feuilles de soins s'accompagnant d'une prescription pharmaceutique, la dématérialisation de celle ci peut constituer un relai majeur de productivité pour la branche maladie. Alors que le médecin la saisit dans 60 % des cas dans sa base de données, l'assuré présente l'ordonnance papier au pharmacien qui informatise son contenu et émet une facture dématérialisée. Ce dernier transmet ensuite une copie de l'ordonnance aux caisses, qui doivent au final réconcilier les factures dématérialisées avec plus de 600 millions d'ordonnances. La transmission de prescriptions électroniques par le praticien pourrait ainsi se traduire par des gains importants de

445. Instituant une contribution forfaitaire de 50 centimes, assise sur le nombre de feuilles de soin papier envoyées au cours de l'année civile précédente, après un abattement légal de 25 % du nombre total de support de facturation papier et dématérialisés, destiné à prendre en compte les situations où les praticiens ne peuvent utiliser la télétransmission.

productivité, sans remise en cause de la sécurité de cette procédure, voire en la renforçant.

Une concertation n'a été lancée sur cette question qu'en 2009. La nouvelle COG prévoit que seront examinées les modalités selon lesquelles les pièces justificatives, y compris les ordonnances, pourraient être dématérialisées. L'assurance maladie souligne toutefois qu'il s'agit d'un projet complexe d'un point de vue technique, organisationnel, juridique et conventionnel et concentre dans l'immédiat ses efforts sur une étape intermédiaire fondée sur la numérisation des ordonnances papier transmises aux pharmaciens qui font actuellement l'objet, par la CNAMTS, d'un ramassage et d'un stockage sans guère de valeur ajoutée. Cette solution palliative ne doit pas cependant détourner de la définition d'un projet plus ambitieux de dématérialisation à la source, déjà au demeurant mis en œuvre dans plusieurs pays étrangers, selon l'objectif fixé par la COG.

La principale avancée de la branche famille en ce domaine a consisté dans l'acquisition des ressources annuelles des allocataires auprès de la direction générale des finances publiques (DGFIP)[446]. En raison de « son importance exceptionnelle dans les processus de gestion de la branche », elle a fait l'objet d'une estimation détaillée des gains de productivité attendus. L'économie potentielle de cette réforme était estimée à 518 ETP. Mais la première année d'application a été marquée par des difficultés tenant au nombre de dossiers non trouvés auprès de la DGFIP, supérieur à celui qui était escompté, à une insuffisance des contrôles de cohérence entre activité et ressources entraînant des erreurs et à une augmentation des réclamations et des flux à l'accueil. La quasi-totalité des CAF a indiqué que « cette opération avait entraîné une surcharge de travail en production, à l'accueil physique et au téléphone ». Les économies attendues restaient donc à ce stade encore virtuelles.

3 – Une stratégie de mutualisation à piloter plus fermement par les caisses nationales

Outre qu'elles s'accompagnent d'économies d'échelle ou d'une plus grande spécialisation, les mutualisations permettent d'optimiser la répartition de la charge de travail entre organismes. Elles contribuent à lever en partie les freins que constituent les limitations à la mobilité des personnels ou le hiatus pouvant exister entre, d'une part, l'évolution de l'activité, d'autre part, les marges de manœuvre offertes par les départs en retraite.

446. En avril 2011, la dématérialisation des déclarations de ressources atteignait 84,25 %.

Dans la branche maladie, les mutualisations concernent peu le « cœur de métier » des caisses, où s'emploie la majorité des effectifs. Leur initiative est très largement décentralisée et l'augmentation de la productivité n'en constitue pas un objectif déclaré. La tutelle déplore à cet égard que cette démarche repose uniquement sur des initiatives des caisses quant aux domaines retenus et à leur périmètre géographique, sans cahier des charges contraignant en termes de gains de productivité. En la matière, la COG 2010-2013 prescrit dorénavant que chaque organisme doit retenir annuellement six projets de mutualisation de son choix dans un portefeuille d'activité, ce qui constitue un début de mise sous tension des caisses.

La CNAVTS influe sur la répartition de la charge de travail afin de l'optimiser entre caisses, donc d'améliorer la productivité globale. En particulier, elle joue sur leur spécialisation par pays de résidence, dans le cas des assurés installés à l'étranger. Ainsi sont-ce bien les organismes les moins productifs qui traitent les dossiers a priori les plus nombreux à ce titre (par exemple : Paris pour l'Algérie).

Dans le cas de la branche famille, l'IGAS a jugé dans le bilan de la COG 2005-2008 que la mutualisation constituait l'un des points les plus décevants de la période écoulée. Les objectifs inscrits dans la COG 2009-2012 n'apparaissent pas beaucoup plus ambitieux mais la branche a pris l'initiative de faire porter en priorité ses efforts, outre la numérisation, sur les projets les plus immédiatement porteurs tels que l'éditique ou la relation téléphonique.

Pour l'activité de recouvrement, la COG 2006-2009 prévoyait que les mutualisations seraient développées au niveau -régional ou interrégional- le plus adapté aux économies d'échelle et sur la base d'un cahier des charges national identifiant les conditions de mise en œuvre et les gains attendus. Les contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte animé par la Cour ont mis en lumière la faiblesse des effets mesurables en matière de productivité des premières expériences. La sélection et la répartition des fonctions mutualisées s'est en effet faite sur la base d'un consensus entre organismes locaux peu propice au choix des fonctions employant les effectifs les plus importants, sans qu'ait été généralisé l'outil de « remontée des temps » destiné à évaluer le nombre d'ETP nécessaires à la réalisation d'un processus mutualisé.

4 – La simplification des règles : une exigence prioritaire

La simplification administrative doit devenir un chantier prioritaire pour que la dématérialisation et les mutualisations produisent leurs pleins effets sur la productivité et la qualité des services rendus. Plus généralement, la complexité législative et règlementaire, même quand elle se justifie par un souci d'appréhender des situations très diverses ou

de limiter les risques de fraude, constitue une difficulté très importante[447] pour les caisses dont il importe de prendre toute la mesure au moment de l'élaboration des textes.

Un exemple de complexité : le calcul des indemnités journalières

Les indemnités journalières sont calculées sur un salaire brut (risque maladie) ou sur un salaire net (risque maternité/paternité, accidents du travail), sur une période de référence d'un mois (AT/MP), de trois mois (maladie, maternité/paternité) ou douze mois (activité saisonnière et discontinue), avec lissage des primes (AT/MP) ou sans lissage des primes (maladie, maternité/paternité). Ainsi la dématérialisation des déclarations de salaires et leur injection dans les applications de l'assurance-maladie ne procurera que des gains de productivité limités si la complexité de la législation continue d'imposer une analyse règlementaire au cas par cas.

Un comité de pilotage des simplifications et de la modernisation a été mis en place au second semestre 2010 qui doit consolider l'ensemble des projets en la matière (régime général, RSI et MSA) et en suivre la mise en œuvre afin de garantir une plus grande réactivité. Ses travaux constituent un enjeu déterminant pour la qualité du service rendu aux assurés comme pour les progrès de productivité des organismes de sécurité sociale.

447. Voir le chapitre suivant (XIV) sur les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements.

CONCLUSION

Depuis la précédente enquête de la Cour, la modernisation des procédures et l'importance des départs en retraite ont permis la réduction de sureffectifs et des gains de productivité certes appréciables mais très variables et globalement insuffisamment ambitieux.

Les marges de progrès demeurent de fait considérables. L'état des finances sociales commande de les exploiter de manière rapide, systématique et déterminée. Une réduction des dépenses de gestion administratives de 10 %, qui représenterait, toutes choses égales par ailleurs, un milliard d'euros d'économies potentielles, pourrait constituer un objectif à atteindre à moyen terme sur la durée des COG en cours et de celles qui leur succèderont.

Un pilotage global par la performance doit pleinement s'affirmer ainsi à tous les niveaux du régime général. Organisé par les COG et soutenu par un effort de simplification règlementaire, il doit s'appuyer sur des indicateurs renouvelés et des analyses en continu des modes d'organisation et des processus pour déterminer les gains de productivité potentiels, puis mesurer leur concrétisation effective.

Les caisses nationales doivent impérativement à cet égard, au-delà des fusions juridiques entre organismes de base, amplifier les réorganisations et mutualisations fonctionnelles. Celles-ci permettront, couplées avec l'accélération nécessaire de la dématérialisation des procédures, d'en tirer tout le gain d'efficience et de faciliter l'effort tout particulier de convergence sur les performances des plus productifs qui s'impose dans chacun des réseaux. Dans cette optique, la gestion des ressources humaines doit être profondément rénovée et savoir accompagner plus complètement et de manière plus dynamique ces évolutions indispensables.

RECOMMANDATIONS

65. Mettre en place dans les branches famille et maladie des indicateurs de productivité synthétiques réellement exhaustifs.

66. Promouvoir les mutualisations de manière plus systématique et rigoureuse sur la base d'un schéma-cible d'organisation, en prévoyant des cahiers des charges et une estimation des gains de productivité à en attendre et l'évaluation des gains réalisés.

67. Faire de la réduction des écarts de performance une source de l'amélioration de l'efficacité des branches, en fixant parallèlement des objectifs réalistes et ambitieux aux organismes les plus productifs.

68. Définir pour chaque branche une doctrine en matière de proximité qui tienne compte à la fois des besoins des usagers et de l'impératif d'efficacité.

69. Pour la branche maladie, définir des objectifs et un calendrier précis pour de nouvelles étapes en matière de dématérialisation.

70. Anticiper et préparer la renégociation de l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux, aux fins d'une plus grande fluidité des parcours professionnels des agents.

Chapitre XIV

Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements

PRESENTATION

L'Etat a progressivement confié aux caisses d'allocations familiales (CAF), en tirant parti du savoir-faire de ce réseau, le versement d'allocations autres que les prestations familiales [448], principalement l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le revenu de solidarité active (RSA) pour sa partie activité[449] et certaines allocations logement (dont l'aide personnalisée au logement -APL- et l'allocation de logement sociale -ALS-). Par ailleurs, les CAF versent pour le compte des départements le RSA « socle », qui a pris la suite du revenu minimum d'insertion (RMI). Au total, les prestations ainsi servies pour le compte de tiers ont représenté près de 28 Md€ en 2010, soit 45 % des 62 Md€ de prestations réglées pour leur quasi-totalité par les CAF[450].

Compte tenu de l'importance de ces prestations dans l'activité des CAF, la Cour a réalisé une analyse d'ensemble de leur gestion et du pilotage exercé par l'Etat et les départements.

Après une présentation du poids croissant des prestations servies pour compte de tiers dans les dépenses et l'activité de la branche famille (I), est analysée la grande hétérogénéité de leur gestion par les CAF[451] (II). Une plus grande efficience implique de redéfinir le cadre dans lequel s'exercent ces mandats, en précisant spécifiquement dans la convention d'objectif et de gestion (COG) les engagements réciproques, en les déclinant par la conclusion de conventions de gestion par prestation et en mettant en œuvre une facturation systématique des frais de gestion fondée sur les coûts réels constatés (III).

448. Les prestations pour compte de tiers recouvrent ainsi les prestations servies par la branche famille qui ne figurent pas à l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale listant les prestations familiales.

449. Les personnes ayant une activité à temps partiel payée au salaire minimum peuvent cumuler l'allocation avec leurs revenus d'activité sans limitation dans le temps. Le RSA activité est financé par l'Etat, alors que le RSA socle qui a succédé au RMI est financé par les départements.

450. Environ 2 Md€ de prestations sont servis par les régimes qui, par exception, gèrent encore les prestations familiales, en l'occurrence la mutualité sociale agricole (MSA) et trois régimes spéciaux (RATP, SNCF et IEG) d'environ 500 000 allocataires.

451. Six CAF présentant des situations variées ont été plus particulièrement examinées par la Cour : les CAF de Paris, Melun, Marseille, Arras, Blois et Mâcon.

I - Une part de plus en plus importante de l'activité des caisses d'allocations familiales

Au fil du temps, la gestion de diverses prestations qui ne correspondent pas au cœur de métier de la branche a été confiée aux CAF. Leur proximité avec certaines prestations familiales[452], la présence des CAF sur l'ensemble du territoire qui en font le « guichet le mieux outillé pour gérer une prestation à grande échelle »[453] et l'expertise de ces dernières en matière de gestion d'allocations sous condition de ressources expliquent cette évolution[454]. Cette gestion sous mandat permet aussi de réaliser des gains de productivité dans la mesure où 45 % des 11,2 millions d'allocataires perçoivent plus d'une prestation.

La part croissante prise par ces prestations dans l'activité des CAF conduit néanmoins à une situation à certains égards paradoxale puisque la branche famille consacre une part croissante de son activité au bénéfice de populations qui ne sont plus uniquement des familles[455].

A – Une part croissante des dépenses

Entre 1945 et 1971, les CAF ont exclusivement servi des prestations familiales, celles-ci incluant l'allocation de logement à caractère familial (ALF), créée en 1948 et entièrement financée par la branche famille.

La montée en puissance des prestations versées pour compte de tiers s'est ensuite effectuée en deux étapes, suivie d'une stabilisation, pour atteindre un niveau proche du niveau actuel depuis le milieu des années 1990, comme le fait apparaître le graphique suivant.

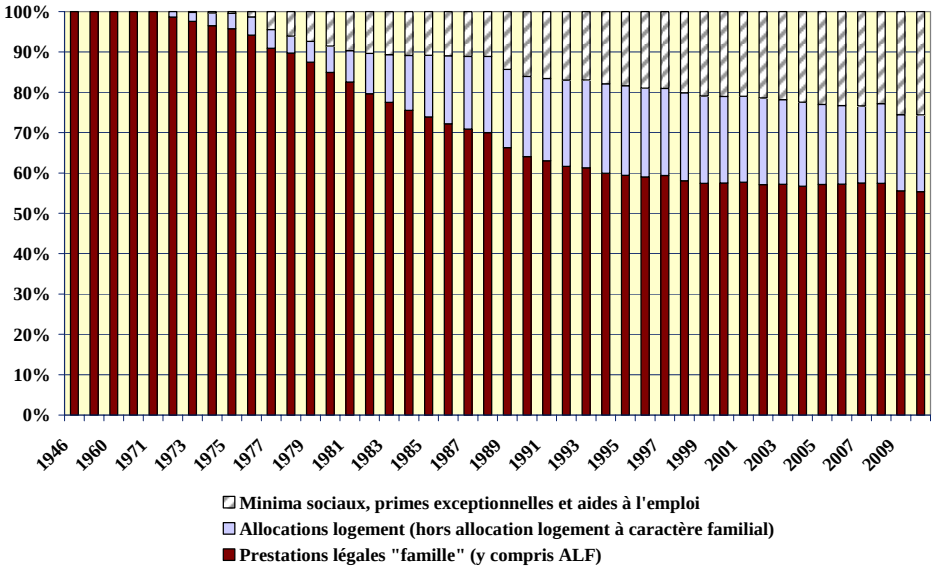
452. Allocation logement à caractère familial (ALF) pour les allocations logement et allocation d'éducation spéciale remplacée par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour l'AAH.

453. Rapport IGF sur la mise en place du revenu de solidarité active, décembre 2007.

454 En revanche, le versement de la prime pour l'emploi ne leur a pas été confié (cf. rapport public annuel 2011, La prime pour l'emploi : une dépense fiscale aux objectifs de plus en plus confus, p. 85 et suivantes).

455. En 1988, au moment de la création du RMI, l'exercice de cette nouvelle mission n'a pas fait l'unanimité au sein de la branche famille.

Evolution de la part des prestations servies pour compte de tiers rapportée au total des prestations directes entre 1946 et 2010



Champ : France entière, dépenses tous régimes
Source : D'après données CNAF

Les années 1970 voient la mise en place des premières prestations versées pour le compte de l'Etat. C'est le cas de l'allocation de logement à caractère social (ALS) créée en 1971. Par la suite apparaissent deux minima sociaux : l'allocation aux adultes handicapés (AAH) en 1975 et l'allocation pour parents isolés (API) en 1977. La même année est créée l'aide personnalisée au logement (APL) destinée aux logements conventionnés. Ainsi, en 1980, les prestations servies pour compte de tiers (champ actuel[456]) représentaient 15 % des 33 Md€[457] de prestations versées par la branche famille, dont 9 % au titre des minima sociaux. En 1988, cette part avait doublé et s'élevait à 30 %, la part des minima sociaux restant assez stable, mais celle des allocations logement augmentant fortement pour atteindre 19 %, soit le pourcentage actuel.

456. L'AAH était financée par la branche famille jusqu'en 1983.
457. Valeur actualisée en euros 2010, comme pour le chiffre de 1990 (cf. infra).

La seconde étape est la création du RMI[458] en 1989, dont le versement est confié aux CAF. En 1990, avec sa montée en charge progressive, les prestations servies pour compte de tiers représentaient 36 % des 41 Md€ de prestations versées et, en 1995, 41 % dont 18 % au titre des minima sociaux.

A partir de 1995, cette proportion augmente légèrement pour atteindre 45 % des 62 Md€ versés par la branche en 2010 en raison de la part croissante des minima sociaux dans les dépenses, en particulier du fait de la création du RSA en 2009, qui se substitue au RMI et à l'API, et de la revalorisation progressive de l'AAH (+25 % sur cinq ans) : soit 26 % au titre de minima sociaux, primes exceptionnelles et aides à l'emploi, et 19 % au titre des allocations logement.

Parallèlement à cet accroissement des dépenses, le nombre de bénéficiaires de prestations servies pour compte de tiers a fortement progressé : entre 1990 et 2010, les allocataires de l'APL et de l'ALS ont augmenté de 45 % (4,9 millions en 2010), ceux de l'AAH de 70 % (915 000 bénéficiaires), tandis que les titulaires de l'API et du RMI-RSA triplaient pour atteindre 2 millions. Ces évolutions expliquent l'essentiel de l'augmentation constatée, sur la même période, du nombre d'allocataires total des CAF (+50 %), celui des attributaires de prestations familiales « classiques » progressant de manière beaucoup moins dynamique[459]. Celles-ci ont donc un public nouveau à servir, distinct des

458. Comme l'indiquait la Cour en 2001, « lors de la création du RMI, le législateur a distingué l'organisme gestionnaire de la prestation, en l'occurrence les caisses d'allocations familiales, de la nature de la prestation, considérée comme une prestation d'Etat et non comme une prestation de sécurité sociale. Ni le RMI ni l'AAH ne sont dans le champ de la sécurité sociale. Mais ils sont traités de façon contradictoire : le RMI est inscrit dans le budget de l'Etat, mais non dans les comptes sociaux. Le remboursement du budget à la CNAF correspond donc uniquement à une opération de trésorerie. A l'inverse, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), gérée également par les caisses d'allocations familiales, donne lieu à un remboursement de l'Etat à la CNAF et est intégrée dans les dépenses de la branche famille, bien qu'elle ne soit pas considérée comme une prestation familiale » (RALFSS 2001, p. 198). Ainsi, « La Cour demande que les textes législatifs soient modifiés pour harmoniser ces deux points, c'est-à-dire pour que l'AAH soit traitée comme le RMI » (RALFSS 2001, p.231). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a tenu compte des recommandations de la Cour, permettant une comptabilisation des opérations relatives à l'AAH et à l'API (encore versée dans les DOM en 2010) en compte de tiers.

459. A titre illustratif, entre 1990 et 2010, le nombre de bénéficiaires des allocations familiales et de l'allocation de rentrée scolaire a respectivement augmenté de 3 et de 6 %, tandis que le nombre de bénéficiaires du complément familial a diminué de 14 %.

familles. Selon la CNAF, parmi les 11,7 millions d'allocataires de la branche famille, fin 2009, 40 % n'avaient pas d'enfants.

Dépenses relatives aux prestations servies pour le compte de l'Etat et des départements en 2010

	Dépenses 2010 (en M€)	Dépenses en % des prestations versées
Allocations logement (hors allocation logement à caractère familial - ALF)	**11 890**	**19 %**
Allocation personnalisée au logement (APL)	6 868	11 %
Allocation logement à caractère social (ALS)	4 914	8 %
Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage (ALT)	108	0,2 %
Minima sociaux	**15 969**	**26 %**
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	6 602	11 %
Revenu de solidarité active (RSA)	8 285	13 %
Revenu minimum d'insertion (RMI)	765	1,2 %
Allocation pour parents isolés (API)	147	0,2 %
Autres* (RSO, PRE, APRE, RMA, CAV…)	170	0,3 %
Total des activités pour compte de tiers	**27 859**	**45 %**
Prestations légales « famille »	34 360	55 %
Total des prestations versées	**62 219**	**100 %**

Champ : France entière, dépenses tous régimes

**revenu de solidarité outre-mer, prime de retour à l'emploi, aide personnalisée de retour à l'emploi, revenu minimum d'activité, contrat d'avenir.*

Source : D'après données CNAF

Les prestations servies pour compte de tiers sont financées à hauteur de près de 60 % par l'Etat, de plus de 25 % par les départements[460] et de près de 15 % par la branche famille elle-même qui prend en charge environ 57 % des dépenses relatives à l'APL en raison du principe de l'« AL virtuelle »[461].

460. Les départements prennent en charge un peu moins de la moitié des dépenses relatives aux minimas sociaux.

461. Le montant d'allocation logement qu'aurait perçu le ménage en l'absence d'APL est pris en charge par la CNAF si le ménage peut prétendre à l'ALF et par les autres ressources du fonds national d'aide au logement (FNAL) en cas contraire. En raison de sa complexité et des retards dans l'adoption définitive des comptes qu'il occasionne, ce dispositif de financement mériterait d'être simplifié. Si l'on rapportait les prestations financées in fine par l'Etat et les départements aux prestations versées par la branche, le ratio serait non de 45 % mais de 38 %.

B – Une part majoritaire de l'activité en raison d'une gestion plus lourde que celle des prestations familiales

Fin 2010, près de 60 % des allocataires des CAF se voyaient verser au moins une prestation pour le compte de l'Etat ou des départements. Si ces prestations ne représentent que 45 % des montants de prestations directes, elles sont, en termes de charges de gestion, plus lourdes que les prestations familiales classiques.

Une méthode de pondération conçue par la CNAF fait ainsi apparaître que la charge de gestion du bénéficiaire d'un minimum social est 4,5 fois plus élevée que celle d'un allocataire de prestation familiale, celle d'un attributaire d'une prestation logement 1,8 fois.

La prise en compte du poids de la gestion des différents types d'allocataires

La branche famille a mis en place à partir de 1995 une méthode de prise en compte de la charge de gestion engendrée par les allocataires en fonction des prestations versées [462]. Chaque catégorie d'allocataires est affectée d'une pondération en fonction d'une référence (une personne percevant une prestation familiale en 1995). Cette méthode, mise en œuvre essentiellement pour permettre une plus juste allocation des ressources entre CAF, permet de passer du nombre d'allocataires réels à un nombre d'allocataires pondérés plus représentatif du poids en gestion des différentes prestations. Si un bénéficiaire perçoit plusieurs prestations, il ne figure qu'une fois, là où le poids de gestion est le plus lourd. Ainsi, si un allocataire bénéficie à la fois de l'AAH et d'une aide au logement, il apparaîtra seulement au titre de l'AAH.

462. Cette charge est mesurée par l'observatoire des charges et de la performance. Le débat sur l'évaluation des charges de gestion entre la CNAF et l'Etat a en effet conduit à la création en 1997 d'un observatoire national des charges de gestion. Cette structure associe les deux partenaires.

Poids moyen total normé (base 1995)

	1995	2000	2008
Minima sociaux	2,60	2,53	2,88
Logement	1,40	1,30	1,15
Famille	1,00	1,04	0,64

Note de lecture : la charge de gestion du bénéficiaire d'un minimum social en 2008 est 2,88 fois plus lourde que celle d'un allocataire de prestations familiales en 1995[463].

Source : D'après CNAF, étude « Poids de l'allocataire ».

Entre 2000 et 2008, des gains de productivité ont permis de réduire fortement (38 %) le coût de gestion des allocations familiales et, dans une moindre mesure (11 %) celui des allocations logement. En revanche, le coût de gestion des minima sociaux a augmenté de 14 %.

Les bénéficiaires de minima sociaux représentent 55 % du total des allocataires pondérés et les bénéficiaires d'une aide au logement 25 %, en prenant uniquement en compte l'APL et l'ALS. Les prestations servies pour compte de tiers représentent donc une part majoritaire de l'activité des CAF, même si les bénéficiaires d'un minima social peuvent également se voir verser des prestations familiales.

II - Une grande hétérogénéité de gestion

Au sein des prestations servies pour compte de tiers, doivent être distinguées d'une part les allocations logement qui relèvent largement de la responsabilité des CAF et l'AAH -gérée comme une prestation familiale sans aucune intervention de l'Etat au niveau local-, d'autre part le RSA, piloté par le département pour lequel la CAF joue un rôle de partenaire.

La diversité des pratiques caractérise la quasi-totalité des phases de gestion du dossier allocataire, diversité qu'explique l'environnement dans lequel évolue chaque caisse, mais aussi la culture de la branche fondée sur une grande autonomie des organismes.

463. Le mode de calcul du poids moyen normé a évolué entre 1995 et 2008, pour tirer les conséquences des évolutions du mode de gestion de chaque prestation, afin de rendre compte de la complexité croissante de certaines d'entre elles, notamment les minima sociaux.

A – De grandes différences entre caisses dans l'organisation et dans les résultats

1 – Des organisations du travail diverses

Le choix organisationnel retenu par les CAF vise à offrir aux allocataires un service global. De ce fait, les techniciens conseil, polyvalents en principe, traitent globalement des portefeuilles d'allocataires qui leur sont confiés. Les prestations servies pour compte de tiers ne sont donc pas généralement gérées différemment des prestations familiales. Cela ne signifie pas, en revanche, qu'elles soient gérées de façon uniforme d'une CAF à l'autre. Parmi les facteurs de disparité, compte notamment le fait que la polyvalence des techniciens conseil est très inégalement avérée.

Si certains organismes maintiennent en effet une polyvalence à la fois fonctionnelle (liquidation, accueil physique et téléphonique) et technique (gestion de l'ensemble des prestations) de leurs techniciens conseil, la polyvalence totale tend à se raréfier mais elle ne le fait pas partout au même degré.

Certaines CAF ont réussi à conserver jusqu'à présent une véritable polyvalence fonctionnelle -comme la CAF d'Arras dont les agents assurent chaque semaine des permanences à l'accueil et sur la plateforme téléphonique- mais l'éclatement géographique de certaines caisses ne facilite pas toujours une telle organisation. Par ailleurs, la situation tendue depuis 2009 a amené certains directeurs à affecter prioritairement les techniciens conseil à la liquidation des prestations en développant des plates-formes téléphoniques assurant une réponse de premier niveau et en fermant périodiquement certains accueils physiques, voire en faisant réaliser aux travailleurs sociaux de la branche des tâches telles que l'instruction du RSA.

La polyvalence technique est progressivement limitée par le développement d'offres de services spécialisées (réponse téléphonique dédiée au RSA en 2009, aux étudiants depuis 2010...), qui doit être mis en relation avec la complexité croissante des prestations rendant difficile la

connaissance par tous les techniciens conseil[464] du fonctionnement détaillé de l'ensemble des prestations. Il ressort ainsi d'une enquête réalisée en 2009 auprès des techniciens conseil d'une CAF que 89 % d'entre eux ne s'estimaient pas totalement autonomes en matière de traitement des droits des allocataires.

2 – Des indus concentrés largement sur ces prestations et au recouvrement très variable

Les variations qui interviennent dans la vie des familles (relatives à leur composition mais surtout à leurs ressources), le souhait d'épouser au plus près ces variations et la complexité des règles applicables sont à l'origine d'un grand nombre de prestations versées à tort (indus) qui affectent fortement les rapports avec les allocataires. Ainsi, le rapport annuel 2010 du médiateur de la République indique que les indus des CAF constituent un « réel problème de société » au même titre que le surendettement.

En 2010, la branche famille a détecté 2,1 Md€ d'indus, dont 1,5 Md€, soit plus des deux tiers, concernent les prestations servies pour compte de tiers. Comme le montre le tableau infra, les indus sont donc plus fréquents pour ces dernières que pour les prestations familiales (PF).

Le constat relatif au RSA doit être toutefois nuancé car si les indus sont plus fréquents, leur recouvrement, qui s'effectue le plus souvent par retenue sur prestations, est plus efficace. Il en résulte un taux d'indus en solde assez faible.

464. Les techniciens conseil sont généralement recrutés au niveau Bac + 2. Leur niveau de rémunération est le SMIC (sur 14 mois) au moment de l'embauche, 1 140 € net par mois après la réussite à l'examen Vademecaf (formation qualifiante de 18 mois alternant phases théoriques et phases pratiques au sein d'une unité de gestion de caisse), environ 1 200 € avec 5 à 10 ans d'expérience et 1 400 € par mois avec 28 points de compétence et 10 années d'expérience. Plusieurs responsables de CAF ont souligné que de nombreux techniciens conseil n'étaient plus capables d'expliquer les raisons des variations des prestations calculées par le système informatique CRISTAL et commettaient de nombreuses erreurs, ce qui est corroboré par le bilan 2010 de la maîtrise des risques de la branche famille.

Indus et recouvrement : les principaux indicateurs en 2010

En %

	PF	AAH	APL	ALS-ALT	RSA socle	RSA activité
Taux d'indus	1,7	2,1	3,8	5,2	6,8	13
Taux de recouvrement	63	60	66	60	83	91
Taux d'indus en solde	1,1	1,4	2,2	3,8	1,4	1,4

NB : taux d'indus : indus constatés rapportés aux prestations payées ; taux de recouvrement : rapport entre les indus recouvrés en 2010 et le cumul des indus constatés ; taux d'indus en solde : solde débiteur des comptes d'indus sur solde débiteur des prestations.

Source : D'après fiche synthétique sur les indus, exercice 2010, CNAF

Les résultats en terme d'indus, toutes prestations confondues, sont au demeurant assez variables selon les CAF. Malgré des réformes qui visaient à harmoniser les pratiques, le taux d'indus en solde (après recouvrement), qui est de 1,8 % au niveau national en 2009, dépasse 2,5 % dans le sud-est de la France et en région parisienne, tandis qu'il est inférieur à 1,3 % dans une vingtaine de caisses (et inférieur à 1 % à la CAF d'Arras). Un taux faible peut cependant refléter une politique de recouvrement volontariste, comme dans le cas de la CAF d'Arras, mais aussi résulter d'une politique de remise généreuse de la commission de recours amiable[465].

3 – Une mise en œuvre du RSA à l'origine pour partie d'une dégradation des performances des CAF

Les modalités de mise en œuvre de prestations pour compte de tiers peuvent avoir un impact significatif sur les performances des caisses et la qualité globale de la liquidation de l'ensemble des prestations servies compte tenu du principe de polyvalence adopté généralement dans leur organisation. Ainsi en 2009, année de mise en place du RSA, a été constatée une dégradation importante des indicateurs. Pour partie liée aussi à une répartition différente des pics d'activité[466] et à un fort accroissement des flux[467] dans le contexte de la crise économique, cette détérioration, variable selon les caisses -seules 40 % ont atteint en 2009

465. Cf. chapitre IX du RALFSS 2010 sur le fonctionnement des commissions de recours amiable dans les organismes de sécurité sociale qui souligne l'hétérogénéité des pratiques en matière de remises de dette.

466. Résultant du transfert automatique des ressources via les services fiscaux qui a fait passer la mise à jour des droits du 1er juillet au 1er janvier.

467. +14,8 % pour le nombre de visites en 2009, +10,9 % pour le nombre de pièces à traiter, +36,6 % pour le nombre d'appels téléphoniques destinés à un agent.

leurs objectifs de qualité de service-, trouve notamment son origine dans les délais contraints dans lesquels les CAF ont dû liquider cette nouvelle prestation.

Pour faire face à l'augmentation d'activité qui en a résulté, la CNAF a pris certaines mesures, dont la mise en place d'un atelier de régulation des charges venant en appui des caisses connaissant le plus de difficultés[468]. Les tensions semblent néanmoins durables dans certaines caisses.

Selon le bilan 2010 de la maîtrise des risques de la branche famille, le taux de rejet avant paiement a de fait augmenté par rapport à 2009. Il se situe à 11,7 % (contre 11,1 % en 2009) avec un minimum de 2,4 % et un maximum de 25,1 %. Le nombre de CAF ayant un taux de rejet inférieur à 5 % a diminué tandis que le nombre de CAF ayant un taux de rejet supérieur à 10 % a augmenté passant de 61 à 68. Par ailleurs, 10 000 dossiers d'aides au logement ont fait l'objet d'un contrôle spécifique[469], ces allocations faisant partie des prestations versées par les CAF pour lesquelles la maîtrise des risques semble la plus insuffisante. Le taux moyen d'anomalies s'élève à 26,5 % -le taux d'anomalies avec incidences financières s'élève à 7,4 % - avec de forts écarts entre CAF puisque les taux d'anomalies sont compris entre 0 % et 65 %.

Même si elle n'est pas la seule cause des difficultés rencontrées, l'évolution de prestations pour compte de tiers, en l'occurrence le passage du RMI et de l'API au RSA, a eu un impact en profondeur sur le bon fonctionnement de la chaîne de liquidation, pénalisant la productivité de la branche et pesant sur la liquidation de l'ensemble des prestations qu'elle sert en termes de délais comme de qualité globale. A cet égard, la diversité des modes de coopération avec les départements n'a pas toujours facilité la gestion du RSA par le réseau des CAF.

B – Le RSA : des partenariats à contours variables avec les départements

Outre l'hétérogénéité des pratiques, celle des contextes locaux a des conséquences importantes sur l'activité des CAF. En effet, en fonction de l'histoire de la caisse, de ses relations avec le conseil général

468. Cf. chapitre XVII du RALFSS 2011 sur les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte.

469. Les tests de reliquidation « toutes prestations » réalisés en 2010 montrent que les deux prestations financières dont les anomalies financières sont les plus significatives sont le RSA socle et l'ALS. Le RSA (socle plus activité) représente à lui seul 32 % des anomalies financières et le logement (ALS/ALF/APL) 36 %.

et du positionnement des acteurs locaux, les CAF sont très diversement impliquées dans le traitement du RSA. La loi l'instituant prévoyait de fait la possibilité d'une différenciation accrue du niveau de service[470] pour répondre aux attentes diverses des départements, diversité inhérente au principe de décentralisation.

Cette hétérogénéité rend particulièrement difficile l'évaluation de la charge de travail des organismes et a fortiori les comparaisons entre eux.

1 – La part prise par la branche famille dans la gestion du RSA

a) Des compétences élargies et une charge alourdie

Début 2005, 13 % des départements déclaraient qu'une partie des dossiers RMI était instruite par les CAF[471]. En effet, à l'occasion de la décentralisation du RMI en 2004, certaines caisses avaient vu leurs compétences élargies dans le cadre d'un partenariat avec le conseil général. Ainsi, la CAF de Marseille réalisait l'instruction du RMI depuis 2004 et l'orientation des bénéficiaires depuis 2008. L'instruction de la demande, l'ouverture du droit ainsi que la première orientation étaient réalisées au cours d'un même entretien avec un technicien conseil.

La loi généralisant le RSA s'est notamment inspirée de l'expérience marseillaise[472] pour ce qui concerne l'implication possible des CAF, ces dernières étant l'interlocuteur naturel de nombreux bénéficiaires. Cette loi fait des CAF et des caisses de la mutualité sociale agricole des instructeurs de droit du RSA, aux côtés des services des conseils généraux, alors que les centres communaux d'action sociale (CCAS), auparavant instructeurs de droit, peuvent décider de ne plus exercer cette compétence -ce que certains ont fait, l'instruction étant dorénavant effectuée à titre gratuit. Outre le lien plus fort entre les droits et les devoirs des bénéficiaires que crée un traitement global du dossier, l'instruction par la CAF permet une diminution des délais de signature du contrat d'insertion et une amélioration de la qualité de service.

470. Le traitement d'une demande de RSA comprend plusieurs phases : premier contact, instruction de la demande, recueil des données socioprofessionnelles et orientation des bénéficiaires. Selon les directives de la CNAF, les trois premières phases font partie des prestations de service de base assurées à titre gratuit tandis que l'orientation donne lieu à rétribution par le conseil général.

471. « Les modes d'organisation adoptés par les conseils généraux pour la gestion du RMI suite à la décentralisation », Etudes et résultats n° 432, octobre 2005.

472. Et de celle de l'Hérault, qui n'a pas fait l'objet d'un examen particulier de la part de la Cour, à la différence des Bouches-du-Rhône.

Une multiplication par 2,5 du nombre de bénéficiaires était initialement prévue[473], ce qui suscitait une certaine appréhension de la part des services instructeurs (CAF, CCAS ou services départementaux) qui craignaient de ne pas être en mesure de faire face à l'afflux de demandes. Dans les faits, l'afflux a été moindre qu'anticipé puisque le nombre de bénéficiaires du RSA activité s'est révélé largement inférieur aux prévisions[474], en dépit des politiques actives d'accès aux droits mises en place dans certaines caisses.

L'hétérogénéité des politiques d'accès au droit

Une politique active d'accès au droit peut influer sur le nombre de bénéficiaires. La recherche des allocataires potentiels fait d'ailleurs partie des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012.

L'exemple du passage de l'API au RSA majoré[475] illustre bien cette problématique. En effet, le nombre de foyers bénéficiaires du RSA socle majoré fin 2009 est sensiblement plus élevé que les effectifs API fin 2008 (+13 %). Selon la CNAF, « cette hausse s'explique par les différences réglementaires entre le RSA socle majoré et l'API. Elle résulte également de l'attribution automatique de la majoration isolement dès que le bénéficiaire est dans le dispositif RSA et qu'il remplit les conditions d'ouverture : avant juin 2009, les bénéficiaires du RMI devenant isolés devaient envoyer une demande d'API et certains n'effectuaient pas cette démarche »[476].

Or, cette moyenne de 13 % d'augmentation masque une grande hétérogénéité puisque le taux d'évolution est compris entre -1 % pour trois CAF et plus de 20 % pour seize CAF dont 31 % en Haute-Savoie, ces différences s'expliquant certainement en partie par des politiques plus ou moins volontaristes d'accès au droit[477]. Ainsi, la CAF de Marseille dont la progression du nombre de bénéficiaires de RSA majoré est inférieure à la moyenne nationale (+10 %) avait mis en place une requête mensuelle

473. Les simulations prévoyaient pour les plus basses 2,7 millions de foyers bénéficiaires dont 1,7 au titre du RSA activité seul.

474. Fin 2010 on dénombrait 1,8 millions de foyers bénéficiaires du RSA, dont 1,15 millions de foyers bénéficiaires du RSA socle seul, 446 000 foyers bénéficiaires du RSA activité seul et 198 000 foyers bénéficiaires du RSA socle et du RSA activité.

475. Le RSA « socle » fait suite à l'API et au RMI. Les personnes isolées assumant la charge d'enfants ainsi que les femmes isolées enceintes bénéficient d'une majoration limitée dans le temps appelée RSA « socle majoré ».

476. Cahier des données sociales 2009 de la CNAF.

477. En intégrant les évolutions liées au RSA activité, fin 2009, le nombre de bénéficiaires du RSA majoré était de 39 % supérieur au nombre de bénéficiaires de l'API fin 2008, mais l'augmentation, limitée à +19 % en Haute-Corse, atteignait 46 % à Paris, dépassait 60 % dans 11 départements et était comprise entre 76 et 107 % dans quatre départements.

identifiant les bénéficiaires RMI remplissant potentiellement les conditions pour bénéficier de l'API, à qui était envoyé un formulaire de demande d'API. On peut donc faire l'hypothèse que le taux de non recours à l'API était inférieur à la moyenne dans les Bouches-du-Rhône.

La charge générée par le RSA est néanmoins significative en raison d'un taux élevé de renouvellement des bénéficiaires[478]. De plus, le nombre de dossiers traités est supérieur aux droits ouverts puisqu'environ un tiers des demandes n'aboutissent pas. Ce pourcentage est encore plus élevé pour le RSA jeunes entré en vigueur en septembre 2010.

b) Une implication inégale des caisses

Le conseil général peut déléguer aux CAF l'exercice de tout ou partie des compétences du président du conseil général en matière de décisions individuelles. Il existe donc autant de configurations différentes qu'il y a de départements, les compétences pouvant être déléguées étant nombreuses[479]. A titre illustratif, avant 2009, l'évaluation des revenus professionnels des non salariés était déléguée aux CAF dans 28 % des départements et le versement du RMI à une association agréée dans 58 % des cas[480]. Une étude monographique auprès de quatre CAF sur la décentralisation du RMI, dont les constats semblent encore pouvoir s'appliquer au RSA en l'absence d'étude plus récente, indique que les CAF sont prudentes « vis-à-vis des délégations complexes et chronophages »[481].

