LA SECURITE SOCIALE

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

septembre 2013

SOMMAIRE

	Réponses
AVANT-PROPOS VII	
DELIBERE 1	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....3	
PREMIÈRE PARTIE - LA RÉDUCTION DES DÉFICITS ET LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....11	
Chapitre I - Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2012 et perspectives.....13	
I - Un ralentissement en 2012 de la baisse des déficits, malgré une forte augmentation des prélèvements sociaux.....16	
II - Un coup d'arrêt à la réduction des déficits en 2013 37	
III - Une dette sociale toujours plus élevée et de moins en moins financée.....46	
Chapitre II - Les tableaux d'équilibre et patrimonial 53	
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2012 55	
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2012.....72	
Chapitre III - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012 85	**570**
I - Un ONDAM respecté avec un taux de croissance sensiblement infléchi 87	
II - Des sous-objectifs inégalement tenus.....99	
Chapitre IV - L'apport de la contribution sociale généralisée au financement de la sécurité sociale 113	
I - Un apport majeur au financement de la sécurité sociale ...116	
II - Une complexité grandissante 127	
III - Une montée en puissance qui approche de ses limites...134	
Chapitre V - La maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur.....143	
I - Une estimation toujours floue.....146	
II - Des efforts de maîtrise insuffisants 155	
III - Une stratégie de réduction du nombre et du coût des niches sociales à mettre en œuvre résolument.....165	

	Réponses
DEUXIÈME PARTIE - LA MAÎTRISE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES 173	
Chapitre VI - La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM 175	
I - Une construction peu transparente 178	
II - Une contrainte limitée sur la progression des dépenses ..185	
III - Une sous-estimation de l'effort nécessaire à la maîtrise de l'activité 190	
Chapitre VII - Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics 199	**571**
I - Un équilibre 2012 largement circonstanciel 202	
II - Une maîtrise des finances hospitalières encore limitée 209	
III - Des restructurations à conduire plus fermement 218	
Chapitre VIII - La chirurgie ambulatoire....229	**576**
I - Une politique volontariste aux ambitions limitées 231	
II - Un potentiel d'économies très significatif et encore trop peu exploité....244	
Chapitre IX - L'hospitalisation à domicile 253	**576**
I - Une place marginale et mal reconnue....256	
II - Une légitimité à encore mieux étayer 268	
Chapitre X - La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif 279	**577**
I - Des établissements privés intégrés au service public et présents dans toutes les activités de soins 282	
II - Une situation financière fragile 291	
III - Des atouts à mieux exploiter 300	
Chapitre XI - L'avenir des hôpitaux locaux 307	
I - Une offre de proximité au fonctionnement original mais fragile 310	
II - Des atouts à faire valoir....321	

	Réponses
TROISIÈME PARTIE L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS 333	
Chapitre XII - La permanence des soins....335	**579**
I - Une organisation durablement fragilisée....338	
II - Une explosion des dépenses 346	
III - Un dispositif à consolider et à mieux réguler....352	
Chapitre XIII - Les dépenses de biologie médicale 365	**586**
I - Des dépenses non maîtrisées....368	
II - Une réorganisation trop timide pour faire baisser les coûts376	
III - Un effort impératif d'économies....382	
Chapitre XIV - La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses 393	**590**
I - Des marchés dynamiques mais opaques et peu concurrentiels 396	
II - Une très faible prise en charge par l'assurance maladie obligatoire qui pèse sur les assurances maladie complémentaires et les assurés 403	
III - La nécessité de nouveaux modes de régulation....413	
QUATRIÈME PARTIE - LA SOUTENABILITÉ DE CERTAINS RÉGIMES DE RETRAITE 421	
Chapitre XV - Les retraites des exploitants agricoles....423	**595**
I - Un régime en fort déséquilibre 426	
II - Des pensions de retraite peu élevées....430	
III - Renforcer la contributivité et sécuriser les autres financements du régime 436	
Chapitre XVI - Les retraites des professions libérales 451	**597**
I - Des réformes trop limitées....454	
II - D'indispensables nouveaux efforts....467	

	Réponses
CINQUIÈME PARTIE - LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE DÉLÉGUÉE À DES TIERS 479	
Introduction 481	
Chapitre XVII - La gestion par des mutuelles de l'assurance maladie obligatoire des agents publics.....483	**606**
I - Une qualité de service très hétérogène.....487	
II - Un mode de gestion à reconsidérer 494	
Chapitre XVIII - La sécurité sociale des étudiants.....507	**610**
I - Un mode de gestion singulier et peu encadré.....510	
II - Une qualité de service très insuffisante.....516	
III - Des coûts élevés 525	
A N N E X E S.....535	
Annexe 1 - Récapitulatif des recommandations.....537	
Annexe 2 - Le suivi des recommandations formulées antérieurement par la Cour 549	
RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNÉS 555	
GLOSSAIRE 617	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

DELIBERE

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil (formation plénière), a adopté le présent rapport intitulé *La Sécurité sociale (Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale)*.

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

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

Ont participé au délibéré :

M. Migaud, Premier président, MM. Bayle, Bertrand, Mme Froment-Meurice, MM. Levy, Lefas, Briet, Mme Ratte, présidents de chambre, MM. Pichon, Picq, Babusiaux, Descheemaeker, présidents de chambre maintenus en activité, M. de Mourgues, Mme Levy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Pannier, Mme Pappalardo, M. Andréani, Mme Morell, M. Braunstein, Mme Dayries, MM. Phéline, Barbé, Bertucci, Tournier, Mme Darragon, M. Vachia, Mme Moati, MM. Diricq, Charpy, Davy de Virville, Pétel, Maistre, Ténier, Lair, Mmes Trupin, Froment-Védrine, MM. Ravier, Selles, Mme Dos Reis, M. de Gaulle, Mme Saliou Monique, MM. Piolé, Uguen, Prat, Guédon, Mme Gadriot-Renard, MM. Zérah, Baccou, Vialla, Sépulchre, Arnauld d'Andilly, Antoine, Mousson, Mmes Malgorn, Bouygard, Vergnet, MM. Feller, Chouvet, Mme Démier, MM. Clément, Boudy, Le Mer, Migus, Rousselot, Laboureix, Mme Latare, M. de la Guéronnière, Mme Pittet, MM. Jamet, Senhaji, Mmes Fontaine, Périn, M. Ortiz, Mmes Dujols, Bouzanne des Mazery, M. Bouvard, conseillers maîtres, MM. Schott, Klinger, Gros, Carpentier, Blairon, Jouanneau, Sarrazin, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Durrleman, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, M. Bertrand, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Laboureix, conseiller maître, rapporteur général du présent rapport devant la chambre chargée de le préparer ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, procureur général. Il était accompagné de M. Michaut, avocat général.

***

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

Fait à la Cour, le 10 septembre 2013.

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

Le rapporteur général était M. Laboureix, conseiller maître, et son adjointe était Mme Champetier de Ribes, auditrice.

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 27 février, 13, 15, 25, 27 et 28 mars, 5, 19, 24, 26 et 29 avril, 2, 6, 13, 15, 16, 17, 22 et 27 mai, 19 juin et 1er, 3, 5, 8 et 11 juillet 2013.

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

- en tant que contre-rapporteurs par M. Picq, président de chambre maintenu, Mmes Bellon, Lévy-Rosenwald, MM. Braunstein, Diricq, Selles, Laboureix, Mme Fontaine conseillers maîtres, M. Leclercq, conseiller maître en service extraordinaire ;

- en tant que rapporteurs par MM. Viola, Laboureix, de la Guéronnière, Mmes Fontaine, Bouzane des Mazery, conseillers maîtres, MM. Samaran, de Puylaroque, Barichard, Colin de Verdière, Chapard, conseillers référendaires, Mme Champetier de Ribes, auditrice, MM. Bonnet, Delaye, Domart, Mmes Gérard-Chalet, Luciolli, Métais, rapporteurs, avec le concours de M. Calonne, Mme Daros-Plessis, M. Scholler, experts, Mmes Apparitio, Pagliaroli, assistantes.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La France se situe à un moment crucial dans la conduite du redressement de ses comptes publics. Après les déficits historiques des années 2009 et 2010, elle s'est engagée depuis 2011 dans une trajectoire de retour à l'équilibre à laquelle l'ensemble des administrations publiques - État, collectivités territoriales, mais aussi organismes de protection sociale - doivent nécessairement concourir.

De premiers résultats ont certes été obtenus dans la résorption du déficit de la sécurité sociale. Après avoir atteint en 2010 -28 Md€, soit 1,4 point de PIB, le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse a été ramené à -20,9 Md€ en 2011 puis -17,4 Md€ en 2012, soit 0,9 point de PIB. Pour autant, il demeure massif, à un niveau deux fois supérieur à ceux de la période 2006-2008.

En 2012, sa réduction s'est en effet sensiblement ralentie. Dans un contexte économique dégradé, elle n'a été possible pour l'essentiel que par l'apport de 6,2 Md€ de recettes supplémentaires, plus que par des économies sur les dépenses.

Mais en 2013, c'est un véritable coup d'arrêt que connaîtra du fait de l'atonie de la croissance le redressement des comptes sociaux, contrairement à la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale votée fin 2012. Le déficit se stabilisera, au mieux, au niveau très élevé de 2012.

Enrayer la spirale de la dette sociale par un effort nettement accru de maîtrise des dépenses

Ces évolutions préoccupantes, dont la Cour analyse les déterminants, ont un effet immédiat sur la dette sociale, de plus en plus élevée, financée pour des montants croissants par des emprunts à court terme, et qui pose sans cesse davantage une question d'équité entre les générations. Seule a été organisée et financée la reprise chaque année par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) du déficit de l'assurance vieillesse. Ceux de l'assurance maladie et de la branche famille s'accumulent depuis 2011 à l'ACOSS. Cette dernière finance à court terme par appel aux marchés financiers des découverts qui atteindront 26 Md€ fin 2013, soit en trois ans plus de la moitié du niveau atteint fin 2010 lors du dernier transfert à la CADES. Cette situation particulièrement anormale et dangereuse en cas de remontée des taux d'intérêt rend indispensable la reprise sans délai par la CADES de ces déficits, accompagnée des ressources nécessaires à l'amortissement de

cette dette supplémentaire. Tout attentisme alourdirait encore le poids de son remboursement à mesure que la CADES se rapproche de son terme, d'ici une dizaine d'années, sauf à reporter sur la génération montante, en le décalant une nouvelle fois, la charge des transferts sociaux dont ont bénéficié celles qui l'ont précédée. Ce serait la cohésion sociale de notre pays et la légitimité même de la sécurité sociale qui seraient alors gravement mises en cause.

Enrayer la spirale de la dette sociale est ainsi d'une urgence impérieuse. Des mesures ont été annoncées pour rétablir la situation des régimes de retraite et seront prochainement examinées par le Parlement. Mais, selon les projections de la Cour, près de 72 Md€ de dettes supplémentaires s'accumuleraient à l'horizon 2018 du fait des déficits des seules branches maladie et famille. Ils s'ajouteraient aux déficits dont la reprise par la CADES a été organisée et financée à l'automne 2010 dans la limite de 62 Md€.

Résorber le déficit de la sécurité sociale doit constituer une priorité majeure. Aucun de nos grands voisins européens n'accepte que son système de protection sociale ne soit durablement dans le déficit. Cet effort est également indispensable pour notre pays. Sa réalisation est possible.

Le rééquilibrage des comptes sociaux est passé ces dernières années par la mobilisation de recettes supplémentaires d'un montant très important. Cette voie de redressement apparaît désormais très largement avoir atteint des limites.

La CSG, à laquelle la Cour consacre une analyse d'ensemble dans le prolongement de son examen l'an dernier du financement de la sécurité sociale par les impôts et taxes affectés, a contribué depuis vingt ans de manière de plus en plus déterminante au financement de dépenses de sécurité sociale en constante et vive progression. Si demeurent envisageables des élargissements ciblés de son assiette, des contraintes juridiques d'ordre constitutionnel tendent à limiter désormais les possibilités d'augmentation générale de ses taux. Quant aux « niches sociales », sur lesquelles la Cour revient cette année, des insuffisances persistantes de méthode et de chiffrage continuent à en faire très notablement sous-estimer le nombre et le coût. Leur ampleur, malgré les mesures prises ces dernières années, reste considérable et leur évaluation systématique, pourtant prévue par la loi de programmation des finances publiques 2012-2017, n'a pas été encore engagée. En tout état de cause, cependant, toute hausse de prélèvements qui pourrait être décidée devrait être consacrée de façon prioritaire au financement de la dette sociale, soit directement soit indirectement par un réaménagement de l'architecture de financement de la sécurité sociale.

Comme les pouvoirs publics l'avaient indiqué, c'est ainsi essentiellement en pesant sur la dépense que la trajectoire de retour à l'équilibre doit se poursuivre et s'accélérer.

La stricte exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un premier point d'appui de cette indispensable maîtrise des dépenses. Pour la troisième année consécutive, cet objectif, resserré pour 2012 à +2,5 %, n'a pas été dépassé, en crédits comme en taux, ce qui constitue un résultat appréciable. Pour autant, il a progressé nettement plus rapidement que le PIB en valeur et a autorisé une progression des dépenses de plus de 4 Md€ par rapport à 2011. Le respect en 2013 d'un ONDAM au taux d'évolution plus élevé (+2,7 %) et assis au surplus sur une dépense 2011 surestimée ne sera pas suffisant pour éviter le creusement du déficit de l'assurance maladie.

Il importe ainsi au-delà de mettre en œuvre des réformes structurelles seules à même d'infléchir durablement l'évolution tendancielle des dépenses. Elles devraient notamment permettre, comme la Cour l'a proposé dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques en juin dernier, de diminuer d'au minimum 0,2 point chaque année le taux de progression de l'ONDAM par rapport à celui affiché dans la loi de programmation des finances publiques 2012-2017, soit +2,4 % pour 2014, au lieu de +2,6 %, et +2,3 % pour 2015 et 2016, au lieu de +2,5 %.

Plus généralement cependant, même si les marges d'efficience et d'économies apparaissent considérables dans le système de soins sans dégrader sa qualité, ce sont toutes les catégories de dépenses qui doivent être systématiquement réexaminées pour améliorer la performance des politiques sociales et celle des organismes de sécurité sociale.