Début 2010, 94 % des CAF de métropole affirment assurer l'instruction des dossiers de demande de RSA -6 % n'y participant donc pas. Parmi les premières, la part estimée d'instruction varie fortement : de 16 % à Blois, 18 % à Paris et 20 à 30 % à Arras, à 80 % à Mâcon et Melun et 90 % à Marseille. A Paris, la CAF assure uniquement l'instruction des demandes de RSA activité, alors qu'à Marseille, la CAF

478. Un foyer sur huit connaît un changement vis-à-vis du droit payable, sans compter les allocataires qui changent de composante RSA d'un trimestre à l'autre (dossier d'études n° 131, août 2010, DSER, CNAF).

479. On en compte plus d'une vingtaine pour ce qui concerne le seul RMI-RSA, mais les CAF peuvent également se voir déléguer par le conseil général la gestion du fonds de solidarité logement (FSL), la gestion financière de l'allocation personnalisée de retour à l'emploi (APRE), ainsi que le versement des aides versées aux employeurs dans le cadre des contrats aidés.

480. Etudes et résultats n° 432, « les modes d'organisation adoptés par les conseils généraux pour la gestion du RMI suite à la décentralisation », octobre 2005.

481. « La décentralisation du RMI : quels effets, quels enjeux pour les CAF », Recherches et prévision n° 88, juin 2007.

assure l'instruction de 90 % de toutes les demandes de RSA - sans distinction entre le RSA socle et le RSA activité - et, de plus, participe à l'orientation des bénéficiaires.

Parmi celles qui instruisent les dossiers RSA, près de 90 % partagent l'instruction avec d'autres partenaires. Mais « seules 40 % des CAF disent assurer le recueil des données socioprofessionnelles des bénéficiaires du RSA et à peine 10 % l'orientation vers les dispositifs d'accompagnement pour le compte du conseil général »[482].

Ces résultats assez mitigés en termes d'appropriation par les CAF de ces nouvelles compétences peuvent avoir plusieurs raisons :

- en premier lieu, les écarts peuvent résulter du contexte local dans lequel s'inscrit la caisse : instruction ou pas du RMI ; réalisation ou pas d'une campagne d'information sur le plan départemental ; désengagement ou pas des CCAS ; qualité de la relation avec le conseil général ; présence ou pas d'antennes CAF permettant l'accueil physique des bénéficiaires sur l'ensemble du territoire ;
- en second lieu, les conseils généraux satisfaits de l'organisation mise en œuvre dans le cadre du RMI ont pu préférer ne pas en changer, surtout lorsque les services du département assuraient l'instruction à titre principal. C'est le cas à Paris, où le département a souhaité conserver la totalité de l'instruction des demandes de RSA « socle », après une période où la CAF assurait également l'instruction de ces demandes ;
- en troisième lieu, lors des négociations des conventions entre CAF et conseils généraux au printemps 2009, certaines caisses pouvaient appréhender la montée en charge du RSA telle qu'elle était prévue et ne pas souhaiter assumer de nouvelles tâches. De plus, la rémunération de compétences déléguées par le conseil général sans possibilité de déroger au plafond d'emploi[483] présentait un intérêt limité pour certaines caisses. En effet, pour remplir ces nouvelles missions, ces dernières peuvent uniquement faire appel, le cas échéant, à des contrats à durée déterminée inférieurs à six mois, laps de temps insuffisant pour acquérir les compétences nécessaires au traitement de demandes complexes.

482. « Montée en charge du RSA. Bilan statistique après un an d'existence », dossiers d'étude n° 131, août 2010, DSER, CNAF.

483. Ce plafond d'emploi s'appliquant pour la première fois aux CAF dans le cadre de la COG 2009-2012 limite la liberté d'organisation dont bénéficiaient précédemment les caisses pour ce qui concerne les recrutements.

La CNAF souhaiterait pour sa part que les caisses assurent l'instruction du RSA (socle et activité) et l'orientation du bénéficiaire pour améliorer la qualité de service et l'efficience globale du dispositif. Dans ce contexte, il faudrait a minima que la part d'instruction réalisée par la CAF soit prise en compte dans l'allocation des moyens, sous peine de voir cet objectif très diversement pris en compte.

2 – Les relations financières avec les départements

a) La rémunération ad hoc des compétences déléguées

Au sein des six CAF plus particulièrement examinées par la Cour, les délégations de compétences sont très variables, de même que les modalités de rémunération. Certaines CAF ne facturent pas toutes les compétences déléguées pour maintenir de bonnes relations avec le conseil général. D'autres acceptent d'exercer gratuitement certaines compétences parce c'était déjà le cas pour le RMI. Le cadre suggéré par la convention-type de la CNAF, même s'il est utile comme référence, n'est appliqué dans aucune des six CAF examinées. A titre d'exemple, le versement du RSA à une association agréée ne donne pas lieu à rétribution dans les quatre CAF qui se sont vu déléguer cette compétence, contrairement à ce qui était préconisé. La CAF de Marseille exerce quant à elle de nombreuses délégations de compétences optionnelles et ne perçoit de rémunération à ce titre que pour les contrôles supplémentaires[484], à un tarif d'ailleurs inférieur à celui préconisé par l'observatoire des charges de gestion et de la performance (125 € au lieu de 140 €). Toutefois, globalement, elle a réussi à maintenir, en facturant d'autres services, un financement du conseil général d'environ 2 M€ par an, en raison de l'amélioration qu'elle apporte au service des allocataires, de l'efficience du dispositif et de l'importance des flux de bénéficiaires.

b) La question des indus et des pièces justificatives

La question des indus constitue un sujet de friction entre les CAF et certains conseils généraux depuis 2004. A la différence des principales prestations servies pour compte de tiers qui ne font pas l'objet d'un transfert à l'Etat, les créances d'indus de RSA, comme précédemment de

484. La politique volontariste du département des Bouches-du-Rhône en matière de contrôles (10 000 au lieu de 3 000) couplée à l'augmentation du budget dévolu à l'insertion a porté ses fruits puisqu'entre 2004 et 2008 le nombre de bénéficiaires du RMI est passé de 72 000 à 54 000, soit une diminution de 25 %, alors que dans le même temps au niveau national, le nombre d'allocataires est passé de 1,215 à 1,120 million, soit une diminution de 8 %.

RMI, sont transférées aux conseils généraux dans des conditions définies par convention, le plus souvent lorsqu'elles ne peuvent plus être recouvrées par retenue sur prestation depuis au moins trois mois. Les départements ont des difficultés à connaître le détail et surtout l'origine des indus qui leur sont transférés. Les motifs de ces derniers, s'ils sont renseignés dans l'applicatif CRISTAL de la CNAF, ne sont en effet pas exploitables par les départements, sauf s'il y a déjà eu un contentieux ou une demande de remise de dette, les motifs étant alors précisés.

Les justificatifs des dépenses, allocataire par allocataire, rendus obligatoires par la loi généralisant le RSA - à la suite d'un contentieux entre la CAF de Lyon et le département du Rhône qui avait refusé d'acquitter un acompte-, ont également été sources de tensions, les flux de données financières transmis par la CNAF aux départements -qui n'étaient dans un premier temps d'ailleurs pas lisibles par tous les conseils généraux pour des raisons d'incompatibilité des logiciels- ne correspondant pas aux données comptables.

Malgré ces difficultés -qui se sont en partie atténuées notamment grâce à une concertation entre l'Assemblée des départements de France et les principaux acteurs du dispositif au niveau national- le principe de neutralité financière est bien respecté, les acomptes étant souvent versés par les départements à une date proche de l'échéance de paiement. En 2009, selon l'ACOSS, les remboursements de dépenses RMI/RSA par les départements ne dégradent le résultat net de trésorerie que de 2 M€ (contre 6 M€ en 2008) sur un total de versements de 6,4 Md€.

Selon l'Assemblée des départements de France, une part importante de ces difficultés aurait sans doute pu être évitée si la mise en œuvre du RSA avait été pensée comme un projet global, déployé sans précipitation. En effet, le RSA s'avère une prestation significativement différente du RMI.

III - La nécessité d'une stratégie claire et d'un réel pilotage

Le constat d'une augmentation de la part prise par la gestion des prestations versées pour compte de tiers dans l'activité des CAF et l'hétérogénéité qui caractérise leur gestion rendent nécessaire la définition d'une stratégie claire et d'un pilotage fort.

De plus, si certaines prestations servies pour compte de tiers donnent lieu au versement de frais de gestion -forfaitaires, en pourcentage des montants versés ou d'un montant fixe par dossier traité- c'est plutôt

l'exception que la règle. Cette hétérogénéité est à l'évidence le fruit de l'histoire et du contexte prévalant lors de l'introduction de chaque prestation nouvelle.

Il apparaît nécessaire à cet égard que les relations entre la branche famille et l'Etat d'une part, les départements d'autre part soient plus clairement définies. Des progrès s'imposent dans la définition des mandats de gestion et ce cadre relationnel rénové doit s'accompagner d'une facturation systématique des frais de gestion fondée sur les coûts réels de manière à mettre plus fortement la branche famille sous tension de résultats en matière d'unification des pratiques de gestion, d'amélioration de la qualité de la liquidation et de maîtrise de ses coûts.

A – Clarifier les responsabilités des différents acteurs

1 – Mieux définir le cadre général de gestion des prestations pour compte de tiers

La gestion des prestations pour compte de tiers nécessite la définition d'un cadre général des mandats assumés par la branche famille et l'élaboration d'engagements contractuels précis en termes d'objectifs de qualité pour chaque prestation gérée par les CAF. Or, si le sujet des prestations servies pour compte de tiers est abordé dans la convention d'objectifs et de gestion (COG), il ne bénéficie pas d'une identification et d'une attention suffisantes. Il serait ainsi souhaitable qu'une annexe de la COG exprime les attentes spécifiques de l'Etat et des départements relativement à ces prestations et fixe un certain nombre d'objectifs généraux à l'exercice de ces mandats. Une telle doctrine aurait vocation à être systématiquement déclinée pour chaque prestation en fonction de ses particularités à travers la signature d'une convention de gestion ad hoc.

Actuellement, pour ce qui concerne l'Etat, ces conventions de gestion sont soit inexistantes, soit anciennes et insuffisamment détaillées. Ainsi, pour l'APL, conformément aux textes, une convention nationale a été conclue en 1977, mais elle n'a pas été modifiée depuis 1991 : cette convention fixe notamment les obligations de la CNAF et les conditions de versement de l'allocation. Alors que les textes prévoient pour le RSA, outre une convention financière nationale, la signature de deux conventions entre les départements et les CAF -une convention de gestion et une convention relative à l'orientation et à la mise en œuvre du droit à l'accompagnement-, il existe uniquement une convention financière nationale pour l'AAH et l'ALS. Ces différences de traitement sont difficilement justifiables.

Tout instrument permettant d'améliorer la gestion de prestations particulièrement complexes et à enjeux lourds devrait être examiné à l'occasion de leur discussion, comme par exemple des clauses de « bonus-malus » majorant ou minorant les frais de gestion en fonction du respect des objectifs fixés. En tout état de cause, le principe de tels frais doit être généralisé.

2 – Généraliser le principe d'acquittement de frais de gestion

a) Une absence de rationalité globale

La branche famille assure la liquidation et le versement de l'AAH, de l'API et du RMI devenu RSA « socle » sans perception de frais de gestion. Il en est de même pour le versement des « primes exceptionnelles ». C'est le fonds national de gestion administrative (FNGA) de la CNAF, alimenté par prélèvement sur les ressources propres de la branche, qui finance les dépenses supportées par les caisses à raison de la gestion de ces aides. S'agissant du RSA, les textes excluent même la possibilité de facturer des frais aux départements au titre de l'instruction et du service du RSA socle. Ainsi, la situation apparaît extrêmement hétérogène d'une prestation à l'autre comme le montre le tableau suivant.

Les frais de gestion : tableau de synthèse

Prestations	Financeur(s)	Qui supporte le coût des indus non recouvrés en 2010	Frais de gestion	Masse prestations 2010 en M€
APL	Etat/Famille	Etat	2 % du montant des prestations	6 868
ALS	Etat			4 914
ALT	Etat			108
AAH	Etat	Etat/CNAF (50 %/50 %)	NON	6 602
API				147
RSA socle	Départements	Départements, avec transfert des indus	NON pour l'instruction -gratuite-, OUI en cas de délégations particulières (cf. CAF de Marseille)	6 520
RSA activité et autres	Etat	Etat	98 M€ en 2009 au titre de la mise en place du RSA, 77 M€ en 2010 au titre du RSA et du RSA jeunes, 69 M€ en 2011 au titre du RSA, du RSA jeunes et du RSA DOM	1 290
Primes exceptionnelles	Etat	Etat	NON	357
Prime de retour à l'emploi (PRE)*	Etat	Etat	16 € par ouverture de droit	26
ALINE*			4 € par dossier	-

**Ces dispositifs ne sont plus en vigueur ou sont résiduels en 2011*

Source : D'après DSS et CNAF

Pour ce qui concerne le RSA activité, le fonds national de solidarité active (FNSA) financé par l'Etat prend en charge une partie des frais de gestion. Le versement de l'APL, de l'ALS et de l'ALT par les CAF donne lieu quant à lui au remboursement de frais de gestion à hauteur de 2 % du total des aides versées (initialement 6 %). Comme l'indique le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, « ces taux ne reposent sur aucune étude des coûts de gestion ».

A titre indicatif, si on appliquait un taux de frais de gestion de 2 % aux prestations versées pour compte de tiers pour lesquelles il n'y a pas de frais de gestion identifiés, le montant correspondant s'élèverait à près de 275 M€ dont un peu plus de la moitié relèverait de l'Etat et le reste à la charge des départements.

Selon la CNAF, « l'existence ou non de frais de gestion répond à des considérations qui varient selon le contexte de la réforme considérée. Cette question reste tributaire d'une négociation au terme de laquelle, in fine, la décision appartient à l'Etat ». Entrent notamment en ligne de compte l'importance du projet en cause pour le gouvernement et le délai souhaité de mise en œuvre.

Ainsi, s'agissant de l'AAH, comme l'a indiqué la Cour en 2001, « la CNAF avait engagé des discussions avec l'Etat, lorsque ce dernier a pris en charge le financement de cette mesure en 1983, en vue d'obtenir une compensation des frais de gestion, évalués à l'époque à 1,54 % du montant des prestations versées. Les deux partenaires ne sont pas parvenus à un accord sur cette question, l'Etat contestant notamment la méthode d'évaluation des charges »[485]. Depuis lors la situation n'a pas évoluée.

En revanche, en raison de délais de mise en œuvre particulièrement contraints, des frais de gestion ont été alloués à la branche famille pour le versement entre septembre 2006 et juin 2008 de l'allocation d'installation étudiante (ALINE). La CNAF avait estimé le coût de gestion par dossier à 7 € : 4 € lui ont été accordés.

A l'inverse, s'agissant du transfert aux CAF des compétences des commissions départementales des aides publiques au logement (CDAPL), qui a été estimé à 176 ETP par l'observatoire des charges, la CNAF a pu négocier des délais de mise en œuvre, mais pas de frais de gestion. De même, la mise en œuvre de la déclaration trimestrielle de ressources pour l'AAH, repoussée à plusieurs reprises et dont le champ d'application a progressivement été réduit aux allocataires travaillant en milieu ordinaire (7 % des bénéficiaires) n'a pas donné lieu au versement de frais de gestion (estimés à 2 M€).

Le cas du dispositif mis en œuvre à la suite des mouvements sociaux dans les DOM en 2009 (le RSTA qui doit être progressivement remplacé par le RSA) est en fort contraste. Seuls deux opérateurs (la CNAVTS et l'agence de services et de paiement -ASP) s'estimaient en mesure d'assurer la gestion du RSTA. Le taux de frais de gestion s'élève à plus de 6 % pour 2010.

b) Evaluer et facturer les frais de gestion « au réel »

La complexité croissante en gestion des prestations servies pour compte de tiers se reflète notamment dans la longueur des « suivis législatifs » mis à disposition des CAF [486] et dans les difficultés croissantes de compréhension à la fois des usagers et des techniciens conseil.

485. Rapport de la Cour sur la sécurité sociale, septembre 2010, p. 242.

486. 182 pages pour celui relatif au RSA, 112 pages pour celui relatif à l'AAH, 95 pages pour l'APL et 109 l'ALS et l'ALF, contre 25 pages pour les allocations familiales et 18 pages pour l'allocation de rentrée scolaire.

Dans ce contexte, les mandants doivent prendre pleinement en compte ce coût de la complexité, en intégrant les frais de gestion à celui des mesures, à défaut de prendre en considération les alertes de l'administration, qu'il s'agisse par exemple des difficultés de mise en œuvre de la trimestrialisation de l'AAH[487] ou du RSA jeunes[488].

En 2001, déjà, la Cour recommandait ainsi « d'adopter une politique homogène dans la prise en charge des frais effectivement supportés par les organismes de protection sociale à raison de la gestion des prestations de solidarité que l'Etat finance » et que la CNAF mette en place « une comptabilité analytique afin de permettre l'établissement d'une facturation aux coûts réels ». Elle précisait : « Indépendamment d'une comptabilité analytique, les éléments dont dispose la CNAF devraient permettre, ne serait-ce qu'à titre provisoire, que l'Etat lui verse une rémunération approchée du service qu'elle rend »[489].

L'inscription dans la loi du principe de la facturation obligatoire de frais de gestion sur la base du coût réel constaté, comme suggéré en 2003 par un rapport IGAS-IGF[490], semble désormais indispensable compte tenu de la part plus que majoritaire que représentent les prestations pour comptes de tiers dans l'activité des CAF. La situation actuelle qui fait prendre en charge la majeure partie de ces dépenses de gestion par la branche famille constitue un transfert de charges anormal et ne contribue pas à faire du suivi des frais de gestion un levier aussi efficace qu'il devrait l'être de l'amélioration de la connaissance des coûts et de leur réduction.

Le montant des frais de gestion, qui devrait être défini par voie de convention et réévalué régulièrement, pourrait dépendre du nombre de bénéficiaires (en prenant en compte le rythme de leur renouvellement),

487. La réforme de l'AAH, particulièrement complexe et s'appliquant finalement à un nombre réduit de bénéficiaires, pose la question du bilan coût-avantage entre la réactivité de l'allocation à la situation, la lisibilité du dispositif et son coût de gestion.

488. La lente montée en charge du RSA jeunes (7 000 bénéficiaires fin 2010), le coût du traitement de bulletins de salaires et de contrats de travail pour vérifier la condition d'activité au cours des trois dernières années, la complexité supplémentaire qu'il introduit (un couple avec un membre de moins de 25 ans a-t-il droit au RSA jeunes ou au RSA classique ?) et le nombre élevé de demandeurs qui n'ont pas obtenu d'ouverture de droit (plus de la moitié) conduisent à penser que le taux de gestion de cette prestation se révèlera particulièrement élevé.

489. RALFSS 2001, Chapitre VI - Les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, p.244.

490. Rapport IGAS-IGF sur les frais de gestion induits par les prestations croisées entre l'Etat et la sécurité sociale, février 2003.

et/ou du nombre de dossiers. En revanche, la facturation en pourcentage du montant des prestations devrait être écartée, en raison de l'absence de corrélation entre le montant des prestations et celui des coûts de gestion. Quel que soit le dispositif retenu, le montant du fonds national de gestion administrative de la CNAF serait réduit à due concurrence des frais de gestion perçus.

La fixation par la loi d'un principe obligatoire de tarification de frais de gestion au coût réel aurait le mérite au surplus de mettre la branche famille dans l'obligation d'accélérer la mise en place d'une comptabilité analytique encore au stade de l'expérimentation.

B – Assigner des objectifs plus contraignants à la branche famille

1 – Mettre en place une comptabilité analytique

Hormis quelques données partielles résultant d'études sur un échantillon de cinq CAF[491], les coûts de gestion des prestations servies pour compte de tiers ne sont pas connus. Seules des estimations sont possibles, dépendantes de nombreuses hypothèses. L'utilisation d'une méthode de calcul déjà employée par un rapport IGAS-IGF de 2006 sur la rationalisation des aides au logement donnerait par exemple en 2010 pour les allocations logement, qui représentent environ un tiers de l'activité des CAF, des coûts de gestion compris entre 2,7 % et 2,9 % du montant des aides[492], à rapprocher de frais de gestion actuels de 2 %.

Il est par conséquent difficile de mesurer les gains de productivité permis par la gestion conjointe des prestations familiales et des prestations servies pour compte de tiers. Cependant, ces gains existent, ne serait-ce que parce qu'une fois qu'un allocataire est connu de la CAF il n'est pas nécessaire de retraiter l'ensemble de ses informations personnelles. Selon l'observatoire des charges de la CNAF, le coût de gestion d'une ouverture de droit s'élèverait à 27,50 € pour le RSA si le bénéficiaire n'est pas connu de la CAF contre 19 € s'il est déjà connu : le gain serait donc de 30 %.

491. Selon une étude sur les résultats 2008 de cinq CAF de grande taille, le coût moyen de gestion d'une prestation logement s'élèverait à 88 €, le coût d'une prestation invalidité adulte (AAH) à 84 €, le coût de la famille de prestation « API » à 206 € et le coût de gestion du RMI à 171 €.

492. Il est précisé que ce calcul n'intègre pas certains coût indirects, notamment les investissements informatiques, les autres fonctions support et l'encadrement.

Pour permettre une amélioration de l'efficience de la gestion des prestations servies pour compte de tiers et la facturation systématique de frais de gestion, il est impératif désormais que le modèle de comptabilité analytique « ABC/M », testé par plusieurs caisses, soit déployé en 2012 sans nouveaux délais, pour être pleinement opérationnel en 2013[493].

2 – Améliorer la qualité de la liquidation

Si des efforts sont faits par la CNAF pour améliorer la maîtrise des risques (mise en œuvre de nouvelles cibles de contrôle, expérimentation de l'analyse multicritères[494]…), le bilan de la maîtrise des risques 2010 est préoccupant du fait de la proportion d'anomalies constatées dans certaines caisses[495]. Le plein déploiement en 2011 du nouveau cadre du contrôle interne de la branche constitue à cet égard un enjeu déterminant.

En tout état de cause, pour améliorer la qualité de la liquidation, il serait également nécessaire que les textes d'application paraissent suffisamment en amont de l'entrée en vigueur des dispositifs pour permettre, après l'intégration des règles dans le système informatique, une période de test suffisante pour éviter de trop nombreux dysfonctionnements[496]. Des délais minimum obligatoires pour l'entrée en

493. Le déploiement d'ABC/M se heurte à des difficultés pratiques, notamment liées à la récupération automatique des temps passés par les agents sur les activités, mais selon la CNAF, cette difficulté devrait pouvoir être surmontée fin 2011.

494. L'analyse multicritères, ou « datamining », consiste à modéliser des dossiers présentant des risques. Des requêtes appropriées permettent d'identifier les dossiers présentant des analogies avec les dossiers frauduleux ou les dossiers d'indus et d'affecter un score de risque à ces dossiers à des fins de contrôle.

495. Cf. rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2009.

496. L'enquête a révélé plusieurs cas où la CNAF n'a eu d'autre choix que de modifier le paramétrage de CRISTAL et de donner des instructions aux CAF avant la parution des textes. Ainsi, le projet de décret relatif au transfert des compétences exercées par les CDAPL aux organismes payeurs de l'APL n'est toujours pas paru deux ans après que la loi ait été votée. De plus, il prévoit que pour les demandes de remises de dette et les contestations de droit, l'organisme payeur doit recueillir l'avis de la commission de recours amiable, ce qui est contraire à la fois aux recommandations de la Cour de 2010 et aux instructions adressées par la CNAF aux caisses en juillet 2010 qui indiquaient qu'à compter du 1er janvier 2011 cette compétence serait dévolue au directeur de la CAF.

vigueur de règles modificatives devraient ainsi être précisément fixés dans la COG[497].

3 – Rapprocher les pratiques de gestion

La CNAF a mis en lumière dans une étude d'octobre 2010, une diversité des pratiques dans la quasi-totalité des phases de gestion du dossier des allocataires. Selon elle, « il demeure des interrogations tant le mécanisme de (la performance) est dépendant des contextes locaux et tant les interprétations se trouvent limitées par l'hétérogénéité des données caractérisant les charges, les moyens et les résultats ». Elle conclut : « Cette situation milite en faveur de l'ouverture de chantiers nationaux visant à unifier ces pratiques, la démarche engagée autour de la modélisation des processus ne pouvant que concourir à cette unification ».

Cette démarche apparaît d'autant plus urgente que la rationalisation du réseau doit faciliter une convergence des processus et des organisations indispensables si l'on veut en tirer le plein effet.

Pour ce qui concerne plus particulièrement le RSA, la liberté laissée aux CAF pour ce qui concerne la gestion et aux départements en matière de délégations conduit à une hétérogénéité telle qu'elle en devient contreproductive. Dans ces conditions s'il apparaît plus efficient que les CAF assurent la majeure partie de l'instruction du RSA, une annexe à la prochaine COG signée par la CNAF, l'Etat et l'Assemblée des départements de France pourrait fixer l'objectif d'une implication plus homogène des CAF dans le traitement du RSA, dans le respect du libre choix des départements.

CONCLUSION

La branche famille est devenue principalement un opérateur au service de l'Etat et des départements. En effet, les prestations servies pour leur compte représentent désormais la majeure partie de l'activité des CAF et près de la moitié des montants qu'elles versent. Gérées de manière indifférenciée, comme les prestations familiales, le point d'entrée étant l'allocataire, leurs coûts de gestion prestation par prestation ne sont pas connus, mais leur complexité les rend, toutes choses égales par ailleurs, plus lourdes en gestion que les prestations familiales stricto sensu. En témoignent en particulier la concentration des indus, à hauteur de près de 75 % de leur montant total, sur ces prestations.

497. L'article 19 de la COG vise déjà à « maîtriser les risques associés à l'implantation des nouvelles mesures en matière de prestations légales », mais cette disposition est inégalement respectée.

Les bénéficiaires de ces prestations pâtissent au demeurant de performances inégales des caisses sur le territoire, en matière notamment de délais de traitement et de qualité de la liquidation, qu'expliquent en partie les pratiques très hétérogènes constatées dans la gestion des prestations. Les bénéficiaires du RSA sont aussi confrontés à des organisations différentes en fonction de l'étendue des délégations des conseils généraux aux CAF.

Il est indispensable que la branche famille améliore -tout particulièrement quand elle agit sous mandat- la maîtrise des risques, la qualité de la liquidation et ses coûts de gestion et qu'elle réduise l'hétérogénéité injustifiée des pratiques. Les pouvoirs publics doivent à cet égard davantage prendre en compte dans leur production réglementaire les considérations relatives à la gestion des prestations car la complexité dégrade la qualité et démultiplie les indus.

Une efficience accrue de la gestion des prestations servies pour compte de tiers suppose un pilotage plus clair et plus resserré de la part des mandants. Elle gagnerait ainsi à faire l'objet d'une contractualisation systématique tant au niveau de la convention d'objectifs et de gestion pour formaliser un cadre général que par le biais de conventions de gestion spécifiques par prestation : seraient formalisés les engagements réciproques ainsi que le montant des frais de gestion.

La facturation systématique sur la base du coût réel de gestion des prestations servies pour compte de tiers est en effet indispensable, sauf à accepter plus longtemps un transfert anormal de charges de l'Etat et des départements vers la branche famille. Elle rendrait visibles les coûts d'une complexité croissante et constituerait un levier majeur d'optimisation de la gestion.

RECOMMANDATIONS

71. Inscrire dans la loi le principe de la facturation des frais de gestion fondé sur les coûts réels constatés pour les prestations servies pour compte de tiers par la branche famille.

72. Mettre en œuvre à cette fin dans les meilleurs délais une comptabilité analytique permettant de mesurer les coûts de gestion des prestations servies pour compte de tiers.

73. Systématiser la conclusion de conventions de gestion entre l'Etat et la CNAF -comme c'est déjà le cas entre CAF et départements pour le RSA- et prévoir qu'une annexe de la COG soit consacrée aux relations de la branche famille avec les tiers. Le renforcement de ce système conventionnel devrait notamment avoir pour objectif :

- *la mise en œuvre des actions nécessaires pour améliorer la qualité de la liquidation des prestations et renforcer la maîtrise des risques, notamment pour ce qui concerne les allocations logement ;*
- *la réduction des écarts injustifiés entre caisses dans la gestion des prestations et un suivi précis de l'origine des indus ;*
- *une meilleure homogénéisation de l'implication des CAF dans la gestion du RSA dans le cadre d'une réflexion conjointe entre la CNAF et l'Assemblée des départements de France ;*
- *la fixation de délais minimum obligatoires séparant la parution des textes créant ou modifiant des prestations servies pour compte de tiers et leur mise en œuvre par les CAF.*

Chapitre XV

La réorganisation de la Mutualité sociale agricole

PRESENTATION

Les deux régimes de mutualité sociale agricole (MSA) salariés et non salariés assurent la protection de 5,8 millions de personnes[498]*. Le réseau des caisses de MSA, avec ses 18 000 salariés, gère ainsi, l'ensemble des risques de sécurité sociale pour un montant de charges total de 31,6 Md€ en 2009 (dont 1,6 Md€ pour les charges de fonctionnement). Même si le nombre de bénéficiaires se réduit, du fait d'un déclin démographique ancien, la MSA est toujours le deuxième régime français en nombre de bénéficiaires de prestations (si l'on fait masse des exploitants agricoles et des salariés).*

Dans le RALFSS publié en septembre 2007[499]*, la Cour avait demandé que la MSA accélère la restructuration de son réseau afin notamment de dégager des économies de gestion et des gains de productivité. Elle avait également estimé nécessaire un renforcement des moyens juridiques et du rôle de sa caisse centrale (CCMSA). Elle avait aussi recommandé le transfert à cette dernière des ressources affectées au financement du régime des exploitants agricoles. Ces différentes pistes convergeaient, en ce sens qu'elles visaient à faire de la MSA un ensemble plus intégré et mieux coordonné, y compris pour son financement.*

Fin 2010, le processus juridique de rapprochement des caisses et d'affirmation de la tête de réseau s'est achevé, rendant possible une réorganisation fonctionnelle. Le fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) a été supprimé à fin 2008, permettant de simplifier le financement du régime des exploitants agricoles.

Le bilan de ces réformes auquel a procédé la Cour montre toutefois que ces évolutions ne sont pas parvenues à leur terme. Pour ce qui est de l'organisation territoriale du réseau, en premier lieu, les résultats ne sont pas encore tangibles, les actions menées étant restées incomplètes (I). S'agissant de la caisse centrale, ses compétences nouvelles ne sont pas encore suffisamment effectives (II), En ce qui concerne le financement de la protection sociale des exploitants agricoles, plusieurs questions restent à résoudre (III). Les évolutions encore nécessaires doivent dès lors être éclairées par une perspective stratégique plus précise (IV).

498. Nombre de ressortissants percevant au moins une prestation au régime agricole.
499. RALFSS 2007, « l'avenir du régime agricole », p. 370. Ce chapitre résumait une communication faite au Sénat en janvier 2007.

I - Une restructuration du réseau à parfaire

Alors même que les enjeux, notamment démographiques, imposent une réorganisation fonctionnelle, la restructuration réalisée est restée pour l'essentiel juridique.

A – Les enjeux démographiques et techniques

1 – Les évolutions démographiques

De son histoire mutualiste, la MSA avait hérité une tradition d'autonomie des caisses, confortée par une base de 2 000 administrateurs désignés par 27 000 délégués cantonaux, eux-mêmes élus par les adhérents. A partir des années 1990, cependant, il est apparu qu'un réseau de 84 caisses[500] n'était plus adapté à la complexité croissante de leur activité et à l'érosion du nombre de leurs adhérents, liée aux mutations de l'agriculture.

L'évolution démographique des deux régimes a conduit en effet à une diminution des effectifs gérés sur la période 2006-2010, de -9 % pour les bénéficiaires de prestations maladie et de -7 % pour les cotisants (les secteurs maladie et cotisations étant ceux qui mobilisent le plus de personnel). Cette baisse est davantage marquée pour les exploitants agricoles et leurs ayants droit que pour les salariés, qui représentent la moitié des assurés, mais une part croissante de ces derniers (30 % en 2010) est issue du secteur des organismes de services[501], dont le lien avec le monde agricole est moins direct.

Comme le montre le tableau qui suit, ces tendances sont appelées à perdurer (-7 % de bénéficiaires maladie et -6 % de cotisants entre 2010 et 2015, selon les prévisions de la CCMSA). Le maintien d'une taille critique dans des services chargés de gérer quatre branches et de recouvrer les cotisations implique donc des formes de regroupement, sous peine de voir se dégrader la productivité et la qualité de la production.

500. Auxquelles s'ajoutent les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les DOM qui gèrent trois branches du régime général et les deux régimes agricoles.
501. Qui comprend notamment la mutualité sociale agricole, le crédit agricole et les organismes professionnels (source : CCMSA).

Les assurés au régime agricole (2006-2015)

		2006	2010	*2006/10*	2015	*2010/15*
Salariés	Assurés cotisants - maladie	1 352 241	1 271 016	*-6%*	1 221 334	*-4%*
	Bénéficiaires - maladie et AT	1 938 164	1 840 074	*-5%*	1 784 267	*-3%*
	Titulaires de pensions vieillesse	2 391 828	2 520 486	*5%*	2 614 792	*4%*
Non salariés	Assurés cotisants - maladie	1 481 172	1 352 582	*-9%*	1 254 376	*-7%*
	Bénéficiaires - maladie et AT	1 909 126	1 680 083	*-12%*	1 485 980	*-12%*
	Titulaires de pensions vieillesse	1 851 799	1 719 558	*-7%*	1 478 556	*-14%*
Total[502]	Assurés cotisants - maladie	2 833 413	2 623 598	*-7%*	2 475 710	*-6%*
	Bénéficiaires - maladie et AT	3 847 290	3 520 157	*-9%*	3 270 247	*-7%*
	Titulaires de pensions vieillesse	4 243 627	4 240 044	*0%*	4 093 348	*-3%*

Source : CCMSA

2 – Des exigences de qualité accrues

Aux évolutions démographiques se sont en effet ajouté la complexité croissante des différentes législations et le renforcement des exigences des assurés et des tutelles, en termes de qualité des prestations et de sécurité des procédures. Dès lors, la spécialisation et le regroupement fonctionnel sont devenus indispensables pour améliorer et homogénéiser le service rendu aux usagers, répondre à des obligations nouvelles (suivi des engagements pris dans les conventions d'objectifs et de gestion, contrôle interne, contrôle de gestion…) et professionnaliser les fonctions support (GRH, communication, expertise juridique). En outre, la maîtrise des risques financiers est devenue un objectif en soi, avec l'entrée en vigueur en 2008 d'une obligation de certification des comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

502. Comme on l'a dit, le nombre total de bénéficiaires d'au moins une prestation est de 5,8 millions, certains assurés ne l'étant que pour une branche seulement (retraite en particulier).

B – Une restructuration juridique achevée mais d'un impact limité en termes de performance

1 – Une longue maturation

Après de premiers rapprochements volontaires dès le milieu des années 1990, le regroupement des caisses est devenu un objectif pour le réseau tout entier, à la fin des années 90. La MSA a fait ainsi du regroupement des caisses un point majeur de son plan stratégique 2001-2005, repris dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2001-2005. Mais ce plan a eu un succès limité. En 2005, 29 caisses restaient départementales, alors qu'avaient été créées 9 fédérations et 14 caisses pluri-départementales.

Après les élections professionnelles agricoles de 2005, l'assemblée générale a donc fixé un objectif plus volontariste de 35 caisses pour la fin de mandat, en 2010. Ce projet a été réaffirmé dans la COG 2006-2010 dont l'article 101 prévoit que pour « disposer d'un réseau dimensionné par rapport aux enjeux », « la MSA s'engage à poursuivre la restructuration du réseau par le regroupement de caisses ». Même si la carte définitive du réseau n'a été arrêtée qu'en 2007, cet objectif a été tenu, puisqu'au 1er avril 2010 la MSA comptait bien 35 caisses.

Tout au long du processus de fusion des caisses, le principe a été l'autonomie locale, l'intervention de la tutelle et surtout celle de la caisse centrale restant l'exception, par respect pour le caractère mutualiste de la MSA et pour permettre aux caisses de s'adapter aux contextes locaux.

Pour les organismes qui se sont montrés réticents à la fusion, la tête de réseau a toutefois su in fine imposer son choix dans la désignation des directeurs. Elle a été aidée en cela par l'adoption d'une disposition législative autorisant son conseil d'administration à se substituer à ceux des caisses locales, pour parachever les fusions (en application de l'article 102 de la LFSS pour 2008). Cette mesure a été utilisée à deux reprises, en Ardèche-Drôme-Loire et en Charente-Charente-Maritime. L'encadré qui suit témoigne des difficultés rencontrées dans l'un de ces cas.

Le cas de la fusion des caisses d'Ardèche, Drôme et Loire

La fusion entre les caisses d'Ardèche, Drôme et Loire est le résultat d'un processus long et complexe. A la suite de l'échec de tentatives de rapprochement à la fin des années 1990, la Loire et l'Ardèche ont été amenées à envisager un regroupement auquel leur géographie et leur paysage agricole ne les prédisposaient pas forcément. En 2006, la fédération Ardèche-Loire devint « employeur unique » et décida de spécialiser ses sites de production, ce qui fut réalisé dès le 1er janvier

2007. Par ailleurs, la carte du réseau dessinée cette année-là prévoyait le rattachement à cette entité de la caisse de la Drôme.

Dès 2007, aurait donc pu se créer la nouvelle caisse Ardèche-Drôme-Loire. Pourtant, la fusion n'a eu lieu qu'à la date limite fixée au niveau national, le 1er avril 2010. Il a fallu en réalité trois ans et l'intervention de la caisse centrale pour que les trois conseils d'administration, tous convaincus sur le principe du regroupement, puissent se mettre d'accord.

La difficulté a tenu tout d'abord à l'impossibilité de départager deux candidats à la présidence. La décision ayant été reportée, c'est sans président que la future caisse s'est engagée dans le choix d'un directeur, choix qu'elle n'a pas réussi à faire en dépit de l'assistance de la CCMSA.

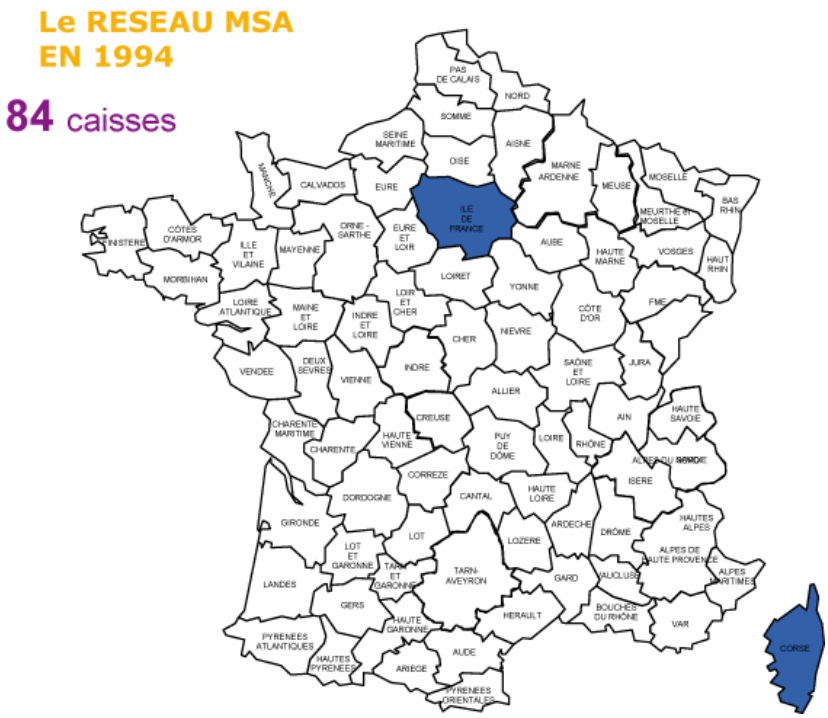
Prenant acte de cette situation d'impasse en décembre 2008, la commission mise en place par l'assemblée générale de la caisse centrale en vertu de l'article 102 de la LFSS pour 2008 s'est alors substituée aux trois conseils d'administration pour nommer le nouveau directeur général et l'équipe dirigeante.