Dans la continuité des analyses et des propositions formulées dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale, la Cour éclaire ainsi cette année plusieurs pistes complémentaires d'économies, à même de permettre de substantielles diminutions de dépenses tout en préservant notre modèle social.

Un système hospitalier à mettre beaucoup plus fortement sous contrainte de réorganisation

Dans la suite de ses travaux précédents, notamment sur le financement des centres hospitalo-universitaires et la tarification à l'activité et la convergence tarifaire (2011) puis sur les activités de soins de suite et de réadaptation (2012), la Cour consacre cette année une attention toute particulière aux établissements de santé, dont les dépenses représentent à elles seules 44 % de l'ONDAM.

Les modalités de fixation de l'enveloppe des dépenses hospitalières, soit près de 75 Md€ en 2012, lui sont apparues trop peu transparentes, instables et insuffisamment objectivées. Elles aboutissent aux différentes étapes à atténuer très sensiblement l'effort d'économies réellement demandé aux établissements. Ces derniers sont ainsi moins obligés qu'ils ne le devraient, compte tenu de la progression continue de leur activité, à mettre en œuvre des actions structurelles propres à dégager des progrès d'efficience et à permettre une contribution équitable des différents secteurs de soins au respect de l'ONDAM et au redressement des comptes de l'assurance maladie.

Malgré ce traitement favorable, le retour à l'équilibre des hôpitaux publics en 2012, après plusieurs années de déficit, apparaît de fait fragile et largement circonstanciel. Les efforts de meilleure gestion et de réorganisation doivent être amplifiés, de manière à permettre d'améliorer la productivité et d'assainir durablement leur situation financière tout en améliorant les conditions de prise en charge des patients.

À cet égard le considérable retard de la chirurgie ambulatoire dans notre pays est préjudiciable : quatre interventions seulement sur dix sont pratiquées en ambulatoire contre huit sur dix dans plusieurs pays qui nous sont comparables. Si le nombre de places en chirurgie ambulatoire a nettement augmenté grâce à une tarification très favorable, leur fréquence d'utilisation reste très inférieure à celle constatée chez nos voisins. Plus frappant encore, malgré cette progression, la diminution des lits de chirurgie conventionnelle a marqué complètement le pas ces dernières années, avec pour conséquence un taux d'occupation très insuffisant. La pleine utilisation des capacités de chirurgie ambulatoire existantes, couplée à due concurrence avec la fermeture de lits conventionnels, permettrait de l'ordre de 5 Md€ d'économies. Pour des actes identiques, les tarifs de la chirurgie conventionnelle sont ainsi désormais à aligner sur les coûts de la chirurgie ambulatoire, en cohérence avec la volonté des pouvoirs publics de considérer désormais celle-ci dès lors que c'est médicalement justifié comme la pratique de référence, à l'exemple de l'étranger.

La part de l'hospitalisation à domicile reste elle aussi très fortement inférieure à celle constatée dans d'autres pays. Selon des études qui devraient cependant être actualisées, ses prises en charge sont pourtant nettement moins onéreuses pour l'assurance maladie qu'une hospitalisation complète, tout en apportant aux patients une qualité de prise en charge équivalente et une meilleure qualité de vie.

Des marges de grande ampleur existent ainsi dans le système hospitalier. Il importe de les dégager rapidement et sans faiblesse, au sein en particulier des établissements les plus importants, notamment les CHU,

dont les réorganisations sont plus tardives et plus lentes que les autres, comme la Cour l'a relevé en 2011. Pour autant, l'ensemble des établissements doit savoir s'engager dans des mutations indispensables. Ainsi notamment des établissements de santé privés à but non lucratifs, dits désormais d'intérêt collectif, qui regroupent 14 % des capacités d'hospitalisation et constituent un modèle original : ils sont en effet soumis aux règles du droit privé pour leur fonctionnement mais avec un financement et une tutelle analogues pour l'essentiel à ceux des établissements publics. De même les anciens hôpitaux locaux, qui représentent en nombre le tiers des établissements publics mais n'assurent qu'une très faible part de l'activité hospitalière : leur restructuration doit être poursuivie, même s'ils peuvent en lien avec des maisons pluridisciplinaires de santé éviter certains passages aux urgences et faciliter le maintien d'une présence libérale dans des zones de sous-densité médicale, ce à quoi il convient d'être attentif sur certains territoires.

Des économies importantes possibles dans certaines dépenses de soins

Poursuivant ses analyses antérieures plus particulièrement axées sur différents segments des dépenses de soins - imagerie médicale et soins dentaires en 2010, médicaments en 2011, transports sanitaires en 2012, secteur où elle avait identifié 450 M€ d'économies possibles, la Cour a cherché à éclairer de nouveaux domaines et à mettre en évidence les possibilités d'économies qu'ils recèlent.

Longtemps assurée par un tour de garde des médecins libéraux relevant d'une obligation déontologique, la permanence des soins la nuit, les week-ends et les jours fériés est désormais fondée sur un dispositif de volontariat rémunéré, progressivement étendu aux pharmacies et aux transports sanitaires. Ce système a abouti à une explosion de la dépense qui a triplé en dix ans et atteint désormais près de 700 M€, sans notamment avoir pour autant réussi à désengorger les urgences hospitalières. Son coût, qui semble particulièrement marqué dans certaines des zones où se superpose au dispositif de droit commun l'intervention d'associations libérales de permanence des soins, et ses multiples fragilités devraient imposer d'en améliorer rapidement l'organisation et l'efficience.

Les dépenses d'analyses médicales ont pour leur part connu une très vive croissance au cours de la décennie écoulée et représentent globalement une charge de près de 6 Md€ pour l'assurance-maladie, dont 2,9 Md€ pour le régime général au titre des seules analyses effectuées en laboratoires de ville. Le nombre d'actes de biologie médicale a augmenté de 80 % en 15 ans et connaît une progression continue. La réorganisation qui s'est engagée à la suite de la récente obligation d'accréditation des laboratoires a essentiellement comporté des regroupements juridiques

entre laboratoires sans rationalisation des implantations. Elle n'a pas permis de dégager pour l'assurance maladie, malgré certains ajustements tarifaires, des économies à hauteur des gains de productivité très importants qu'autorise le progrès technique dans ce secteur. Une action beaucoup plus déterminée, s'appuyant notamment sur la dénonciation au plus tard en janvier 2014 de la convention qui lie l'assurance maladie aux directeurs de laboratoires, permettrait de conduire une politique tarifaire plus en cohérence avec la nécessité d'amplifier les progrès de productivité. Au total, la Cour estime possible de dégager rapidement 500 M€ d'économies dans ce domaine, moitié sur les dépenses de ville en baissant d'au moins deux centimes la valeur de l'unité de tarification (lettre clef B), moitié sur les dépenses de biologie hospitalière.