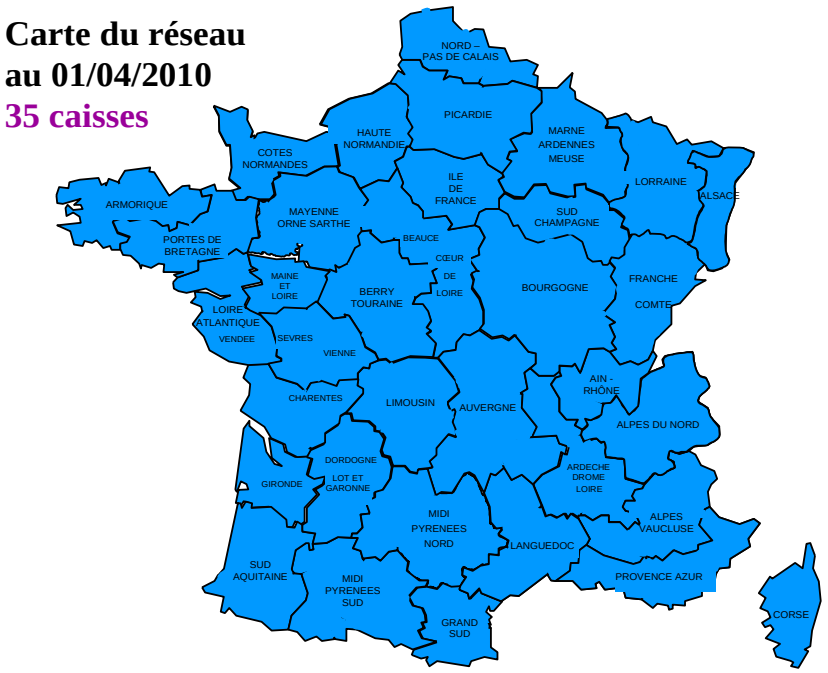
Les conseils d'administration de la Loire et de l'Ardèche ont signé en juin 2009 avec le directeur de la fédération Ardèche-Loire, qui n'avait pas été retenu pour être à la tête de la nouvelle entité, une rupture conventionnelle de son contrat de travail. La caisse centrale n'en a pas été informée. Cette opération a coûté 525 000 € toutes charges comprises, soit près du double que s'il s'était agi d'un licenciement réalisé conformément aux termes de la convention collective. En dépit de ces éléments, cet accord local a été validé par la tutelle.

2 – Les limites de la démarche

Le corollaire de l'option pragmatique choisie par la MSA et sa tutelle est la durée du processus de rapprochement des caisses, qui, commencé en 1995, se sera étendu sur plus quinze ans. Au demeurant, si les fusions juridiques sont désormais intervenues, la réforme des organisations internes des caisses ne sera pas complètement effective avant plusieurs années.

La carte du réseau qui a résulté de ce mouvement n'est pas toujours rationnelle, car elle témoigne souvent de liens anciens, qui n'obéissaient pas à des logiques administratives. Certaines caisses fusionnées avant 2001 sont ainsi à cheval sur plusieurs régions, ce qui a d'ailleurs empêché la constitution de caisses de MSA régionales sur la base des frontières administratives. Certains territoires sont dessinés de telle façon que les sites de production en départements sont très éloignés les uns des autres. Enfin, subsistent encore des caisses de MSA de petite taille dont la capacité à exercer l'ensemble de leurs missions n'est pas garantie à l'avenir.





Source : CCMSA (NB : Les caisses d'Ile-de-France et de Corse n'ont pas résulté de fusions et ont été dès l'origine constituées sous une forme régionale).

3 – Un impact limité sur les performances

Les indicateurs existants, malgré leurs imperfections, permettent toutefois de dresser un premier bilan du processus de restructuration qui en montre clairement les limites.

Au niveau global, on relève une amélioration visible en termes de coûts de gestion et d'effectifs, mais en proportion seulement de la baisse de la population agricole. En effet, le coût de gestion moyen des caisses a diminué de 6,7 % entre 2005 et 2009. Sur la même période, leurs effectifs ont diminué de 8,5 %, passant de 17 807 ETP à 16 262 ETP. Toutefois, ces résultats doivent être mis en perspective avec la diminution de la population des assurés, à savoir, de 2006 à 2010, 9 % pour les bénéficiaires de prestations maladie et 7 % pour les cotisants. Par ailleurs, les chiffres disponibles ne montrent pas de différence majeure entre les caisses déjà fusionnées et réorganisées sur la période et les autres.

Les résultats globaux en termes de qualité de service paraissent quant à eux assez limités. Certains des nombreux indicateurs de la COG 2006-2010 montrent que depuis 2002 les résultats, mesurés par la moyenne des caisses, ont stagné (délais de liquidation des dossiers retraite des salariés, de l'allocation personnalisée au logement et des feuilles de soins), ou se sont même dégradés (délais de liquidation des dossiers retraite des non salariés, taux de restes à recouvrer), même si une amélioration de la qualité de l'accueil téléphonique est perceptible.

Là encore, il n'a pas été possible d'établir de corrélation générale entre le niveau des indicateurs de la COG et l'ancienneté de la fusion ou le degré de spécialisation des sites. Dans certaines caisses qui ont revu radicalement leurs organigrammes, les indicateurs se sont néanmoins dégradés fortement durant trois à quatre ans, avant de remonter au dessus de la moyenne (ainsi en Lorraine ou Côtes normandes), ce qui semble indiquer que les effets sont réels, mais avec un décalage dans le temps lié aux adaptations.

C – Une restructuration fonctionnelle seulement amorcée

1 – Une réorganisation de la gestion encore largement à venir

Les regroupements juridiques datant de 2010 pour environ un tiers du réseau, leur traduction fonctionnelle est récente : les dernières fusions de bases informatiques entre caisses regroupées ont eu lieu en novembre 2010. Or l'enjeu véritable de ces rapprochements n'est pas juridique,

mais technique, car lié à l'amélioration de la qualité des procédures et de l'efficience.

Cet objectif de résultat implique des réorganisations des services. Nombre de caisses sont encore en phase de réflexion et ont simplement procédé à la nomination d'une équipe de direction unique. Selon les données de la CCMSA, fin 2010, 22 caisses étaient seulement « en cours de réorganisation » alors que 10 avaient déjà spécialisé leurs sites, complètement ou partiellement[503].

Pour ces dernières, le choix a été fait d'une spécialisation par type de prestation, complètement ou avec quelques aménagements, ce qui leur permet en principe de créer de l'expertise, de réaliser des économies d'échelle et ainsi d'obtenir une amélioration plus rapide de la productivité.

La difficulté de ces évolutions ne doit toutefois pas être sous-estimée. Pour les salariés, les regroupements se sont accompagnés d'un engagement, inscrit dans l'accord collectif du 15 décembre 2006 et d'ailleurs analogue à celui du régime général, de ne procéder à aucune mobilité géographique forcée, ni à aucun licenciement pour motif économique, les gains d'effectifs permis par la fusion devant être liés aux phénomènes naturels de rotation. Cet engagement contribue à expliquer qu'il n'y a pas eu dans le réseau de véritable mouvement social, mais il complique la réallocation des moyens en personnels entre services et donc entre les sites désormais spécialisés.

C'est donc une mobilité fonctionnelle et non géographique qui a été demandée aux salariés. Pour certains agents, en termes de métier, d'apprentissage des législations ou des outils, la restructuration a donc correspondu à ce qu'aurait été pour un technicien du régime général le passage d'une CAF à une CPAM, ou d'une URSSAF à une CARSAT. Dans certaines caisses ayant spécialisé leurs sites par législation, plus de la moitié des agents ont pu changer de service en quelques mois.

La redéfinition des tâches peut aussi se faire de manière transversale, avec par exemple la création d'un service spécialisé dans les données entrantes et la numérisation des documents, d'un service de contentieux commun, d'un service d'assistance juridique transversal…

La caisse centrale a mené plusieurs travaux et enquêtes dans le réseau sur l'organisation des caisses (avec par exemple un rapport de son observatoire des organisations sur la spécialisation des sites). Mais elle n'en a pas tiré d'enseignements sous forme de « meilleures pratiques » ou

503. Trois caisses sont implantées sur un seul site : Corse, Gironde et Maine-et-Loire, car elles n'ont pas été amenées à se regrouper.

de bilan critique des restructurations déjà réalisées. Or, même si les solutions ne peuvent être uniformes et dépendent en partie de la taille des caisses, certaines formes d'organisation peuvent se révéler indispensables à la sécurisation des processus. Paraît ainsi a priori préférable la concentration sur un seul site des services de l'agence comptable (hors vérifications des délégués de l'agent comptable), de même que la spécialisation d'agents sur la gestion des bases d'informations nationales, telles que celle qui gère les identifiants des assurés. En dépit de la reconnaissance générale de l'importance de ces choix organisationnels, ils n'ont pas été généralisés ni même clairement préconisés.

La dispersion de l'activité de « production » (liquidation des prestations) sur un nombre trop élevé de sites crée des contraintes difficilement acceptables à long terme, notamment pour les cadres et les agents de direction. C'est pourquoi un objectif de concentration au moins relative de la production devrait être fixé, quitte à l'atteindre graduellement, sans mobilité géographique imposée, par non remplacement de départs. Un tel mouvement paraît à l'œuvre dans les caisses les plus avancées en termes de regroupement, mais de manière tacite, certaines caisses s'étant laissé enfermer dans des engagements qui n'ont rapidement plus de fondement[504].

2 – La nécessité d'un appui de la CCMSA

La restructuration attendue sur le plan fonctionnel a été ralentie par les insuffisances des outils et méthodes, en particulier de liquidation des prestations, communs au réseau. L'absence de processus clairement définis et de structure en charge de leur respect -la caisse centrale ne comportant pas de véritable direction de maîtrise d'ouvrage métier, alliant compétences juridiques et opérationnelles- complique un certain nombre de projets. Aujourd'hui, chaque caisse réécrit ses procédures de travail à partir d'éléments épars. Ainsi, alors que la réussite d'une fusion se mesure largement à la capacité de la nouvelle entité à rendre à ses assurés un service de meilleure qualité et plus homogène sur l'ensemble du territoire, nombre de fusions ont eu lieu sans travail préalable d'harmonisation des procédures.

La situation est similaire d'un point de vue du contrôle interne, et donc de la maîtrise des risques financiers. Les comptes de la MSA ont fait l'objet pour la première fois pour l'exercice 2008 d'une procédure de certification par des cabinets de commissaires aux comptes. Or depuis 2009, ceux-ci ont considéré que le dispositif de contrôle interne n'était

504. Par exemple, l'engagement de garder l'équilibre initial strict en pourcentage entre les différents sites fusionnés en termes d'effectifs et d'activité.

« pas fondé sur une analyse et une évaluation préalable des risques » et que son efficacité ne pouvait pas être démontrée, montrant que les observations déjà critiques faites par les COREC en 2007 n'avaient pas encore été suffisamment prises en compte[505].

Sur ces deux points, la CCMSA a pris conscience récemment de la nécessité d'aboutir à des améliorations concrètes. La caisse centrale a engagé une rénovation complète du dispositif de contrôle interne, sur la base d'une analyse des risques financiers qui devrait être déployée à l'automne 2011. Elle s'interroge aussi sur la méthode la plus adaptée pour procéder à une révision complète de ses procédures de travail. Ces deux aspects sont repris par la nouvelle COG 2011-2015 et assignés comme objectifs à la CCMSA par ses tutelles. Toutefois, ces avancées indispensables sont encore à l'état de projet.

II - Une affirmation encore insuffisante de la caisse centrale

Les progrès attendus dépendent donc en partie du cadre mis à la disposition des caisses locales par la caisse centrale. Or, malgré plusieurs dispositions législatives intervenues pour élargir les compétences de la CCMSA, l'impulsion donnée reste insuffisante pour ce qui concerne l'évolution des missions transversales, la mutualisation de certaines tâches ou la définition d'une perspective stratégique.

A – De nouvelles compétences de tête de réseau

Les LFSS pour 2008, 2009 et 2010 ont donné à la CCMSA des compétences proches, dans l'ensemble, de celles d'une caisse nationale du régime général[506]. En vertu des articles L. 723-11 et suivants du code rural, la caisse centrale assure désormais l'application homogène des règles de droit, le financement de la gestion technique, le financement de la gestion administrative et le contrôle des budgets et des opérations immobilières des organismes, la combinaison et la validation des comptes des organismes de base, la définition des orientations de contrôle, la négociation de la COG avec la tutelle et sa déclinaison dans le réseau, la

505. Le RALFSS de 2008 rend compte de ces travaux menés dans le cadre des comités régionaux d'examen des comptes (pp. 149 et suivantes.).
506. Un point nouveau, pour la CCMSA, est que ces textes ont élargi la tutelle de la MSA à la DSS, en plus de la tutelle antérieure du ministère de l'agriculture.

définition de l'architecture du réseau (notamment des mutualisations) ou encore la coordination et l'harmonisation de l'action sanitaire et sociale.

Les différences qui persistent avec les caisses nationales du régime général sont limitées, notamment pour ce qui concerne la nomination des directeurs des caisses de base, désignés par leur conseil d'administration, et non, en codécision plus ou moins forte, par la tête de réseau. La COG 2011-2015 prévoit toutefois une évolution progressive des modalités de nomination des directeurs.

La caisse centrale a fait usage de ces prérogatives pour mettre en œuvre les axes stratégiques qui avaient été assignés au régime par la COG 2006-2010, d'abord pour l'achèvement de la restructuration du réseau, mais aussi pour l'amélioration des outils de pilotage, la connaissance et la maîtrise des coûts et la recherche d'une productivité accrue.

Elle a commencé à modifier son organigramme, en renforçant les aspects de pilotage organisationnel (budget, ressources humaines, systèmes d'information, contrôle interne, audit interne, achats, conseil en organisation…). Des outils sont créés progressivement. Des politiques nationales sont développées, sous forme de démarches dites « institutionnelles »[507], pour la gestion des effectifs mais aussi des programmes d'action sanitaire et sociale ou des plans de prévention en santé.

La CCMSA s'est dotée d'organes permanents de concertation avec le réseau. Un comité des directeurs, créé en avril 2009, rassemble l'ensemble des directeurs de caisses et donne ainsi plus de cohérence aux multiples groupes de travail spécialisés (dont certains préexistaient). La réduction du nombre de caisses, et donc de directeurs, donne une efficacité accrue à de telles méthodes.

B – Un appui insuffisant pour les missions transversales

Ces compétences élargies et cette organisation ont permis que soient engagées désormais des actions pour mieux armer les caisses dans leur « cœur de métier ». A été à juste titre retenu l'objectif de procédures homogènes de contrôle interne ou de liquidation des prestations, mais leur mise en œuvre est encore à venir, en particulier sur ce second point. Par ailleurs, le développement de missions d'appui transversales paraît encore

507. Les principaux gains en termes de coûts de gestion, hors charges de personnels, ont été liés à des changements impulsés au niveau national, ce qui explique qu'ils soient relativement homogènes d'une caisse à l'autre, même si toutes ne sont pas aussi avancées dans leur restructuration.

trop limité, comme le montrent les deux exemples des ressources humaines et de l'immobilier.

1 – La gestion des ressources humaines

Dans un contexte de non remplacement des départs (des objectifs de baisse d'effectifs à hauteur de 1 250 emplois en CDI sont affichés dans la nouvelle COG 2011-2015) et de professionnalisation d'un certain nombre de fonctions clefs, les problèmes de compétences se posent avec acuité dans les organismes de MSA. Or très peu de caisses encore, du fait de leurs habitudes de management, ont mis en place une démarche d'analyse de la productivité et de la qualité du travail individuelles des agents, bien que les outils informatiques le permettent de plus en plus.

Les caisses ont peu de marge de manœuvre pour inciter les agents à améliorer leur productivité, les évolutions automatiques représentant l'essentiel de la progression de la masse salariale. En outre, les marges d'action éventuelles sont peu utilisées : entre 2003 et 2009, 90 % des agents ont reçu des points dits « d'évolution », censés récompenser le mérite.

Dans ce contexte, les actions conduites au niveau de la caisse centrale paraissent d'assez faible ampleur. Certes, la fusion des caisses a conduit à supprimer certains usages locaux indus, en particulier pour ce qui concerne la durée du travail (sauf dans quatre organismes, dont la caisse centrale). D'autre part, un accord d'intéressement particulier aux agents de direction a été conclu, en 2006, contribuant utilement à diversifier les objectifs qui leur sont donnés et à récompenser leur réalisation. Toutefois, la gestion de leur carrière au niveau national reste limitée à la mise en place d'une « mission d'appui ».

Plus largement, la CCMSA ne s'est pas encore donnée les moyens, notamment en termes de système d'information, d'assurer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) nationale efficace. Des progrès sont prévus toutefois pour la prochaine COG.

2 – La gestion immobilière

Les baisses d'effectifs et les mouvements inévitables de concentration des activités vers le siège libèrent des espaces importants. Or les bâtiments des caisses de MSA nécessitent souvent des rénovations de fond, car construits dans les années 1970 avec des normes d'efficience énergétique faibles. Dès lors, la rationalisation du parc immobilier est un enjeu significatif. C'est également une mesure d'accompagnement nécessaire pour les projets d'organisation des caisses. Or chaque caisse

n'a pas les moyens, seule, de disposer des ressources nécessaires, en personnel notamment, pour mettre en œuvre une véritable politique immobilière.

Depuis la LFSS pour 2009, c'est la caisse centrale qui autorise les opérations immobilières des caisses locales, l'autorisation formelle des emprunts souscrits restant toutefois de la compétence de l'administration de tutelle[508]. C'est donc à juste titre que les orientations inscrites dans la COG pour 2011-2015 ont inclus la réalisation d'un schéma directeur immobilier, établi par la caisse centrale, qui doit se doter d'un véritable dispositif de pilotage de cette fonction.

C – Les mutualisations d'activités entre caisses

Malgré la réduction du nombre de caisses, le réseau reste confronté à l'existence d'effets de seuil pour des activités n'atteignant pas la masse critique dans nombre d'organismes (invalidité, accidents du travail, certaines prestations familiales).

En 2000, la MSA avait écarté l'idée de coopération inter-caisses ou de mutualisation d'activités, notamment au niveau national, au profit de restructurations impliquant une équipe de direction commune. Aujourd'hui cette double démarche, soutenue notamment par la DSS, revient comme une solution aux problèmes de coûts et d'effectifs, complémentaire des regroupements de caisses. Il s'agit de fait d'un enjeu majeur.

Des progrès avaient été enregistrés, au cours de la COG 2006-2010, en matière de mutualisation, mais pour des compétences délimitées : informatique, éditique, achats et marchés… Par ailleurs, six projets expérimentaux de coopération inter-caisses ont été définis à l'automne 2009. Si certains sont progressivement mis en œuvre, ils ne concernent que des questions relativement mineures, mobilisant des effectifs en nombre restreint et correspondant souvent d'ailleurs à des activités auparavant négligées : coordination internationale des retraites (mais dans la région la moins touchée de France par le phénomène), dossiers invalidité (mobilisant auparavant un à deux ETP par caisse), assistance en ligne aux internautes (réalisée par trois agents de la caisse d'Auvergne).

La mise en œuvre de projets plus ambitieux, comme des plates-formes de services régionales, se heurte à la définition des transferts de

508. En application de l'article D. 723-237 du code rural. Le transfert de cette compétence à la caisse centrale pourrait être d'ailleurs prévu.

compétences et de moyens humains et financiers, la caisse centrale ne s'étant pas encore donné la capacité de piloter le processus en imposant ses décisions à son réseau.

La COG 2011-2015 réaffirme l'objectif de mutualisation et coopération inter-caisses. Toutefois, les points d'application déjà identifiés restent peu nombreux et peu ambitieux, la définition de champs de coopération plus importants devant être précisée notamment à l'occasion du plan d'action stratégique (PAS) qui doit la décliner en particulier sur cet aspect.

Une grande prudence transparaît cependant dans la COG. Il est ainsi signalé, pour ce qui concerne la gestion de la branche AT-MP, « que seront étudiées les possibilités de mutualisation au niveau régional, interrégional ou national, des missions d'expertise et d'actions de technicité ou engageant de faibles volumes ». On mesure la prudence de cette orientation si l'on sait que l'opérateur mutualiste APRIA-RSA, qui gère plus de la moitié des assurés pour ce risque, a d'emblée constitué deux plates-formes nationales compétentes pour l'ensemble de cette gestion.

Sur différents points (plates-formes téléphoniques, gestion de l'invalidité…), les progrès paraissent renvoyés à la fin de la période conventionnelle. Or les « meilleures pratiques » dans les autres régimes, notamment au sein du régime général, montrent qu'il serait possible de viser rapidement un niveau plus ambitieux de coopération, par exemple pour la gestion des prestations payées à l'étranger[509]. Il est donc nécessaire que la caisse centrale établisse, dès que possible, un plan global de mutualisation d'activités au sein du réseau.

III - Une réforme du financement incomplète

L'affirmation des compétences de la caisse centrale s'est également traduite en matière de gestion financière. Pourtant, là encore, les évolutions intervenues n'ont pas été menées à leur terme.

509. Pour des raisons à la fois d'efficience et de sécurité des opérations (cf. RALFSS 2010 : le chapitre VIII sur la lutte contre la fraude aux prestations, p. 203 et le chapitre XVII sur les aspects internationaux de la sécurité sociale, p. 470).

A – Un rôle accru de la caisse centrale dans le financement du régime

Une double réforme a été réalisée avec la suppression du FFIPSA et la réduction des marges d'autonomie financière des caisses locales.

1 – La suppression du FFIPSA

Succédant à partir de 2005 au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA[510]), avec des missions identiques de financement du régime des exploitants agricoles, le fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) centralisait des ressources, mises à la disposition des caisses locales, par l'intermédiaire de la caisse centrale.

Dès septembre 2002[511], la Cour avait relevé que ce système était inutilement lourd et qu'il serait plus simple de transférer les ressources à la caisse centrale, notant « que le BAPSA (mais ensuite également le FFIPSA) n'est techniquement qu'un compte d'avances, et qu'il n'assure pas la réalité de la dépense ni du fonctionnement du régime de protection sociale des exploitants. Il a avant tout une fonction d'information. Or celle-ci est infiniment mieux remplie d'une part par les comptes publiés présentés par la MSA et d'autre part par les comptes sociaux établis par le ministère de l'agriculture pour la commission des comptes de l'agriculture […] ».

La suppression du FFIPSA, décidée par la loi de financement pour 2009 a donc permis le transfert direct des ressources affectées à la caisse centrale.

2 – Des marges progressivement réduites

Une deuxième réforme, concomitante de l'affirmation progressive des compétences de la caisse centrale, a consisté à réduire progressivement les marges financières que les caisses locales avaient à leur disposition, marges contradictoires avec la volonté d'harmoniser les politiques menées d'une caisse à l'autre et relativement coûteuses.

---

510. Dont les modalités de fonctionnement étaient contraires aux principes du droit budgétaire, ainsi que l'avait d'ailleurs à de multiples reprises fait observer la Cour.

511 . Réponse du premier président de la Cour des comptes, interrogé par la commission des affaires sociales du Sénat, sur « les modalités selon lesquelles peut-être envisagée la suppression du BAPSA et sur les solutions alternatives afin de continuer à assurer le financement de la protection sociale des non-salariés agricoles ».

La première liberté était de fixer le taux des cotisations complémentaires, qui financent la gestion administrative. Mais elle a été progressivement encadrée (par rapport à une moyenne, la marge a été de 20 % puis de 5 %), puis supprimée à partir de 2009. Le financement de la gestion administrative est désormais assuré par des dotations paramétrées versées par la caisse centrale.

Une autre marge d'action importante était la grande latitude donnée aux caisses locales pour moduler le niveau de l'action sanitaire et sociale, dont les charges étaient fongibles avec les charges de gestion administrative. De fait, les actions menées étaient très hétérogènes et la dernière COG (pour 2006-2010) comme la nouvelle (pour 2011-2015) ont justement fixé l'objectif d'une harmonisation entre caisses.

B – Une réforme incomplète

Cette double réforme est restée cependant en partie incomplète, aussi bien du point de vue de l'équilibre global des comptes du régime des exploitants agricoles que du point de vue des relations financières avec les caisses locales.

1 – Des ressources insuffisantes pour les exploitants agricoles.

La suppression du FFIPSA, si elle a permis de clarifier les circuits de financement, n'a pas permis de régler la question de l'adéquation des ressources et des charges[512]. Pour la branche maladie, depuis 2009, c'est le régime général qui doit prendre en charge l'insuffisance des ressources nouvelles affectées. Pour la branche retraite, c'est la caisse centrale qui supporte un déficit qui n'a pas été réduit, comme le montre le tableau joint.

512. Cf. sur ce sujet les développements dans le chapitre I du présent rapport.

Evolution des déficits de deux branches du régime

BRANCHES	2008	2009	2010
Maladie			
charges	*8 305*	*8 855*	*9 113*
produits	*6 774*	*8 817*	*9 083*
résultat	***-1 531***	***+ 38***	***- 223****
Retraite			
charges	*8 701*	*9 454*	*8 983*
produits	*7 521*	*8 271*	*7 767*
résultat	***-1 180***	***-1 183***	***- 1 216****

**provisoire. N.B. : les données pour les charges et produits ne correspondent pas exactement au même périmètre, pour le FFIPSA (2008) et la CCMSA (2009-2010)*
Source : FFIPSA (2008) et commission des comptes CCMSA (2009-2010)

Par ailleurs, même si les enjeux financiers ne sont pas de même nature et si cette anomalie n'est pas nouvelle[513], les cotisations dites « complémentaires » qui financent la gestion administrative sont fixées à des niveaux qui ne correspondent pas aux besoins : le régime des salariés sur-finance cette gestion pour un montant d'environ 150 M€, tandis qu'à l'inverse le régime des non-salariés la sous-finance par rapport à ce qu'il devrait. Certes, le total est équilibré, mais il ne devrait pas être possible à la CCMSA, gestionnaire de deux régimes distincts, de compenser ainsi les charges, elles aussi distinctes[514], de ces deux régimes. Il conviendrait donc que les taux des cotisations complémentaires de deux régimes soient ajustés pour correspondre aux charges réelles constatées, régime par régime.

2 – Mieux encadrer les marges financières résiduelles

Plusieurs marges d'autonomie subsistent dans la gestion financière, au niveau des caisses locales. Or, la question est aujourd'hui de rechercher les voies d'une optimisation de la gestion financière, sans pour autant priver les caisses locales des leviers d'action utiles. En ce sens, la COG pour 2011-2015 a prévu le passage, après expérimentation, à une

513. Le transfert à la CCMSA de la responsabilité de la gestion des branches techniques aurait pu être l'occasion d'une remise à plat des cotisations affectées à la gestion administrative.
514. Les données de la comptabilité analytique, certes pour une part fondées sur des clés forfaitaires, permettent de répartir de manière claire les charges entre les deux régimes.

centralisation quotidienne (et non plus hebdomadaire) de la trésorerie, qui minimise les encaisses locales. D'autres progrès sont souhaitables.

a) Mieux encadrer les conséquences du « principe de l'émission »

Le « principe de l'émission », toujours en vigueur, constitue pour les caisses locales à la fois une contrainte et une source d'initiative et d'autonomie. En vertu de ce principe[515], les recettes non recouvrées sont imputées en charges de gestion administrative (alors qu'il s'agit de moindres produits de la gestion technique qui devraient être traités comptablement selon les modalités propres à une comptabilité en droits constatés). En contrepartie, les caisses peuvent affecter à la gestion administrative le produit des majorations de retard et des pénalités (sur cotisations).

Les contraintes induites pour les caisses locales par cette règle constituent de fait un outil important, pour les inciter à maintenir une politique du recouvrement rigoureuse. Pour autant les résultats du recouvrement ont évolué défavorablement au cours des années récentes et les remises de pénalités et de majorations de retard sont restées importantes. Cette évolution décevante conduit à souhaiter une surveillance particulière de la caisse centrale et de la tutelle sur ce mécanisme automatique, le principe de l'émission ne pouvant servir de caution pour donner une marge excessive aux caisses.

Au-delà des actions d'ores et déjà prévues en ce sens pour la prochaine COG, il paraîtrait en particulier utile de mieux encadrer la possibilité d'accorder des remises, aujourd'hui compétence exclusive des commissions de recours amiable et qui devrait, comme c'est le cas pour les URSSAF[516], être de la compétence des directeurs de caisses en-deçà d'un seuil à définir.

Il conviendrait également de donner une expression juridique plus solide à ce principe de l'émission, en clarifiant sa portée au regard notamment des principes généraux résultant du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS).

515. Pour l'essentiel non écrit, même s'il est ancien et en tout cas antérieur à la généralisation de la comptabilité en droits constatés. Des instructions comptables puis, plus récemment, des circulaires ou les accords passés entre l'Etat et la CCMSA ont formalisé ce principe… ainsi que ses exceptions. La principale exception est que les créances considérées comme litigieuses (pour lesquelles une procédure de redressement judiciaire est engagée) donnent lieu à dotation pour provision qui peut alors être imputée en gestion technique.

516. Voir le RALFSS de 2010, chapitre IX – Le fonctionnement des CRA.

b) Réexaminer le statut des réserves financières

La constitution de réserves réglementées, plus ou moins importantes, est prévue par les textes réglementaires. Leur montant, variable selon les caisses, est en partie la résultante, des choix faits au fil des années, notamment en matière d'action sanitaire et sociale ou de cotisations de gestion. Le montant accumulé au passif du bilan des caisses, au titre de ces diverses réserves dépasse à fin 2010 1,5 Md€ (720 M€ pour les réserves d'immobilisations, 755 M€ pour les réserves générales et 89 M€ pour les réserves de solidarité).

Certes, une part de ce montant trouve à l'actif sa contrepartie, par exemple dans le poste de créances douteuses pour les raisons évoquées précédemment. Mais une contrepartie est également en valeurs mobilières de placement (866 M€ à fin 2009, pour le bilan consolidé de la MSA). Une solidarité désormais mieux établie entre les caisses devrait permettre de mutualiser et de centraliser une part de ces réserves, notamment pour les réserves d'immobilisation et de solidarité. Il paraîtrait également logique que la gestion des disponibilités correspondantes soit centralisée au niveau national.

IV - Une réflexion stratégique à préciser

Au total, les évolutions déjà accomplies sont importantes, mais encore inabouties, qu'il s'agisse de la restructuration du réseau, de l'affirmation des compétences de la caisse centrale ou de l'évolution des modalités de financement des caisses locales. En réalité, la nécessité d'une impulsion nouvelle apparaît, à la lumière d'une perspective stratégique, à moyen ou long terme, qu'il appartient à la caisse centrale, mais aussi aux tutelles, de préciser.

La diversité des missions de la MSA est particulièrement marquée. Elle est en effet chargée, pour les salariés comme pour les non salariés, de la gestion de l'ensemble des branches prestataires, assurant ainsi des missions similaires à celle des branches du régime général et de ses organismes conventionnés. Pour le recouvrement des cotisations, ses missions sont même plus étendues, puisqu'elles englobent le calcul des cotisations dues et ceci pour le compte de nombreux tiers. En outre, elle assure la gestion d'un service de médecine du travail ou de la retraite complémentaire obligatoire pour les non salariés, fonctions que les autres régimes de base n'exercent pas.

L'exercice de ces missions, dans leur étendue, entraînera nécessairement des évolutions du réseau, pour concilier spécialisation et

accueil polyvalent. En effet, le maintien d'un réseau dense d'accueil, relativement coûteux, pose question, alors même que se profile la poursuite à moyen et long terme de la décroissance des effectifs gérés. Dès lors, les gains potentiels attendus des orientations engagées risquent de ne pas être suffisants. Deux axes notamment devraient donc être explicités et précisés.

1 – Les missions pour compte de tiers

La MSA exerce déjà des missions relativement importantes pour le compte de tiers, dont la possibilité est prévue par le code rural (article L. 723-7 II), ce qui lui permet de mieux répartir ses coûts fixes : recouvrement des cotisations Unedic, gestion de prestations d'assurance complémentaire (notamment pour Groupama)… La caisse centrale a d'ailleurs engagé un effort positif pour harmoniser ces prestations, dans le cadre de conventions nationales[517].

Au niveau local, comme au niveau national, se pose cependant la question d'un encadrement de ces missions et de leur périmètre optimal. Ainsi, certaines caisses de base ont voulu trouver une solution à la question des sureffectifs ou des effets de seuil dans la vente de services à des partenaires extérieurs (pour les activités des médecins du travail ou des assistantes sociales par exemple). Plus fréquemment, en matière d'action sanitaire et sociale, les caisses locales ont développé des services, notamment pour les personnes âgées. Elles sont désormais incitées plutôt à rendre autonomes les associations ou entreprises créées à cet effet.

Au niveau national, la CCMSA a, quant à elle, souhaité offrir des services, notamment informatiques, à d'autres caisses gestionnaires. Elle a ainsi noué des partenariats avec la caisse de retraite et de prévoyance du personnel de la SNCF et avec la caisse de coordination aux assurances sociales de la RATP pour l'utilisation de son applicatif de liquidation Agora. Toutefois, ceci a conduit à privilégier des développements extérieurs au détriment des nécessaires projets de refonte des outils informatiques du réseau.

Au niveau local, comme au niveau national, l'exercice de ces missions pour le compte de tiers devrait faire ainsi l'objet d'une analyse générale permettant de fixer des critères plus sélectifs.

517. Une convention nationale se substitue ainsi aux conventions locales antérieures avec l'UNEDIC, à compter de 2011.

2 – Les pistes de rapprochement avec le régime général

Les opportunités de coopération et de mise en commun des moyens avec les autres régimes, et en particulier le régime général, ont été relativement peu saisies. Des exemples de projets menés en collaboration étroite existent, comme la mise en place du site « Pajemploi », mais ils restent rares.

Or les avantages de cette coopération dans un certain nombre de domaines seraient nombreux. Il pourrait s'agir notamment des questions de carrière des personnels et de mobilité des agents en particulier des agents de direction entre les différents réseaux de sécurité sociale. C'est également le cas de la formation, la MSA possédant sa propre organisation, parallèle à celle des services de formation régionaux du régime général.

L'utilisation et le partage de locaux comme points d'accueil dans les zones rurales pourraient aussi constituer un axe de travail en commun. En effet, les caisses de MSA fusionnées ont repensé leur politique d'accueil et investi dans des locaux nouveaux qu'elles n'utilisent pas en permanence, puisqu'elles ont développé l'accueil sur rendez-vous et des moyens de mise en relation alternatifs. De leur côté, toutes les branches du régime général n'ont pas vocation à disposer de locaux d'accueil permanents dans des zones rurales peu peuplées, alors que leur présence ponctuelle pourrait améliorer le service rendu à leurs assurés.

La Cour relève également que la gestion des prestations familiales est désormais assurée par les CAF pour la presque totalité des assurés. Certes, le service des prestations familiales est présenté par la CCMSA comme une conséquence du principe du « guichet unique ». Mais le RSI, qui ne gère pourtant pas cette branche, met lui aussi en avant sa capacité à offrir à ses assurés un « guichet unique ». De fait, la gestion de prestations familiales multiples et complexes pourrait être assurée dans des conditions d'efficience et de sécurité améliorées si leur gestion était transférée aux CAF. Les coûts de gestion de cette branche représentaient en effet en 2009 2,9 % pour le régime général, mais 4,7 % pour les deux régimes agricoles.

De telles perspectives doivent être examinées rapidement, afin de disposer, de solutions adaptées à la poursuite qui s'impose des efforts de réduction des coûts et des effectifs. Pourrait de même être étudiée une

perspective de synergie accrue entre les gestions des CMSA et de l'opérateur mutualiste privé, APRIA-RSA[518].

La question des règles de rattachement des salariés à la MSA ne pourra pas non plus être éludée. Peu limpides, ces règles entraînent actuellement des changements de régime en fonction des modifications de la nature juridique de l'employeur. Issues de l'histoire, elles incluent en outre dans le périmètre du régime des salariés dont la profession est éloignée des métiers agricoles. Outre les conséquences sur la gestion, ceci multiplie le nombre de polypensionnés, dont les pensions de retraite sont plus faibles que celle des personnes ayant toujours cotisé au même régime.

CONCLUSION

La COG pour les années 2011-2015 vise explicitement à tirer le bénéfice des regroupements juridiques de caisse, celui-ci étant encore assez réduit. Le cadrage budgétaire et en emplois retenu impose cet effort. Les documents qui doivent préciser la COG, plan d'action stratégique au niveau national, contrats pluriannuels d'objectif et de gestion conclus entre la caisse centrale et les caisses locales, devront donc identifier les gains attendus des réorganisations fonctionnelles au sein des nouvelles caisses. Ils devront également préciser les fonctions qui gagnent à être gérées de manière mutualisée au plan national ou mises en commun entre plusieurs caisses.

Dans la mesure où la réduction des effectifs assurés devrait se poursuivre, le bilan à mi-parcours prévu pour 2013 devra être l'occasion d'engager, sous forme d'un avenant à la COG, les évolutions structurelles indispensables, conduisant notamment à intensifier les rapprochements ciblés avec le régime général et sans doute à transférer aux CAF la gestion de la branche famille (pour les salariés comme pour les exploitants).

518. Communication de la Cour à la commission des affaires sociales du Sénat, « La protection sociale agricole », janvier 2007, p. 28.

RECOMMANDATIONS

74. Expertiser d'ici 2013 le transfert aux CAF de la gestion de la branche famille des deux régimes salariés et non salariés.

75. Evaluer l'impact d'un éventuel réaménagement des règles de rattachement des salariés à la MSA, de façon à régler notamment le problème d'équité lié aux droits des polypensionnés (orientation).

76. Définir au niveau national dès le plan d'action stratégique les missions qui doivent être exercées à une échelle inter-caisses ou nationale et en tirer les conséquences sur les contrats pluriannuels d'objectif et de gestion.

77. Développer les actions de coopération avec le régime général, en particulier pour la formation des personnels.

78. Donner compétence aux directeurs de caisse pour remettre les pénalités et majorations de retard, en-deçà d'un seuil à définir.

79. Ajuster les taux des cotisations complémentaires de gestion pour qu'elles financent les charges exactes de gestion de chacun des régimes (salariés et non salariés).

80. Réexaminer le statut des réserves financières des caisses locales et en centraliser la gestion.

81. Définir les critères sélectifs permettant d'encadrer l'exercice des missions pour le compte de tiers.

Chapitre XVI

Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général

PRESENTATION

En 2002, la Cour avait examiné la gestion immobilière des organismes de sécurité sociale et plus particulièrement le fonctionnement des unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS), qui sont des groupements d'organismes locaux du régime général pour assumer des missions communes, essentiellement dans le domaine immobilier. Au terme de ses investigations, elle émettait trois recommandations :

- veiller à une gestion active des surfaces occupées par agent, en particulier en cas de réduction des effectifs ;

- faire en sorte que toutes les caisses puissent avoir accès à une expertise immobilière, en veillant à ce qu'il n'y ait pas de redondance des moyens entre l'UCANSS (union des caisses nationales de sécurité sociale) et les caisses ;

- dissoudre les UIOSS du régime général lorsqu'elles ne présentent qu'un intérêt limité.

Neuf ans après, la Cour a consacré une nouvelle enquête à la gestion immobilière du régime général et plus particulièrement à son pilotage, dans le contexte de la mise en œuvre, depuis cinq ans, de la nouvelle politique immobilière de l'Etat qui doit s'appliquer également, sous des formes adaptées, dans les organismes de sécurité sociale. Il en ressort que les ressources nombreuses mobilisées pour cette gestion ne sont pas utilisées de manière optimale, que la gestion de cet important parc immobilier reste insuffisamment active et que les difficultés de fonctionnement des UIOSS s'aggravent.

I - Un parc immobilier important mal géré

A – Un effort seulement récent de connaissance globale du patrimoine

1 – Un recensement complet qui ne date que de juin 2009

Pendant longtemps le patrimoine n'était pas bien connu. Ce n'est qu'en 1997 qu'une première enquête a été réalisée par l'UCANSS mais celle-ci ne portait que sur une faible partie du parc : elle ne concernait que les sièges de quelques 350 caisses locales (sur un total de 400). En 2008 a été réalisé un recensement non exhaustif des UIOSS et il a fallu attendre 2009 pour un premier inventaire généralisé interbranches et interrégimes.

Selon ces données, le seul régime général utilise 5 400 bâtiments[519] pour une superficie de 6,3 millions de m². Les deux parcs les plus importants sont ceux des branches maladie (3,7 millions de m²[520]) et famille (1,5 million de m²) alors que ceux des branches vieillesse et recouvrement ne représentent que 0,6 et 0,5 million de m². Le régime général est propriétaire de 88 % des surfaces qu'il occupe, même si ces dernières ne correspondent qu'à 39 % des sites utilisés.

Ce parc a été constitué essentiellement dans les années 1960 et 70 dans un contexte de forte indépendance des caisses locales, sans grande coordination et sous un contrôle technique trop élémentaire, sous l'impulsion de la diversification des prestations, de l'augmentation de la population couverte et avant que les moyens informatiques ne permettent d'importants gains de productivité.

Il en est résulté un parc hétérogène et d'une qualité qui se révèle avec le recul de quelques décennies, assez sommaire. De plus ces constructions conçues avant les chocs pétroliers se caractérisent pour la plupart d'entre elles par un bilan énergétique très mauvais.

Enfin, le patrimoine vieillit très vite : 75 % des surfaces ont plus de 25 ans et la CNAMTS souligne que 57 % des immeubles en propriété, soit 1,4 million de m², ont plus de 30 ans.

2 – Une connaissance du patrimoine à parfaire

En 2010, la connaissance du patrimoine utilisé par le régime général reste incomplète, alors même que la mise en place d'une véritable politique immobilière doit a minima être fondée sur une connaissance fine et actualisée en permanence de ses caractéristiques.