Au sein de la catégorie des produits médicaux, et dans le prolongement de ses analyses en 2011 sur l'articulation entre la couverture obligatoire et la protection facultative, la Cour a examiné cette année les modalités de prise en charge de l'optique correctrice, qui représente à elle seule une dépense de soins totale de 5,3 Md€, ainsi que des audioprothèses.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que 200 M€ au titre des dépenses d'optique, ce qui représente une prise en charge dérisoire pour les adultes - moins de 2 % en moyenne -. Elle a même diminué son taux de remboursement en 2011. Son retrait continu signe un grave échec qui a compromis l'égal accès de tous aux soins qui est au fondement même de sa création. Il atteste les dangers pour une protection solidaire d'un pilotage inadapté qui conduit à des désengagements majeurs. Les institutions d'assurance maladie complémentaire ont pris son relais, à hauteur de 3,7 Md€ en 2011, mais dans des conditions inégales même si les cinq millions de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire disposent à cet égard d'une prise en charge plutôt bonne. Cette situation appelle désormais de la part des pouvoirs publics des choix clairs. À tout le moins, il importe de rendre le marché beaucoup plus transparent et concurrentiel, de mettre les organismes complémentaires en situation de faire jouer beaucoup plus activement la concurrence entre les distributeurs et de redéfinir beaucoup plus strictement les « contrats responsables » pour peser sur les prix. À terme, dès lors que l'assurance maladie complémentaire serait généralisée conformément aux intentions des pouvoirs publics, pourrait se poser, s'agissant de l'optique correctrice, la question d'un réexamen de son articulation avec l'assurance maladie obligatoire englobant une réflexion sur un éventuel retrait de cette dernière de ce champ.

L'exemple de l'optique met ainsi en lumière *a contrario* la nécessité de mobiliser toutes les marges d'économie possibles pour préserver notre modèle social et ses principes de solidarité. À défaut, le

risque existe que des désengagements rampants ne s'élargissent, pénalisant tout particulièrement les assurés sociaux qui ne sont pas pris en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée.

Des régimes de retraite qui appellent des efforts supplémentaires des professions concernées

Après l'an dernier les régimes spéciaux de retraite de la SNCF et de la RATP, la Cour éclaire cette année les perspectives financières des régimes des exploitants agricoles et de ceux des professions libérales.

Les régimes de retraite des exploitants agricoles comprennent moins de 500 000 cotisants pour 1,6 million de bénéficiaires : les cotisations ne couvrent ainsi que moins de 13 % des charges du régime de base. Malgré des pensions servies de montant modeste et un apport de 6,7 Md€ de financements complémentaires en provenance des autres régimes et de l'État, son déficit devrait approcher 1 Md€ en 2013. Un redressement rapide de l'effort contributif de la profession, soit directement par la remise en question de multiples dispositifs entraînant une perte de cotisations, soit indirectement par la réallocation à la protection sociale agricole d'autres concours publics à l'agriculture, est nécessaire.

Pour la plupart, les régimes de retraite des professions libérales ne connaissent pas de difficultés d'ordre démographique : ils reposent sur 800 000 cotisants, dont 200 000 auto-entrepreneurs, pour un peu plus de 200 000 pensionnés. Mais ils ont connu des réformes trop limitées pour assurer leur soutenabilité financière. Le régime de base est confronté à des perspectives de déficit à court terme qui exigent d'aller au-delà de l'augmentation récente des cotisations. Les défis démographiques et financiers d'ici 2040 imposent de dépasser les solidarités professionnelles étroites qui fondent les régimes complémentaires pour s'orienter vers une approche davantage interprofessionnelle et une gestion plus unifiée.

Dans ces deux cas, les professions concernées ont ainsi à consentir par elles-mêmes les efforts indispensables à la pérennité de leurs régimes. Plus ils tarderont, plus ils seront douloureux.

Unifier la gestion de la branche maladie du régime général pour améliorer la qualité du service et diminuer les coûts

Pour 7,7 millions de fonctionnaires et d'étudiants et leurs familles, soit 13,3 % des ressortissants du régime général, ce sont des mutuelles et non les caisses primaires d'assurance maladie qui assurent le remboursement des prestations au titre de l'assurance maladie obligatoire. Elles sont rémunérées à ce titre sous forme de remises de gestion, à hauteur de près de 365 M€ en 2011.

Sept ans après sa précédente enquête (2006) où elle avait relevé déjà de nombreuses défaillances, la Cour a constaté que la qualité de service des mutuelles de fonctionnaires demeure inégale et globalement insuffisante. Leur rémunération (270 M€), même si elle a baissé, reste à un niveau élevé, en net décalage avec les coûts de gestion des caisses primaires d'assurance maladie. Ce mode de gestion déléguée apparaît à bout de souffle. Comme la Cour l'avait déjà recommandé en 2006, il doit être reconsidéré au bénéfice d'une reprise en gestion directe des personnes concernées par le réseau de l'assurance maladie obligatoire. À tout le moins, il convient d'ouvrir la liberté de choix aux fonctionnaires d'État entre se rattacher à la caisse primaire de leur domicile et demeurer gérés par la mutuelle dont dépend leur administration.

Les onze mutuelles étudiantes, qui couvrent 1,7 million d'affiliés, ont remboursé 800 M€ de dépenses de soins et perçu à ce titre 93 M€ de remises de gestion. Même si d'une mutuelle à l'autre des différences peuvent apparaître, leur qualité de service est très insuffisante, qu'il s'agisse du règlement des prestations ou des relations avec les étudiants, dont l'insatisfaction est très prononcée, notamment à l'encontre de la mutuelle des étudiants. Leur rémunération a pourtant sensiblement augmenté alors même qu'elle est fondée sur des bases particulièrement avantageuses dans des conditions dénuées de toute transparence. La reprise de la gestion de la population étudiante par les caisses d'assurance maladie permettrait une économie de près de 70 M€. La Cour la recommande. À défaut, il apparaît nécessaire de laisser aux étudiants le choix entre l'affiliation à la sécurité sociale étudiante et le maintien de leur rattachement au régime de leurs ascendants.

*
* *

Dans la période de difficultés économiques que connaît notre pays, la sécurité sociale est plus que jamais garante de la cohésion sociale. La préserver, enrayer sans délai l'engrenage des déficits, revenir rapidement à l'équilibre des comptes sociaux, freiner sans tarder puis faire reculer la dette pour ne pas la faire porter par une génération supplémentaire est une priorité. Le réussir est à notre portée.

À tous les niveaux des dépenses sociales, des économies considérables sont possibles. Les dégager suppose l'effort de tous - professionnels de santé, assurés sociaux, caisses de sécurité sociale -, un effort justement partagé, méthodique et opiniâtre, prenant appui sur les principes mêmes qui fondent notre modèle social : la responsabilité, la justice, la solidarité.

Les analyses et recommandations du présent rapport entendent contribuer à relever cet enjeu essentiel.

PREMIÈRE PARTIE

LA RÉDUCTION DES DÉFICITS ET LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre I

Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2012 et perspectives

PRESENTATION

Dans ce chapitre, la Cour analyse tout d'abord l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2012 par rapport à 2011 et aux prévisions des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012 et 2013. Elle présente ensuite des prévisions actualisées à l'été 2013 pour l'exercice 2013, essentiellement pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse[1].