La Cour a constaté de fait que d'indispensables progrès restaient à faire afin :

519. Le parc immobilier utilisé par la MSA est de 511 000 m² et celui du RSI de 275 000 m² portant la surface totale à plus de 7 millions de m² et le nombre d'immeubles à plus de 6 350.
En comparaison, le parc immobilier de l'Etat représente environ 62 millions de m² dont près de 12 millions de m² de bureaux, les patrimoines les plus importants en la matière étant ceux des ministères du budget, de l'intérieur et de la défense avec respectivement 2,5, 2,2 et 1,9 millions de m².
520. Dont 1,1 million de m² pour les unions de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM), toutes rattachées à la CNAMTS, qui regroupent les établissements à caractère sanitaire ou médico-social créés au fil du temps par les branches maladie et vieillesse.

- de disposer d'un recensement véritablement exhaustif. Une rubrique du recensement intitulé « autres » regroupe ainsi près de 30 000 m² de surfaces qui restent à répertorier. Par ailleurs, des écarts résultent de la prise en compte ou non des locaux mis à disposition gratuitement par des collectivités locales pour servir de lieux d'accueils ponctuels pour tenir des permanences : le nombre de ces sites occupés à titre gracieux par le régime général est d'environ 2 100 sur un total de 5 400 sites, soit presque 39 % des sites occupés, mais ils ne représentent qu'un très faible pourcentage des surfaces (1,4 %) ;
- de connaître précisément les surfaces des bâtiments qui sont actuellement mesurées seulement en termes de surface hors œuvre nette (SHON) et non de surface utile nette (SUN) comme demandé par la tutelle en cohérence avec la nouvelle politique immobilière de l'Etat et la norme d'occupation qu'elle prévoit de 12 m² par agent.

La définition des surfaces immobilières

Deux définitions de surfaces sont généralement utilisées : la surface hors œuvre nette (SHON) et la surface utile nette (SUN) :

- la SHON est la somme des surfaces de planchers de chaque niveau de la construction de laquelle on retire diverses surfaces (notamment les vides et escaliers, sous-sols et combles non aménageables, aires de stationnement). Elle correspond donc à la surface globale dont dispose un service ;

- la SUN s'obtient en déduisant de la SHON les couloirs, les locaux sociaux, les sanitaires, la quote-part des parties communes, les éléments structuraux et les circulations verticales. Elle correspond donc à la surface que l'on peut attribuer aux bureaux des différents agents d'un service.

Le passage effectif de la SHON à la SUN pose en effet la question de la référence à utiliser. Jusqu'à présent les seules estimations faites ont utilisé un coefficient théorique de 0,57[521]. A l'occasion de l'enquête sur les UIOSS, il leur a été demandé de calculer la SUN ; si 14 des 44 unions interrogées ont eu recours à ce coefficient de 0,57, les 30 autres, après recalcul, affichent un coefficient qui varie de 0,35 à 0,85. De ce fait, le coefficient de 0,57 ne peut être appliqué sans risque à l'ensemble du patrimoine existant des organismes car il entraîne des marges d'erreurs considérables. Force est toutefois de constater que les caisses nationales ne se sont engagées dans un premier temps à faire procéder à des mesures réelles que pour l'ensemble des sièges des organismes de base, en propriété ou en location, pour février 2012 (branches famille et

521. Ce coefficient traduit la réalité d'un immeuble à l'architecture optimisée où la surface utile brute (SUB) est égale à 85 % de la SHON et la SUN à 67 % de la SUB.

recouvrement). Ce calendrier s'étalera jusqu'en 2014 pour les branches maladies et retraite s'agissant de leurs autres implantations ;

- d'avoir une connaissance actualisée de la valeur vénale des immeubles quand ils sont détenus en propriété[522]. Cela permet à la fois d'apprécier l'opportunité d'engager de lourds travaux de réhabilitation ou de se préoccuper de la bonne utilisation des surfaces inemployées. Ainsi la connaissance insuffisante de ces réalités a favorisé, jusqu'à présent, un sous-investissement en entretien et réhabilitation qui se traduit aujourd'hui par un état très moyen du parc existant, par des décisions d'investissement dont la rationalité laisse parfois à désirer, par des coûts de réalisation très hétérogènes et par des délais de réalisation particulièrement longs de huit ans en moyenne, mais pouvant atteindre 12 à 14 ans ;
- de localiser tous les agents dans un immeuble précis, ce qui seul permet, surtout en période de restructuration, de calculer des ratios de surface par agent et de coût d'investissement par poste de travail plutôt que par m². Cette approche en termes de ratio surface par agent apparaît au demeurant mal adaptée à l'organisation spécifique des locaux consacrés à l'accueil du public et devrait faire l'objet d'une réflexion particulière en liaison avec France Domaine à partir d'expériences comparables telles que les préfectures ou Pôle Emploi. Seule la branche maladie a commencé à distinguer ces lieux d'accueils mais de façon partielle.

B – Une gestion trop longtemps incoordonnée

1 – Une implication inégale des caisses nationales

Les moyens affectés à la gestion de l'immobilier ne sont pas négligeables. Ils représentent en effet, toutes branches confondues, environ 650 agents en ETP. Cette estimation qui n'était pas disponible n'a pu être établie qu'avec difficulté par les caisses nationales à l'occasion de l'enquête de la Cour.

522. Une première estimation devrait être disponible en juin 2012 pour les bureaux et accueils.

Estimations des personnels affectés à la gestion immobilière[523]

Branches : effectifs en ETP en 2010	Niveau national	Niveau interrégional	Niveau local	Total
CNAMTS	11	32	160	**203**
CNAVTS	1		125	**126**
CNAF	3,5	8	55	**66,5**
ACOSS			9,5	**9,5**
UIOSS			228	**228**
UCANSS	20			**20**
TOTAL	**35,5**	**40**	**577, 5**	**653**

Source : tableau Cour, estimations des caisses nationales

A ces moyens en personnel doit être ajouté un montant annuel moyen d'investissements immobiliers au cours de la dernière convention d'objectifs et de gestion (COG) achevée, d'environ 265 M€[524], au total, en terme d'autorisation de programme.

Pour autant, malgré l'importance de ces moyens, l'implication des caisses nationales apparaît variable.

La CNAMTS a profité de son effet de taille pour réaliser progressivement à partir de 1997 un répertoire analytique de son patrimoine appelé « Rapsodie » et intégrant divers modules sur le vieillissement du parc (Logis), les besoins d'investissement (PGI) et les schémas directeurs immobiliers locaux (SDIL). Le déploiement de Rapsodie a commencé en 2003 et ce logiciel a ensuite été proposé aux UIOSS et aux autres branches à compter de 2008. Pour se faire, la CNAMTS a développé un important réseau fondé notamment sur des pôles régionaux (PRECI) et la présence de professionnels dans les caisses locales.

La CNAF, pour sa part, après avoir adopté un document de « stratégie immobilière » en juillet 2000, a conduit avec un prestataire

523. Ces premiers effectifs renseignés par les caisses nationales ou issus de l'enquête sur les UIOSS résultent de méthodes de décompte différentes, emplois directs pour les uns et effectifs en provenance de la comptabilité analytique pour d'autres. Ils restent à ce stade indicatifs et constituent un nombre minimal.

524. Le montant retenu pour la branche maladie est de 328 M€ sur la dernière COG achevée soit 109 M€ en moyenne par an. Pour la branche famille, le montant total du budget d'investissement est de 302 M€ soit 101 M€ en moyenne par an, celui de la branche recouvrement s'élève à 95 M€ sur la dernière COG achevée soit 32 M€ en moyenne par an et enfin celui de la branche retraite avoisine les 70 M€ soit un montant moyen annuel de 23 M€.

extérieur un recensement physique de ses implantations en 2003-2004. Elle a également fait réaliser un recensement qualitatif attribuant à chaque immeuble un « carnet de santé » et permettant d'établir un plan de maintenance sur 15 ans. Un logiciel, Pégas, a été acquis pour assurer la pérennité et l'exploitation de l'information. Comme la CNAMTS, elle a aussi redéveloppé un pôle central, un réseau avec des pôles régionaux mutualisés (PRM) et des professionnels au niveau de la gestion des caisses locales.

La branche recouvrement a pris beaucoup de retard et s'est largement appuyée sur les deux branches maladie et famille avec lesquelles elle partage, au sein d'UIOSS, un nombre important de ses sièges d'URSSAF. La connaissance de son patrimoine immobilier par l'ACOSS n'a commencé à être effective qu'à partir de 2008 avec la mise à disposition du logiciel Rapsodie.

Enfin, la branche vieillesse s'est pratiquement reposée sur les compétences de la branche maladie avec laquelle elle a toujours cohabité, d'abord au sein des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), qui sont devenues des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) le 1er avril 2010. Elle a donc confié la gestion de ses problèmes immobiliers à la CNAMTS mais elle a constitué un réseau interne pour la gestion des biens détenus en propre : le siège de Paris et la caisse d'Ile-de-France, les établissements d'Alsace-Moselle ainsi que les points d'accueil et agences.

Au niveau local enfin, les organismes n'ont pas toujours menés leurs projets immobiliers dans les meilleures conditions de délais et de coûts, comme l'illustrent les trois exemples ci-dessous.

CPAM de Charente Maritime (La Rochelle- Rochefort)[525]

La CPAM de Charente Maritime compte trois sites principaux (La Rochelle, Rochefort et Saintes). Malgré la proximité des deux premiers (37 km.), leur existence, originellement, se justifiait du fait de difficultés de communication aujourd'hui résolues. Construit en 1976 en méconnaissance des règles de l'art, le bâtiment rochefortais a connu rapidement des désordres tels que la CPAM a perçu en 1988 une indemnisation de 5,4 MF qui a servi à financer des travaux de première urgence. Un projet de réhabilitation instruit dès cette époque a été abandonné en 2008 en raison de l'inclinaison croissante du bâtiment, dont on craignait qu'à terme il ne s'effondre. La caisse a quitté le site, mais elle reste propriétaire de cette ruine devenue invendable, le terrain d'assiette ayant été déclaré inconstructible suite aux mesures prises après la tempête Xynthia.

525. La situation de la CPAM de la Rochelle a été étudiée dans le cadre d'un contrôle du réseau d'alerte.

Il aurait été possible de tirer parti de cet événement pour fusionner les sites de Rochefort et de La Rochelle, ce qui n'a pas été fait. La caisse a choisi, dans l'urgence, de prendre en location sur vingt ans un ancien bâtiment militaire. Ce choix s'est révélé malencontreux : trop grand, mal isolé, pourvu d'un système de chauffage déficient qu'il a fallu compléter, cet édifice a un coût de fonctionnement excessif, mais la sortie de cette location serait difficile compte tenu des faibles qualités du bien offert et des clauses du bail.

URSSAF de Vannes

En 2000, l'URSSAF décide de se séparer du bâtiment qu'elle occupe avec le service médical de la CPAM et en 2002, choisit son futur terrain d'implantation en zone périurbaine. Avant même le concours d'architecte, près d'un an et demi ont été nécessaires pour préciser les règles d'implantation s'appliquant au futur bâtiment afin de concilier le certificat d'urbanisme initial et les règles du futur plan local d'urbanisme. Le projet lauréat du concours posera ensuite des problèmes d'adaptation par rapport au programme fonctionnel. Au total, bien que le terrain ait été acquis en décembre 2003, l'entrée dans les locaux n'a eu lieu qu'en juin 2011. Le montant de l'opération (hors achat du terrain), non encore actualisé, s'élève à 6,8 M€, soit un montant par agent de 50 000 €.

URSSAF d'Albi

Dès 1997, l'URSSAF d'Albi a souhaité quitter l'UIOSS qu'elle partageait avec la CAF. Lancé début 2003, ce dossier immobilier s'est conclu avec une entrée dans les locaux en juin 2009. Le montant définitif de l'opération s'est élevé à près de 5,8 M€ (hors achat du terrain), ce qui représente un coût par agent de plus de 70 000 €. A titre de comparaison, une opération similaire menée, à la même période à l'URSSAF de Rodez, a représenté un coût par agent (hors foncier) de 38 000 €.

2 – Une implication récente de la tutelle

Malgré l'inscription régulière dans les dernières COG d'objectifs relatifs au patrimoine, ce n'est qu'en février 2009 que par une lettre commune, les directeurs du budget et de la sécurité sociale ont estimé nécessaire la réalisation par le régime général, comme aussi par la MSA et le RSI, d'un « recensement général, rapide et normalisé » afin d'aboutir à une « optimisation du patrimoine immobilier qui constitue […] un axe important de la performance des caisses de sécurité sociale ».

Un pas important a été alors franchi : malgré l'autonomie affirmée des branches et des caisses en matière patrimoniale, est imposé pour la première fois, un recensement unifié, sur la base « d'un outil commun de suivi analytique du patrimoine » dont la réalisation est confiée à l'UCANSS, à charge pour cette dernière, après consultation des conseils d'administration sur leurs orientations, d'élaborer « un document stratégique sur la gestion et la valorisation du patrimoine ». Sous le

couvert d'un recensement, c'est bien l'acte de naissance discret d'une véritable politique immobilière.

La tutelle a par ailleurs obtenu que le logiciel Rapsodie, outil développé en interne par la CNAMTS, soit utilisé pour les systèmes d'information de toutes les branches, ce qui a conduit la CNAF à abandonner Pégas et ses applications après signature en septembre 2010 d'une convention avec la CNAMTS. Le développement de Rapsodie au sein de la branche famille devrait être opérationnel courant 2011.

Enfin, une circulaire du 12 avril 2010 a précisé, en cohérence avec la nouvelle politique immobilière de l'Etat[526], les axes suivants pour la gestion immobilière des caisses :

- la révision des conditions d'arbitrage entre la pleine propriété et la location ;
- la définition d'une méthodologie d'arbitrage entre acquisition et location, sachant que toutes les branches ont toujours favorisé la pleine propriété qui est de très loin le mode prédominant (87,6 % des surfaces dans le régime général) ;
- l'intégration des conclusions du Grenelle de l'environnement ainsi que le respect d'ici 2015 de l'objectif de 12 m² de SUN par agent ;
- le développement de la mutualisation entre branches et régimes, notamment dans le domaine de l'accueil.

3 – Le délicat positionnement de l'UCANSS

En l'absence de ressources humaines suffisantes, l'administration a cependant choisi de s'appuyer fortement sur l'UCANSS et, en l'occurrence, sur sa direction de l'expertise immobilière (DEI) dont les moyens sont également limités (20 personnes). Dès 2006, la Cour avait souligné que la charge de l'UCANSS « représentait un nombre d'opérations qui ne pourrait être traité dans sa totalité avec l'effectif actuel de la DEI de l'UCANSS ». Compte tenu du nombre d'affaires dont elle a la charge et de ses moyens limités, l'examen des dossiers par l'UCANSS souffre de fait d'une certaine superficialité qui ne peut pas sécuriser totalement les caisses.

526. Dans le cadre de la RGPP, l'Etat suit avec attention la mise en œuvre de la nouvelle politique immobilière. Il a souligné que si la sécurité sociale n'était pas juridiquement « un opérateur de l'Etat », il importait néanmoins que « la sécurité sociale qui représente un service public absolument fondamental, avec des moyens de gestion immobilière non négligeables ne reste pas à l'écart de cette réflexion. »

Or, l'UCANSS, structure fédérative d'assistance à maîtrise d'ouvrage et d'expertise technique, est sans autorité sur les organismes dont les conseils locaux et de branches souhaitent conserver leur pouvoir de gestionnaire de leur patrimoine.

En dépit du soutien affiché de la tutelle, cet organisme a de fait des difficultés pour se faire accepter et reconnaître alors même que les enjeux sont particulièrement importants. Il importerait ainsi de mettre en place au sein de l'UCANSS et, avec les autres branches et régimes, une véritable gouvernance collective du système d'information Rapsodie. Dans ce cadre, l'UCANSS devrait pouvoir jouer un rôle d'assistance à la maîtrise d'ouvrage et son positionnement doit être affirmé.

Mais le délai mis et les difficultés rencontrées pour la négociation d'une convention entre l'UCANSS et les caisses nationales illustrent le mauvais vouloir de ces dernières à accepter un positionnement plus affirmé pour l'UCANSS. Cette convention a pour objectifs de préciser sur le plan administratif le rôle de l'UCANSS par rapport aux caisses nationales et de clarifier sa mission dans l'examen des projets des caisses afin de circonscrire ses responsabilités et de se prémunir contre d'éventuelles critiques[527].

Dans un souci de consensus, l'UCANSS a accepté un dispositif déterminant sa compétence en fonction de seuils variables selon les branches (150 000€ pour l'ACOSS mais 750 000€ pour la CNAMTS) et en tenant compte des capacités techniques différentes de celles-ci.

Pour autant, les caisses nationales ont différé longuement leur signature. La convention n'a finalement été signée par l'ACOSS, la CNAVTS et la CNAF qu'au premier semestre 2010, au moment où la CNAMTS, pour sa part, lançait, de manière unilatérale et sans en informer l'UCANSS, un audit sur « l'apport de l'expertise de l'UCANSS à la politique de gestion immobilière de la branche maladie ».

II - Une gestion peu active des surfaces occupées

Les évolutions à la baisse de certains effectifs et une forte informatisation des réseaux ont conduit à libérer de nombreuses surfaces de bureaux.

527. En s'imposant un calendrier rigoureux à toutes les étapes, de façon contractuelle, l'UCANSS cherche à s'exonérer des reproches récurrents qui la rendaient responsable des retards et de la longueur des procédures immobilières.

L'évolution des effectifs a surtout été significative dans la branche maladie[528]. Le résultat combiné de la réduction du nombre de salariés et de la concentration des services dans des centres de production, sans fermeture pour autant des bâtiments partiellement libérés, s'est traduit par une augmentation depuis 2005 de la SHON/agent. Elle a ainsi crû de 27,72 m² à 29,58 m² en 2009 sous la double évolution des surfaces et des effectifs, ceux-ci se réduisant plus vite que les surfaces. En retenant une référence d'environ 22 m² SHON par agent, les surfaces sous-occupées représenteraient de l'ordre de 630 000 m², soit près d'un quart de la surface totale des bureaux de la branche. La mise en place d'une caisse départementale unique depuis 2010 dans la branche maladie, en renforçant à terme le nombre de locaux inutilisés dans les 48 CPAM concernées, va accentuer ce phénomène. Cette sous-occupation est cependant à mettre en regard avec un patrimoine très éclaté et où les surfaces d'accueil sont importantes.

Au cours des dernières années, la CNAMTS a cédé 100 000 m² pour un montant de 114 M€ et résilié de nombreuses locations. Elle projette sur la durée de la COG 2010-2013, la vente de 200 000 m² et la résiliation de 116 baux pour une surface totale de 44 800 m². Mais ces ventes ne suffiront pas à résorber la surface libérée dès la fin de 2010.

La restructuration de la branche retraite depuis une décennie a conduit notamment à un transfert important d'environ 3 600 agents (soit environ le quart de la totalité des effectifs de la branche) des sièges vers des agences retraite assurant accueil et liquidation des dossiers. Il en résulterait une nouvelle libération de surfaces qui pourrait aller en principe jusqu'à 79 000 m² de SHON[529] dans les sièges.

Le même phénomène vaut pour la branche famille avec une disponibilité en surfaces estimée entre 13 000 m² et 22 000 m².

S'agissant du recouvrement, la situation est complexe, car c'est la branche qui était la plus impliquée dans les UIOSS et c'est dans l'évolution de celles-ci que l'on mesure le mieux ses difficultés d'adaptation (cf. infra).

Afin de rendre son exploitation intéressante par les têtes de réseau, l'inventaire devra être accompagné d'une répartition des effectifs par sites permettant ainsi de mieux connaître l'état d'occupation des bâtiments et limiter les effets de mitage des sites.

528. Cf. chapitre XIII du présent rapport sur la productivité des organismes de sécurité sociale du régime général p. 375.

529. Sur la base d'une SHON de 22 m² pour les 3 600 agents concernés.

Cette rationalisation est toutefois rendue délicate par les dispositions conventionnelles très restrictives en matière de mobilité géographique du personnel.

III - Le questionnement sur les unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS)

Les UIOSS sont un instrument qui a vieilli. Elles ont été créées entre 1958 et 1980 et ont conduit à la construction de plus d'un demi million de m², hébergeant près de 22 000 agents, soit environ 15 % des effectifs du régime général. Cette concentration s'est également traduite par la réalisation de neuf immeubles de grande hauteur (IGH), soit environ 20 % du parc des UIOSS.

Cette recherche d'économies liées à la taille n'a cependant guère été efficace en termes de gestion comme l'illustre la trop grande dispersion de la SUN par agent entre les UIOSS. La SUN varie entre 9 m² et 24 m² par agent pour une surface utile moyenne de 13,5m² par agent.

Au terme de l'enquête spécifique qu'elle a conduite sur 41 UIOSS et trois copropriétés, la Cour constate les grandes difficultés actuelles de ces organismes qui résultent notamment de la longue et difficile planification des travaux et de leur financement, liée principalement au décalage calendaire des COG des différentes branches. Malgré les efforts de coordination trimestrielle entre les quatre caisses nationales (auxquels l'UCANSS ne participe pas), l'harmonisation des projets et leur financement sont des facteurs de prolongation des délais considérables. S'agissant dans certains cas d'immeubles de grande hauteur, la Cour déplore des opérations qui se sont étalées sur 12 à 14 ans (Vannes, Clermont-Ferrand, Mulhouse) entraînant l'occupation d'immeubles qui font l'objet de réserves graves en matière de sécurité en tant qu'établissements recevant du public. Certains de ces délais ont des conséquences financières élevées qu'il s'agisse de constructions neuves ou de réhabilitations lourdes. Le coût par agent varie ainsi dans des proportions beaucoup trop importantes : de moins de 40 000€ (URSSAF de Rodez, Melun, UIOSS de Mulhouse et de Saint-Etienne) jusqu'à 84 000€ à l'URSSAF d'Albi[530].

Certaines « décohabitations » (qui correspondent à des départs d'organismes d'UIOSS sans pour autant entraîner sa dissolution) ont été

530. Des coûts importants de l'ordre de 70 000€ ont aussi été constatés à la CAF de Saint-Brieuc, de Digne et dans les URSSAF de Saint-Brieuc et de Digne.

particulièrement délicates et maladroitement instruites (Mulhouse) voire réalisées (Digne les Bains, Albi, Vannes…).

Les UIOSS connaissent souvent, par ailleurs, une vie communautaire difficile. Le nombre de départs récents (quatre URSSAF et une CPAM) ou annoncés (trois CAF, trois URSSAF et une CPAM d'ici 2012) constituent des indices de ce mécontentement comme aussi celui des dissolutions : six dissolutions ont été constatées ou vont l'être entre 2009 et 2012 : Albi et Mende en 2009, la Roche sur Yon et Saint Brieuc en 2012. L'opération de Clermont Ferrand est reportée pour l'instant dans l'attente de la révision des conditions d'utilisation du terrain prévu pour la CPAM. La dissolution de la copropriété CPAM et CAF de Maubeuge devrait intervenir aussi en 2012.

Pour remédier à cette situation peu satisfaisante, la Cour estime que doivent être activement poursuivies les orientations suivantes :

- pour les UIOSS dont le fonctionnement est déficient, ne pas hésiter à les dissoudre.
- pour les autres UIOSS, ne pas s'interdire d'en faire un outil inter régime étendu le cas échéant, en fonction des opportunités locales, aux caisses de MSA et du RSI
- développer la réflexion concernant les accueils interbranches. C'est également le sens de la demande de la DSS qui souhaite l'établissement d'une cartographie des implantations (interbranche et même inter régime) pour réaliser des accueils communs et développer des relogements en fonction des vacances qui pourraient survenir à l'occasion de l'évolution des réseaux. De la même façon, elle veut instaurer -à travers une « bourse de locaux »- un véritable marché immobilier mais cette volonté se heurte à la résistance des caisses.

CONCLUSION

En dépit de l'implication trop récente des autorités de tutelle dans la gestion de l'important patrimoine immobilier des organismes de sécurité sociale, des lacunes considérables subsistent : la connaissance des surfaces et des valeurs reste imparfaite, l'état d'entretien médiocre, les surfaces inoccupées importantes et en augmentation sensible.

Les traditions d'autonomie des branches et de leurs caisses locales n'ont pas permis à ce jour un pilotage harmonisé et coordonné des dossiers immobiliers et une meilleure articulation des moyens nombreux et diversifiés que les caisses consacrent à cette gestion.

Pour y parvenir dans un contexte financier où toutes les marges d'efficience doivent être mobilisées, le rôle de l'UCANSS doit être redéfini

et renforcé pour s'affirmer, à l'instar de ce que France Domaine a su devenir pour les administrations de l'Etat, comme un pôle d'expertise incontesté au service de l'ensemble des branches. Elle devrait être à même d'harmoniser les méthodes employées pour le recensement quantitatif et qualitatif du patrimoine, de constituer des banques de données homogènes, de faciliter les arbitrages en termes de cessions et plus généralement de permettre une gestion active du parc. Cela passe notamment par la dissolution des UIOSS en situation critique. Les résistances qui apparaissent à cet égard comme celles de la CNAMTS, qui dispose des moyens de gérer son patrimoine de façon autonome, doivent être rapidement surmontées.

RECOMMANDATIONS

82. Achever dans les meilleurs délais le recensement quantitatif et qualitatif du patrimoine en donnant la priorité :

- *à la mesure en réel des surfaces utiles nettes (SUN) de l'ensemble des installations ;*
- *au calcul des ratios de surface par agent et des coûts d'investissement et d'exploitation par poste de travail (et non seulement par m²) ;*
- *à l'appréciation par des professionnels des valeurs vénales foncière et immobilière.*

83. Mettre en œuvre une gouvernance informatique collective coordonnée par l'UCANSS en veillant notamment au bon déploiement du logiciel Rapsodie dans l'ensemble des branches.

84. Faire de l'UCANSS un pôle d'expertise renforcé pour :

- *suivre les coûts de construction et réhabilitation par agent installé ;*
- *développer également des compétences en matière de négociation aussi bien pour les locations que pour une politique active de cession.*

85. Veiller au suivi des dossiers de restructuration et de réhabilitation concernant des établissements recevant du public et plus particulièrement des immeubles de grande hauteur.

86. Dissoudre les UIOSS en situation critique.

Chapitre XVII

Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte

PRESENTATION

En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année dans le présent rapport une synthèse des contrôles des organismes de base de sécurité sociale, effectués selon les modalités définies aux articles R. 134-4 et suivants du même code.

En liaison avec les caisses nationales de sécurité sociale et avec le concours des organismes d'audit des administrations de tutelle, la Cour a mis en place un réseau d'alerte permettant d'identifier les organismes pour lesquels un contrôle serait particulièrement opportun, au regard d'une dizaine d'indicateurs, fixés par branche ou régime, portant sur plusieurs aspects de la gestion de ces organismes.

Après avoir fait le point sur l'évolution des réseaux en considérant le nombre d'organismes qu'ils rassemblent et des restructurations menées et procédé à l'examen global de leurs performances, le présent chapitre résume les remarques et conclusions auxquelles conduisent les quinze contrôles réalisés en 2010[531].

I - L'évolution des réseaux

A – L'évolution quantitative

Il y avait, au 31 décembre 2010, 636 organismes de sécurité sociale, contre 726 fin 2009, ainsi que le résume le tableau de la page suivante. Pour mémoire, il y avait en 2000, 1 085 organismes[532]. Leur nombre a donc diminué de 41 % en dix ans.

Cette nouvelle réduction est due à l'achèvement de la concentration des caisses de MSA au 1er avril 2010, à la fusion de 48 CPAM (remplacées par 22 entités nouvelles) au 1er janvier 2010 et de deux URSSAF (la départementalisation du réseau s'étant achevée au 1er janvier 2010). Par ailleurs, la création des agences régionales de santé (ARS) a transformé la plupart des CRAM en caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et a conduit à la disparition des 22 unions régionales des caisses d'assurance maladie. Enfin, le nombre des

531. Les contrôles ont porté sur les 15 organismes suivants : CPAM d'Ajaccio, de Marseille et de Charente-Maritime, CAF d'Evry, de Grenoble, de Vienne, de Belfort et de Caen, URSSAF de Seine et Marne, de Mâcon, de Besançon et d'Orléans, CARSAT de Toulouse et CMSA d'Ile-de-France et de Dordogne - Lot et Garonne.

532. Organismes soumis au contrôle des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de la sécurité sociale.

organismes conventionnés du réseau social des indépendants (RSI), a été réduit de 44 à 28.

Les organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2010

		Organismes de sécurité sociale		Organismes de regroupement		Organismes conventionnés	
		Fin 2009	Fin 2010	Fin 2009	Fin 2010	Fin 2009	Fin 2010
Régime général	UCANSS	1	1				
	Têtes de réseau*	4	4				
	CRAM, CRAV, CARSAT	17	17				
	CPAM	127	101				
	CAF	122	122				
	URSSAF	90	88				
	Unions et fédérations**			98	98		
	CGSS et assimilées***	5	6				
	SLI-SLM-Mutuelles					51	33
	Sous-total	***367***	***340***	***98***	***98***	***51***	***33***
Autres réseaux	Têtes de réseau****	3	3				
	Organismes MSA	42	35	41	41	1	1
	Caisses régionales RSI	30	30			44	28
	CARMI (mines)	7	7				
	URCAM			22	-		
	Sous-total	***82***	***75***	***63***	***41***	***45***	***29***
Autres	CAMIEG	1	1				
	CNIEG	1	1				
	Autres régimes spéciaux	18	18				
	Sous-total	***20***	***20***	***0***	***0***	***0***	***0***
Total général		**Fin 2009 : 726**			**Fin 2010 : 636**		

** CNAVTS, CNAMTS, CNAF et ACOSS*
*** 13 UGECAM, 20 centres informatiques, 39 UIOSS, 15 organismes de formation et 11 fédérations de CAF.*
**** Une caisse par DOM, plus Mayotte et la caisse commune de Lozère.*
***** CCMSA, CNRSI et CANSSM (régime des mines).*
Source : DSS et caisses nationales

Le seul réseau à n'avoir apparemment pas évolué est la branche famille du régime général. En fait, sa départementalisation, lancée plus

tardivement, est en cours. Mais à la fin de 2011, il ne devrait plus y avoir en France que 100 caisses départementales d'allocations familiales[533].

B – L'évolution des performances globales des réseaux

1 – L'examen des données disponibles

Le RALFSS précédent avait apporté un certain nombre de précisions quant aux indicateurs retenus par le réseau d'alerte[534]. Elles demeurent pour l'essentiel d'actualité.

Malgré d'inévitables limites[535], le recours à des indicateurs choisis de manière sélective (environ une dizaine pour chaque réseau), permet de détecter des organismes en difficulté, notamment quand les valeurs sont assez nettement dispersées autour de la moyenne (comme c'est par exemple le cas pour l'absentéisme).

En outre, les évolutions de certains des indicateurs paraissent instructives. Les tableaux des pages suivantes, qui récapitulent la moyenne des résultats depuis 2005 de divers indicateurs d'inspiration voisine, permettent de disposer d'une vue synoptique de ces évolutions. Quelques conclusions s'en dégagent, les unes favorables, d'autres plus contrastées. Il convient bien entendu de distinguer selon les réseaux, qui connaissent des évolutions différentes et parfois divergentes.

Quelques précisions pour mieux comprendre les tableaux d'indicateurs du réseau d'alerte

- l'absentéisme maladie est calculé sans prise en compte de la maternité ; dans la branche famille, il ne s'agit que de l'absentéisme donnant lieu à indemnité journalière, ce qui le réduit d'environ 1 %.

- les coûts unitaires sont exprimés en euros courants et correspondent à la division de l'ensemble des charges administratives par

533. La France compte 100 départements, DOM compris (hors Mayotte). Le nombre de CAF est le même car, s'il n'y a en Lozère ni CPAM, ni CAF, ni URSSAF, mais une caisse commune de sécurité sociale, les Pyrénées atlantiques continueront de comporter deux CAF. Il faut ajouter à cet effectif l'atypique caisse maritime des allocations familiales, qui est aussi une minuscule URSSAF.

534. RALFSS 2010, chapitre V – les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte p. 111 et suivantes.

535. Il faut rappeler que certaines évolutions dans les pratiques peuvent altérer la sincérité des indicateurs communiqués aux têtes de réseau (et fournis à la Cour). C'est pourquoi d'ailleurs, comme l'indiquait le RALFSS précédent, les indicateurs automatiquement extraits des systèmes d'information sont toujours préférables aux indicateurs déclaratifs.

le nombre total des bénéficiaires ou cotisants, lui-même pondéré pour tenir compte des différences de structures entre caisses ;

- pour la branche maladie, le taux de réussite globale du contrat pluriannuel de gestion (CPG) est un indicateur comparant une série de résultats avec les différents objectifs contenus dans le CPG. La productivité du pôle production est exprimée en nombre de dossiers traités en une année pour un agent affecté à leur traitement.

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

- pour la branche recouvrement, le coefficient de performance locale est de même nature que le taux de réussite globale de la branche maladie.

2 – Les progrès significatifs, mais inégaux, de la branche maladie

Evolution des principaux indicateurs d'alerte de la branche maladie

Année	Taux de rejet IRIS (en %)	Taux de réussite globale (en %)	Taux de prescription de génériques	Evolution des prescriptions d'antibiotiques	Productivité du pôle production	Productivité du pôle support	Coût par bénéficiaire actif pondéré	Absentéisme maladie
2005	2,77	77,40	58,00%	1,20%	33 651		67,43 €	6,17%
2006	2,98	76,21	70,03%	-10,50%	35 162	7,12	64,22 €	6,44%
2007	2,86	73,63	81,75%	-3,30%	37 733	8,08	63,04 €	6,32%
2008	2,57	71,62	ab*	-9,04%	39 746	8,07	62,51 €	6,39%
2009	2,00	73,10	ab*	1,80 %	41 584	8,30	63,24 €	6,42%

ab = Indicateur abandonné

Source : CNAMTS

La branche maladie se caractérise, depuis plusieurs années, par une progression continue de la productivité de son pôle de production (+23,6 % en six années) et une réduction significative de la charge par bénéficiaire actif pondéré[536] (BAP). En euros constants, ce coût aura reculé de 11,6 % pendant la même période. De son côté, la productivité des fonctions support (telle qu'elle résulte du rapport entre le nombre d'agents hors fonction support et le nombre d'agents de ces fonctions – un indicateur qui manque de précision) s'est améliorée de 16,5 % en cinq ans. Pour autant, la qualité de la production ne s'est pas dégradée. Le taux

536. Cf. Chapitre XIII du présent rapport : un bénéficiaire actif est un assuré ou un ayant droit dont le compte a eu au moins un mouvement dans l'année. La pondération résulte de la complexité des opérations : une prestation « en nature » demande en général beaucoup moins de travail qu'une prestation en espèces.

de rejets Iris, système automatisé de contrôle de l'ensemble des feuilles de soins, s'est réduit de plus d'un quart, alors même que le nombre des points de contrôle pour chaque feuille doublait presque.

Nettement plus inégaux sont les résultats en matière de « gestion du risque », c'est-à-dire l'ensemble des actions ciblées de maîtrise des dépenses, destinées à modifier le comportement des professionnels de santé ou des patients. Ces actions constituent une part croissante de l'activité des caisses. Parmi les divers indicateurs qui visent à en apprécier les effets, deux ont été retenus comme « indicateurs d'alerte ». Toutefois, l'indicateur relatif à la prescription des génériques n'est plus suivi dans les contrats pluriannuels de gestion des CPAM[537], au motif, selon la CNAMTS, que les marges de progrès y seraient dorénavant réduites. Des progrès restent cependant à faire[538] et si l'indicateur tel qu'il a été calculé ces dernières années montre ses limites compte tenu des progressions effectivement constatées, il devrait être remplacé par d'autres plus mobilisateurs, tels par exemple des cibles financières d'économies à réaliser. L'action contre la consommation inutile d'antibiotiques semble, quant à elle, marquer le pas en 2009.

3 – Les difficultés persistantes de la branche famille

Evolution des principaux indicateurs d'alerte de la branche famille

Année	Indice de qualité de service	Solde de pièces à traiter (en jours de prod.)	Ecart au coût d'objectif	Nb. d'allocataires pondérés par agent	Ratio de coût global pondéré	Taux d'indus / prestations versées (en %)	Absentéisme maladie
2005	93,6	3,2	-0,48		97,28 €	3,2%	4,9%
2006	92,7	3,2	-0,26	753,6	98,02 €	3,1%	4,7%
2007	90,8	4,0	-0,10	758,1	98,09 €	3,8%	4,7%
2008	91,3	4,1	0,20	720,0	106,20 €	3,3%	4,6%
2009	79,1	6,7	0,00	720,3	108,48 €	3,3%	5,0%

Source : CNAF

Quels que soient les indicateurs retenus, ceux de la branche famille témoignent de difficultés persistantes. L'indice de qualité de service, par exemple, n'a pratiquement pas cessé de se détériorer depuis 2005. Il a brutalement régressé en 2009. A l'inverse, la moyenne annuelle du solde de pièces restant à traiter en fin de mois, exprimée en jours de production,

537. Mais les données le concernant figurent dans le système d'information de la CNAMTS.

538. Cf. sur cette question le chapitre IV du présent rapport relatif à la maîtrise des dépenses de médicaments.

n'a pratiquement pas cessé de monter et en particulier, cette fois brutalement, en 2009[539].

L'analyse du nombre pondéré d'allocataires traité par chaque agent est difficile en raison du changement de pondération intervenu en 2008. Le coût global par allocataire pondéré a été affecté par la même modification de calcul. Une analyse du coût pondéré en euros constants (et à pondération inchangée) montre une certaine stabilité entre 2005 et 2007, voire même une légère diminution sur l'ensemble de la période examinée.

Enfin, le taux d'indus détecté est demeuré stable.

Indépendamment des modifications ayant affecté certains indicateurs, cette assez large dégradation des résultats est en partie liée à la mise en place du RSA, qui a suscité progressivement un grand nombre de demandes[540] et exige une instruction particulièrement difficile, pour des publics peu familiers des procédures et du langage administratifs. D'autre part, les deux premières années de son application, l'alimentation des dossiers des CAF par télétransmission des données de la direction générale des finances publiques et le décalage à l'automne de la « campagne ressources »[541], qui se faisait antérieurement plus tôt dans l'année, alors que le reste de l'activité des CAF était réduit, ont également généré des difficultés[542].

539. La CNAF signale de meilleurs résultats des engagements de service à compter du second semestre 2010. La Cour n'a pas encore examiné ces éléments.

540. Le phénomène a été lent, mais constant. Nombre de demandes n'aboutissent pas, mais une instruction sans résultat consomme quand même du temps de travail. Mentionné par tous les directeurs de CAF, ce phénomène représentait une demande sur trois selon une analyse des demandes arrivées jusqu'à fin septembre 2009 par la direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAF (Montée en charge du RSA -Bilan statistique après un an d'existence- dossier d'études n° 131 août 2010). Voir le chapitre XIV du présent rapport relatif aux prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements.

541. Destinée à vérifier le respect des conditions de ressources pour l'attribution des allocations.

542. Chapitre XIII du présent rapport relatif à la productivité dans les organismes du régime général.

4 – Le recouvrement s'emploie à surmonter l'impact de la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU)

Evolution des principaux indicateurs d'alerte du réseau du recouvrement

Année	Coefficient performance	Taux de conformité de la répartition	Taux de couverture fichier par contrôles	Taux de restes à recouvrer à 15 mois	Coût unitaire du compte actif[543]
2005	82,15%		9,49%		
2006	86,18%	99,46%	9,70%	0,89%	148,2 €
2007	86,60%	99,73%	9,88%	0,81%	151,5 €
2008	80,76%	99,55%	8,14%	0,89%	155,6 €
2009	82,93%	ab*	11,60%	1,06%	161,6 €

ab = Indicateur abandonné

Source : ACOSS

L'examen de l'activité de recouvrement montre qu'il est parfois difficile de faire progresser les résultats d'un certain nombre d'indicateurs (comme le taux de conformité de la répartition) qui ont d'ores et déjà atteint un niveau élevé. De fait, l'examen des principaux indicateurs du recouvrement[544] révèle une stabilité des résultats depuis quelques années. L'une des raisons de cette situation est en outre à rechercher dans le véritable « accident industriel » qu'a provoqué la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU). A partir de 2008, dans ses rapports sur la certification des comptes du régime général, la Cour en a démontré les conséquences aussi bien financières que sur la fidélité des comptes.

Cependant, trois éléments donnent à penser que la situation pourrait s'améliorer progressivement. D'une part, le coût unitaire d'un compte actif devrait se réduire avec le développement du versement en lieu unique (VLU), des télédéclarations et des télépaiements, ainsi que grâce à la régionalisation du réseau ; d'autre part, le taux de couverture des fichiers par des contrôles s'est amélioré. Enfin, en 2010, le taux de restes à recouvrer sur des cotisations remontant à 15 mois, qui avait connu une évolution défavorable en augmentant en 2009 sous l'effet de la crise économique (voir tableau), a depuis diminué.