En 2012, les déficits des régimes de base ont continué à reculer sous l'effet de mesures importantes d'augmentation des recettes. Mais leur réduction s'est sensiblement ralentie. Ils demeurent massifs, à un niveau deux fois plus élevé que pendant les années 2006-2008 (I).

L'amélioration de la situation financière de la sécurité sociale, qui aurait dû se poursuivre en 2013, devrait connaître, en réalité, un coup d'arrêt, du fait de la dégradation de la conjoncture et de son impact sur l'évolution des ressources de la sécurité sociale (II).

Ces évolutions se répercutent sur la dette sociale, de plus en plus élevée et dont la reprise et le financement par la caisse d'amortissement de la dette sociale n'ont été que partiellement organisés, obligeant l'ACOSS à la porter dans des conditions non exemptes de risques et alors même que ce portage constitue une anomalie. Plus globalement, la révision des hypothèses macroéconomiques conduirait à horizon 2018, toutes choses égales par ailleurs, à une dette supplémentaire considérable, ce qui rend d'autant plus indispensable la redéfinition de la trajectoire de résorption des déficits (III).

1. Le fonds de solidarité vieillesse prend en charge auprès des différents régimes de retraite d'une part, des prestations de solidarité comme le minimum vieillesse, le minimum contributif et les majorations pour enfants, d'autre part, une estimation du coût de la validation en tant que périodes d'assurance des périodes de chômage et d'arrêt maladie.

I - Un ralentissement en 2012 de la baisse des déficits, malgré une forte augmentation des prélèvements sociaux

A – Une réduction des déficits contrariée par la détérioration du contexte économique

1 – Le retournement conjoncturel de 2012

Malgré leur diversification progressive[2], une part prépondérante des recettes des régimes de sécurité sociale demeure assise sur les revenus d'activité des salariés. De ce fait, leur évolution est, à champ d'exonérations et taux de prélèvement constants, très sensible à celle de la masse salariale des entreprises du secteur privé.

Après la récession de 2009, cette masse salariale avait repris une progression lente en 2010 et augmenté de 3,6 % en 2011. En 2012, sa croissance s'est limitée à seulement 2,2 % (contre 3 % dans la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012). L'augmentation du salaire moyen par tête s'est en effet ralentie par rapport à 2011 (où elle avait atteint 2,5 %), tandis que les effectifs de salariés sont restés stables en moyenne annuelle, alors qu'ils avaient légèrement augmenté en 2011 (à hauteur de 1 %).

2. Avec la création de la CSG, dont l'assiette s'étend aux revenus de remplacement et du capital, et l'affectation d'impôts et de taxes généralement recouvrés par les administrations de l'État. Voir dans le présent rapport, chapitre IV : l'apport de la CSG au financement de la sécurité sociale et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2011*, chapitre V : le financement de la sécurité sociale par l'impôt, La Documentation française, septembre 2011, p. 135, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 1 : évolution du PIB et de la masse salariale des entreprises du secteur privé

En %

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Variation du PIB en valeur	4,3	4,7	2,8	-2,1	2,7	3,1	1,5
Variation du PIB en volume	*2,0*	*2,3*	*0,2*	*-2,6*	*1,6*	*2,0*	*0,0*
Inflation	*2,3*	*2,4*	*2,6*	*0,5*	*1,1*	*1,1*	*1,5*
Variation de la masse salariale	4,2	4,8	3,4	-0,8	2,0	3,6	2,2
Variation des effectifs moyens	*0,9*	*1,8*	*0,7*	*-2,6*	*-0,2*	*1,0*	*0,0*
Variation du salaire moyen	*3,3*	*3,0*	*2,7*	*1,8*	*2,2*	*2,5*	*2,2*

Source : INSEE (PIB) et ACOSS (masse salariale)

2 – Une réduction du déficit global des régimes obligatoires de base de sécurité sociale moins importante qu'en 2011

Malgré les incidences du ralentissement de l'augmentation de la masse salariale sur l'évolution spontanée de leurs recettes, le déficit total des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) pris ensemble a continué à diminuer en 2012, mais à un rythme beaucoup moins rapide, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 2 : déficit 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV

En Md€

	Résultat 2010	Résultat 2011	**Résultat 2012**	Diminution 2012/2011
Total régimes obligatoires de base et FSV	**-29,6**	**-22,6**	**-19,1**	**3,5**
Régimes obligatoires de base	-25,5	-19,1	**-15,0**	4,2
Dont régime général	*-23,9*	*-17,4*	***-13,3***	*4,1*
FSV	-4,1	-3,4	**-4,1**	-0,7
En points de PIB	1,5	1,1	**0,9**	0,2

Source : états financiers

Le déficit total des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV a représenté ainsi une part substantielle (19,5 %) du déficit

global des administrations publiques (qui s'est élevé à 98 Md€, soit 4,8 % du PIB) comme de la richesse nationale (0,9 % du PIB).

Le déficit du régime général et du FSV en constitue la quasi-totalité. Au-delà de la place qu'occupe le régime général dans la protection sociale, cet état de fait traduit l'existence de dispositifs de compensation venant réduire les déficits d'autres régimes auxquels le régime général contribue (compensation démographique généralisée vieillesse) ou qu'il finance seul (compensations bilatérales maladie et accidents du travail – maladies professionnelles - AT-MP -), la prise en charge par le régime général de l'intégralité des déficits de certains régimes (intégration financière[3]) et, pour d'autres régimes, l'existence de mécanismes d'équilibrage de leurs résultats[4].

En 2012, le déficit de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles[5] a représenté à nouveau une part prépondérante des déficits des régimes autres que le régime général. Parmi ceux structurellement déficitaires, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a été en 2012 quasiment à l'équilibre grâce à des prélèvements exceptionnels autorisés par la loi de financement pour 2013 sur des fonds sociaux gérés par la caisse des dépôts et consignations[6]. De même, le régime des mines a pu s'approcher de l'équilibre, grâce à des ressources non reconductibles de cessions de biens immobiliers.

3 – Une diminution du déficit total du régime général et du FSV en définitive proche des prévisions

Malgré la dégradation de la conjoncture économique, le déficit du régime général a sensiblement diminué en 2012 par rapport à celui de 2011 (17,4 Md€) et celui, historique, de 2010 (23,95 Md€), pour s'inscrire à 13,3 Md€.

3. Notamment les branches maladie des salariés et non-salariés du régime agricole et de la branche vieillesse des salariés de ce même régime.

4. Notamment l'affectation de la contribution sociale de solidarité des sociétés à la couverture des déficits des régimes de base maladie et vieillesse du régime social des travailleurs indépendants (RSI). Le solde de la C3S est quant à lui affecté au FSV.

5. Voir dans le présent rapport, chapitre XV : les retraites des exploitants agricoles.

6. Prélèvement de 450 M€ sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et de 240 M€ sur celles du fonds de compensation de cessations progressives d'activité des fonctionnaires. Ce dernier dispositif a été supprimé en 2011.

En revanche, le déficit du FSV, dont les 9/10èmes des prises en charge de cotisations et de prestations bénéficient au régime général, est remonté à 4,1 Md€ (contre 3,5 Md€ en 2011), revenant ainsi à son niveau de 2010.

Au total, le déficit global du régime général et du FSV a atteint 17,4 Md€, soit 0,9 % du PIB (contre 20,9 Md€, soit 1 % du PIB en 2011 et 28 Md€, soit 1,4 % du PIB en 2010).

Tableau n° 3 : déficits 2012 des branches du régime général et du FSV

En Md€

	Résultat 2010	Résultat 2011	**Résultat 2012**	Diminution 2012/2011
Maladie	-11,6	-8,6	**-5,9**	2,7
AT-MP	-0,7	-0,2	**-0,2**	-
Famille	-2,7	-2,6	**-2,5**	0,1
Vieillesse	-8,9	-6,0	**-4,8**	1,2
Sous-total régime général	-23,9	-17,4	**-13,3**	**4,1**
FSV	-4,1	-3,4	**-4,1**	-0,7
Vieillesse + FSV	*-13,0*	*-9,5*	***-8,9***	*0,5*
Total régime général + FSV	-28,0	-20,9	**-17,4**	**3,4**
En % des charges brutes	7,7 %	5,5 %	**4,4 %**	1,1 %
En points de PIB	1,4	1,0	**0,9**	0,2

Source : états financiers

Comme le montre le tableau ci-après, les déficits totaux du régime général d'une part et du régime général et du FSV d'autre part sont conformes aux prévisions de la loi de financement pour 2013 relatives à 2012 et proches en définitive de celles de la loi de financement pour 2012.

Tableau n° 4 : comparaison des déficits 2012 avec les prévisions

En Md€

	Résultat 2011 (effectif)	Résultat 2012				Écart (3) – (2)	Écart (3) – (1)
		LFSS 2012 (1)	CCSS juillet 2012	LFSS 2013 (2)	Effectif (3)		
Maladie	-8,6	-5,9	-6,8	-5,5	**-5,9**	-0,4	-
AT-MP	-0,2	0,0	-0,1	-0,1	**-0,2**	-0,1	-0,2
Famille	-2,6	-2,0	-2,7	-2,5	**-2,5**	-	-0,5
Vieillesse	-6,0	-5,9	-5,8	-5,2	**-4,8**	+0,4	+1,1
Sous-total régime général	-17,4	-13,8	-15,5	-13,3	**-13,3**	**-**	**+0,5**
FSV	-3,4	-4,1	-4,4	-4,1	**-4,1**	-	-
Vieillesse + FSV	*-9,5*	*-10,0*	*-10,3*	*-9,3*	***-8,9***	*+0,4*	*+1,1*
Total régime général et FSV	-20,9	-17,9	-19,9	-17,4	**-17,4**	-[7]	**+0,4**

Source : états financiers, LFSS 2012 et 2013 et rapport CCSS juin 2013.

La loi de financement pour 2012 avait retenu un objectif de réduction du déficit total du régime général et du FSV (-17,9 Md€) au regard d'une prévision de déficit pour 2011 (-21,8 Md€) plus dégradée que le déficit constaté en définitive (-20,9 Md€). Par la suite, le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2012 a fait état d'une dégradation tendancielle du déficit (prévision actualisée de -19,9 Md€).

Dans le cadre de la loi de finances rectificative d'août 2012, ont été alors adoptées des mesures nouvelles de recettes destinées à contrecarrer cette évolution défavorable. Compte tenu notamment de ces mesures, la loi de financement pour 2013 a retenu pour 2012 une prévision de déficit (-17,4 Md€) un peu moins dégradée que celle de la loi de financement pour 2012 (-17,9 Md€).

Les incidences des opérations de clôture des comptes[8]

Les ajustements apportés aux produits et aux charges des branches du régime général entre la version provisoire (au 10 mars 2013) et la version définitive des comptes (au 30 mars 2013) n'ont pas fait obstacle à la conformité du déficit total du régime général et du FSV pour 2012 à la prévision pour cette même année présentée dans la loi de financement pour 2013.

7. -54 M€, compte tenu d'un déficit total du régime général et du FSV de 17 454 M€.

8. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012,* La Documentation française, juin 2013, p. 11-12, 40-42, 166-167, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans le cadre de la procédure de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012, la Cour a exprimé des réserves sur trois de ces ajustements :

- en l'absence d'une documentation appropriée, la Cour n'a pu valider un important complément de produits à recevoir au titre de la CSG et du prélèvement social sur les produits de placement (963 M€) ;

- les provisions pour remboursement aux organismes étrangers de soins délivrés à l'étranger à des résidents en France ont, dans la limite de la prévision de déficit 2012 affichée dans la loi de financement pour 2013, fait l'objet d'une dotation complémentaire (à hauteur de 170 M€), qui n'a cependant que pour partie remédié au provisionnement insuffisant des charges correspondantes (estimé par la Cour *a minima* à 200 M€) ;

- en raison d'une réévaluation à la baisse insuffisante par rapport à la version provisoire des comptes, les produits à recevoir au titre du forfait social sont surévalués (à hauteur de 115 M€), en contradiction avec le principe de prudence comptable.

B – Un redressement fragile, car entièrement assuré par des mesures d'augmentation des recettes

En 2012, comme en 2011, la réduction du montant du déficit total du régime général et du FSV a été intégralement assurée par des mesures d'augmentation des recettes, tandis que les dépenses, prises globalement, ont augmenté à un rythme encore proche de celui des années 2011 et 2010.

1 – Une progression des charges encore élevée

Compte tenu de la diversité des choix possibles d'affectation des recettes, l'appréciation de la contribution de chacune des branches à la réduction du déficit global du régime général en 2012 doit nécessairement porter sur l'évolution des charges de prestations légales[9], qui représentent en moyenne près des 4/5èmes de leurs charges totales[10]. Les différents

9. Prestations dont l'existence, les règles d'attribution et les modalités de calcul sont fixées par des dispositions législatives et réglementaires.

10. Les autres charges correspondent, à titre principal, à des transferts à d'autres régimes (compensation démographique généralisée vieillesse, compensations bilatérales maladie et AT-MP et compensation intégrale de déficits d'autres régimes maladie et vieillesse), à des prestations d'action sociale (notamment pour la branche famille) et à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à des charges de gestion administrative, à des pertes sur créances irrécouvrables, à des dépréciations de créances et à des provisions pour risques et charges.

facteurs (mesures d'augmentation des recettes, évolution des charges, y compris d'autres prestations, et changements comptables) à l'origine de l'évolution des déficits de chacune des branches par rapport à l'exercice précédent sont par ailleurs précisés ci-après (voir C – *infra*).

En 2012, la progression des charges de prestations légales s'est ralentie, mais s'est cependant inscrite à un niveau supérieur à celle de la masse salariale des entreprises du secteur privé. Les charges de prestations légales ont enregistré une décélération importante pour l'assurance vieillesse et l'assurance maladie. En revanche, les charges de prestations familiales ont repris leur progression.