543. Recalculé en fonction de la nouvelle pondération retenue dans la COG 2010-2013.

544. On notera dans le tableau l'absence du taux d'absentéisme. Il résulte du fait que le nouveau logiciel de paie ne permet plus depuis 2008 une remontée de données suffisamment fiables à cet égard.

5 – MSA : les bénéfices des fusions des caisses se font attendre

Evolution des principaux indicateurs d'alerte du réseau MSA

Année	Couverture référentiel contrôle interne	Taux d'erreurs prestations familiales	Taux de restes à recouvrer	Coût de gestion (par unité d'activité)	Absentéisme maladie
2005	82,70%		4,40%	127,49 €	4,02%
2006	82,50%	6,09%	3,36%	129,63 €	3,65%
2007	91,80%	7,49%	3,41%	128,71 €	3,54%
2008	94,70%	9,17 %	3,41%	126,43 €	3,68%
2009	96,46 %	7,70%	4,91%	131,66 €	2,87%

Source : CCMSA

Si l'on excepte l'absentéisme maladie, traditionnellement bas dans le réseau agricole, aucun des indicateurs -ceux mentionnés dans le tableau ci-dessus comme d'autres- ne témoigne d'améliorations très significatives. Certains résultats, il est vrai, dépendent d'éléments externes, en particulier les crises agricoles, sectorielles qui se traduisent par des impayés de cotisations. Mais ces éléments n'expliquent pas tout.

De façon générale, le réseau de la MSA n'a pas encore globalement tiré profit des fusions de caisses conduites depuis quelques années[545].

II - Les contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte

Les contrôles effectués en 2010 ont porté sur les branches maladie, famille, recouvrement et retraite du régime général ainsi que sur le réseau de la mutualité sociale agricole. Ces contrôles doivent beaucoup aux missions d'audit des administrations partenaires du réseau d'alerte : mission nationale de conseil et d'audit (MNC) de la direction de la sécurité sociale, mission nationale d'audit (MNA) de la direction générale des finances publiques et mission nationale d'audit, d'étude et de conseil des organismes de protection sociale agricole (MAECOPSA) du ministère de l'agriculture, qui devrait fusionner avec la MNC au 1er juillet 2012.

Indépendamment des situations particulières des caisses locales (sélectionnées précisément en raison de la dégradation de leurs résultats),

545. Cf. dans le présent rapport, chapitre XV – La réorganisation de la Mutualité sociale agricole p. 435.

plusieurs enseignements généraux peuvent être tirés de ces contrôles, qui touchent d'abord aux procédures, à la recherche d'une organisation optimale des réseaux et enfin au pilotage des organismes.

A – Les procédures

1 – Un contrôle interne à améliorer ou repenser

Dans toutes les branches du régime général et dans la MSA, le contrôle interne est supposé être une priorité. Mais lorsque les responsables et les agents sont interrogés, les réponses sont théoriques et les définitions incertaines. Ainsi, trop souvent, le concept même n'est pas encore suffisamment compris[546].

Les enjeux du déploiement du contrôle interne sont cependant manifestes. Par exemple, les taux d'erreurs détectés à la CARSAT de Toulouse par les services de l'agence comptable sont très élevés : plus de 20 % des dossiers pour les pensions dites de droit dérivé (connues sous le nom de pensions de réversion). De tels taux font apparaître à l'évidence que, malgré les actions mises en place en 2009, la supervision des dossiers reste insuffisante et surtout les leçons qui peuvent être tirées des erreurs détectées ne sont pas toutes prises en compte.

Au niveau de la branche, le nouvel outil informatique permettant de détecter les erreurs est en service mais les requêtes destinées à en identifier la nature et l'origine sont en cours de montée en charge.

Il en va de même dans les caisses de MSA, notamment pour les taux d'indus en prestations familiales, toujours élevés en raison de la grande complexité des législations et de l'insuffisante spécialisation des agents.

La caisse de MSA de Dordogne - Lot et Garonne, à cet égard, est éclairante et représentative du fonctionnement des caisses du réseau. Bien que l'on soit en présence désormais d'une caisse unique, les procédures sont loin d'être unifiées entre les deux sites d'Agen et de Périgueux. L'entreprise a certes commencé dans le secteur du recouvrement et elle tarde à se manifester dans les autres domaines d'intervention de l'organisme.

546. Pour le régime général, cf. les rapports sur la certification des comptes du régime général, notamment de l'exercice 2010.

2 – Les difficultés liées au recouvrement des créances

Le recouvrement des créances n'est naturellement pas de même nature quand il s'agit de cotisations et quand il s'agit de récupérer des prestations indues. Mais certaines difficultés sont communes.

C'est avec les cotisations que les enjeux financiers sont les plus lourds. Ainsi, leur recouvrement nécessite, une organisation extrêmement rigoureuse. D'une part, il faut permettre aux personnes ayant en bonne foi oublié un versement de se mettre en règle sans les faire entrer dans la spirale des pénalités de retard. C'est le but de la politique de relance amiable, téléphonique, auprès des « primo-débiteurs », qui peut impliquer l'octroi de délais ou d'échéanciers avec, dans la dernière période, l'encouragement des pouvoirs publics, spécialement pour la MSA. Mais d'autre part les procédures contentieuses doivent être engagées sans tarder, pour deux raisons : d'une part, les montants deviennent vite très importants et de plus en plus difficiles à rembourser, d'autre part, ces procédures, qui supposent l'existence d'un titre exécutoire, imposent des formalités et donc des délais pendant lesquels l'entreprise peut faire l'objet d'une procédure collective.

Le lien entre les deux étapes, amiable puis contentieuse, est donc essentiel. L'URSSAF de Seine et Marne, qui est un organisme de taille significative, semble avoir trouvé la bonne adéquation avec une gestion centralisée des procédures amiables et contentieuses et la spécialisation d'une unité sur les actions les plus complexes.

Dans les branches prestataires, la récupération des indus sur prestations, quand il n'est pas possible de recourir à la compensation généralisée, s'avère délicate. D'un côté, le public n'est pas toujours solvable, de l'autre les montants sont souvent peu élevés et il faut éviter d'engager des frais disproportionnés pour les recouvrer. Il s'ensuit un grand nombre de créances impayées. C'est dans la MSA que le phénomène est le plus net. Dans certains cas, le solde des « prestations indues à recouvrer » (PIAR) ne cesse de grossir. Le phénomène tient à la fois à l'amélioration des contrôles et donc de la détection des indus mais également aux insuffisances de la politique de recouvrement. Cette dernière favorise la prescription de ces créances qui sont ensuite annulées en prélevant dans les réserves de gestion administrative. Une telle politique conduit cependant à habituer les débiteurs à laisser jouer le temps.

Pour améliorer l'efficacité des services en charge des deux phases, amiable puis contentieuse, la Cour avait déjà incité à la signature de protocoles de gestion des créances entre le directeur et les agents

comptable[547]. Dans les branches prestataires, en effet, le recouvrement est placé sous des autorités différentes (le comptable pour l'amiable, l'ordonnateur pour le contentieux). Les contrôles réalisés en 2010 montrent que peu trop d'organismes, finalement, ont avancé sur cette question malgré l'implication croissante des caisses nationales.

B – La recherche d'une organisation optimale des réseaux

1 – Un problème récurrent : la taille de certains organismes

Nombre de caisses de MSA, les CPAM et les CAF de départements peu peuplés souffrent des mêmes maux : les services sont peu fournis en personnel, la moindre absence y est désorganisatrice, les agents sont rarement spécialisés, ce qui rend difficile le traitement des dossiers complexes. Ce constat a pu être vérifié en 2010 avec le contrôle des CAF de Vienne et de Belfort. Outre des frais de structure comparativement supérieurs aux autres organismes, ces caisses ont beaucoup de peine à fournir des prestations de qualité. Il existe de fait une masse critique au-dessous de laquelle un organisme ne peut plus parvenir à travailler correctement pour un coût normal.

S'ils fournissent une partie de la solution, les regroupements de caisses dans un cadre départemental ou régional ne règlent pas toutes les difficultés. Le département français le plus peuplé a une population 34 fois supérieure à celle du moins peuplé. Moins ample, l'écart entre la région la moins peuplée et la plus peuplée de France continentale est significatif : de 1 à 14. Une fois achevées la départementalisation du réseau famille et la régionalisation du réseau recouvrement, il restera encore 252 organismes de base dans le régime général, ce qui est excessif d'autant que tous les organismes n'atteindront pas encore une taille critique.

Ce facteur « taille » est parfois en outre aggravé par une organisation interne en « mini-caisses ». La CAF de Vienne a ainsi choisi ce mode de fonctionnement en alignant l'organisation de la gestion des prestations sur celle de l'action sociale alors que l'environnement institutionnel invite à un pilotage davantage centralisé. Une telle organisation n'est pas efficiente. La politique d'action sociale elle-même, ainsi conçue, est coûteuse en personnel (la moitié des effectifs de l'organisme), en frais de coordination et subventionne des actions de type culturel ou festif parfois éloignées des objectifs fixés par le cadre

547. Cf. RALFSS 2008, « Les contrôles sous la surveillance de la Cour », p. 145.

national. Plus généralement, la qualité, la productivité et les coûts sont durablement affectés par ces choix organisationnels.

Ce type d'organisation, qui peut aussi concerner des organismes de taille importante, engendre ou amplifie en effet le risque de dysfonctionnements, liés à l'absence de taille critique. C'est ainsi la situation de la caisse de MSA d'Ile de France qui -cas unique en France- a compétence pour l'ensemble d'une région d'un poids significatif. Elle a en outre comme particularité d'avoir une majorité d'assujettis qui n'ont avec le monde agricole, ou même rural, que des rapports lointains ou historiques (salariés de banques ou d'assurances issues, à l'origine, du monde agricole). Elle aurait donc pu, mieux qu'une autre, choisir de spécialiser ses divers sites de production par législation. Or dans les années 2000, elle a fait le choix contraire et a créé plusieurs mini-caisses généralistes, ce qui a détérioré significativement ses résultats. Le passage à une organisation plus rationnelle, déjà engagé, prendra encore du temps et a, dans un premier temps, dégradé encore ses résultats.

Une observation analogue vaut pour la CPCAM des Bouches du Rhône. Certes, son importance lui permet, pour les opérations les plus massives, d'avoir sans dommage plusieurs centres de traitement. Mais ces derniers liquident aussi des prestations résultant de législations plus complexes, nécessitant des spécialistes que chacun d'eux ne peut avoir. Il en résulte à cet égard une regrettable perte d'efficacité.

Il appartient aux caisses nationales de se saisir de ces questions de la définition de la taille optimale d'un organisme et en son sein de la taille optimale des unités de production, de telle sorte que soient bien traitées les activités spécialisées. De la même façon, elles doivent imaginer les échelons pertinents de mutualisations et d'abord justement pour ces métiers spécialisés. Selon les cas et la nature des dossiers, ces mutualisations peuvent être supradépartementales, régionales, voire interrégionales[548]. Mais il convient, en tout état de cause, que leur développement soit accompagné d'une réflexion concomitante sur la rénovation des outils de mesure de la performance des organismes.

2 – L'effet des mutualisations sur les indicateurs

On appelle mutualisation la mise en commun, entre plusieurs organismes différents, de moyens pour accomplir ensemble une tâche unique. En pratique, cela signifie qu'un organisme prend en charge une tâche pour ses co-contractants et qu'il peut en déléguer une autre, dans un

548. Cf. la recommandation n° 66 du chapitre XIII sur la productivité des organismes de sécurité sociale du régime général.

autre domaine. Il convient naturellement d'encourager le développement de ces formules qui permettent des économies d'échelle et une spécialisation des agents, source de qualité et de sécurité.

L'effet sur les organismes est immédiat mais leur traduction dans les indicateurs de performance peut être trompeuse notamment lorsqu'on adopte une approche par caisse. Faute de dispositifs analytiques permettant de rétablir la réalité, certains indicateurs peuvent être obérés, notamment dans deux branches du régime général, le recouvrement et la famille.

a) Les activités de contrôle dans le recouvrement

Depuis 2008, la législation a rendu obligatoire pour les très grandes entreprises (TGE) le versement en lieu unique (VLU, le lieu étant une URSSAF désignée par l'ACOSS) de leurs cotisations. Ainsi, plutôt que d'avoir autant d'interlocuteurs qu'elles ont de départements comportant un établissement, les entreprises n'en ont plus qu'un. Le contrôle des cotisations est donc piloté par l'URSSAF TGE où cotise l'entreprise. Les contrôles sont, en tant que de besoin, faits dans les sites déconcentrés des entreprises. Il peut donc arriver que des inspecteurs d'une URSSAF travaillent pour une autre. En Saône-et-Loire en 2009, un inspecteur a ainsi été occupé pour la majeure partie de son temps de contrôle pour le compte d'une URSSAF TGE, ce qui se traduit par une dégradation du taux de couverture du fichier de l'URSSAF de Saône-et-Loire par des contrôles, qui résulte pour l'essentiel du fait qu'un inspecteur expérimenté n'a pas été disponible.

b) La régulation de la charge de travail dans la branche famille

Dans un contexte de difficultés de traitement de la charge de travail dans certaines caisses, qui a marqué l'année 2009, la CNAF a développé un atelier de régulation des charges (ARC). Ce dispositif a pour but d'organiser une entraide nationale entre caisses volontaires. Il rassemble 36 caisses qui viennent en aide à d'autres en difficulté. Il fonctionne, depuis le 1er juin 2009, sans déplacement de personnel grâce à une corbeille électronique.

Cette nouvelle organisation de la production dans le cadre de l'ARC a des effets sur les indicateurs qui sont examinés *infra*. Mais elle peut également poser question quant à la qualité de la production.

Ainsi, selon l'analyse qui en a été faite par la CAF de Grenoble, le quart des dossiers traités par l'ARC comporte soit des erreurs, soit aboutit à des réaffectations, c'est-à-dire à un renvoi du dossier à la CAF

« aidée ». Si ces résultats peuvent trouver leur source dans la qualité des dossiers que la CAF aidée met dans la « corbeille » destinée à la CAF aidante ou dans l'impossibilité pour la CAF aidante de consulter toutes les informations du dossier allocataire, la faiblesse de la supervision des travaux semble à l'origine d'un grand nombre d'erreurs. La liquidation des droits s'effectue dans la CAF aidante, tandis que le contrôle est réalisé, pour l'essentiel, par la CAF aidée sans que cette dernière puisse restituer le résultat de ses contrôles auprès des liquidateurs de l'ARC. Mal assurée en général, la « boucle qualité » est ici anormalement absente.

Mais ce que démontre surtout l'étude de l'ARC, c'est que la façon de traiter les dossiers, malgré l'effet structurant des applications informatiques, n'est pas la même d'une CAF à l'autre. Par exemple, telle demande une pièce aux allocataires que l'autre ne demande pas, en sorte qu'un dossier jugé complet dans la CAF aidée est considéré comme incomplet dans la CAF aidante, qui peut utiliser cet argument pour mettre en instance. Dans un tel contexte, on comprend les difficultés de mise en œuvre des dispositifs de contrôle interne.

La prise en charge de la production par l'ARC a par ailleurs une incidence sur les indicateurs des caisses concernées. En témoigne le tableau ci-dessous, établi pour les trois CAF aidées parmi les quatre contrôlées par le réseau d'alerte en 2010. Il s'agit d'un tableau de mesure de la productivité, calculé en divisant le nombre de pièces traitées dans l'année par le nombre d'agents. Le nombre officiel est issu du Recueil national des données des caisses (RNDC), le nombre réel est obtenu en diminuant du nombre total des pièces traitées par la caisse le nombre de pièces traitées grâce au dispositif ARC (la moyenne nationale est de 5 288 pièces par agent).

Utilité et limites de l'atelier de régulation des charges (ARC)

Il ne faudrait pas conclure des remarques ci-dessus que l'ARC est inutile, bien au contraire. En deux années (2009 et 2010), 56 CAF – soit presque la moitié du réseau – en ont bénéficié, à des degrés divers. A chaque fois, cette aide a permis un retour à la moyenne, ou à peu près, des organismes qui en ont bénéficié. Les CAF aidantes n'en ont tiré aucun supplément de ressources. Du point vue de la CAF aidée les 100 euros par jour que lui coûte le recours à un ETP qualifié est financièrement intéressant car moins couteux que l'emploi d'un CDD qu'il convient de former au préalable. Du point de vue de la caisse aidée, ce recours est financièrement intéressant, car moins coûteux que l'emploi d'agents recrutés en CDD qu'il convient de former au préalable.

Mais, pour les caisses en difficulté structurelle, cette aide passagère ne résout pas tous les problèmes, comme cela a pu être vérifié au sujet de la CAF de Grenoble. Le département audit de gestion de la CNAF a

commencé à examiner ces questions en procédant à une étude intitulée « charges, moyens et résultats » qui énonce un certain nombre de bonnes pratiques concernant l'organisation des services de production.

L'impact de l'ARC sur le nombre de pièces traitées par agent

Organismes	Pièces traitées par l'ARC	% de l'aide	Nb officiel de pièces traitées par agent	Nb réel de pièces traitées par agent
CAF de Creil	22 371	3%	6 753	6 565
CAF de Cergy	248 470	13%	5 393	4 710
CAF de Grenoble	174 319	11%	5 054	4 515

Source : CNAF : Bilan de l'Arc et RNDC – Données 2009. Retraitement Cour

Si pour la CAF de Creil, où l'aide a été courte et limitée à 3 % du volume global de travail, l'impact de l'ARC sur la productivité par agent est relativement faible (une majoration de 2,9 % quand même), il est massif à Cergy (14,5 %) et à Grenoble (presque 12 %). Il s'ensuit que les indicateurs bruts de ces caisses sont artificiellement majorés et cela alors même que leur productivité, bien qu'améliorée par l'ARC, avoisine la moyenne nationale.

Les indicateurs de productivité étant essentiels pour mesurer les résultats d'un organisme, il serait souhaitable, de façon générale, que l'impact des mutualisations ou des dispositifs d'entraide soient pris en compte dans les indicateurs utilisés par les organismes et les réseaux. La CNAF et l'ACOSS sont d'ailleurs conscientes de cette difficulté et des travaux en ce sens ont été récemment engagés.

C – Les limites du pilotage national des ressources humaines

1 – Une conception trop étroite du rôle des caisses nationales

L'affirmation du rôle des organismes têtes de réseau a progressé dans toutes les branches du régime général, permettant notamment une application plus homogène des règles de droit. Certains domaines demeurent cependant encore insuffisamment coordonnés. Le contrôle effectué par le réseau d'alerte en 2010 à l'URSSAF de Besançon a permis de constater ainsi que le règlement intérieur de l'établissement, en contradiction avec l'accord de branche sur la RTT et avec les accords locaux homologués par l'ACOSS et la tutelle, comporte depuis 2002 une clause permettant aux agents qui le souhaitent de travailler 36 heures par semaine sur quatre jours (de nombreux agents tirent parti de cette disposition dépourvue de base légale, à commencer par la quasi-totalité

des cadres supérieurs). Le code du travail exclut pourtant explicitement que le règlement intérieur puisse comporter des dispositions étrangères aux accords signés avec les partenaires sociaux. En outre, il doit être notifié à l'inspection du travail, ce qui n'a pas été fait.

De la même façon, la CNAMTS a indiqué n'avoir appris qu'après un changement de directeur de la CPCAM des Bouches-du-Rhône, que son prédécesseur avait créé 76 emplois dans le moment même où l'on évoquait la nécessité d'une décroissance des effectifs, de telle sorte que le retour à une situation acceptable ne pourra passer que par un non remplacement rigoureux et contraignant pour la caisse des départs en retraite.

2 – Une gestion insuffisante des agents de direction par les caisses nationales

a) Les difficultés objectives de gouvernance

Quand elles sont informées de problèmes, les caisses nationales ne disposent pas pour autant des moyens d'y faire face avec autorité. Un exemple en a été donné cette année lors du contrôle d'une CAF.

Dans cet organisme, les relations entre la directrice et l'agent comptable sont devenues si conflictuelles que le comité de direction a cessé de se réunir. La situation est connue depuis deux ans, mais la CNAF a seulement envoyé des missions dont la dernière prévoyait de confier à un intervenant extérieur le soin de définir un protocole de bonnes relations entre les personnes en cause, avec un suivi sous forme de « coaching » -un remède illusoire en l'état de la situation. Faute de disposer du droit de prendre des solutions d'autorité, la caisse nationale en est donc réduite à attendre une solution locale qui ne pourra être que conflictuelle. Mais pendant ce temps, les résultats de cet organisme, déjà structurellement menacé par sa petite taille, se sont sérieusement dégradés.

Les capacités d'intervention conférées à la CNAMTS en 2004 ont été étendues aux autres caisses nationales par la loi HPST et son décret d'application du 6 septembre 2010. Dorénavant, toutes les caisses nationales non seulement décident de la nomination des directeurs et

agents comptables des organismes locaux, mais peuvent également mettre fin à leurs fonctions pour un motif autre que disciplinaire[549].

Selon l'UCANSS, même si le cas le plus fréquent est susceptible de se poser à l'occasion des restructurations de réseaux, rien n'interdirait à une caisse nationale d'invoquer d'autres motifs. Cette procédure a toutefois été entourée d'un formalisme qui en rend l'application impossible en particulier si le salarié refuse la mesure de cessation de fonctions.

Ainsi, il n'est toujours pas possible de mettre fin aux fonctions d'un agent de direction qui, sans avoir commis de faute professionnelle caractérisée, ne donne pas satisfaction, sauf retrait d'agrément ministériel, procédure de type disciplinaire dont l'usage est très rare compte tenu des dispositions qui la régissent, ou licenciement (procédure encore plus lourde placée in fine entre les mains du conseil ou du conseil d'administration)[550].

b) La longueur du mandat des dirigeants

Il s'ensuit une sorte d'inamovibilité des agents de direction, ce dont porte témoignage la statistique suivante établie au 1er janvier 2010, qui présente la réalité sous un jour pourtant favorable[551].

A cette date, sur les 321 postes de directeur d'organisme de base des quatre réseaux du régime général existant en France métropolitaine (hors la caisse commune de Lozère), 65 (20 %) étaient en poste depuis plus de dix ans, dont 21 depuis plus de 15 ans (mais moins de vingt ans) et 15 depuis vingt ans et plus. Les régions où la proportion d'anciens était

549. Depuis 2004 pour la branche maladie, depuis la loi HPST de 2009 pour le reste du régime général. Alors que l'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale indique que « le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables (…) sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective », la précision selon laquelle cette procédure ne peut être mise en œuvre que « pour un motif autre que disciplinaire » résulte de l'article R. 217-11.

550. Dans son enquête de suivi relative au retrait de fonctions des directeurs et agents comptables (publiée dans le RALFSS 2008, pages 405 et suivantes), la Cour avait demandé que « le cadre régissant les conditions de cessation de fonctions soit revu et clarifié ». Il s'agissait déjà d'une recommandation réitérée. Une recommandation de même nature a été inscrite plus particulièrement dans le RALFSS 2009 (p. 109) pour les agents de direction des CGSS.

551. A ce sujet, la CNAMTS considère comme nommés au 1er janvier 2010, donc avec une ancienneté nulle, les directeurs d'organisme fusionnés, quand bien même ils étaient déjà directeurs depuis plusieurs années d'un organisme compris dans la fusion.

la plus forte étaient l'Aquitaine et PACA. Si inefficience et ancienneté dans le poste ne vont pas nécessairement de pair, il n'en demeure pas moins que la plupart des réseaux publics ou para-publics ont instauré des pratiques de rotation de leurs dirigeants.

Ce n'est pas encore le cas dans les organismes de sécurité sociale malgré la précédente recommandation de la Cour déjà émise sur ce sujet en 2009[552]. Or ce que montrent les contrôles de la Cour, c'est que nombre d'organismes en difficulté ont eu, dans une période récente, des dirigeants restés trop longtemps en poste.

Plusieurs pistes sont donc à approfondir si l'on veut donner plus de réactivité à l'ensemble des réseaux. D'une part, il semble indispensable de renforcer les pouvoirs des caisses centrales sur les dirigeants des organismes locaux, de sorte que le seul outil à la disposition des têtes de réseaux ne soit pas la rémunération variable. D'autre part, il paraît indispensable d'assurer une rotation des responsables d'organisme, sur la base d'une durée raisonnable (six ou sept ans paraissant un maximum). Mais il est alors nécessaire de mieux organiser la carrière des personnes concernées, cette organisation étant la contrepartie d'une mobilité et d'une responsabilisation accrues.

La démographie, cependant, n'est guère favorable. Si l'on s'attend dans les dix années à venir à beaucoup de départs en retraite -281 responsables ont plus de 55 ans- il y aura aussi beaucoup de suppressions de postes de directeur -87 d'ici 2015 notamment avec la régionalisation des URSSAF- limitant d'autant les débouchés[553].

L'administration centrale et l'IGAS ne méconnaissent nullement le problème. Cette dernière a récemment établi un rapport sur « l'organisation des carrières des dirigeants d'organismes de sécurité sociale » qui explore toutes les perspectives possibles de dynamisation des carrières, mais à cadre législatif, réglementaire et conventionnel inchangé.

Or les progrès réalisables à cadre inchangé ne peuvent être que marginaux Une amélioration significative de la gouvernance des réseaux et de leurs organismes de base passe par des mesures plus radicales, y compris la renégociation partielle de la convention collective des agents

552. RALFSS 2009, chapitre IV sur le réseau d'alerte, p. 109.

553. Il n'en va pas exactement de même chez les agents comptables, qui sont déjà nombreux à cumuler plusieurs postes. Les fusions à venir, dans les CAF et les URSSAF, devraient avoir une incidence limitée sur le nombre effectif d'agents comptables.

de direction et des agents comptables (notamment concernant les dispositions relatives à la cessation de fonctions).

CONCLUSION

Les différents réseaux contrôlés par la Cour et les administrations partenaires sont inscrits depuis plusieurs années dans un mouvement de concentration de leurs caisses locales. Ces réorganisations laissent néanmoins subsister des organismes de taille trop modeste ainsi que des organisations insuffisamment performantes. Le nombre des organismes de sécurité sociale doit encore être réduit.

La gestion des personnels de direction par les caisses nationales est très insuffisante. Pour permettre une gestion active de ces personnels, une transformation du cadre législatif, réglementaire et conventionnel est nécessaire, ainsi qu'une utilisation volontariste des outils permettant de dynamiser les carrières et de limiter la durée des fonctions sur un même poste, aujourd'hui nettement excessive.

RECOMMANDATIONS

87. Renforcer l'intervention des caisses nationales dans la sanction des directeurs et agents comptables des caisses (recommandation réitérée).

88. Limiter la durée maximale de fonction sur un même poste des agents de direction et adapter les règles de gestion de leurs carrières en conséquence (recommandation réitérée).

A N N E X E S

Annexe 1

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

PRESENTATION

Chaque année, la Cour rend compte des suites données aux recommandations formulées dans ses précédents rapports : d'abord de manière globale et statistique, en se fondant sur l'examen qui en est fait par l'administration; ensuite de manière sélective en analysant des recommandations ayant eu des suites jugées encore insuffisantes. Elle a examiné cette année, à ce titre, la gestion du parc immobilier du régime général (cf. chapitre XVI).

Afin d'apprécier le degré de mise en œuvre de ses précédentes recommandations, qui constitue l'un de ses indicateurs de performance [554], la Cour peut se fonder sur le rapport que le Gouvernement doit établir et transmettre au Parlement « qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale »[555].

Les 189 recommandations des trois derniers rapports, de 2008 à 2010, ont ainsi été examinées en premier lieu par la direction de la sécurité sociale, pour apprécier si elles avaient été complètement, seulement partiellement ou pas du tout suivies d'effet.

La traduction en indicateurs, effectuée par la Cour, doit certes être considérée avec prudence[556]. Ses résultats, résumés par le tableau qui suit, donnent cependant un ordre de grandeur significatif.

Il fait apparaître que les deux tiers des recommandations des trois derniers rapports de la Cour sont suivies d'effet, 26 % d'entre elles étant complètement mises en œuvre et 41 % seulement partiellement.

554. A l'instar de nombre d'autres institutions supérieures de contrôle, la Cour a fait de ce paramètre l'un de ses indicateurs de performance. Voir l'introduction de la deuxième partie du rapport public annuel de 2011, pages V et VI.

555. Comme la Cour l'a déjà écrit les années précédentes, cette procédure prévue par l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 est en réalité imparfaitement respectée puisque le travail préparatoire effectué par l'administration, dont la Cour a connaissance, n'est pas transmis dans la forme requise au Parlement.

556. Dans cette approche, les recommandations ne sont pas hiérarchisées, alors qu'elles sont d'une importance relative très variable. En outre, l'appréciation portée par la Cour sur les évolutions constatées peut-être en partie subjective.

Suites données aux recommandations des trois précédents rapports

	RALFSS 2008	RALFSS 2009	RALFSS 2010	Total
a) Nombre de recommandations-orientations	58	52	79	189
b) Nombre de recommandations examinées	58	52	78	188
c) Nombre de recommandations suivies	30	14	5	49
d) Nombre de recommandations partiellement suivies ou en cours	18	24	36	78
e) Indicateur synthétique	67%	50%	29%	47%

Note de lecture : l'indicateur synthétique (ligne e) valorise pour « 1 » une recommandation suivie de manière complète (c) et pour « 0,5 » une recommandation suivie de manière partielle et/ou en cours de mise en œuvre (d). On rapporte le score au nombre de recommandations examinées (b).

Source : Calcul Cour des comptes à partir de données DSS

Un indicateur synthétique (voir la ligne e) prend mieux en compte le caractère souvent partiel des réponses données. Le taux global de suivi ainsi calculé au titre des rapports 2008 (67%) et 2009 (50%) est d'un ordre de grandeur très proche de ceux de l'an dernier pour les années comparables. Au titre du rapport 2010, il est sensiblement inférieur (29%) à celui comparable de l'an dernier (47% au titre du rapport 2009). Cette évolution tient surtout à la forte augmentation du nombre des recommandations émises l'an dernier dans le rapport de la Cour (+ 52 % entre 2009 et 2010) et aux délais inhérents à la mise en œuvre des réformes par les autorités concernées. En conséquence, l'indicateur synthétique au titre des trois années atteint 47% là où il s'élevait à 56% l'an dernier.

Ces données continuent de témoigner de la qualité satisfaisante du dialogue noué entre les administrations et la Cour, en amont du rapport, pour sa préparation et en aval, pour la mise en œuvre, nécessairement progressive, des recommandations.

Annexe 2

Liste récapitulative des recommandations

PREMIERE PARTIE
LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010

Relatives à l'équilibre des comptes sociaux

1. Revenir à l'équilibre des comptes sociaux selon un calendrier rapproché. En conséquence, intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales.

2. Mettre fin au sous-financement structurel du FSV.

3. Affecter des ressources supplémentaires à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles afin d'assurer un équilibre pérenne de ses comptes et son désendettement.

Relatives à l'information du Parlement sur les comptes sociaux

4. Intégrer aux annexes de la loi ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale une ventilation détaillée des produits et des charges, indiqués dans les tableaux d'équilibre sous la forme de montants globaux.

5. Pour l'élaboration des tableaux d'équilibre, éliminer l'ensemble des transferts internes et mettre fin aux pratiques de contractions de produits et de charges. Si les contractions visant à assurer une présentation à caractère économique de l'évolution des produits et des charges devaient être confirmées, il conviendrait alors de développer l'information du Parlement sur les règles d'élaboration des tableaux d'équilibre (nature des règles ; nature et portée des changements).

6. Parfaire l'information financière procurée par le tableau patrimonial, en homogénéisant les méthodes de comptabilisation des opérations de même nature entre les entités de son périmètre et en améliorant la présentation des postes d'actif non financier.

Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2010

7. Expliciter complètement les hypothèses techniques qui sous-tendent l'élaboration de l'ONDAM, de manière à en garantir la solidité et la transparence.

8. Rendre plus rigoureux et transparent le calcul des taux d'évolution tendancielle, en engageant un travail d'harmonisation des méthodes

applicables au secteur hospitalier et aux soins de ville et d'analyse de facteurs de plus long terme, notamment la démographie médicale, l'innovation pharmaceutique et les anticipations de départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière.

9. Extraire l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'ONDAM (recommandation réitérée).

10. Assurer effectivement le suivi des mesures d'économies, en particulier pour celles qui concernent l'ONDAM hospitalier.

11. Présenter le constat de l'ONDAM selon les sous-objectifs définis par la LFSS (recommandation réitérée).

Chapitre III – Le financement des déficits sociaux

12. Prévoir par une disposition de loi organique un transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV, dans le cadre d'une programmation précise et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

13. Préciser la stratégie financière de l'ACOSS ; la doter d'un cadre prudentiel adapté et des outils de contrôle interne appropriés à la désintermédiation croissante de ses financements et à la maîtrise de ses risques.

14. Privilégier à l'avenir un relèvement de la CRDS pour financer tout nouveau transfert de dette sociale à la CADES.

15. Réserver en conséquence les plafonds d'avances votés en PLFSS à la seule couverture des besoins infra-annuels de trésorerie.

16. Compléter les indicateurs de la LFSS par le coût en intérêts de la dette et la performance propre de la gestion de la CADES.

DEUXIEME PARTIE

LES DEPENSES DE SOINS ET LEUR MAITRISE

RECOMMANDATIONS

Chapitre IV – La maîtrise des dépenses de médicaments

17. Inclure dans le code de la sécurité sociale les conditions d'éventuelle dérogation au principe de non remboursement des médicaments qui ont un niveau de service médical rendu insuffisant.

18. Définir des règles relatives à l'évaluation des médicaments qui permettent d'établir un lien cohérent entre cette évaluation, l'admission au remboursement et le prix fixé pour les spécialités en :

- *abandonnant le recours à la mention « alternative thérapeutique utile » ou tout dispositif d'effet analogue (HAS) ;*
- *liant le CEPS par l'avis de la commission de transparence et en ne lui permettant pas, pour certains médicaments, de fonder ses décisions sur un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par cet avis, tout en préservant sa liberté de fixation des prix ;*
- *prenant en compte systématiquement des études d'ordre médico-économiques pour tous les produits innovants (HAS et CEPS).*

19. Appliquer strictement des règles homogènes pour l'admission au remboursement et la fixation des prix des médicaments.

20. Réviser en temps que de besoin et dans des délais courts le niveau de prise en charge et le prix en fonction des évolutions des SMR et ASMR, ou de l'environnement concurrentiel tels que la sortie de génériques ou l'apparition de nouvelles stratégies thérapeutiques alternatives.

21. Appliquer des prix uniques pour les princeps, leurs génériques et les équivalents thérapeutiques que sont les « me-too » et les contre-générique (CEPS).

22. Donner à l'AFSSAPS la possibilité d'exiger du laboratoire le dépôt d'une demande d'AMM pour certaines indications, notamment quand les prescriptions hors AMM représentent 15 % et plus des volumes vendus, hors dispositifs prévus par la réglementation.

23. Mettre en œuvre une gestion active de la « liste en sus », tant dans sa composition, la détermination des prix des produits qui y sont inscrits que dans le suivi de leur prescription.

24. Mettre en place dans les établissements de santé un mécanisme de régulation de la prescription qui implique directement les médecins.

Chapitre V – La répartition territoriale des médecins libéraux

25. Elaborer une nouvelle cartographie homogène des zones fragiles fondées sur un temps d'accès à un médecin généraliste et si possible à un médecin spécialiste, qui ne doit pas excéder un temps maximum donné.

26. Rendre plus effectifs les dispositifs de régulation des flux de formation, notamment en réduisant le nombre de postes ouverts aux ECN et en diminuant les redoublements de complaisance.

27. Développer la réflexion sur un éventuel abaissement du numerus clausus.

28. Revoir l'avenant n° 20 à la convention médicale :

- *en plafonnant le montant de l'aide ;*
- *en modulant la prise en charge des cotisations sociales des médecins, y compris ceux déjà installés, en fonction de leur répartition territoriale.*

29. Consolider au niveau du ministère de la santé les données recueillies sur les aides dans les « guichets uniques » des ARS.

Chapitre VI – Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

30. Mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en faisant encore davantage des sages-femmes des professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé.

31. Ajuster dès 2015 le nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique en fonction de projections démographiques actualisées des différentes professions de la naissance et selon une cible de long terme cohérente avec les objectifs de santé publique poursuivis.

32. Modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal.

33. Permettre l'expérimentation des maisons de naissance et procéder à leur évaluation médico-économique dans des conditions méthodologiquement rigoureuses.

34. Faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.

Chapitre VII – Tarification à l'activité et convergence tarifaire

35. Asseoir désormais la convergence tarifaire sur une convergence renforcée des coûts de production plutôt que sur la création de nouvelles dotations forfaitaires (orientation).

36. Préserver la qualité des données PMSI dans la mise en œuvre de la facturation directe des dépenses hospitalières à l'assurance maladie (orientation).

37. S'assurer à terme de la conformité des logiciels de facturation directe aux règles tarifaires édictées par le ministère de la santé (orientation).

38. Définir le périmètre cible de la convergence tarifaire intersectorielle pour 2018, ainsi que le niveau et les modalités du rapprochement des tarifs des deux secteurs à cette échéance.

39. Conforter la base PMSI en mettant la documentation de l'ATIH en conformité avec les normes et pratiques en vigueur pour la création et la gestion de bases de données informatiques.

40. Rendre plus robuste et actualiser en tant que de besoin l'ENCC pour maintenir le lien entre tarifs et coûts et expliciter le mode de répercussion du référentiel ENCC dans les tarifs lors de chaque campagne.

41. Harmoniser les bases de financement des établissements en substituant aux tarifs journaliers de prestations un dispositif fondé sur l'activité.

42. Permettre aux ARS de substituer pour certaines activités aux tarifs nationaux des tarifs dégressifs lorsque des seuils d'activité contractuellement fixés avec certains établissements auront été dépassés.

Chapitre VIII – Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU)

43. Standardiser au niveau national les critères permettant de valoriser les missions d'intérêt général (MIG) les plus importantes, dont le service d'aide médicale urgente (SAMU) et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

44. Redéfinir le dispositif des aides contractuelles et son suivi de façon à mettre fin à des financements accordés dans le seul objectif de minorer le montant des déficits.

45. Être nettement plus sélectif dans l'attribution des financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

(MERRI) en s'appuyant sur des indicateurs de performance portant sur l'activité et la qualité de la recherche.

46. Etablir une méthodologie commune aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements permettant une mesure objective des efforts d'organisation et de gestion réalisés et des économies obtenues, notamment dans la gestion des personnels médicaux et non médicaux, mesurée en équivalents temps plein travaillé (ETPT).

Chapitre IX – Les coopérations hospitalières

47. Piloter fermement la stratégie de recomposition de l'offre hospitalière en mettant résolument en œuvre l'ensemble des outils, y compris coercitifs (DGOS et ARS).

48. Réduire le nombre des supports juridiques possibles pour les coopérations en supprimant ceux qui n'ont pas trouvé d'usage (DGOS).

49. Normaliser les modèles de conventions, de GIE et de GIP pour éviter les risques juridiques et les déséquilibres pesant sur les hôpitaux (DGOS).

50. Diffuser des recommandations méthodologiques spécifiquement destinées à préserver les intérêts des hôpitaux dans les coopérations (DGOS).

51. Vérifier la pertinence géographique des territoires de santé et les affranchir au besoin des limites départementales (ARS).

52. Rendre systématiques les études d'impact précises avant lancement des coopérations et les évaluations ultérieures ainsi que leur communication aux ARS.

TROISIEME PARTIE

COUVERTURE OBLIGATOIRE ET PROTECTION FACULTATIVE

RECOMMANDATIONS

Chapitre X – La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale

53. Se doter des outils permettant le suivi en continu des coûts induits par les prises en charge intégrales, notamment à l'hôpital.

54. Mieux connaître et réguler les dépenses d'ALD :

- *établir de manière méthodologiquement solide la réalité du coût du dispositif en ville comme à l'hôpital et de sa progression tendancielle ;*
- *poursuivre la révision de la liste des ALD ;*
- *examiner la faisabilité technique de l'association, conformément aux textes existants, d'un critère de coût aux critères médicaux pour l'admission dans le dispositif ;*
- *veiller à l'application stricte et harmonisée par les médecins conseils de l'assurance maladie des diverses dispositions et recommandations relatives à l'admission et à la sortie du dispositif.*

55. Procéder à une évaluation médico-économique des exonérations ciblées, afin de supprimer celles dont la justification est insuffisante.

56. Réformer les modes de participation financière des assurés aux soins à l'hôpital avec l'objectif de réduire les inégalités des restes à charge.

Chapitre XI – Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

57. Réduire, voire supprimer dans le cadre d'une réforme globale du financement de l'assurance maladie, les exemptions de cotisations sociales très favorables dont bénéficient les contrats collectifs et a minima les moduler en fonction de critères d'éligibilité plus strictement définis, notamment en matière de contribution à une meilleure gestion du risque et de niveau de frais de gestion.

58. Faire réaliser une évaluation indépendante de la CMUC et de l'ACS et actualiser les études relatives à la consommation de soins des bénéficiaires.