Tableau n° 5 : évolution des charges des branches du régime général

En Md€

	2009	2010	2011	2012
Charges totales	340,5	349,9	360,2	372,0
Variation		*+2,8 %*	*+3,0 %*	*+3,3 %*
Prestations légales totales	267,8	276,3	285,3	293,5
Variation		*+3,2 %*	*+3,3 %*	*+2,9 %*
Maladie	136,6	140,9	144,8	148,2
Variation		*+3,2 %*	*+2,7 %*	*+2,4 %*
AT-MP	7,5	7,7	7,8	8,0
Variation		*+2,6 %*	*+1,7 %*	*+1,9 %*
Famille	34,2	34,4	34,9	35,8
Variation		*+0,5 %*	*+1,6 %*	*+2,6 %*
Vieillesse	89,6	93,4	97,8	101,5
Variation		*+4,3 %*	*+4,7 %*	*+3,8 %*

Source : états financiers

2 – Le rôle déterminant des mesures nouvelles de recettes dans la réduction du déficit

Compte tenu de la faible progression spontanée de l'assiette des cotisations sociales et de la CSG sur les revenus d'activité, des mesures nouvelles de recettes ont été adoptées dans le cadre de la loi de financement de 2012, puis de la loi de finances rectificative d'août 2012. L'évolution des ressources a aussi bénéficié de l'effet report en année pleine des mesures décidées dans le cadre de la loi de finances rectificative de juillet 2011.

En l'absence de ces effets report et des augmentations décidées pour 2012, le déficit total du régime général et du FSV aurait non pas baissé de 3,4 Md€, mais augmenté d'environ 2,8 Md€ en 2012.

Le tableau ci-après fournit une estimation du rendement des différentes mesures de recettes ainsi prises[11]. Au total, ces mesures ont un impact estimé (6,2 Md€) inférieur à celui présenté dans le rapport à la commission de la sécurité sociale de juin 2013 (7 Md€)[12].

Tableau n° 6 : impact des mesures de recettes sur les produits 2012

En Md€

	Impact 2012
Effets en année pleine 2012 des mesures décidées en 2011	
Taux du prélèvement social sur les revenus du capital : hausse de 2,2 % à 3,4 % au 1/10/2011 (branches maladie et vieillesse)	1,26
Taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) sur les contrats dits « solidaires et responsables » : hausse de 3,5 % à 7 % au 1/10/2011 (branche maladie)	0,83
Prix du tabac : hausse de 6 % au 1/11/2011 et de 6 % au 1/11/2012	0,35
Effets 2012 des mesures décidées en 2012	
- LFSS 2012 (année pleine 2012)	
Assiette de la CSG : réduction de 3 % à 1,75 % de l'abattement au titre des frais professionnels	0,80
Assiette des cotisations sociales : réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux	0,50
Assiette des prélèvements sociaux sur le capital : révision des abattements appliqués aux plus-values immobilières	0,45
Taux du forfait social : hausse de 6 % à 8 % (branche maladie)	0,11[13]
Assiette des cotisations sociales : alignement sur le droit commun de l'assiette des cotisations des industries électriques et gazières ou IEG (branches maladie et famille)	0,21
Création d'une nouvelle taxe : boissons sucrées (branche maladie)	0,13
Assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) : homogénéisation de l'assiette pour les établissements financiers (FSV)	0,15
Assiette de la taxe sur la promotion des médicaments : élargissement aux publicités parues dans la presse médicale (branche maladie)	0,08

11. Chaque fois que cela était possible, la Cour a pris en compte une estimation issue des données comptables qu'elle a auditées dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général. À défaut, elle a retenu les estimations effectuées par la direction de la sécurité sociale à sa demande en juillet 2013 (postérieurement à la parution du rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale) ou, lorsque cette direction ne les a pas remises en cause, les estimations initiales des lois qui ont instauré les augmentations de recettes.

12. Ce montant constitue un majorant pour les mesures dont l'estimation repose sur des données comptables. En effet, la variation des produits entre 2011 et 2012 incorpore l'incidence des évolutions spontanées, généralement positives, des assiettes. En l'absence de données disponibles sur ce point, ce biais n'a pu être corrigé.

13. En tenant compte de la suppression au 1er janvier 2012 de la taxe sur la prévoyance financée par les employeurs, dont l'assiette est désormais intégrée à celle du forfait social (+0,87 Md€ hors intégration).

	Impact 2012
Assiette des cotisations sociales : baisse du seuil d'assujettissement aux cotisations des indemnités de rupture conventionnelle	0,03
- LFR août 2012	
Taux du prélèvement social sur les revenus du capital : hausse de 3,4 % à 5,4 % (branches vieillesse et famille)	0,66
Taux du forfait social : hausse de 8 % à 20 % (branche vieillesse et FSV)	0,71
Taux de la contribution patronale sur les attributions de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites : hausse de 14 % à 30 % (branche maladie)	0,05
Assiette des prélèvements sociaux sur le capital : assujettissement des revenus immobiliers des non-résidents (branche maladie)	0,03
Réaffectation à l'État d'une partie des droits sur les tabacs en vue de financer le remboursement par ce dernier de ses dettes à l'égard de la sécurité sociale au titre de l'insuffisance de financement en trésorerie du dispositif d'exonération des heures supplémentaires et complémentaires (années 2010 et 2011)	-0,28
- Mesures retraite	
Taux des cotisations de l'assurance vieillesse : hausse de 0,2 point du taux sur l'assiette plafonnée au 1/11/2012	0,15
Total	**6,22**

Source : états financiers 2012 des branches et de l'activité de recouvrement du régime général et du FSV et direction de la sécurité sociale

3 – L'impact des mesures nouvelles sur les différentes catégories de recettes

Le tableau ci-après retrace l'évolution des produits des branches du régime général et des prélèvements - cotisations sociales, CSG et taxes et impôts affectés -, qui en constituent un peu plus des 4/5èmes[14] :

14. Les autres produits correspondent aux prises en charge de cotisations et de prestations par le FSV, à la contribution de la CNSA au financement d'une partie des dépenses de l'ONDAM médico-social, à la compensation par l'État de mesures ciblées d'exonérations de cotisations sociales et aux prises en charge de cotisations en faveur des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés de secteur I.

Tableau n° 7 : évolution des produits des branches du régime général

En Md€

	2009	2010	2011	2012
Produits	320,2	326,0	342,8	358,7
Variation		+1,8 %	+5,2 %	+4,6 %
Prélèvements publics	263,4	267,7	280,3	293,2
Variation		+1,6 %	+4,7 %	+4,6 %
Cotisations sociales	169,0	172,6	181,1	186,8
Variation		+2,2 %	+4,9 %	+3,2 %
CSG	62,8	63,4	62,3[15]	65,3
Variation		+0,9 %	-1,7 %	+4,8 %
Impôts et taxes affectés	31,6	31,7	36,9	41,0
Variation		+0,3 %	+16,3 %	+11,2 %

Source : états financiers

a) Les cotisations sociales et la CSG

En 2012, les produits de cotisations sociales affectées aux branches du régime général ont augmenté de 5,7 Md€ (+3,2 %), dont 5 Md€ (+2,9 %) pour les actifs salariés[16], soit un écart de 0,7 point par rapport à l'augmentation de la masse salariale (+2,2 %, voir *supra*).

Cet écart, qui bénéficie surtout à la branche vieillesse[17], découle :

- des mesures de la loi de finances rectificative d'août 2012 sur les exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires

15. Cette diminution en valeur absolue traduit l'incidence du transfert de 0,28 point de CSG de la branche famille à la CADES dans le cadre des mesures de financement des reprises des déficits 2009 à 2011 des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV. En contrepartie, la branche famille a été affectataire d'impôts et taxes nouveaux.