59. Réduire l'effet de seuil lié au plafond de la CMUC, en élargissant la fourchette de revenu qui permet de prétendre à l'ACS et en y affectant tout ou partie des recettes supplémentaires procurées par le réajustement des aides aux contrats collectifs.

60. Améliorer la connaissance des contrats collectifs, notamment en ce qui concerne le montant des dépassements pris en compte et le nombre de ces contrats ne bénéficiant pas à la totalité des personnels des entreprises concernées.

Chapitre XII – Les aides publiques à l'épargne retraite

61. Améliorer le suivi des taux de remplacement des régimes de retraite obligatoires et, en développant notamment les systèmes statistiques, celui des différents dispositifs d'épargne retraite.

62. Pour les foyers à revenus élevés, réduire, voire supprimer, les incitations à l'épargne retraite individuelle, qui constituent des effets d'aubaine et les renforcer pour les foyers à revenus faibles ou moyens.

63. Conditionner plus étroitement les avantages sociaux et fiscaux du PERCO au respect des principes généraux de l'épargne retraite, en supprimant la possibilité de déblocage anticipé des fonds en cas d'achat de la résidence principale.

64. Revoir les dispositions sociales relatives aux retraites chapeau en assujettissant, lors du départ à la retraite du salarié, les primes versées par l'entreprise à l'assureur (ou le montant provisionné par l'entreprise) aux cotisations sociales de droit commun.

QUATRIEME PARTIE

LA QUALITE DE GESTION DES CAISSES ET DES REGIMES

RECOMMANDATIONS

Chapitre XIII – La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

65. Mettre en place dans les branches famille et maladie des indicateurs de productivité synthétiques réellement exhaustifs.

66. Promouvoir les mutualisations de manière plus systématique et rigoureuse sur la base d'un schéma-cible d'organisation, en prévoyant des cahiers des charges et une estimation des gains de productivité à en attendre et l'évaluation des gains réalisés.

67. Faire de la réduction des écarts de performance une source de l'amélioration de l'efficacité des branches, en fixant parallèlement des objectifs réalistes et ambitieux aux organismes les plus productifs.

68. Définir pour chaque branche une doctrine en matière de proximité qui tienne compte à la fois des besoins des usagers et de l'impératif d'efficacité.

69. Pour la branche maladie, définir des objectifs et un calendrier précis pour de nouvelles étapes en matière de dématérialisation.

70. Anticiper et préparer la renégociation de l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux, aux fins d'une plus grande fluidité des parcours professionnels des agents.

Chapitre XIV – Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements

71. Inscrire dans la loi le principe de la facturation des frais de gestion fondé sur les coûts réels constatés pour les prestations servies pour compte de tiers par la branche famille.

72. Mettre en œuvre à cette fin dans les meilleurs délais une comptabilité analytique permettant de mesurer les coûts de gestion des prestations servies pour compte de tiers.

73. Systématiser la conclusion de conventions de gestion entre l'Etat et la CNAF -comme c'est déjà le cas entre CAF et départements pour le RSA- et prévoir qu'une annexe de la COG soit consacrée aux relations de la branche famille avec les tiers. Le renforcement de ce système conventionnel devrait notamment avoir pour objectif :

- *la mise en œuvre des actions nécessaires pour améliorer la qualité de la liquidation des prestations et renforcer la maîtrise des risques, notamment pour ce qui concerne les allocations logement ;*
- *la réduction des écarts injustifiés entre caisses dans la gestion des prestations et un suivi précis de l'origine des indus ;*
- *une meilleure homogénéisation de l'implication des CAF dans la gestion du RSA dans le cadre d'une réflexion conjointe entre la CNAF et l'Assemblée des départements de France ;*
- *la fixation de délais minimum obligatoires séparant la parution des textes créant ou modifiant des prestations servies pour compte de tiers et leur mise en œuvre par les CAF.*

Chapitre XV – La réorganisation de la Mutualité sociale agricole

74. Expertiser d'ici 2013 le transfert aux CAF de la gestion de la branche famille des deux régimes salariés et non salariés.

75. Evaluer l'impact d'un éventuel réaménagement des règles de rattachement des salariés à la MSA, de façon à régler notamment le problème d'équité lié aux droits des polypensionnés (orientation).

76. Définir au niveau national dès le plan d'action stratégique les missions qui doivent être exercées à une échelle inter-caisses ou nationale et en tirer les conséquences sur les contrats pluriannuels d'objectif et de gestion.

77. Développer les actions de coopération avec le régime général, en particulier pour la formation des personnels.

78. Donner compétence aux directeurs de caisse pour remettre les pénalités et majorations de retard, en-deçà d'un seuil à définir.

79. Ajuster les taux des cotisations complémentaires de gestion pour qu'elles financent les charges exactes de gestion de chacun des régimes (salariés et non salariés).

80. Réexaminer le statut des réserves financières des caisses locales et en centraliser la gestion.

81. Définir les critères sélectifs permettant d'encadrer l'exercice des missions pour le compte de tiers.

Chapitre XVI – Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général

82. Achever dans les meilleurs délais le recensement quantitatif et qualitatif du patrimoine en donnant la priorité :

- *à la mesure en réel des surfaces utiles nettes (SUN) de l'ensemble des installations ;*
- *au calcul des ratios de surface par agent et des coûts d'investissement et d'exploitation par poste de travail (et non seulement par m²) ;*
- *à l'appréciation par des professionnels des valeurs vénales foncière et immobilière.*

83. Mettre en œuvre une gouvernance informatique collective coordonnée par l'UCANSS en veillant notamment au bon déploiement du logiciel Rapsodie dans l'ensemble des branches.

84. Faire de l'UCANSS un pôle d'expertise renforcé pour :

- *suivre les coûts de construction et réhabilitation par agent installé ;*
- *développer également des compétences en matière de négociation aussi bien pour les locations que pour une politique active de cession.*

85. Veiller au suivi des dossiers de restructuration et de réhabilitation concernant des établissements recevant du public et plus particulièrement des immeubles de grande hauteur.

86. Dissoudre les UIOSS en situation critique.

Chapitre XVII – Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte

87. Renforcer l'intervention des caisses nationales dans la sanction des directeurs et agents comptables des caisses (recommandation réitérée).

88. Limiter la durée maximale de fonction sur un même poste des agents de direction et adapter les règles de gestion de leurs carrières en conséquence (recommandation réitérée).

RÉPONSES DES MINISTRES

REPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, DE LA MINISTRE DU BUDGET DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT ET DE LA MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE

Comme chaque année, le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale dont vous nous avez adressé le projet, constitue une contribution importante à l'analyse des principaux enjeux financiers liés aux politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics. Nous portons comme vous le savez une attention particulière à vos observations et recommandations.

Bien qu'elle recouvre des aspects divers qui se retrouvent détaillés dans votre rapport, l'action publique menée par le Gouvernement en matière de protection sociale partage un impératif commun qui est d'une part d'assurer une couverture sociale accessible, de qualité, fournie de façon efficiente et d'autre part d'inscrire les comptes sociaux dans une trajectoire rigoureuse contribuant à la soutenabilité des finances publiques.

Ainsi, alors même que la sécurité sociale a été marquée par les effets de la crise économique et financière depuis 2008, nous avons mis en œuvre des politiques de réforme majeures pour assurer une amélioration continue, structurelle et déterminée des comptes sociaux.

Le premier axe de réforme d'ampleur s'est traduit par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites qui permettra tout à la fois d'atténuer la croissance des charges et d'augmenter les ressources des régimes de retraites. L'élévation progressive des âges de la retraite minimum et ouvrant droit à une pension à taux plein permettront de réduire de 20 Md€ le besoin de financement des régimes à l'horizon 2020, en contribuant à ralentir le flux des nouvelles pensions liquidées chaque année et en apportant aux régimes des cotisations supplémentaires découlant des rémunérations versées aux salariés qui seront appelés à prolonger leur activité. De plus, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu l'affectation au Fonds de solidarité vieillesse de produits supplémentaires pour un montant de 3,7 Md€ en 2011; qui permettront à ce Fonds de prendre en charge une partie des dépenses attachées au « minimum contributif » jusque là financé par le régime général et les régimes alignés. L'objectif de la réforme est d'atteindre en 2018 l'équilibre de l'ensemble formé des régimes obligatoires de retraite, de base comme complémentaires et auparavant de traiter les déficits de la branche vieillesse et du Fonds de solidarité vieillesse au cours de la période de montée en charge de la réforme.

Le Comité de pilotage des régimes de retraites (Copilor), composé de parlementaires, de représentants de l'Etat, des partenaires sociaux et des directeurs des caisses de retraites, est chargé d'assurer le suivi de la situation

financière des régimes de retraite, notamment des conditions dans lesquelles s'effectue le retour à l'équilibre du système de retraite à l'horizon 2018 et des perspectives financières ultérieures, tout en veillant au respect des objectifs du système de retraite par répartition.

Le deuxième axe concerne la maîtrise des dépenses maladie. Il convient de souligner, comme le fait la Cour, l'avancée voire la rupture que constitue en 2010, pour la première fois, le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté par le Parlement à l'automne 2009 dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Au final, la dépense constatée dans le champ de l'Ondam s'est ainsi avérée légèrement inférieure à l'objectif initial. L'augmentation des dépenses en valeur a marqué un ralentissement d'un point par rapport à la moyenne des cinq années précédentes.

Comme le relève la Cour, ce résultat découle directement des améliorations importantes qui ont été apportées au suivi infra-annuel de l'Ondam, en application des recommandations du rapport présenté par M. Raoul Briet en avril 2010. La constitution du comité de pilotage de l'Ondam regroupant les administrations et organismes en charge de la gestion des risques maladie, la constitution de mises en réserve de crédits afin d'anticiper des risques de dépassement ou de compenser ces dépassements lorsqu'ils sont avérés, ou encore le renforcement des prérogatives du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, ont contribué à ce succès. Pour l'avenir, l'avis que le comité d'alerte sera appelé à rendre sur l'objectif de dépenses proposé par le Gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante sera de nature à conforter encore la crédibilité de la construction de cet agrégat. Le Gouvernement est totalement déterminé à ce que l'objectif de respect de l'Ondam s'impose comme une pierre angulaire du pilotage des comptes sociaux.

La Cour mentionne toutefois certaines améliorations supplémentaires qui permettraient de rendre plus transparente la construction de l'Ondam et plus objective l'évaluation des efforts effectifs de maîtrise de la dépense. Des efforts en ce sens ont d'ores et déjà été entrepris et transmis au Parlement dans les documents annexés au projet de loi de sécurité sociale pour 2011 et nous partageons le souhait de la Cour de poursuivre dans cette voie, en gardant toutefois présente à l'esprit la nécessité de conserver l'efficacité de la gestion du risque qui requiert que les administrations et les organismes puissent disposer d'une certaine latitude pour atteindre les objectifs globaux d'économies.

Pour l'année 2011, le Gouvernement se donnera tous les moyens d'un nouveau respect de l'Ondam, à un niveau inférieur à la croissance de l'économie, ce qui place la France parmi les pays maîtrisant le mieux les dépenses de santé. Le maintien d'évolutions modérées des dépenses maladie, qui malgré le vieillissement de la population et les nouveaux besoins, se

situent nettement en deçà de la croissance moyenne du produit intérieur brut en valeur constitue à lui seul une mesure structurelle pour le redressement des comptes de l'assurance maladie.

Le troisième axe a consisté à traiter les déficits cumulés de la sécurité sociale selon le principe de cantonnement de la dette sociale au sein de la Cades sur une période maximale de 15 ans, permettant de tenir compte des effets de la crise économique sur les comptes sociaux. Ainsi, un financement a été assuré pour l'ensemble des déficits passés du régime général et du FSV et également pour l'année 2011. II en est de même pour les déficits que connaîtront la CNAV et le FSV sur la période de montée en charge des effets de la réforme retraites. La création, suite aux remarques de la Cour, d'un tableau patrimonial de la sécurité sociale dès la LFSS pour 2012 concourra à bien mesurer les enjeux liés à la dette sociale et cette nouvelle disposition nous paraît à ce titre tout à fait utile. Si tout doit être fait pour limiter la durée de vie de la Cades, nous tenons néanmoins à rappeler les vertus d'un dispositif qui a permis à la Cades d'amortir l'intégralité de la dette qui lui a été transférée lors de sa création et d'amortir à compter de l'exercice 2011 plus de 11 Md€ chaque année dans la transparence. Le fait que la dette sociale soit autonomisée représente de manière effective un point positif, confirmé par les très bonnes conditions de placement dont bénéficie la Cades.

Le dernier axe a trait à la réduction des niches sociales qui a été poursuivie et amplifiée. II est tout à fait fondamental que les recettes de la sécurité sociale évoluent au même rythme que la richesse nationale. Par ailleurs, le renforcement de l'attractivité et de la compétitivité de la France suppose de ne pas augmenter le coût du travail pour les entreprises. Pour les particuliers, la réduction des dispositifs dérogatoires préserve le pouvoir d'achat des plus modestes. En 2011 et indépendamment des autres mesures de recettes (notamment l'augmentation du taux marginal de la dernière tranche de l'impôt sur le revenu et du taux des prélèvements proportionnels sur les revenus du capital dans le cadre du financement de la réforme des retraites), les mesures de réduction de niches affectant les comptes sociaux représentent environ 7,5 Md€.

L'ensemble de ces réformes est conforté par le renforcement de la gouvernance des finances sociales et en particulier d'une approche pluriannuelle renouvelée. Outre les deux points mentionnés ci-dessus sur l'amélioration du pilotage des dépenses d'assurance maladie et la mise en place du Copilor, les engagements pris par le Gouvernement à travers la loi de programmation des finances publiques 2011-2014 apportent en effet un cadrage et une vision à l'ensemble des acteurs de la sphère sociale, lesquels comptent parmi les conditions de réussite du redressement des comptes sociaux. Rehausser la valeur juridique de ces engagements pour la porter au plus haut niveau de notre ordonnancement juridique, ce qui constitue le cœur de la règle d'or que souhaite inscrire le Gouvernement dans la Constitution, présenterait ainsi un caractère décisif.

Nous tenons enfin à souligner que, dans la continuité des mesures mises en œuvre en 2011, la volonté du Gouvernement de mener une politique ambitieuse de réduction des déficits sociaux trouve une nouvelle fois sa traduction dans les mesures d'ores et déjà annoncées pour 2012, puisqu'environ 6,5 Md€ de recettes nouvelles seront affectés aux comptes sociaux.

Au-delà de ces aspects généraux et des remarques que nos services vous ont formulées, notamment sur votre appréciation sur l'implantation médicale, les sages femmes, l'épargne salariale, nous souhaiterions revenir plus particulièrement sur trois aspects.

S'agissant des dépenses de médicament, la Cour se livre à une analyse des différents éléments qui conduisent au niveau élevé qu'elles atteignent dans notre pays. Nous tenons à rappeler à cet égard que c'est principalement la structure de la consommation de médicaments dans notre pays qui est à l'origine de cette forte dépense : les règles de fixation des prix appliquées par le CEPS visent à ce que les produits onéreux ne soient pas, plus onéreux, en France que dans les autres pays d'Europe, mais ces produits sont proportionnellement davantage prescrits que les produits moins onéreux dans notre pays.

Si la structure de la consommation de médicaments dans notre pays contribue de façon non négligeable à cette forte dépense, il est exact que le processus de remboursement des médicaments pourrait être optimisé, empêchant par exemple que des médicaments présentant un service médical rendu insuffisant (SMRI) soient remboursables par l'assurance maladie. A cette fin, le ministre de la santé a annoncé en janvier 2011 que les médicaments présentant un SMRI ne pourraient être pris en charge par la collectivité, sauf avis contraire motivé de sa part.

Entre 2005 et 2010, la croissance annuelle moyenne du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville s'est établie à 1,6% contre 6% entre 2000 et 2005. Le niveau du « taux K » de la clause de sauvegarde, ramené à 0,5% par la LFSS pour 2011 alors qu'il était régulièrement fixé à des niveaux de 3 ou 4% au début des années 2000 témoigne de cette décélération des dépenses qu'il faut poursuivre. Le Gouvernement est toutefois soucieux d'exploiter toutes les marges de manœuvre possibles pour améliorer encore les outils de maitrise des dépenses existants et partage notamment avec la Cour le souci de donner à l'évaluation médico-économique toute sa place dans le processus d'évaluation et de tarification des produits de santé : une mesure en ce sens sera proposée à l'occasion du PLFSS pour 2012. Par ailleurs, agir sur la structure de la consommation de médicaments en France suppose une meilleure information et une implication accrue des prescripteurs. L'introduction d'une part de rémunération à la performance des médecins dans la nouvelle convention médicale va dans ce sens. Le gouvernement s'est par ailleurs engagé, à la suite des travaux des

assises du médicament, à renforcer l'information publique des patients et des prescripteurs sur les médicaments.

S'agissant de la prise en charge intégrale des dépenses de santé par l'assurance maladie, c'est-à-dire les dérogations aux mécanismes de participation des assurés, la Cour considère que « le dispositif actuel d'exonérations ciblées se révèle particulièrement complexe, illisible et peu cohérent » et suggère une réforme dans laquelle ces exonérations seraient supprimées au profit d'un « régime unifié de prise en charge ».

Certes complexe, le système actuel d'exonération obéit à une logique de protection des plus malades (personnes ayant à subir des soins très coûteux, par exemple en affection de longue durée - ALD) et des plus démunis (qui bénéficient d'une couverture maladie universelle complémentaire), ce qui permet à la France d'être l'un des pays de l'OCDE où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge des ménages le plus limité (9,4% de la consommation de soins et de biens médicaux en 2009 selon le dernier rapport de la Commission des comptes de la santé paru en 2010).

Si ce système est perfectible, tout projet de réforme devra s'appuyer sur une étude approfondie permettant de déterminer les meilleurs paramètres pour maintenir l'accès de tous à des soins de qualité et éviter de déstabiliser le système d'offre de soins.

En tout état de cause, le juste niveau de prise en charge suppose une réflexion globale non seulement sur l'assurance maladie de base mais aussi sur les complémentaires santé. Si aujourd'hui le reste à charge final des ménages s'établit à 9,4% de la consommation de soins et de biens médicaux, c'est aussi du fait de leur recours aux complémentaires santé, qui couvrent 13,8% de la consommation de soins et de biens médicaux et 94% de la population. A travers différentes actions récentes, passant à la fois par des échanges d'informations entre caisses et par une revalorisation des plafonds de ressources et des montants d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, le Gouvernement entend améliorer encore ce taux de couverture afin de faire en sorte que tout assuré social ait accès à une complémentaire santé.

S'agissant des constats émis par la Cour sur l'ambition relative des objectifs de réduction d'effectifs fixés aux caisses nationales du régime général, il convient de rappeler que les objectifs de non remplacement des départs en retraite joints aux efforts de politique salariale ont permis d'avoir une hausse des dépenses de personnel limitée à 0,2% à périmètre constant en 2010. Le Gouvernement sera particulièrement attentif par ailleurs à ce que les fusions récentes permettent de dégager effectivement des gains de productivité, sans altérer la qualité et la proximité du service public, notamment vis à vis de nos compatriotes les plus démunis.

Il convient par ailleurs de souligner que les autorités de tutelle s'attachent à négocier les moyens accordés aux organismes de sécurité sociale

en tenant compte de l'évolution de l'activité, des charges nouvelles et des gains de productivité de chaque réseau.

REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION, DE LA PÊCHE, DE LA RURALITE ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

Ce rapport appelle les remarques suivantes :

En premier lieu, dans le chapitre 1, la Cour relève que les comptes de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) n'ont pas été certifiés en 2010. Cette absence de certification est principalement causée par les limitations du contrôle interne. Toutefois, le rapport des commissaires aux comptes constate déjà pour 2010 de réels progrès liés à la mise en place d'un dispositif de contrôle interne refondu. La dynamique ainsi constatée laisse espérer une certification pour l'exercice 2011. C'est d'ailleurs l'un des grands engagements de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'Etat le 1er mars 2011.

S'agissant du chapitre XV relatif à la réorganisation de la MSA, la Cour a constaté que la restructuration des caisses de MSA était effective au plan juridique. Elle souligne toutefois la nécessité que ces regroupements se traduisent par des bénéfices en matière de performance de gestion.

Je partage cette analyse de la Cour. En effet, si la COG précédente a été celle de la restructuration du réseau des MSA, la nouvelle COG pour les années 2011 - 2015 devra être celle de la réorganisation de l'activité de ce réseau reconfiguré. Ainsi, la COG fixe un cadrage dans ces domaines, tant en termes d'objectifs que de calendrier.

En outre, la Cour formule une série de préconisations afférentes à la gestion du régime de protection sociale des agriculteurs. Ces préconisations appellent les observations suivantes.

Je reste attaché au maintien de la gestion des prestations familiales au sein de la MSA. Un éventuel transfert aux Caisses d'Allocations Familiales (CAF), que la Cour propose d'expertiser, aurait pour effet de mettre fin au statut de guichet unique de la MSA pour la protection sociale du monde agricole. Or ce statut de guichet unique est un atout, tant par son caractère structurant que grâce aux possibilités qu'il offre en matière de lutte contre la fraude.

Sur ce sujet, la Cour évoque l'exemple du Régime social des indépendants (RSI). Or ce dernier n'est pas un guichet unique pour l'ensemble de ses ressortissants. L'Interlocuteur social unique (ISU), mis en place par ce régime depuis le 1er janvier 2008, est un dispositif à destination des chefs d'entreprise visant à simplifier leurs démarches lors de la déclaration et du paiement des cotisations sociales. L'ISU n'a pas de fonction de guichet dans la gestion des prestations servies par le RSI.

Il convient cependant de relever que la différence de coûts de gestion des prestations familiales entre le réseau des CAF et celui de la MSA est importante. La MSA devra faire un effort de performance dans sa gestion des prestations familiales afin de tendre vers un alignement de ses coûts de gestion sur ceux des CAF.

Aussi, je suis favorable à une mutualisation de la gestion des prestations familiales entre les différentes caisses de MSA, qui pourrait prendre la forme de collaborations inter-caisses voire d'une gestion nationale. La COG pour les années 2011 - 2015 prévoit de favoriser de telles coopérations.

La Cour propose également d'évaluer l'impact d'un réaménagement des règles de rattachement à la MSA des salariés dans le secteur des services de façon à régler notamment le problème d'équité lié aux droits des polypensionnés.

Si le montant des pensions des polypensionnés est un sujet qui mérite d'être traité, je suis très réservé quant à l'opportunité d'un changement des règles d'affiliation à la MSA. D'une part, la mutualité agricole au sens large a une histoire commune. Elle se retrouve au sein de la Confédération Nationale de la Mutualité, de la Coopération et du Crédit Agricoles, ce qui explique l'affiliation de l'ensemble de ces salariés à la MSA. D'autre part, il serait plus opérant de revoir les modalités de calcul des pensions des personnes qui passent d'un régime à l'autre plutôt que d'affilier les salariés des Assurances et Mutuelles Agricoles (AMA) et du Crédit Agricole au régime général, car la situation de ces salariés n'épuise pas le sujet : il est tout aussi fréquent que des salariés des exploitations agricoles aient eu des périodes d'activité dans l'industrie et le commerce au cours de leur carrière professionnelle.

En tout état de cause, la question des polypensionnés appelle une réponse globale à un niveau inter-régime qui ne saurait être donnée par le seul régime agricole.

La Cour souligne l'importance des actions de coopération avec le régime général, en particulier pour la formation des personnels et préconise de définir au niveau national, dès le plan d'action stratégique, les missions qui doivent être exercées à une échelle inter-caisses ou nationale et d'en tirer les conséquences sur les contrats personnalisés d'objectif et de gestion.

Je suis en accord avec la Cour sur ces deux points qui s'inscrivent pleinement dans les orientations négociées avec la MSA pour la COG 2011-2015. Ainsi, à titre d'exemple, un cadre a été fixé pour promouvoir respectivement les coopérations entre les caisses et le partage de formations avec les autres régimes.

La Cour invite également à donner compétence aux directeurs de caisse pour remettre les pénalités et majorations de retard, en-deçà d'un seuil

à définir. Je soutiens cette mesure de simplification administrative, qui permettrait également d'améliorer la pratique des remises de pénalités.

La Mission d'audit, d'évaluation et de contrôle des organismes de protection sociale agricole (MAECOPSA) effectue actuellement une étude sur l'activité des commissions de recours amiable. Les conclusions de cette enquête pourraient servir de base de travail à une future évolution.

Par ailleurs, la Cour a constaté un déséquilibre entre le financement de la gestion des régimes des salariés et des non-salariés. Elle recommande d'ajuster les taux des cotisations complémentaires de gestion pour qu'elles financent les charges exactes de gestion de chacun des régimes (salariés et non salariés).

Une autre solution pourrait passer par la fusion des cotisations techniques et complémentaires pour chacun de ces régimes. Le financement de la gestion de chaque régime s'opérerait au moyen d'un prélèvement sur le produit des cotisations. Le choix d'une solution adéquate devra faire l'objet d'une consultation des acteurs concernés.

La Cour suggère enfin de réexaminer le statut des réserves des caisses locales ainsi que d'en centraliser la gestion. Une telle évolution pourrait être intéressante. Cependant, il convient de veiller, notamment, à ce que la centralisation d'une partie des réserves des caisses ne conduise pas à la remise en cause du principe de la comptabilité à l'émission. Ce principe est vertueux car particulièrement incitatif dans le cadre d'une politique de recouvrement efficace des cotisations.

Si la Cour a pu constater une légère dégradation du montant des restes à recouvrer en 2008 et 2009, il convient de rappeler que ces deux années ont été marquées par une crise qui a entraîné une très forte baisse du revenu agricole. En outre, le taux de recouvrement est par nature relatif : en valeur absolue, le montant des cotisations collectées en 2009 a progressé.

Par ailleurs, une solution pérenne au déséquilibre de la branche vieillesse doit être trouvée le plus rapidement possible. En effet, le régime des non salariés agricoles connaît un déficit de l'ordre de 1,2 Md€ par an. Plus la dette du régime agricole se reconstituera et plus l'effort à accomplir pour la résorber sera difficile.

Aussi, je rejoins la préoccupation de la Cour sur les difficultés financières de la branche vieillesse des non-salariés agricoles et sa proposition d'affecter des ressources supplémentaires à la branche pour assurer son équilibre puis le financement de son désendettement.

Enfin, s'agissant du chapitre XVII relatif aux contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte, ces derniers ont montré une série d'indicateurs dégradés. Si on peut considérer que la performance du réseau MSA doit être améliorée, il convient de mettre en perspective ces indicateurs, d'une part, avec le contexte économique particulièrement difficile pour le monde

agricole en 2008 et 2009, d'autre part, avec la restructuration des caisses, achevée le 1er avril 2010 et qui a mobilisé les équipes pendant plusieurs années. Les engagements de la COG 2011 - 2015 montrent une ambition d'amélioration forte dans ce domaine.

Je me félicite, tout comme la Cour, du travail accompli par les missions de contrôle partenaires du réseau d'alerte. S'agissant en particulier de la MAECOPSA, la date de fusion avec la Mission nationale de contrôle et d'audit du régime général devrait intervenir le 1er juillet 2012 et non le 1er avril.

REPONSES DES ORGANISMES

PREMIERE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX

Chapitre II
L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Sur le pilotage de l'ONDAM

La CNAMTS partage dans l'ensemble les préconisations formulées par la Cour sur les modalités d'élaboration de l'ONDAM. L'intérêt, plus particulièrement, d'une explicitation plus détaillée des hypothèses de construction de l'ONDAM, dans l'annexe 7 du PLFSS, peut être souligné.

L'amélioration du niveau d'information sur la construction de l'ONDAM de l'année à venir dans une annexe au PLFSS serait un paramètre important participant à une meilleure compréhension de l'ONDAM et permettant d'éclairer les prises de décisions en termes d'actions correctrices en cours d'année si nécessaire.

Par ailleurs, la Cour préconise une présentation plus détaillée du contenu des différents sous-objectifs de l'ONDAM. Une telle déclinaison pourrait plus spécifiquement distinguer les crédits limitatifs et les dépenses liées à des prestations de soins. (…)

Sur la réalisation de l'ONDAM soins de ville en 2010

(…)

La Cour estime que, si le respect de 1'ONDAM a été rendu possible par la mise en place d'un pilotage plus ferme et le recours à de nouvelles mesures de régulation à effet immédiat, il a aussi tenu à « une combinaison d'éléments aléatoires ou particuliers à 2010 ».

La CNAMTS estime que le respect de l'ONDAM en 2010 tient plus à des facteurs volontaristes que conjoncturels.(…) Le résultat de l'année 2010 a certes bénéficié de facteurs conjoncturels favorables et de la mise en œuvre de certaines préconisations du rapport Briet (gel des MIGAC, qui ont permis de contenir la progression des dépenses sur l'ODMCO) qui ont contribué au résultat de 2010, mais le rapport de la Cour, en focalisant son analyse sur ces « facteurs ponctuels », relativise les acquis d'une stratégie de maîtrise des dépenses qui est déployée dans la durée, qui montre ses résultats au-delà du seul exercice 2010 et qui ont permis à la France d'être, parmi les pays de l'OCDE, l'un de ceux qui ont le mieux maîtrisé la croissance de ses dépenses de santé depuis 2005.

(…)

On ne peut donc nier que les facteurs conjoncturels qui ont contribué au respect de 1'ONDAM 2010 interviennent sur fond d'un réel ralentissement des dépenses, ralentissement imputable à la fois à la décélération des volumes d'activité et des professions de santé et de prescriptions et à une gestion très rigoureuse des prix des soins et des produits de santé.

(…)

Ce ralentissement structurel des volumes est, au moins pour partie, à mettre au crédit des programmes de maîtrise médicalisée déployés par l'assurance maladie depuis cinq ans. (…)

DEUXIEME PARTIE – LES DEPENSES DE SOINS ET LEUR MAITRISE

Chapitre IV
La maîtrise des dépenses de médicaments

REPONSE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

Les éléments d'analyse et de proposition du projet de rapport convergent assez largement avec les propositions que la Haute Autorité de Santé a portées dans les Assises du Médicament.

Nous sommes très attachés à simplifier et rendre plus lisible l'ensemble de la chaîne du médicament.

Nous souhaitons une nouvelle définition des critères d'examen et d'admission au remboursement des médicaments distinguant plus nettement le bénéfice risque incombant à la future Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et l'intérêt et l'avantage thérapeutique qu'il revient à notre institution d'évaluer et de mesurer.

Nous ferons des propositions en ce sens visant une refondation des actuels critères de SMR et d'ASMR dans un index synthétique valorisant l'avantage thérapeutique représenté par le médicament évalué en regard des traitements existants.

Nous partageons, à cet égard, l'analyse de la Cour sur le fait que les médicaments qui ont, dans le cadre actuel, un niveau de SMR insuffisant ne devraient pas pouvoir être proposés au remboursement. Nos propositions distingueront donc nettement un niveau en deçà duquel l'admission au remboursement ne pourra être proposée aux pouvoirs publics.

Nous considérons que la valeur ajoutée de la Commission de la Transparence que nous proposons de requalifier en Commission de l'intérêt ou avantage thérapeutique doit pouvoir s'exercer dans le champ médico-économique, notamment pour les produits innovants.

Dans cette perspective, il est indispensable de clarifier les missions que la HAS a obtenues en 2008 dans l'évaluation médico-économique et de les qualifier expressément sur les médicaments et produits de santé alors qu'elles visent aujourd'hui de manière plus large les « stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge ».

Nous considérons que pour assurer les missions et les responsabilités qui sont attendues de la Haute Autorité de Santé dans le champ de l'évaluation des produits de santé, les compétences qui sont historiquement attribuées par la loi à la Commission de la Transparence et pour les dispositifs à la CNEDIMTS doivent être transférées, en plein exercice au Collège de la Haute Autorité de Santé.

Enfin, nous partageons également la préoccupation de la Cour de voir les prescriptions hors AMM mieux encadrées. Les recommandations temporaires d'utilisation proposées dans le projet de loi relatif à la modernisation du système des produits de santé, dès lors qu'elles seront conjuguées à une gestion active de la « liste en sus » des établissements de santé, nous paraissent présenter un cadre utile et évolutif du nécessaire encadrement des prescriptions hors AMM. Toutefois, une coordination entre la future Agence Nationale de Sécurité du Médicament et la Haute Autorité de santé nous paraît, en la matière, indispensable, ne serait-ce que pour l'articuler avec les règles de prescription des affections de longue durée et maladies rares définies à I 'article L. 162.17.1 du code de la Sécurité Sociale et qui incombent à la Haute Autorité de Santé.

Cette nécessaire coordination n'est toutefois pas retenue, en l'état, dans le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire et des produits de santé. Nous avons fait des propositions de réintroduction d'une collaboration utile entre la future ANSM et la HAS dans l'évaluation et l'encadrement du hors AMM. Nous souhaitons que la future loi puisse en tenir compte.

REPONSE DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE (CEPS)

Le comité partage l'appréciation de la Cour relative à l'effet volume. Différentes méthodes de calcul existent en fonction de la délimitation du champ retenu, mais elles convergent pour donner, sur la période considérée, une croissance faible, comprise entre + 0,9% citée par la Cour et - 0,1% citée par le comité dans ses rapports d'activité de 2004 et 2009 notamment.

(…)

Néanmoins, il parait indispensable de distinguer l'effet structure, c'est à dire, en l'espèce, une propension française exceptionnellement élevée en Europe à la consommation et donc à la prescription des produits les plus chers dans chaque classe et l'effet prix proprement dit, lequel relève de la responsabilité du comité.

Les rapports d'activité précités du comité distinguent ces deux effets : durant les 10 années considérées l'effet structure s'élève à +84,9%, alors que l'effet prix est de -14,9%. En monnaie constante, l'indice des prix de l'ensemble des spécialités s'établit à 73,2 en 2008 (2000=100) (Éco santé France, mai juillet 2011).

Ensemble, l'effet volume, l'effet structure et l'effet prix donnent une dépense qui se situe aux premiers rangs européens, ce dont le comité a pleinement conscience. L'accent croissant mis par le comité sur les baisses de convergence des prix au sein de chaque classe a contrecarré cette culture, relevée par la Cour, de la prescription favorisant les médicaments nouveaux et chers. Pour autant cette action oblique ne peut, à elle seule, annuler l'effet structure.

A l'évidence, le caractère déflateur de l'effet prix, rappelé ci-dessus, bénéficie de ce que la Cour qualifie de « panne de l'innovation », marquée par le faible nombre de médicaments nouveaux bénéficiant d'une amélioration du service médical rendu (ASMR) élevée, alors même que l'expiration des brevets de spécialités coûteuses entraîne la mise sur le marché de produits génériques dont les prix sont, en règle générale, inférieurs de 55% à ceux des princeps qu'ils concurrencent. Au demeurant, le CEPS constate que cette panne de l'innovation s'observe dans tous les pays développés, quel que soit leur mode de fixation des prix des médicaments. Aussi, le lien qu'évoque la Cour dans sa conclusion, entre le caractère contractuel de la politique suivie en France et cet état de fait, ne paraît pas pleinement établi.

Cette situation éminemment favorable à une maîtrise des prix ne doit pas pour autant conduire le comité à faire preuve d'une moindre rigueur dans la fixation de ces derniers.

La Cour considère à cet égard que les critères de fixation des prix sont « flous » et qu'il existe une « tendance à ne pas lier toujours suffisamment étroitement ASMR et niveau de prix ».

Le comité relève tout d'abord le très faible nombre de produits pour lesquels il a fixé un prix correspondant à un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par la commission de la transparence (CT) et fait observer à la Cour que, pour ce faire, les compétences techniques dont il dispose sont appropriées puisque tirées de la pluridisciplinarité de ses membres (dont plusieurs médecins et pharmaciens), la collégialité de ses prises de décision, le recours aux évaluations réalisées par ses pharmaciens rapporteurs et la sollicitation continue de l'avis d'experts médicaux extérieurs.

Le comité partage le souci de la Cour d'éviter l'envoi d'un « signal prix » qui soit « brouillé », ce qui pourrait faire fléchir la volonté, déterminée, des prescripteurs à appliquer le principe d'économicité posé par l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

Aussi s'attache-t-il désormais à motiver de façon circonstanciée, comme l'invite la Cour, toute décision divergente partant d'une ASMR 5 émis par la CT et, de même, à solliciter une clarification de cette commission pour toute divergence affectant une ASMR 4. Il sera complètement rendu compte de ces actions dans le rapport annuel d'activité du comité. Il a également entrepris d'établir avec la HAS des relations continues pour enrichir son analyse d'une approche médico-économique des produits de santé. Ces différentes mesures, concertées avec la HAS, devraient permettre d'éliminer le flou déploré par la Cour et établir uniment le lien entre ASMR et niveau de prix, entre effet thérapeutique et prix consenti.

Cette même volonté de transparence conduit le CEPS à réfléchir aux moyens de rendre la politique de remises sur prix plus accessible à l'évaluation de sa pertinence, notamment par le Parlement et la Cour, tout en préservant la nécessaire confidentialité des clauses de l'espèce pour des raisons industrielles et commerciales. En tout état de cause, il n'apparaît pas pleinement approprié de juger de l'efficacité du système de remises au travers de son rendement financier. Ce critère s'impose pour les remises conventionnelles destinées à partager entre la sécurité sociale et le laboratoire concerné, les économies d'échelle issues d'une consommation élevée d'un produit. En revanche, ce critère ne paraît pas pertinent s'agissant des remises quantitatives de fin d'année, ni pour les clauses « de niche », s'appliquant aux produits à spectre étroit, dont la population cible est définie. (…)

Au total, le comité reconnait la nécessité de mieux motiver et donc rendre plus accessible son action, même s'il n'est pas démontré par la Cour que les « anomalies » dans la fixation des prix soient « nombreuses et coûteuses ». Il ne partage pas le constat d'échec global dressé par la Cour en observant que la politique de fixation des prix a permis, depuis 10 ans de compenser autant que faire se pouvait , la double singularité française d'un volume de consommation élevé et d'une prescription des produits les plus coûteux.

REPONSE DE MONSIEUR NOEL RENAUDIN (ANCIEN PRESIDENT DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE - CEPS)

Le chapitre du rapport consacré par la Cour à la maîtrise des dépenses de médicaments diagnostique une insuffisance patente de cette maîtrise. Ce diagnostic s'appuie sur le constat d'une dynamique des dépenses qui singulariserait la France par rapport à ses principaux voisins. Cette dynamique singulière s'expliquerait principalement par le rôle des prix. L'augmentation des prix trouverait elle-même sa source dans des modalités

de fixation dont le flou et l'opacité signaleraient, là encore, la France par rapport au reste de l'Europe.

S'il n'est pas contesté que les Français demeurent de gros consommateurs de médicaments, en volume et en valeur, on doit rappeler que, depuis quelques années, la décélération des dépenses y est plus forte qu'ailleurs. Ainsi, selon l'OCDE (données disponibles sur le site de cette organisation), sur la période retenue au I-A du rapport (2006-2009), les ventes de médicaments ont cru de 3,3% par an en France, de 3,4% au Royaume-Uni et de 6,3% en Allemagne. Corrigée de l'évolution différentielle des populations, la comparaison est encore plus favorable à la France. De ce fait, l'affirmation selon laquelle, pour une partie substantielle du marché, la décélération des dépenses serait deux fois plus rapide en Allemagne qu'en France et dix fois plus au Royaume-Uni, donne une image tout à fait trompeuse de la réalité.

S'il n'est pas non plus contesté que l'évolution des dépenses de médicaments s'explique bien davantage par la hausse du niveau moyen des prix que par l'augmentation des volumes, les nouveaux médicaments étant souvent plus chers que les anciens, il ne s'agit en rien, contrairement à ce que laisse entendre le rapport, d'une spécificité française, mais d'une réalité universelle. Il est en sens inverse constamment noté par tous les observateurs que les prix français sont et demeurent, en moyenne, significativement plus bas que ceux de leurs principaux voisins. C'est ainsi que la DRESS notait, dans une étude de 2006, que la dépense française de médicaments, par habitant et par an, était supérieure de 35% à la moyenne de ses quatre grands voisins et que cette excédent résultait de quantités supérieures de 55% et de prix moyens inférieurs de 20%.

Au résultat et avant même donc de s'interroger sur les modalités de fixation des prix mises en œuvre en France, force est de constater que ces modalités auront, d'une part, permis que des niveaux de consommation très élevés ne se traduisent pas par des dépenses de même ampleur, d'autre part entraîné, sur des marchés également approvisionnés en médicaments nouveaux, un ralentissement plus important en France de la croissance des dépenses.

Les méthodes de fixation des prix sont qualifiées par le rapport d'imprécises et floues et caractérisées en outre par l'absence de démarche médico-économique.

Trois produits seulement sont cités à propos des critères de fixation des prix (Multaq, Efient et Actos) pour lesquels on se bornera à rappeler que leurs prix ont été fixés à des niveaux plus bas que dans tout autre pays européen et que leur inscription s'est assortie de clauses de volume particulièrement exigeantes, telles qu'aucun autre pays n'en avait prévu.

Sur le flou, le CEPS s'est toujours efforcé dans ses rapports annuels d'expliciter ses raisonnements, afin justement de les rendre opposables par

lui aux entreprises et par les entreprises à lui-même. Il reste cependant vrai que la fixation d'un prix d'inscription résulte fatalement d'une négociation, personne n'ayant encore trouvé le moyen de contraindre une entreprise présente sur l'ensemble des marchés mondiaux à commercialiser un médicament à un prix dont elle estimerait qu'il compromet ses intérêts essentiels.

Peut-on faire mieux que la France sur ce point ? Sans doute. Fait-on mieux ailleurs ? On peut en douter. Il faut commencer par rappeler que, contrairement à ce que semble indiquer le rapport, aucun pays au monde n'utilise les études médico-économiques pour fixer des prix. Ces études sont utilisables – et ont en effet été utilisées durablement par le Royaume-Uni, avec le NICE – pour accepter ou non de rembourser un médicament dont le prix est par ailleurs librement fixé par l'entreprise. Elles ont le grave inconvénient, en raison de la lourdeur de leur mise en œuvre, d'être impraticables sur une grande échelle. Les Anglais s'en étaient rendu compte et dénonçaient déjà il y a quelques années, par la voix de l'Office of fair trading, le caractère déplorable de l'allocation des ressources entraînée par ce système. Leur Gouvernement vient au demeurant d'annoncer sa décision de retirer au NICE ce pouvoir de décider de la prise en charge des médicaments et de s'orienter vers un régime de prix administrés sur la base de la valeur thérapeutique comparée, à la française. Les Allemands, sans être jamais parvenus à faire fonctionner leur propre organisme d'analyse médico-économique, l'IQWIG, avaient pris une décision semblable il y a quelques mois. Il y a donc quelque paradoxe à proposer à la France en modèle des systèmes qui viennent justement, pour des raisons clairement identifiées, de s'orienter vers des techniques très proches de celles mises en œuvre dans notre pays.

REPONSE DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS)

Pour ce qui concerne l'AFSSAPS, l'analyse et les recommandations (*que le rapport*) comporte s'inscrivent pleinement dans les orientations que j'ai données à l'agence ces derniers mois. C'est également l'objectif du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, qui doit être examiné prochainement par le Parlement.

Je souhaite par ailleurs porter à votre connaissance les (…) observations suivantes.

(…)

La recommandation n°22 du rapport évoque la possibilité pour l'Agence d'exiger du laboratoire le dépôt d'une demande d'AMM pour certaines indications, notamment quand les prescriptions hors AMM représentent 15 % et plus des volumes vendus, hors dispositifs prévus par la réglementation.

A cet égard, les précisions suivantes peuvent être apportées. Tout d'abord il me paraît important de rappeler que toute réglementation en matière de production, de distribution ou d'utilisation des médicaments doit avoir comme objectif essentiel la sauvegarde de la santé publique. Dès lors, cet objectif peut prévaloir sur tout autre principe et notamment sur le principe de la liberté de commerce et d'industrie auquel, au demeurant, le Conseil constitutionnel a conféré, par sa décision en date du 16 janvier 1982, pleine valeur constitutionnelle (…), sous réserve que cette atteinte soit proportionnée au but poursuivi.

En ce sens, le projet de loi relatif à la modernisation du système des produits de santé, présenté au Conseil des Ministres le 1er août dernier et soumis à l'Assemblée Nationale, réunie en session extraordinaire, à partir du 27 septembre prochain, encadre très strictement la prescription d'une spécialité pharmaceutique en dehors du champ de son AMM par l'insertion d'un nouvel article L. 5121-1-2 qui vient rigoureusement limiter cette dernière à deux cas, de manière temporaire et en l'absence d'alternative thérapeutique. (…)

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Sur le rôle important de la croissance des prix dans la dynamique des dépenses de médicament

La première partie du projet d'insertion est consacrée à la dynamique des dépenses de médicament et notamment au rôle important de la croissance des prix clans cette dynamique.

Sur ce sujet, la démonstration relative aux facteurs contribuant à la croissance des dépenses de médicaments s'appuie plus sur le facteur volume que sur le facteur prix (…). Le (*texte)* mentionne « une culture de prescription spécifique qui favorise une forte consommation de médicaments nouveaux et chers » évoque l'engouement plus marqué en France, dans la façon de prescrire des spécialités récentes, que dans certains voisins européens. En revanche, le projet d'insertion n'analyse pas le prix relatif de ces spécialités par rapport à nos voisins européens.

Il eut été intéressant de compléter l'analyse par la comparaison tarifaire de plusieurs spécialités entre la France et d'autres pays européens. L'analyse menée par la CNAMTS sur des classes courantes de médicaments (IPP, statines, IEC et Sartan), illustre cette dimension.

Ainsi, les prix moyens par unité standard en 2009 des IPP sont non seulement nettement supérieurs en France par rapport à ceux pratiqués dans la plupart des pays, à l'exception de la Suisse, mais en outre la baisse enregistrée en France (comme en Suisse) est la plus faible : -9% par an à comparer aux -18% observés en Allemagne ou des baisses supérieures à 20% en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Les prix moyens par unité

standard des statines sont aussi très nettement supérieurs en France aux prix allemands et anglais. Les statines étaient en moyenne près de trois fois moins chères en Allemagne et deux fois moins chères au Royaume-Uni en 2009. Comme pour les IPP, les écarts de prix proviennent des très faibles prix des génériques de statines à gros volumes dans ces pays, notamment de la simvastatine. Pour les anti-hypertenseurs IEC et Sartans, la France a de loin les prix moyens par unité standard les plus élevés des pays sur cette classe, la Suisse faisant encore exception. En 2009, les prix français étaient deux fois plus chers qu'en Allemagne et presque trois fois plus qu'au Royaume-Uni. De plus, la baisse des prix de ces produits sur la période a été la plus faible en France derrière l'Espagne.

En outre, ces écarts avec la France sont d'autant plus importants que les prix faibles des génériques concernent des volumes importants. Les politiques de prix bas des génériques observées dans plusieurs pays européens sont d'autant plus efficientes qu'elles sont liées à leur structure de consommation. Cet effet d'interaction, ou effet couplé, « prix x structure » permet en effet d'augmenter les effets individuels de prix et de structure de consommation. Cet effet est très marqué pour les statines avec des prix très bas là où la consommation est très concentrée (80% sur une seule molécule) et des prix plus élevés là où la consommation est très faible (parts de consommation inférieures à 5%).

(…)

Sur le système de fixation des prix

(…)

La CNAMTS partage l'avis de la Cour des comptes, sur l'importance à accorder à la rigueur de la politique de fixation des prix du médicament. Plus particulièrement, sur la « politique à mener en matière de prix », le niveau d'ASMR est un critère qui n'est pas toujours suffisamment pris en compte dans la négociation entre l'industriel et le décideur public. Dans la fixation du prix de la spécialité lors de la négociation du CEPS avec le fabriquant, l'avis rendu par la commission de la transparence, sur l'ASMR, devrait avoir un rôle déterminant et non seulement « consultatif ».

Le projet d'insertion souligne les progrès qui restent à accomplir en termes de démarche médico-économique. Cette démarche implique la définition de critères de choix de ratios coûts efficacité. Il faut souligner que ces choix ne sauraient relever de la seule assurance maladie.

La CNAMTS rejoint l'analyse de la Cour sur la nécessité de mobiliser les compétences de la HAS en matière d'études et d'analyses médico-économiques. En effet, dans le cadre des actions de la CNAMTS en matière de maîtrise médicalisée et de diffusion des référentiels de bon usage et surtout d'efficience des soins, les praticiens conseils et les délégués de l'assurance maladie disposent de trop peu d'études et de documents de

référence pour favoriser l'usage des soins les moins coûteux ou promouvoir la nécessaire hiérarchisation des traitements.

(…)

Sur les dispositifs de régulation de la dépense

(…)

Comme le souligne la Cour, la prescription dans le répertoire des génériques et donc la délivrance de génériques est très inférieure à nos proches voisins européens comme l'Allemagne et le Royaume Uni. Face à ce constat, les actions de maîtrise médicalisée et le CAPI (…) ont été complétées par des actions spécifiques sur la substitution. Ainsi, la signature d'une convention générique, la mise en œuvre d'actions individualisées auprès des pharmaciens et des assurés et enfin la mesure « tiers payant contre générique », ont conduit à une progression de 20 points du taux de substitution dans le répertoire. Ces mesures ont permis de potentialiser les économies sur le développement des génériques dans une période où de nombreux brevets importants tombaient dans le domaine public.

Les différences observées avec l'Allemagne et le Royaume Uni résultent certes de comportements des prescripteurs conjugués à un mode de tarification et à des conditions de prise en charge différentes des spécialités pharmaceutiques. C'est la raison pour laquelle la CNAMTS a proposé à plusieurs reprises, dans le cadre de son rapport annuel sur les charges et produits, l'instauration d'un tarif forfaitaire par classe pour les IPP, à l'instar des modes de tarification retenus en Allemagne notamment.

Le projet d'insertion développe enfin l'évolution des dépenses de médicaments consommés à l'hôpital. Sur ce point il apparaît important de noter que sur les 5,7 Md€ de médicaments consommés à l'hôpital, seule la variation du taux de croissance des molécules onéreuses de la liste en sus affecte le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie, tandis que la consommation des autres médicaments intégrés dans les GHS n'a aucun impact direct sur les comptes de l'assurance maladie. Ces derniers médicaments ne peuvent pas être suivis, ni analysés au sein des dépenses d'assurance maladie puisqu'ils font partie intégrante du GHS.

La Cour évoque plus spécifiquement la question de la liste en sus, en recommandant une « gestion plus active de la liste en sus » et un renforcement du « contrôle du respect des référentiels de bon usage ».

Sur les contrôles associés aux CBU, la CNAMTS souligne avoir largement contribué à cette politique contractuelle du médicament (CBU) et soutient l'objectif de développement des contrôles, ceux-ci devant, le cas échéant, se traduire par l'application de sanctions. Par ailleurs, les programmes nationaux de gestion du risque à mettre en œuvre par les ARS contribueront à la maîtrise des dépenses de prescriptions par deux actions sur

les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville et la maîtrise des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus.

Concernant la gestion de la liste en sus, il convient de relever que, sur l'exercice 2010, l'évolution des dépenses de médicaments en sus des séjours a fortement ralenti du fait de sorties de la liste d'anticancéreux dont les prix ont chuté (radiations). Ce constat va dans le sens des préconisations de la Cour « d'une gestion active de la liste en sus » ainsi que d'une incitation à établir un constat annuel sur l'état des tarifs négociés par les établissements avec les fabricants. Il faut toutefois souligner qu'à l'heure actuelle, les prix pratiqués par les laboratoires à l'égard des établissements de santé ne font pas l'objet d'un suivi consolidé. Une revue annuelle systématique des pratiques tarifaires permettrait de connaître le prix d'achat de l'établissement et de réviser l'inscription ou la radiation du médicament de la liste en sus.

REPONSE DU LABORATOIRE SANOFI

(…)

Sur la culture de prescription spécifique à la France

La Cour des comptes prend pour exemple la prescription de Plavix indiquant qu'alors que Plavix coûte en France 24 fois plus cher que l'aspirine, cette spécialité est prescrite, dans le cadre de ses indications, 2 fois plus souvent qu'en Allemagne, 3 fois plus souvent qu'au Royaume-Uni et 4 fois plus souvent qu'en Italie.

Sur ce point, le rapport de la Cour des comptes se contente de relever la différence de prix entre Plavix et l'aspirine sans indiquer que c'est un programme d'études cliniques internationales sans précédent dans ce domaine thérapeutique qui a démontré la supériorité de Plavix par rapport au traitement actif de référence qui existait jusqu'alors.

L'aspirine a été choisie comme référence car les études passées avaient démontré son efficacité chez des patients souffrant de maladie coronarienne ou ayant déjà fait un accident vasculaire cérébral ischémique, mais aucune n'avait pu démontrer son efficacité chez les patients souffrant d'artériopathie des membres inférieurs (AOMI).

Plavix a reçu une AMM européenne le 15 juillet 1998 sur la base de l'étude CAPRIE portant sur plus de 19 000 patients. Cette étude a permis de démontrer la supériorité de Plavix par rapport à l'aspirine dans la prévention secondaire des événements ischémiques majeurs (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, décès d'origine vasculaire), quel que soit le territoire artériel initialement atteint (coronaire, cérébral, périphérique).

Depuis septembre 2002, Plavix est aussi indiqué dans la prévention des événements liés à l'athérothrombose chez les patients souffrant d'un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST (angor instable ou infarctus du myocarde sans onde Q), en association à l'aspirine. Cette

indication a permis de compléter les preuves de l'efficacité de Plavix chez les patients souffrant de maladie coronarienne.

Enfin, depuis septembre 2006, chez les patients souffrant d'un syndrome coronaire aigu (infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST), Plavix est aussi indiqué dans la prévention des événements liés à 1'athérothrombose en association à l'aspirine chez les patients traités médicalement et éligibles à un traitement thrombolytique. Cette nouvelle indication renforce encore davantage l'utilité médicale de Plavix chez des patients particulièrement à risque d'évènements graves, potentiellement mortels.

La prescription de Plavix en France est donc le reflet, non pas d'une différence culturelle qui ferait préférer une spécialité nouvelle et plus onéreuse, mais bien celui de l'application de l'« Evidence Based Medicine » ou médecine fondée sur les preuves :

- un programme sans précédent d'études cliniques qui a démontré la supériorité de Plavix et a permis l'obtention d'indications successives auprès des autorités réglementaires (EMA, FDA) ;

- Plavix a été intégré dans les recommandations des sociétés savantes internationales ;

- en France, la Commission de Transparence a octroyé un SMR important sur l'ensemble du périmètre des indications de Plavix, une ASMR 2 en 1998 et en 2002 et une ASMR 3 en 2007, reconnaissance claire de l'amélioration indiscutable apportée par Plavix dans la prise en charge des patients à risque d'évènements cardiovasculaires graves.

Enfin, il est important de souligner que le prix de Plavix a été revu à la baisse à de très nombreuses reprises : -3% en 2003, -5% en 2006, -3% en 2007, -4% en 2008 et récemment -15% en 2010, à l'occasion de la commercialisation de sels alternatifs de clopidogrel plus de 3 ans avant la chute du brevet protégeant l'hydrogénosulfate de clopidogrel.

Sur la fixation du prix des médicaments par le CEPS

Concernant Multaq, il convient de rappeler que la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé a indiqué dans son avis du 2 juin 2010 qu'il « représente un moyen supplémentaire utile » par rapport à 1'amiodarone.

Par ailleurs, d'autres raisons expliquent sa différence de prix avec l'amiodarone.

Tout d'abord, Multaq dispose d'un périmètre de remboursement par l'assurance maladie limité à 3 sous-populations à risque par rapport à l'indication de l'AMM européenne:

(…)

Ce périmètre de remboursement limité représente une population cible entre 68 000 et 145 000 patients.

L'amiodarone dispose en revanche d'indications remboursées différentes et beaucoup plus larges.

(…)

2,5 millions de boîtes de 30 comprimés d'amiodarone ont ainsi été remboursées par le régime général en 2009 (source Medicam), ce qui permet d'estimer le nombre de patients traités par l'amiodarone au minimum à 410 000 patients (tous régimes, pour une durée moyenne de traitement de 250 jours par an).

D'autre part, Multaq fait l'objet d'une clause conventionnelle qui conditionne son chiffre d'affaires au paiement de remises conventionnelles.

La différence des populations cibles du remboursement entre Multaq et l'amiodarone et le paiement de remises conventionnelles pour Multaq expliquent ainsi le prix plus élevé de ce dernier par rapport à celui de l'amiodarone, produit commercialisé en 1967 et génériqué depuis de nombreuses années.

Enfin, en ce qui concerne la réévaluation du SMR par la Commission de Transparence et un éventuel déremboursement du produit, il convient de rappeler :

- qu'il existe peu d'alternatives thérapeutiques et que le bénéfice/risque de celles-ci est souvent mal documenté, ce qui a conduit la Commission de Transparence à indiquer dans son avis du 11 mai 2011 qu'elle ne se prononce pas sur le SMR rendu par Flécaine dans l'attente de la réévaluation de l'ensemble des antiarythmiques ;

- qu'une réévaluation du bénéfice/risque de Multaq est en cours à l'EMA.

Sur la maîtrise de la prescription

(…)

Sur la nécessité d'encadrer plus strictement la prescription hors AMM

La Cour des comptes observe dans son rapport que Plavix serait « *prescrit dans le strict respect des indications que dans un cas sur deux* ». Cette constatation est basée sur des études anciennes (2002) effectuées par l'assurance maladie dans 4 régions, bases de données auxquelles Sanofi-aventis n'a pas eu accès.

Il est nécessaire de préciser que de nombreuses prescriptions ont pu être considérées comme « hors AMM » car les patients ne rentraient pas strictement dans les intervalles de jours correspondant aux critères d'inclusion

dans l'étude CAPRIE qui a servi de base à l'obtention de son AMM européenne initiale.

En effet, cette étude à démontré l'efficacité de Plavix dans la réduction des événements liés à l'athérosclérose (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, décès d'origine vasculaire) chez les malades présentant des antécédents de manifestations cliniques d'athérosclérose définies par un accident vasculaire cérébral ischémique (datant de plus de 7 jours et de moins de 6 mois), un infarctus du myocarde (datant de quelques jours à moins de 35 jours) ou une artériopathie oblitérante des membres inférieurs établie.

Ces intervalles de jours utilisés lors de l'étude CAPRIE ne correspondent pas toujours aux cas de figure qui se présentent aux médecins sur le terrain. Dès lors, un certain nombre de prescriptions réalisées hors des intervalles de jours de l'étude CAPRIE sont considérées « techniquement » comme « hors AMM » mais n'en demeurent pas moins médicalement justifiées.

De façon générale, un suivi en vie réelle de qualité de l'utilisation des médicaments nécessiterait la mise en place en France de larges bases de données pharmacoépidémiologiques accessibles au secteur public et privé, à l'instar du GPRD au Royaume-Uni, ainsi que relevé lors du 4ème Conseil Stratégique des Industries de santé en octobre 2009, puis en 2011 lors des Assises du Médicament organisées par le ministre du travail et de la santé Xavier Bertrand.

REPONSE DES LABORATOIRES TAKEDA

(…) Il nous semble important de vous préciser les éléments suivants :

1) L'exemple d'Actos®, pour soutenir que des études complémentaires après commercialisation ne sont pas requises et en conclure que ce type d'études doit être systématisé, est particulièrement inapproprié. En effet, Actos® n'est pas un médicament qui a manqué de surveillance :

- au niveau national, Actos® a fait l'objet d'une étude observationnelle dans les conditions réelles d'utilisation (« Duetto »), requise par le CEPS et mise en œuvre avec la Direction Générale de la Santé. Mise en place lors de la fixation initiale du prix du médicament, cette étude était précisément la première étude post-commercialisation demandée par le Comité en France.

- au niveau européen, dès l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché par la Commission européenne, l'EMA a requis et fixé les conditions de la mise en place d'une étude observationnelle (« Kaiser »). Il s'agit de l'étude épidémiologique américaine dont vous citez les résultats intermédiaires et qui se poursuit.

Ainsi, loin de n'avoir fait l'objet d'aucune étude post-commercialisation, Actos® a été l'un des tout premiers médicaments à faire

l'objet, depuis une dizaine d'années maintenant, d'études observationnelles en conditions réelles d'utilisation et ce dès l'octroi de l'AMM.

Par ailleurs, vous évoquez la décision de l'AFSSAPS du 10 juin 2011 de suspendre l'utilisation d'Actos® en France.

Pour être plus complet et exact, il conviendrait de préciser qu'Actos® fait l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché Européenne. II en résulte que la décision des autorités françaises, adoptée sur le fondement de l'article 20 du règlement européen, ne peut être qu'une mesure provisoire, dans l'attente d'une décision adoptée au niveau européen, seul niveau effectif de compétence en la matière.

Or, l'Agence Européenne du Médicament (EMA) a entrepris une réévaluation du ratio bénéfice-risque de cette spécialité dès le 16 mars 2011. Sans attendre les résultats de cette réévaluation, l'AFSSAPS a cependant décidé de suspendre Actos® sur la base d'une étude « indépendante » de la CNAMTS. Si l'AFSSAPS a considéré Actos® comme dangereux, tel n'est pas le cas de l'EMA. L'Agence a tout d'abord noté des limites en matière de méthodologie à l'étude de la CNAMTS (communiqué de presse du 23 juin 2011) qui a fondé la décision de suspension de l'AFSSAPS. Ensuite, après analyse complète d'autres données disponibles, le Comité des médicaments à usage humain (CMUH) a estimé, jeudi 21 juillet 2011, que le rapport bénéfice/risque d'Actos® restait positif. En conséquence, le CMUH a encadré la prise d'Actos® en révisant le résumé des caractéristiques de ce produit, sans remettre en cause son maintien sur le marché européen. A ce jour, instance nationale française et européenne se retrouvent donc en contradiction, ce qui est préjudiciable aux patients.

2) Indiquer qu'Actos® a obtenu du CEPS un prix tel que le coût de traitement journalier de cette spécialité serait cinq fois plus élevé que celui des traitements de référence, alors que l'évaluation de l'amélioration du service médical rendu par la Commission de Transparence n'était pas disponible, donne à penser, pour le lecteur, que Laboratoires Takeda aurait obtenu un prix élevé et injustifié. Or, l'anomalie apparente ainsi mise en évidence est rapidement corrigée si l'on précise que le prix des médicaments est notamment fixé par rapport au nombre de patients tel qu'estimé par la Commission de la Transparence et le CEPS et qu'à l'époque à laquelle vous faites référence, Actos® avait le statut de médicament d'exception, lequel statut avait été imposé par la Commission de la Transparence lors de la primo-inscription du médicament au remboursement. Les contraintes administratives résultant de ce statut pour le prescripteur sont telles qu'il y avait 215 fois moins de journées de traitement sous Actos® que sous les

autres spécialités[557]. Enfin et surtout, la seule comparaison des prix faciaux des médicaments participe d'une méthodologie incorrecte si elle ne s'accompagne pas d'une étude des remises conventionnelles versées au CEPS par les laboratoires pharmaceutiques. (…)

REPONSE DES LABORATOIRES SERVIER

A propos des médicaments ayant un SMR insuffisant, *(la Cour)* indique que ceux-ci « *ne devraient pas, en application de l'article R. 163-3 du code de la Sécurité Sociale, être remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Mais la décision ministérielle d'admission des médicaments au remboursement n'est pas liée par l'avis de la commission de la transparence. La décision prise peut être ainsi en contradiction avec l'avis rendu (...). Il en a été de même pour Médiator® jusqu'en novembre 2009* ».

Suit un encadré relatif à Médiator®, mentionnant qu'en 1999 et en 2006, la commission de la transparence avait émis à son égard un niveau de service médical rendu (SMR) insuffisant et que : « Malgré cet avis, le niveau de prise en charge de 65% a été maintenu » jusqu'en novembre 2009, date de suspension de l'AMM de la spécialité.

Ces faits sont exacts, mais leur relation est incomplète pour expliquer et rendre compréhensible le maintien de ce taux de remboursement.

II conviendrait tout d'abord de noter que Médiator® n'a pas été la seule spécialité dans ce cas : comme le rappelle une dépêche de l'Agence de presse APM en date du 15 mai 2011, 44 autres médicaments à SMR insuffisant restent encore aujourd'hui toujours remboursés.

En ce qui concerne plus particulièrement Médiator®, en 1999 et dans les années qui ont suivi (cf. Rapport n°RM2011- 001P de l' IGAS), il s'avère qu'au lieu de revoir son taux de remboursement en application de l'article R. 163-3 du code de la Sécurité Sociale comme indiqué plus haut, les pouvoirs publics ont préféré à l'époque en baisser le prix, à l'instar des autres spécialités à SMR insuffisant : ce sont donc des baisses de 10% en novembre 2000, 7% en novembre 2001 et 5% en novembre 2002 qui lui ont été appliquées.

Il serait souhaitable de préciser aussi, dans le même encadré, qu'en 2006, suite à une nouvelle demande de réévaluation du SMR de Médiator® par le Ministre chargé de la Santé, la Commission de la Transparence s'est prononcée pour un sursis à statuer, dont les raisons sont explicitées dans le § 4.2 de l'Avis en date du 10 mai 2006 de la Commission de la Transparence le concernant :

557. Le nombre de journées de traitement par Actos® était en volume 1,3 millions à comparer aux 279,4 millions de journée de traitement par la metformine sur cette période.

- compte-tenu des dernières données cliniques disponibles sur ce médicament dans le traitement du diabète et,

- dans l'attente des résultats de la réévaluation alors en cours de son rapport bénéfice/risques par l'Afssaps.

Ce processus de réévaluation s'est achevé par la suspension de l'AMM de la spécialité, qui est intervenue en novembre 2009.

Sur « La nécessité d'encadrer plus strictement la prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM) », il est indiqué que les prescriptions hors AMM non signalées pourraient avoir un impact financier pour la collectivité, voire s'avérer potentiellement dangereuses en l'absence d'évaluation du rapport bénéfice-risque correspondant.

Sur cette base, il est proposé à la puissance publique une préconisation sur laquelle nous nous interrogeons : en effet, imposer une demande d'AMM dans une indication correspondant à un mésusage constitue-t-il le moyen le plus adapté pour circonscrire ce mésusage, d'autant plus que le produit concerné peut en réalité ne pas présenter les propriétés que le prescripteur ou le patient en attendent ?

Pour leur part, Les Laboratoires Servier ont toujours rappelé aux médecins qui les interrogeaient sur Mediator, le cadre strict de ses indications pour invalider tout usage hors AMM. (…)

REPONSE DU LABORATOIRE ROCHE

Le projet dont j'ai pris connaissance n'appelle aucune observation de ma part.

Chapitre V
La répartition territoriale des médecins libéraux

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

L'avenant 20 a constitué une première réponse. II est nécessaire de rappeler qu'il visait autant à favoriser le maintien des médecins installés qu'à aider à l'installation de nouveaux médecins. Le bilan de sa mise en œuvre, réalisé par la CNAMTS, montre effectivement qu'il a permis d'infléchir la tendance dans les zones défavorisées, dans la mesure où, en 4 ans, ces zones ont bénéficié d'un apport net de l'ordre de 50 médecins, soit 3% d'effectifs en plus, alors que la démographie est restée stable dans les zones non déficitaires jusqu'en 2009 et a décru en 2010.

Seul un médecin a bénéficié d'une aide supérieure à 100 000 € au titre de l'année 2009, la moyenne des aides reçues était de 27 000€ comme le mentionne le rapport de la Cour.

Suite à ce bilan, les partenaires conventionnels ont revu le dispositif dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention médicale actuellement. Les axes sont les suivants :

- une diversification des aides avec notamment une aide à l'investissement dans le cabinet (équipement,..), 5 000 € par an pendant trois années ;

- un plafonnement de l'aide à l'activité à hauteur de 20 000 € annuels (de type avenant 20), comme la Cour le recommande, afin de limiter les effets d'aubaine pour certains médecins ayant une activité très importante et le coût du dispositif ;

- un assouplissement de la notion de groupe en permettant aux médecins qui exercent au sein d'un pôle de santé de bénéficier d'une aide, ce qui permettrait de faciliter l'installation des médecins en ne conditionnant pas l'aide à un regroupement physique.

Le volet « aide à l'investissement » devrait permettre d'avoir un impact plus important auprès des jeunes médecins, contrairement à la seule aide à l'activité qui est liée à l'importance de la patientèle et favorise donc les médecins déjà installés avec une patientèle établie.

Le futur dispositif s'appliquera dans les zones définies dans les SROS actuellement en cours d'élaboration par les ARS.

Concernant le contrat d'engagement de service public (CESP), il est à noter que l'Assurance Maladie n'est légalement associée ni au niveau du choix des allocataires ni au moment de l'établissement de la liste des lieux d'exercice.

Enfin concernant le dispositif de régulation à l'installation des infirmiers, la CNAMTS souligne que le dispositif est pérennisé et renforcé. En effet le relevé de fin de négociation du 24/06/2011 signé les partenaires conventionnels prévoit la poursuite du dispositif avec un doublement du nombre de zones concernées par les mesures de régulation conventionnelle, que ce soit des zones sous-dotées ou des zones sur-dotées.

Sous réserve de l'accord des ministres en charge de la santé, de la sécurité sociale, des solidarités et de la cohésion sociale pour appliquer la régulation démographique aux autres formes d'offres de soins infirmiers mentionnées dans le projet d'avenant et pour intégrer l'évolution du zonage dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins à venir, l'avenant sera signé en septembre 2011.

Chapitre VI
Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La CNAMTS rejoint la Cour des comptes sur l'intérêt de renforcer le rôle assuré par les sages-femmes dans le système de soins.

La première recommandation de la Cour prévoit une meilleure articulation et valorisation des compétences des sages-femmes avec celle des gynécologues-obstétriciens afin d'optimiser la prise en charge des grossesses physiologiques. La convention de 2007 a déjà valorisé l'activité des sages-femmes sur le suivi de grossesse avec la création de la consultation de grossesse (CG) ainsi que sur le suivi post-natal avec la création de séances dédiées.

La modification de la nomenclature pour réorienter les sages-femmes vers des actes à plus forte responsabilité a été initiée en 2008 avec une revalorisation de l'accouchement, plaçant ainsi le tarif des accouchements et la surveillance isolée d'un accouchement à un tarif quasiment identique à celui d'un médecin. Compte tenu de l'extension des compétences des sages-femmes, une revalorisation de la consultation en tant que telle n'est pas exclue mais elle doit s'accompagner effectivement d'une négociation sur des baisses de nomenclature pour les actes les plus réalisés mais les moins risqués.

La CNAMTS partage le constat de la Cour sur les lacunes de la répartition démographique des sages-femmes sur le territoire. En effet, cette profession médicale connaît le taux de croissance le plus dynamique parmi les professionnels de santé libéraux, avec un taux de croissance annuel moyen de 6,7% entre 2000 et 2009. Cependant, l'étude de la répartition actuelle des sages-femmes libérales fait apparaître de fortes disparités géographiques qui peuvent conduire à des difficultés d'accès aux soins pour les patientes dans les zones à faible densité. C'est pourquoi, dans le cadre des négociations d'un avenant conventionnel, l'Assurance maladie s'attache à mettre en place, en concertation avec les syndicats de sages-femmes libérales, un dispositif d'incitation et de régulation de la démographie afin de permettre une meilleure répartition démographique.

Comme la Cour le remarque, la diminution des durées de séjour en maternité implique l'existence d'un accompagnement de qualité des retours à domicile. L'offre est actuellement disparate sur l'ensemble du territoire. L'hospitalisation à domicile (HAD) pour des situations physiologiques doit être analysée au regard des recommandations de la Haute autorité de santé. On constate par exemple que, dans ces situations, 75% des suivis en HAD concernent des sorties à J+3 ou plus alors que la HAS les recommande,

s'agissant de grossesses physiologiques, à J+2 ou moins. Les réseaux de périnatalité apparaissent hétérogènes en terme de contenu (de l'accompagnement ante et post natal à la veille épidémiologique) comme de coût.

Le programme d'accompagnement du retour à domicile conçu par l'Assurance maladie a pour objectif de s'inscrire dans l'offre de soins existante et d'optimiser les complémentarités des interventions hospitalières et libérales. En outre, il répond aux attentes des mères.

(…).

Ces résultats positifs ont conduit l'Assurance maladie à étendre progressivement le dispositif. Une première vague a été lancée fin 2010 avec 12 nouveaux départements. Une seconde vague sera lancée au 2ème semestre 2011. L'objectif à terme est d'offrir ce service au plus grand nombre de femmes sur l'ensemble du territoire.

Enfin, dans le cadre la négociation conventionnelle actuelle, il est envisagé d'étendre le programme vers l'amont, c'est-à-dire préalablement à l'accouchement afin d'utiliser dans toutes leurs dimension les compétences des sages-femmes.

REPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES (CNOSF)

(…)

L'ensemble de ces recommandations et des différentes problématiques soulevées par la Cour vont (…) dans le sens des orientations souhaitées par le Conseil national et nous ne pouvons que souhaiter que, rapidement, les mesures que la Cour préconise soient mises en œuvre par les autorités compétentes.

Au terme de sa réflexion sur le projet d'insertion, le Conseil national souhaite toutefois faire part à la Cour de ses observations sur trois points qui y figurent.

1/ Le Conseil national, dans le droit fil de ses observations précédentes, aurait ainsi souhaité qu'une attention plus particulière soit accordée au renforcement de l'autonomie des sages-femmes ainsi que sur leurs nouveaux champs de compétence.

Compte tenu de la nécessité de développer des projets pour le suivi et l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement physiologiques, le Conseil national insiste pour que des solutions soient rapidement mises en œuvre afin de permettre les accouchements physiologiques par les sages-femmes dans l'ensemble des établissements. Si des solutions existent juridiquement, leur mise en œuvre n'est possible, dans le cadre organisationnel actuel et compte tenu du poids hiérarchique qui réduit

l'autonomie professionnelle des sages-femmes, qu'avec l'accord des responsables des services des maternités et l'appui des directions des établissements.

(…)

2/ La Cour relève que la nomenclature des actes professionnels (NGAP) des sages-femmes devrait être reconfigurée de manière à revaloriser les actes à forte responsabilité médicale, telles que les consultations de grossesse, l'accouchement ou le suivi gynécologique de prévention et de contraception, ce que le Conseil national ne peut que soutenir.

Les cours de préparation nous semblent malgré tout essentiels car ils couvrent le vécu de la grossesse, la préparation à l'accouchement, la prise en charge du nouveau-né après la naissance, la mise en place du lien mère enfant ainsi que les conseils d'allaitement et de puériculture (cf. recommandations de la HAS).

(…)

Par ailleurs, pour atteindre ces objectifs, la Cour propose que cette reconfiguration de la tarification des actes applicable aux sages-femmes libérales se fasse à « enveloppe constante » au profit du suivi global et du suivi post-natal.

Le Conseil national s'interroge sur la portée de cette réserve qui risque de bloquer toute évolution des tarifs applicables aux sages-femmes libérales, alors même que les augmentations des lettres clés de l'assurance maladie, servant de base à la tarification de leurs actes, sont gelées depuis 2002.

(…)

3/ La Cour recommande de faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.

(…) Le Conseil national souhaite compléter la question en regrettant, comme le font de nombreux professionnels de la naissance, que l'Etat n'intervienne qu'avec parcimonie pour trouver des solutions aux problèmes posés par le montant des primes qui sont demandées par les compagnies d'assurance pour faire bénéficier les professionnels d'une couverture en responsabilité civile.

(…)

Chapitre VII
Tarification à l'activité et convergence tarifaire

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Le rapport relève la déconnexion entre l'étude des coûts et la construction des tarifs. Il convient en effet de bien distinguer l'analyse des coûts, d'une part et la politique tarifaire d'autre part. Il n'existe pas de connexion nécessaire entre ces deux dispositifs et une telle déconnexion n'est pas problématique, sauf à vouloir fixer les tarifs sans tenir compte des gains potentiels de productivité.

La politique tarifaire constitue en effet un outil de régulation pour les pouvoirs publics, qui peut être conçu comme un outil d'orientation des choix des acteurs du système de santé. C'est ainsi que la politique tarifaire a contribué à inciter au développement de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, compte tenu de la nécessité pour le système de santé de développer des gains d'efficience, une connexion entre les coûts constatés et les tarifs financés conduirait inévitablement à la poursuite de situations sous-optimales du point de vue de l'efficience micro-économique.

Concernant la politique tarifaire, celle-ci nécessite toutefois un renforcement de l'effort de transparence à l'égard de l'ensemble des acteurs et, surtout, le développement d'une lisibilité pluriannuelle qui permettrait aux établissements une meilleure anticipation et un meilleur accompagnement de leurs efforts de redressement.

La Cour souligne par ailleurs les enjeux inhérents à la qualité du codage PMSI en termes d'analyse statistique. D'autres enjeux ne doivent toutefois pas être mésestimés et tout particulièrement la nécessité en termes d'équité et de maîtrise des dépenses publiques du respect des règles de facturation, le codage PMSI fondant les arrêtés de facturation pour les établissements anciennement sous dotation globale. Par ailleurs, cette approche est loin de réduire l'intérêt des données comptables, qui sont le plus souvent considérées comme une source de qualité. Le passage à la facturation directe permettra de renforcer les contrôles automatisés lors de la liquidation, d'améliorer la connaissance de l'activité au fil de l'eau et permettra de disposer d'une source robuste d'analyse de la dépense.

La Cour évoque enfin les outils de suivi de la dépense hospitalière, soulignant l'intérêt de l'usage des données du PMSI. Elle illustre le propos par certaines difficultés d'analyse rencontrées en 2006. Or cette approche sous-entend une approche réservée quant aux données issues de la facturation, qui constituent pourtant la source généralement considérée comme la plus fiable sur les versements des caisses.

Pour autant, ce propos doit être très largement nuancé. Ainsi, les conditions d'élaboration de la campagne tarifaire et les difficultés rencontrées, malgré des améliorations récentes, dans le suivi des dépenses hospitalières ex-DG, montrent les limites du suivi des dépenses du secteur hospitalier public.

(…)

Par ailleurs, la construction des campagnes tarifaires gagnerait à être fondée sur une analyse plus précise des analyses tendancielles des volumes. C'est à cette condition que l'ONDAM hospitalier pourra être durablement maîtrisé. Or la campagne 2010, au cours de laquelle l'ONDAM hospitalier n'a pu être respecté qu'au prix d'une régulation des MIGAC, illustre les marges de progrès dans les modalités de construction de la campagne tarifaire.

Chapitre IX
Les coopérations hospitalières

REPONSE DU CHU DE RENNES

« *Il arrive aux coopérations entre établissements publics de ne pas répartir convenablement leurs charges. On peut citer celles qui lient le CHU de Rennes et le CH de Redon (remboursement des mises à disposition pour les consultations avancées) (...)* »

Les collaborations pour lesquelles cette remarque concernant l'équilibre des charges a été formulée sont deux conventions de mise à disposition de praticien, respectivement en neurologie et en gastro-entérologie.

Ces collaborations ont pu être mises en place suite à l'attribution par l'ARH de financements équivalents aux deux établissements qui ont permis de créer deux postes partagés de praticiens hospitaliers entre les établissements partenaires. Les conventions prévoyant le financement d'un ETP à mi-temps traduisent cette situation.

(…)

Dans le cadre de l'évaluation menée en juin 2010, le CHU et le CH de Redon ont convenu de faire évoluer les modalités financières et un avenant a été signé pour mettre en adéquation le remboursement avec le temps médical effectué sur site, au coût réel.

Il faut préciser que l'évolution du financement des hôpitaux (financement à l'activité) modifie considérablement l'appréciation des équilibres financiers liés à ces collaborations. Dans ce contexte, rien ne permet d'affirmer que les modalités de facturation mises en place (remboursement d'une quote-part de rémunération) créent un déséquilibre financier en défaveur de l'établissement, le « déséquilibre » pouvant même

être inversé en fonction de l'activité déployée par le praticien sur le temps de sa mise à disposition.

REPONSE DU CH DE LAVAUR

Les limites départementales qui ont été retenues pour constituer les territoires de santé sont, pour la plupart du temps et depuis longtemps très artificielles et ne tiennent pas compte des flux réels des populations pour faire face à leur besoin de santé. Les patients « votent avec leur pieds » et vont où cela les arrangent en fonction de leur libre choix et/ou de l'orientation de leur médecin traitant. Les critères de ces choix sont très variables mais parmi ceux-ci, la commodité des moyens routiers et/ou des moyens de transport en commun est souvent un élément déterminant. Depuis très longtemps les patients (notamment pour les besoins de soins chirurgicaux) du bassin de santé de Lavaur (et des communes environnantes) étaient tout naturellement tournés pour l'essentiel vers Toulouse (cliniques et CHU) et une autre partie vers les cliniques privées d'Albi.

Les taux de fuite du territoire de santé du Tarn étaient donc déjà importants avant le partenariat avec le CHU.

Ce que nous avons voulu faire c'est, en reconvertissant l'hôpital, maintenir une offre de soins publics de qualité et en secteur conventionné afin de « gérer » cette « concurrence » avec le CHU et afin de la développer. Nous estimons ce pari en partie gagné même si cela reste à consolider et s'il faut améliorer certains points.

Le CHU a certes augmenté ses parts de marché de patients du bassin de vie de Lavaur et c'était bien le but. Il reste à Lavaur la partie « consultations externes » qui peut difficilement être équilibrée. Il convient par contre de développer la chirurgie ambulatoire à Lavaur, qui est effectivement encore le point faible du partenariat.

REPONSE DU CH DE DOUARNENEZ

1) L'ouverture du plateau technique du centre hospitalier de Douarnenez aux médecins libéraux représente un intérêt partagé :

- pour les praticiens car il leur a été ainsi offert de sécuriser les actes nécessitant la présence soit d'un médecin anesthésiste, soit d'une infirmière, soit d'un équipement dédié ;

- pour l'hôpital qui trouvait ainsi réponse à une diminution de la ressource médicale disponible dans certaines disciplines (imagerie par exemple) et qui développait des segments d'activité jusque là réduits telle que l'endoscopie.

- pour le bassin de population enfin par un accès à des soins de spécialité dans le cadre du service public hospitalier et au tarif conventionné.

(…)

Les praticiens libéraux utilisant le plateau technique du centre hospitalier de Douarnenez interviennent sur des usagers de l'établissement public de santé et non sur une clientèle privée, à la différence des conventions de co-utilisation du plateau technique, des ex-cliniques ouvertes et de l'activité libérale des praticiens temps plein dans lesquelles le médecin, exerçant pour son propre compte, tire un avantage des moyens et de la notoriété de l'hôpital. Ce sont en réalité, malgré le maintien de leur statut libéral, des collaborateurs du service public qui permettent à l'établissement public de santé d'assurer ses missions.

De surcroît, ces médecins ne sont rémunérés qu'à proportion de leur activité dûment constatée contrairement aux praticiens hospitaliers qui disposent d'une rémunération statutaire quel que soit le volume de leur activité.

Au surplus, afin de respecter le principe d'égalité devant le service public, ils ne peuvent recevoir de rémunération assise sur des dépassements d'honoraires à la différence des conventions de co-utilisation, des ex-cliniques ouvertes ou de l'activité libérale des praticiens temps plein.

Au regard de ces contraintes spécifiques, les praticiens libéraux qui acceptent d'exercer uniquement sur des patients de l'établissement public de santé, dans le cadre juridique d'un groupement de coopération sanitaire, bénéficient d'un régime de rémunération spécifique que ni le législateur, ni les pouvoirs publics n'ont entendu encadrer au-delà des dispositions de l'article R. 6133-10 du CSP. Or cet article ne fait aucunement état du versement d'une redevance quelconque et aucun principe général du droit, contrairement à l'occupation du domaine public, n'impose le versement d'une telle redevance.

C’est donc librement que le centre hospitalier de Douarnenez a pu décider du montant prélevé sur la valeur des actes CCAM de référence en tenant compte non seulement des coûts supportés par le centre hospitalier mais aussi des recettes obtenues par l'établissement au titre de l'activité développée par les médecins libéraux (…).

2) (…) Cette coopération (*avec le CHI de Cornouaille*) fondée sur un souci d’optimisation des ressources médicales disponibles a d’abord permis de renforcer en chirurgie et anesthésie la réponse du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille, établissement de référence, à son obligation d’assurer la permanence des soins hospitalière sur le territoire de santé et d’adapter celle-ci à l’évolution des besoins, notamment en obstétrique.

Cette coopération a également favorisé l’appropriation de protocoles médicaux partagés par l’exercice sur les deux sites d’équipes médicales et soignantes dont la compétence a gagné en homogénéité et donc en sécurité pour le patient. (…)

Enfin, la coopération développée depuis 2002 a également permis de progressivement différencier, dans un souci de sécurité des soins, la chirurgie développée sur l'un et l'autre site, réservant à l'établissement de référence tous les actes à risques exigeant un plateau technique de haut niveau et un service de réanimation et développant sur Douarnenez une chirurgie programmée, ambulatoire.

En conclusion, la coopération développée par le centre hospitalier de Douarnenez avec l'établissement de référence a permis de stabiliser les équipes médicales de chirurgie et d'anesthésie sur le territoire de santé et d'offrir sur les deux sites un accès à des soins gradués, assurés en toute sécurité.

D'ailleurs, cette approche développée depuis 10 ans ne fait pas obstacle aujourd'hui à la rédaction d'un projet de territoire porté par les cinq établissements participant au service public hospitalier et dont la finalité, en termes de chirurgie, est de regrouper sur un site unique l'activité opératoire conventionnelle tout en préservant sur les établissements de proximité l'accès à des activités d'exploration et de médecine opératoire.

REPONSE DU POLE DE SANTE DU GOLFE DE SAINT-TROPEZ

(…)

Le fonctionnement médical est très satisfaisant (surtout pour les patients). Le résultat purement économique l'est un peu moins. Pour l'aspect « durable », la coopération fonctionne depuis 12 ans sur deux sites et depuis 7 ans sur un site et devrait perdurer sur les mêmes bases d'activité pour la durée de vie du SROS à venir et peut-être plus. La durée des accords doit être superposée à celle des autorisations. Généralement, les protagonistes de projets innovants comportant des investissements lourds les envisagent bien évidemment pour une durée supérieure au schéma régional d'organisation des soins

Le partage entre obstétrique et chirurgie gynécologique découle de la situation à un moment donné (activité, qualité, service rendu aux populations, effectifs médicaux disponibles, forces en présence et avenir à moyen terme) et de la volonté de supprimer des doublons coûteux (donc une seule autorisation et un seul bloc opératoire) mais aussi de celles des praticiens concernés. L'autorité administrative ne peut imposer une activité à un établissement à but lucratif : l'acteur public a effectivement la part d'activités la moins programmable (urgences) et la moins rentable (médecine), mais le coût du maintien des doublons serait bien plus grand, pour chaque entité, pour la Sécurité Sociale et pour la qualité des soins, donc pour les risques liés à la non-qualité, assurés aussi par la Sécurité Sociale. Les retombées médico économiques ne peuvent pas être analysées au travers des seuls comptes des établissements acteurs de soins (hôpital et clinique), mais doivent aussi intégrer le service rendu et la qualité de prise en charge des patients. Il est

difficile d'estimer les économies ou plutôt les non dépenses engendrées par une coopération, comparée à un système « sans coopération ».

(…)

TROISIÈME PARTIE – COUVERTURE OBLIGATOIRE ET PROTECTION FACULTATIVE

Chapitre X
La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Le constat d'une certaine sédimentation des dispositifs d'exonération, comme l'a constaté la Cour, peut effectivement être posé. De ce fait, une analyse approfondie de l'impact de ces dispositifs est nécessaire pour contribuer à éclairer les acteurs du système de soins.

Concernant le coût du dispositif des ALD, auquel s'intéresse le rapport, il faut souligner que les dépenses remboursées ne sont pas représentatives du coût du dispositif et qu'une partie des dépenses induites par cette augmentation aurait de toute façon été remboursées à 100% pour d'autres motifs (hospitalisation avec actes supérieur à 91€ -120 euros à partir de mars 2011-, chimiothérapie, médicaments irremplaçables...).

Par ailleurs, face à l'appréciation posée par le rapport, qui estime que les mesures d'aménagement du dispositif issu des précédentes LFSS sont insuffisantes, les précédents rapports sur les charges et produits de la CNAMTS ont montré la concentration croissante des dépenses d'assurance maladie, y compris au sein de la catégorie de patients en ALD. Ce n'est pas tant le dispositif d'exonération du ticket modérateur que les facteurs épidémiologiques et la diffusion du progrès technologique qui constituent aujourd'hui le moteur de la croissance de ces dépenses.

Enfin, il faut souligner que les pouvoirs publics ont fait évoluer, au cours des dernières années, les contours du dispositif des ALD :

- sortie des ALD pour les patients en rémission, assortie du maintien de la prise en charge des examens de suivi - le maintien en ALD de nombreux patients sur longue période résultant toutefois de la nature même de pathologies qui, pour la plupart, impliquent un traitement à vie ;

- modification récente de la liste des ALD pour l'hypertension artérielle sévère isolée, proposée par les régimes d'assurance maladie en 2009.

Concernant les dispositions de régulation des dépenses aujourd'hui inappliquées, la possibilité de moduler l'exonération des dépenses de soins des personnes en ALD est de nature à complexifier le dispositif. Par ailleurs, pour ce qui est de réserver la limitation ou la suppression du ticket modérateur aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins, cette disposition ne me paraît pas applicable au cadre du parcours de soins coordonné. En effet, si les personnes exonérées au titre d'une ALD relèvent comme tout assuré du cadre du parcours de soins coordonné, leur protocole de soins peut mentionner un accès direct à certains professionnels de santé du fait de leur pathologie.

Enfin, s'agissant des voies de réforme évoquées, l'instauration d'un bouclier sanitaire, dont la Cour souligne d'ailleurs les difficultés, ne recueille pas l'assentiment de la CNAMTS dans la mesure où ce dispositif, s'il peut répondre à des objectifs de redistribution des restes à charge, n'apporte pas de réponse à la dynamique des dépenses. Il n'apparaît pas, de ce fait, comme une solution de rééquilibrage structurel. Sa mise en place conduirait, par ailleurs, à passer d'un système de réassurance fondée sur la sinistralité à une réassurance fondée sur le revenu et conduirait à poser la question du niveau de réallocation qui pourrait être considéré comme acceptable, notamment pour les moins bien portants.

Chapitre XI
Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

REPONSE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE

(…)

Nous invitons (…) la Cour à être plus nuancée sur le caractère solidaire des contrats collectifs. Les contrats collectifs pratiquent une tarification sur une population circonscrite et homogène, notamment en âge et en nombre d'enfants, qui de plus est souvent traduite en forfait. Par ailleurs, la solidarité des contrats collectifs envers les anciens salariés est très limitée, la grande majorité des retraités étant couverte par un contrat individuel. On s'étonne que la convention de branche du BTP soit qualifiée de très généreuse alors que les retraités des mutuelles de fonctionnaires bénéficient davantage de la solidarité des actifs.

Concernant le montant des aides publiques, nous comprenons difficilement que la Cour ne rappelle pas, comme elle l'avait fait dans le relevé d'observations provisoires, que le montant de 6 milliards d'euros doit être relativisé par le fait que pour un tiers de ce montant, l'aide est financée par les organismes complémentaires eux-mêmes.

Sur les conclusions, nous partageons pleinement avec la Cour l'objectif d'un meilleur accès aux soins et le constat du rôle fondamental des organismes complémentaires d'assurance maladie et au premier chef les mutuelles, dans ce domaine. Nous partageons également certains éléments du bilan que la Cour dresse de la régulation. Il nous apparaît également nécessaire d'améliorer cette régulation, d'autant plus que les caractéristiques des mutuelles, (qui couvrent une population aux revenus plus faibles et où la part des plus de 60 ans est plus élevée que chez les autres organismes complémentaires) traduisent des pratiques de mutualisation qui s'inscrivent résolument dans la satisfaction de l'intérêt collectif.

A ce titre, le contrat solidaire et responsable est l'un des éléments potentiellement structurants du dispositif de régulation. Les incertitudes pesant sur la pérennité de ce dispositif sont clairement une source de préoccupation, à l'heure où il est plus que nécessaire d'approfondir les modalités d'un accès de tous à des soins de qualité et à des tarifs maîtrisés. Un niveau élevé d'exigences doit sur ce point aller de pair avec des incitations significatives pour les citoyens qui sont exposés à un risque réel de différer ou de renoncer à des soins. De ce point, le retour à une exonération complète de taxe sur les conventions d'assurance nous paraît fondamental.

La Mutualité française partage avec la Cour la conclusion qu'il est nécessaire de réfléchir à la meilleure allocation possible des aides publiques. Concernant l'accès des ménages modestes à la couverture complémentaire, il nous paraît important de réfléchir aux évolutions nécessaires concernant l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dont les limites ont été bien identifiées par la Cour et pour laquelle le transfert de gestion aux caisses primaires n'apporterait pas d'avancées. Pour la Mutualité française, il s'agit non seulement : d'agir sur l'information et la simplification des démarches mais surtout d'ajuster les paramètres des aides consenties afin de limiter les effets de seuils.

REPONSE DE LA FEDERATION FRANÇAISE DES SOCIETES D'ASSURANCE

En préalable à nos remarques sur le contenu du rapport, ce sont d'abord vos conclusions et vos recommandations qui nous font fortement réagir.

Assimiler l'assurance complémentaire santé à un achat de soins anticipé et lui dénier son caractère assurantiel n'est pas conforme à la réalité puisque par nature, la survenance du risque est aléatoire. Depuis de nombreuses années les assureurs complémentaires ont montré leur volonté de ne pas être des payeurs aveugles et agissent de façon constante pour mettre en place des techniques de gestion du risque et ce malgré un environnement défavorable.

Parler d'effet d'aubaine des dispositifs d'aides pour les bénéficiaires des contrats collectifs alors que l'on doit se féliciter que ces aides contribuent à ce que 94% de la population dispose d'un contrat complémentaire est très excessif. La suppression de ces aides pénaliserait, en premier chef, les entreprises les plus petites et/ou les plus fragiles ainsi que leurs salariés dans une période économique très difficile pour les entreprises et l'emploi.

Le développement de l'ACS en lui affectant les aides des contrats complémentaires d'entreprises ne créera aucune économie et se résumera à un transfert.

Sur le contenu du chapitre, l'argumentation de la Cour, sur deux axes essentiels (celui de l'importance des aides publiques au financement de la couverture complémentaire et celui de l'équité entre contrats collectifs et contrats individuels) peut être discutée.

En effet, il est admis, depuis la création en 2000 de la CMUC, que pour accéder à des soins de qualité, une assurance complémentaire est nécessaire. Si les dépenses prises en charge par les assurances complémentaires (24,3 milliards d'euros en 2009) devaient être prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, les prélèvements fiscaux et sociaux qui en découleraient seraient bien plus élevés que les aides publiques évoquées dans le rapport. On peut donc en déduire que le système actuel, pour un accès aux soins globalement efficace, est très performant en matière de « consommation » de ressources publiques.

Quant à l'équité entre souscription individuelle et souscription collective, elle mérite d'être analysée sous d'autres angles.

L'équité ne peut être appréciée isolément. En matière de retraite, pour beaucoup de souscripteurs de contrats individuels issus de la fonction publique, l'assiette de calcul est celle des salaires des 6 derniers mois d'activité alors que pour beaucoup de bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires, celle-ci est calculée sur le salaire moyen des 25 dernières années en activité.

En santé, les couvertures des contrats collectifs sont globalement plus élevées que celles des contrats souscrits à titre individuel et il faut maintenir cette possibilité, dans un contexte où les assurés ont de plus en plus de mal à financer leur couverture complémentaire. L'Etat contribue d'ailleurs à rendre ce financement de plus en plus difficile en taxant fortement les contrats (6,27% + 3,5% pour les contrats « responsables »).

La bonne démarche est de préserver l'accès à ce bon niveau de couverture par les contrats collectifs en faisant en sorte que l'augmentation des salariés couverts par ces contrats puisse se poursuivre. C'est d'ailleurs l'intention des pouvoirs publics qui travaillent à la rédaction d'un décret en ce sens.

REPONSE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE (CTIP)

Les contrats maladie complémentaire souscrits par des assurés ou des entreprises au profit de leurs salariés prennent en charge une partie des dépenses de frais de soins de santé laissée à leur charge par la sécurité sociale. Ils participent ainsi directement à l'exercice, par les assurés sociaux, de leur droit à la santé. Il ne s'agit donc pas d'un marché de prestations de services « ordinaire ». Il est d'autant plus indispensable aux assurés que la Sécurité sociale ne leur permet pas de disposer d'un accès aux soins suffisant.

Le marché de la complémentaire santé est un marché dont le fonctionnement est difficile. Il ne couvre que 60 % environ des restes à charge des assurés sociaux. Sauf lorsqu'il peut être mis en place par la voie de la négociation collective qui, seule, permet de rendre l'adhésion obligatoire de faire disparaître les effets de l'antisélection, il est fondé sur la rencontre entre une offre et une demande individuelle. Il conduit donc, pour les opérations individuelles, à des frais de gestion et d'acquisition importants et oblige les organismes assureurs complémentaire à prendre une « marge » de risque en raison des effets de l'antisélection sur leur solvabilité.

Les ressources des assurés et des entreprises étant nécessairement limités, il résulte de cette situation que tout accroissement des charges qui pèsent sur les contrats maladie complémentaire est de nature à conduire à une diminution des remboursements maladie complémentaire et, par voie de conséquence, à une augmentation des restes à charge supportés directement par les ménages.

Trop souvent, les appréciations portées sur le statut fiscal et social applicable aux contrats maladie complémentaire ne prennent pas en considération les éléments fondamentaux du fonctionnement de ce marché. Pourtant, pour l'essentiel des remboursements, les contrats maladie complémentaire contribuent bien à l'exercice d'une mission d'intérêt général de même nature que celle qui incombe à la sécurité sociale. Celle-ci, reconnue par la jurisprudence communautaire, est particulièrement nette lorsque la couverture est mise en place par convention ou accord collectif, les régimes comportant alors des mécanismes de solidarité, notamment avec les salariés privés d'emploi. Il n'est donc, en rien, anormal que les pouvoirs publics encouragent le développement des couvertures conventionnelles qui contribuent efficacement à pallier les lacunes des régimes de sécurité sociale.

Les charges qui pèsent sur les contrats maladie complémentaire ont fortement augmenté ces dernières années au travers, notamment, du transfert intégral, vers les assurés de ces contrats, du financement des prestations de solidarité nationale de la CMU-C. Ces charges ne peuvent être ignorées lorsque l'on dresse le bilan des prélèvements obligatoires applicables. L'augmentation des prélèvements obligatoires pesant sur les contrats maladie complémentaire, proposée par la Cour des comptes, conduirait à une

augmentation très importante des restes à la charge directe des ménages. En se fondant sur des taxes particulières applicables à tous les assurés sociaux, ces mesures constitueraient également un facteur supplémentaire d'accroissement des inégalités sociales. (…)

QUATRIÈME PARTIE – LA QUALITE DE GESTION DES CAISSES ET DES REGIMES

Chapitre XIII
La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(…)

La Cour souligne l'ampleur des gains de productivité réalisés par la branche maladie, en soulignant notamment celle de la réduction des effectifs. Si, la CNAM'I'S partage cette analyse, certains points méritent toutefois d'être précisés. Ainsi, l'année 2009 a certes été marquée par la nécessité d'une décélération de la réduction des effectifs. Cette situation a résulté de la nette augmentation de charge de travail dans la gestion des bénéficiaires qui a résulté du décret de 2007 réformant les règles de gestion des droits à l'assurance maladie. Elle ne doit toutefois pas masquer l'ampleur des efforts effectués et à venir compte tenu des objectifs fixés par la COG récemment signée.

Ainsi, la CNAMTS ne partage pas l'opinion formulée par le rapport d'objectifs « peu ambitieux » en la matière. Il faut souligner que peu de services publics ont connu une réduction des effectifs d'une ampleur comparable à celle qu'a connue l'assurance maladie, continue sur une telle durée et dans le cadre d'une amélioration de la qualité de service. Ces évolutions ont impliqué et continuent d'impliquer des efforts importants pour dégager des gains de productivité, qui s'appuient tant sur des réorganisations profondes des services de production des caisses que par un investissement marqué sur les outils informatiques, comme le démontrent les réalisations déjà effectuées dans le cadre du nouveau Schéma Directeur des Systèmes d'Information.

L'ampleur des restructurations qu'a connues le réseau de production et de proximité de la branche ne doit pas non plus être sous-estimé. La Cour s'interroge sur le choix qui a été effectué, dans le cadre de l'accord de 2006 relatif à l'évolution des réseaux, de ne pas prévoir de clause de mobilité

forcée. Cette approche conduit à négliger les réorganisations profondes qu'ont connues et que continuent de mettre en place les caisses fusionnées. Ainsi, ces fusions ne se limitent pas à des fusions juridiques mais conduisent à la mise en place de nouvelles organisations appuyées sur une organisation par pôle de production. Ces évolutions ont conduit à d'importantes mobilités fonctionnelles, soutenues par des actions de formation ambitieuses. (…)

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

(…)

La CNAV s'est attachée à organiser la réduction des écarts de productivité entre les caisses pour la période 2009-2013 en fixant aux organismes les moins productifs des objectifs plus importants que les caisses les plus efficientes.

- La négociation COG avec les autorités de tutelle a permis de fixer un objectif de gain de productivité, conforme aux recommandations de l'IGAS de 5% entre 2009 et 2013 (sur le périmètre des charges mesurables à l'époque) correspondant à l'effort nécessaire à la convergence des caisses les moins efficientes à la médiane de l'ensemble des CRAM,

- Dans un second temps, les moyens nécessaires aux caisses régionales pour la période 2009-2013 ont été évalués :

  - en estimant l'évolution de la charge de travail pour la période (hors nouveaux dispositifs et réforme),
  - en appliquant, à chacun des organismes les moins efficients, l'évolution de productivité nécessaire à leur convergence à la médiane de l'ensemble des CRAM sur ce critère.

Le potentiel prévisionnel de départ en retraite au sein des organismes a été également pris en compte.

Néanmoins, il convient de souligner que la CNAV a demandé aux organismes les plus efficients un effort de productivité afin que chaque Caisse contribue à l'effort de la branche en matière de performance. (…)

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

(…)

La Cour s'appuie sur trois catégories d'indicateurs globaux relatifs au coût de gestion par allocataire, de ratio d'allocataires par agent et de taux des pièces traitées par agent. Or ceux-ci ne rendent compte que très partiellement

de la charge de travail pesant sur les agents. Au-delà de l'unité d'œuvre « allocataire », il convient en effet de considérer les données relatives aux flux de contacts (courriers, appels téléphoniques, visites à l'accueil) ainsi que celles relatives à l'activité de traitement des droits dans l'application Cristal (« faits générateurs »), qui sont beaucoup plus directement représentatives de la charge de travail.

Au total, s'il est donc exact que le ratio allocataires pondérés par agent a peu progressé, cette approche ne renseigne que sur une productivité apparente beaucoup trop fruste pour rendre compte de la progression de la productivité réelle par agent. Parler de « contre-performance », dans un contexte de forte croissance des charges -liées non seulement à la généralisation du RSA mentionné par le rapport, mais surtout à la crise économique, qui met sous pression l'ensemble de la Branche et entraîne des difficultés dans un certain nombre d'organismes, me paraît donc excessif et contraire à la réalité.

Il serait plus approprié de dire que si la productivité apparente évolue peu, l'alourdissement du poids en termes de charge de travail de la gestion d'un allocataire pondéré entraîne un gain de productivité dont ne rendent pas compte les indicateurs globaux actuels, ce qui plaide pour l'affinement des indicateurs souhaité par la Cour elle-même au point B.1.b)

Quant aux effectifs alloués à la Branche pour la mise en œuvre du RSA, ils ont effectivement été répartis entre les CAF sur la base du nombre d'allocataires potentiels tels qu'évalués avant l'entrée en vigueur de cette nouvelle prestation, seule clé de répartition disponible ex ante. Il est donc normal que toutes les CAF se soient vu octroyer des postes supplémentaires. De même qu'il est normal qu'une fois les postes attribués et les embauches effectuées dans un organisme donné, il ne soit pas possible de réajuster les moyens -sauf dans la durée en modulant les taux de restitution des postes, ce qui est le cas-, les personnels n'étant pas interchangeables.(…)

Chapitre XIV
Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Au sujet des organisations du travail diverses :

Un point nous paraît devoir être mis en évidence s'agissant de la partie du relevé qui traite de la réforme du Revenu de solidarité active : en effet, le rapport indique à plusieurs reprises qu'il existe des organisations différentes selon les territoires, sans qu'il soit fait mention de manière plus nette que la décentralisation explique en grande partie ce constat.

La mise en œuvre de nouvelles missions par les Caf sur l'instruction, l'orientation et l'accompagnement social s'est réalisée dans un contexte traversé par un double mouvement : d'un côté, le rôle du Conseil général a été réaffirmé, en particulier sur l'insertion, de l'autre, les modes de prise en charge se sont étoffés, notamment à travers la refonte de l'orientation des bénéficiaires. De facto, les Caf ont dû engager davantage de moyens dans le dispositif du RSA.

Ces responsabilités accrues ont découlé soit de la loi (mission nouvelle de l'instruction), soit d'un partenariat revisité avec le Conseil général. Sur ce dernier point, essentiel, il faut avoir à l'esprit que la loi sur le RSA, a laissé ouverte (par la voie des délégations) la possibilité pour les acteurs locaux, de s'impliquer, selon des degrés divers, sur différentes compétences. Ainsi, la loi sur le RSA portait en son sein les germes d'une différenciation accrue du niveau de service d'une Caf à l'autre.

Afin d'éviter le risque d'hétérogénéité, la branche famille s'est efforcée de définir des offres de service susceptibles de répondre, d'une part, à la diversité des attentes des Conseils généraux (diversité inhérente au principe de la décentralisation) et, d'autre part, à la nécessaire cohérence qu'un réseau comme la branche famille se doit de préserver, notamment par rapport aux objectifs de performance assignés par la COG.

Par ailleurs, la loi a étendu aux Caf la compétence de l'instruction du RSA, en la rendant de surcroît obligatoire. Au terme de ces deux premières années de mise en œuvre, il s'avère que cette compétence a été prise en charge selon des formules qui peuvent être différentes d'un territoire à l'autre et notamment pour les raisons énoncées plus haut. A l'évidence, ces éléments de contexte ont pesé sur les organisations que les Caf ont mises en place pour faire face à cette réforme. Il nous semble que l'analyse devrait en rendre compte plus explicitement. (…)

Chapitre XV
La réorganisation de la Mutualité sociale agricole

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

(…)

Dans le cadre de la COG, les engagements pris notamment dans le domaine de la performance de gestion visent à conduire à leur terme les réorganisations permises par la restructuration du réseau MSA et à prolonger la dynamique engagée en vue d'optimiser les processus de travail, d'impulser et de mener à bien des mutualisations inter caisses, de faire progresser les organisations par une double démarche d'évaluation et de management par processus. Ils prévoient également l'optimisation de la gestion de l'immobilier

avec la mise en place d'un pilotage en cohérence avec la stratégie immobilière définie en inter régimes. Et plus spécifiquement dans le domaine des ressources humaines est prévue une mutualisation d'actions de formation avec celles organisées par les centres de formation professionnelle du régime général.

Le second cadre de l'action de la MSA est de nature politique, il s'agit de son plan stratégique construit et voté par l'ensemble de l'institution. Prenant appui sur les caractéristiques fondamentales du régime agricole notamment son organisation en guichet unique et sur les engagements pris dans la COG, le plan stratégique met en perspective les ambitions de la MSA au service de ses adhérents. C'est une réflexion prospective qui n'a pas le même temps que la COG car si elle couvre les cinq mêmes années que celle-ci, elle trace aussi les orientations du régime agricole sur un temps plus long en anticipant les évolutions de l'agriculture, du milieu rural et de la protection sociale.

Un des fondamentaux du régime agricole est son organisation historique en guichet unique. Non seulement le guichet unique se traduit par le recouvrement des cotisations et le versement de l'ensemble des prestations par un même organisme mais il permet d'avoir une approche transversale de la situation et donc des besoins des adhérents. Ainsi, s'agissant des adhérents relevant du régime agricole, la MSA, dans son plan stratégique, s'inscrit avec force dans une démarche d'élargissement de son périmètre actuel d'affiliation. Non seulement elle demeurera très attentive au maintien de la population historiquement et juridiquement assujettie au régime agricole mais elle entend utiliser toutes les marges de manœuvre existantes en matière d'affiliation.

Les orientations stratégiques de la MSA intègrent les engagements de la MSA en termes de maîtrise des coûts et d'accroissement de son efficience. Cette ambition de performance collective est un axe essentiel du plan stratégique et se décline en quelques orientations fortes. En premier lieu il s'agit d'optimiser les organisations des caisses pour tirer pleinement parti du processus de regroupement, cela concerne notamment la centralisation des fonctions supports et la distinction entre les activités liées à la relation avec l'adhérent et les activités de production. Le renforcement des mutualisations d'activités entre organismes du réseau et notamment entre caisses est également une priorité.

C'est une orientation majeure qui ne remet pas en cause le guichet unique et concernera toute activité quel que soit le volume qu'elle génère. Les législations à faible volume, les prestations familiales, sont dans le périmètre potentiel des mutualisations. En conséquence un transfert de la gestion de la branche famille au régime général n'est pas envisageable pour la MSA.

Chapitre XVI
Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La Cour dresse un constat sévère de la gestion du patrimoine immobilier de la sécurité sociale. Malgré la richesse de l'analyse menée par la Cour, la CNAMTS ne partage pas certaines des appréciations formulées par le rapport.

Ainsi, les constats, formulés de façon globale sur l'ensemble des branches, ne tiennent pas compte de la gestion de son patrimoine mis en place par la branche maladie depuis de nombreuses années. Ainsi et contrairement à ce qu'indique le projet d'insertion, le recensement du patrimoine immobilier a été mis en œuvre depuis près de 15 ans par la branche. L'outil de la branche maladie a d'ailleurs été mis à disposition des autres branches (RHAPSODIE).

De même, les critiques formulées par la Cour quant à la connaissance des surfaces avec l'unité SUN apparaissent infondées. La connaissance du patrimoine avec l'unité de m2 SUN correspond à une inflexion récente, issue des règles que l'Etat s'est récemment fixées pour la gestion de son propre patrimoine immobilier. Pour autant, une connaissance fine est bien disponible en m2 SHON. Le suivi des surfaces en m2 SUN sera effectif d'ici la fin de convention d'objectifs et de gestion. Sa réalisation en interne a été décidée du fait du coût d'une externalisation de cette opération, chiffrée de 3 à 4M€.

(…)

La question de la coordination des politiques immobilières appelle une réponse spécifique. La politique immobilière constitue, pour la branche et les organismes qui la composent, un enjeu étroitement lié aux évolutions de la production, aux restructurations en cours et aux relations sociales qui les accompagnent. De ce fait, elle constitue autant un outil de ces évolutions qu'elle se doit de les accompagner, dans le cadre de projet d'entreprises approuvé par les conseils des organismes sociaux.

A cet égard, il convient de rappeler l'indépendance des branches de la sécurité sociale, comme le prévoient d'ailleurs les dispositions du code de la Sécurité sociale. Dans ces conditions, il semble peu cohérent de leur reprocher aujourd'hui un manque d'harmonisation et de coordination de leur pilotage, a fortiori s'agissant d'une politique étroitement liée dans ses implications aux restructurations engagées par chaque branche.

La CNAMTS possède à elle seule la moitié des surfaces et a mis en place des stratégies et moyens pour gérer son patrimoine. La Cour a d'ailleurs

relevé la qualité du développement de la politique immobilière de la branche maladie. Le développement et le renforcement de cette politique ne sauraient donc être valablement freinés pour des motifs d'harmonisation avec des partenaires dont les enjeux évoluent au rythme des évolutions de leur propre réseau. La CNAMTS s'est en revanche naturellement engagée à tout mettre en œuvre pour rendre accessible aux autres branches et régimes qui le souhaitent ses outils et moyens humains sans qu'il soit nécessaire de mettre en péril l'organisation actuelle qui prévaut dans la sphère de l'assurance-maladie

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

(…)

La branche vieillesse a engagé depuis une décennie, une politique de développement d'un réseau d'agences retraite qui comportait, en 2010, 315 agences. (…) Le recours à la location a été privilégié pour les agences ; cela permet de mettre en place une politique immobilière plus souple et plus réactive aux évolutions de l'offre de service de la branche.

La création des agences retraite ne s'est pas accompagnée systématiquement de locations de surfaces supplémentaires (certaines agences sont logées dans des immeubles qui étaient, préalablement à la création de l'agence, propriété des organismes). De plus, la création des agences a été chronologiquement corrélée :

- au développement des activités d'accueil du public et à la définition d'engagements de service plus ambitieux. L'accroissement des surfaces dédiées à l'accueil du public a eu pour conséquence la dégradation du ratio entre surface SHON et SUN pour les immeubles concernés,

- à l'accroissement des effectifs dédiés à l'accueil du public et à la liquidation des dossiers,

- à la mise en place d'une stratégie de gestion du parc immobilier des organismes plus active. A titre d'exemple, la CNAV a engagé, pour ses activités d'accueil et de liquidation, une politique d'optimisation de ses moyens qui a conduit sur les trois dernières années à libérer 3 700 mètres carrés SHON.

REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SECURITE SOCIALE (UCANSS)

Au regard des moyens limités à disposition de l'UCANSS, la capacité d'intervention de la direction de l'expertise immobilière a été régulée corrélativement, notamment, par la mise en place de seuils d'intervention. Ainsi le rôle d'assistant à maîtrise d'ouvrage est exercé partiellement principalement en raison de l'absence de relais au niveau local. (…)

L'UCANSS anime actuellement avec les caisses nationales des travaux qui s'inscrivent dans les recommandations de la Cour en termes de recensement quantitatif et qualitatif du patrimoine. Un marché public interbranches (CNAF-ACOSS) sera notifié fin août 2011. Son objectif est de quantifier les surfaces réelles de leur patrimoine immobilier. Une première échéance de mesure des surfaces, évaluée à 40% du patrimoine, est prévue pour février 2012. Pour les deux autres branches (CNAM et CNAV) l'ensemble de la campagne de mesure a débuté avec l'appui de leurs ressources expertes internes et devra s'achever en 2014.

L'UCANSS s'attache actuellement à identifier avec les branches, la définition des composantes du coût d'exploitation au regard de la disponibilité des données. Cette action permettra de définir un indicateur retraçant le coût de l'immobilier par poste de travail pour fin 2012.

(…)

Chapitre XVII
Les contrôles des caisses dans le cadre du réseau d'alerte

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE CENTRALE D'ASSURANCE MALADIE DES BOUCHES DU RHONE

Sur la recherche d'une organisation optimale des réseaux :

La CPCAM des Bouches-du-Rhône s'est engagée dans un vaste projet de réorganisation, intitulé « CPAM 2011-2013 » (durée de l'actuel CPG), permettant l'adaptation de nos activités et de nos besoins à nos moyens et au contexte environnemental, afin de consolider, mieux encore, nos missions d'assureur solidaire.

Cette nouvelle organisation, par pôles d'activités, avec le redéploiement de certains sites de production, facilitera une professionnalisation des personnels concernés, améliorant ainsi le service rendu aux assurés et sera déclinée dans une démarche triennale, selon un séquençage annuel, tout en prévoyant des évaluations annuelles, permettant une adaptabilité éventuelle.

Ainsi, ce ne sont pas moins de sept Unités de Gestion (centre de production) qui seront redéployées d'ici la fin 2013.

Le projet, versant stratégique, a été soumis au Conseil de la CPCAM le 17 décembre 2010, où il a recueilli un avis favorable à une très large majorité. Il a été ensuite présenté au Comité d'Entreprise et au CHSCT où il a également été adopté, puis a fait l'objet de présentations aux Responsables de l'Organisme et à l'ensemble du personnel.

Actuellement, la déclinaison opérationnelle est en cours de finalisation pour présentation aux Instances et sera déclinée dès l'automne 2011.

(…)

REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES (URSSAF) DE BESANÇON

S'agissant de l'observation relative au régime horaire de l'URSSAF de Besançon.

La décision de mettre en œuvre une possibilité de répartir le temps de travail sur quatre jours a résulté d'un accord pris avec l'organisation syndicale à l'époque majoritaire dans l'organisme.

Ceci a été fait dans le cadre d'un avenant au système d'horaire variable. Ce système ne contrevient pas à la loi, le code du travail ne s'y opposant pas, les entreprises ayant eu latitude d'organiser le régime dit des 35h avec beaucoup d'initiatives.

Cependant la mise en œuvre prochaine de la structure régionalisée des URSSAF conduira la direction à remettre en cause ce système dans le cadre des dispositions d'harmonisation qui seront à prendre, la diversité des choix actuels n'étant pas compatible avec une gestion multi-sites.

Une négociation avec les représentants du personnel lors du processus de régionalisation permettra d'alléger l'éventail des choix et par conséquent un réaménagement de l'ensemble du système horaire sur Besançon.

REPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF) DE GRENOBLE

(…)

L'aide de l'ARC reçue par la CAF de Grenoble à partir de 2009 alors qu'elle avait déjà atteint 18 jours de solde moyen n'a cependant pas eu l'effet durable escompté sur la résorption de son stock retard par comparaison des résultats de la majorité des autres caisses aidées par l'ARC.

L'ensemble des études, enquêtes et audits entrepris en 2010 pour expliquer les écarts entre les caisses du réseau (notamment l'étude CNAF « Charges, Moyens Résultats » mais aussi des analyses au sein de la CAF de Grenoble) permet de mettre en évidence quelques éléments à prendre en considération pour apprécier l'intérêt de l'ARC :

- l'effet global de l'ARC sur le stock mérite d'être pondéré en prenant en compte la charge différée induite : volume et recyclage des rejets, réponses aux demandes de pièces émises par l'ARC, évolution du volume des mises en instances et charges liées au volume des contrôles métier. Cette charge induite semble toutefois peu évitable en l'état actuel.

- la productivité comparée des jeunes techniciens de l'ARC et des nouvelles recrues de l'organisme : En 2009, ces éléments étaient comparables. Il en était de même que les taux d'erreurs. En revanche, après 2009, la progression est différente en volume et en nature de dossiers traités.

Ces éléments mettent en évidence deux constats que les rapporteurs de la Cour des Comptes soulignent :

- des procédures locales qui modulent l'effet a priori structurant des applicatifs informatiques nationaux ;

- un écart qui tend à augmenter :

▪ entre les productivités des caisses selon qu'elles ont ou non reçu l'aide de l'ARC ;

▪ entre la montée en productivité des techniciens de l'ARC et celle des jeunes recrues des caisses aidées du fait de la nature même des dossiers traités (liquidation de dossiers sélectionnés dans la corbeille ARC versus montée en compétence sur tous types de dossiers et recyclage des rejets des techniciens locaux).

Le reporting coordonné par la CNAF entre caisses aidantes et caisses aidées met régulièrement en avant des différences de pratiques et de circuits de traitement entre les caisses. Ces différences et leurs effets sur la productivité des techniciens mériteraient d'être objectivés.

La CAF de Grenoble souscrit à la suggestion de la création d'un ARC national. Vérification qui permettrait, au-delà du diagnostic sur les organisations stricto sensu, d'auditer l'effet des pratiques locales sur les résultats élargis à l'analyse des montants versés de liquidation pour en généraliser les plus efficientes à court, à moyen et à long terme.

En conclusion, on remarque que l'aide de l'ARC reçue en 2011 par la CAF de Grenoble a contribué efficacement au redressement de l'organisme vis-à-vis de l'écoulement de la charge de travail. Alors qu'elle a débuté l'année 2011 avec 11,52 jours de solde moyen (moyenne nationale 6,4), atteignant 15,80 fin janvier 2011 (moyenne nationale 7,9), la Caf de Grenoble connaît à ce jour (13 juin 2011) un solde de 4,7 jours pour un solde moyen national de 4.3 jours.

Restructuration des effectifs, montée en compétence des jeunes techniciens locaux, mise en œuvre des corbeilles personnalisées de dimension plus réduites sont d'autres éléments constitutifs de mesures structurelles qui ont contribué à ce redressement sur fond de ralentissement perceptible de la demande sociale dans un environnement régional très réactif aux grands cycles économiques mondiaux.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC	Aide à la contractualisation
ACBUS	Accord de bon usage des soins
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APRE	Allocation personnalisée de retour à l'emploi
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AVA	Assurance vieillesse agricole
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAF	Capacité d'autofinancement
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (ex CRAM)
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CBU	Contrat de bon usage
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole

CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEPS	Comité économique des produits de santé
CESP	Contrat d'engagement de service public
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse
CJF	Code des juridictions financières
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale du barreau français
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRA	Commission de recours amiable
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieillesse
CRC	Chambres régionales des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire

CRP RATP	Caisse de retraite du personnel de la RATP
CRP SNCF	Caisse de retraite de la SNCF
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DCI	Dénomination commune internationale
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DIM	Département de l'information médicale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ECN	Epreuves classantes nationales
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMEA	European medicines evaluation agency (Agence européenne des médicaments)
ENIM	Etablissement des invalides de la marine
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt public (ex PSPH)
ETI	Employeurs et travailleurs indépendants
ETP	Équivalent temps plein
FFIPSA	Fonds de financement de la protection sociale agricole
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels d'État
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HL	Hôpital local
HPST (loi)	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de

	la santé
ISU	Interlocuteur social unique
ITAF	Impôts et taxes affectés
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCP	Mission comptable permanente
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MEP	Mode d'exercice particulier
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
ODAM	Objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO	Objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
OGD	Objectif global de dépenses
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national des professions de santé
OQN	Objectif quantifié national
OSS	Organisme de sécurité sociale
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PDS	Permanence des soins
PERCO	Plan d'épargne retraite collectif
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMCT	Poids moyen des cas traités
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PREF	Plan de retour à l'équilibre financier
PSS	Plafond de la sécurité sociale
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
R&D	Rechercher et développement
RMI	Revenu minimum d'insertion
RPA	Rapport public annuel
RSA	Revenu de solidarité active

RSI	Régime social des indépendants
RTT	Réduction du temps de travail
SEL	Société d'exercice libéral
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR	Service médical rendu
SNIR	Système national inter régimes
SNV2	Système national version 2
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TASS	Tribunal des affaires de sécurité sociale
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TEPA (loi)	Loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
TJP	Tarif journalier de prestations
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
VLU	Versement en lieu unique
ZFU	Zone franche urbaine
ZRR	Zone de revitalisation rurale