16. Les cotisations des actifs salariés représentent 94 % du total des cotisations sociales. En leur sein, celles des employeurs de salariés du secteur privé représentent à elles seules 85 % du total des cotisations des actifs salariés, soit 80 % du total des cotisations sociales.

17. Pour la branche vieillesse, l'augmentation du produit des cotisations atteint 3,8 %. Pour les autres branches, elle est voisine de celle de l'assiette déplafonnée déclarée par les employeurs de salariés (2,4 % pour la branche maladie, 2,6 % pour les AT-MP et 2,1 %, hors travailleurs indépendants, pour la famille).

(suppression des exonérations salariales et maintien des exonérations patronales pour les seules entreprises de moins de 20 salariés[18]) ;

- d'un relèvement du plafond de la sécurité sociale (+2,9 % au 1er janvier 2012) plus élevé que celui du salaire moyen (+2,2 %), qui a conduit à faire progresser l'assiette plafonnée plus rapidement que l'assiette déplafonnée ;
- de l'augmentation (au 1er novembre 2012) de 0,2 point du taux de cotisation sur l'assiette plafonnée (répartie à égalité entre employeurs et salariés)[19].

En 2012, la CSG sur les revenus d'activité (tous attributaires confondus) a augmenté de 2,7 Md€ (+4,5 %), dont 1,7 Md€ (+3,1 %) au titre des actifs salariés. Cet écart de 0,9 point entre l'augmentation de l'assiette de la CSG déclarée par les employeurs du secteur privé et celle de la masse salariale traduit l'incidence de mesures d'assiette, en l'espèce la réduction de 3 % à 1,75 % du taux d'abattement sur les revenus salariaux par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Les autres composantes de la CSG ont connu des évolutions différenciées : stabilité de la CSG sur les produits des jeux, augmentation significative de la CSG sur les produits de placement (+3,8 %), progression soutenue de la CSG sur les revenus de remplacement (+4,1 %), sous l'effet de l'augmentation du nombre et des revenus des retraités et forte hausse de la CSG sur les revenus du patrimoine (+9,1 %) du fait du dynamisme des plus-values de cession sur valeurs immobilières[20].

18. La suppression d'une partie des exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires ne figure pas au nombre des mesures ayant une incidence sur les produits du régime général et du FSV indiquées dans le tableau ci-avant. En effet, ce dispositif fait l'objet d'un mécanisme d'équilibrage (à compter d'août 2012, au titre de la seule insuffisance de financement des exonérations en trésorerie, qui donne lieu à la comptabilisation d'une créance sur l'État).

19. En 2012, une augmentation d'un point du taux de cotisation était susceptible de procurer, au titre de l'assiette déplafonnée, 7,4 Md€ de recettes additionnelles pour la branche famille, 6,5 Md€ pour la branche maladie, 5,3 Md€ pour les branches AT-MP et vieillesse et, au titre de l'assiette plafonnée, 4,4 Md€ pour la branche vieillesse. Ces différences de rendement traduisent notamment des différences de périmètre dans la population des cotisants relatives à l'assiette déplafonnée.

20. Évolution spontanée de l'assiette et révision à la baisse des taux d'abattement liés à la durée de détention des biens immobiliers (loi de finances pour 2012).

b) Les impôts et taxes affectés

Comme le montre le tableau précédent, les impôts et taxes affectés aux branches du régime général ont augmenté en 2012 de 4,1 Md€ (soit +11,2 %). En élargissant l'analyse au FSV[21], leur augmentation atteint 4,7 Md€ (soit +11,9 %). Pour l'essentiel (soit 4,4 Md€), elle traduit l'incidence des mesures de recettes précédemment décrites (notamment les augmentations du taux du prélèvement social sur les revenus du capital intervenues en 2011 et 2012, l'incidence sur 2012 du doublement en 2011 du taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance et les relèvements successifs de taux du forfait social au cours de l'année 2012).

L'augmentation des produits du prélèvement social sur les revenus du capital est conforme aux prévisions des lois de finances rectificatives de juillet 2011 et d'août 2012 (+2,1 Md€). Dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012, la Cour n'a cependant pas été en mesure de valider le montant définitif des produits de ce prélèvement[22].

En revanche, l'augmentation des produits du forfait social (+0,8 Md€) est en net retrait par rapport aux prévisions associées à la loi de financement 2012 et à la loi de finances rectificative d'août 2012 (1,01 Md€) et incorpore au demeurant une surévaluation des produits à recevoir (à hauteur de 115 M€), en contradiction avec le principe général de prudence comptable[23]. Les moins-values de recettes sur le forfait social (0,3 Md€) traduisent l'absence – préoccupante - d'application, par une partie importante des cotisants, du nouveau taux de 20 % en vigueur depuis le 1er août 2012.

21. Hors variation de la contribution de solidarité sur les sociétés (C3S), dont le FSV reçoit le solde.
22. Voir *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012*, La Documentation française, juin 2013, p. 166-167, disponible sur www.ccomptes.fr.
23. Voir *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012*, La Documentation française, juin 2013, p. 11-12 et p. 167, disponible sur www.ccomptes.fr.

C – Les facteurs constitutifs de l'évolution des déficits des branches et du FSV

1 – Branche maladie : un déficit en contraction grâce à un apport important de recettes et au respect d'un ONDAM resserré

En 2012, la branche maladie a enregistré un déficit de 5,9 Md€, en sensible réduction par rapport à celui de 2011 (8,6 Md€), sous l'effet :

- d'abord d'une augmentation des produits nettement supérieure à celle des charges, sous l'effet notamment de l'affectation à la branche maladie d'une grande partie des mesures nouvelles (taxe spéciale sur les conventions d'assurance et augmentation du taux du prélèvement social sur les revenus du capital notamment) ou du bénéfice pour cette dernière de mesures de portée générale sur l'assiette des cotisations sociales et de la CSG ;
- et, en second lieu, d'une décélération de l'augmentation des charges de prestations légales (+2,4 % en 2012, après +2,7 % en 2011 et 3,2 % en 2010), grâce au respect d'un ONDAM sensiblement resserré (+2,5 %)[24] et en dépit d'une progression plus soutenue des prestations non comprises dans le champ de ce dernier (notamment les pensions d'invalidité, dont la charge a augmenté en 2012 de 0,5 Md€, soit 8,7 % sous l'effet du recul de l'âge de départ à la retraite à taux plein). Toutes choses égales par ailleurs, la contribution du ralentissement de l'augmentation des charges de prestations légales à la réduction du déficit peut être estimée à 0,6 Md€ (au regard d'une réduction totale du déficit de 2,7 Md€).

Par ailleurs, des changements de modalités d'estimation comptable, positifs dans leur principe (augmentation des taux de dépréciation des créances de recours contre tiers, de prestations et de participations forfaitaires et de franchises et complément de provisions au titre des remboursements de soins délivrés à l'étranger[25]), ont concouru à l'augmentation des charges de l'exercice (à hauteur de 0,5 Md€).

24. Voir chapitre III du présent rapport : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2012.

25. Dans son *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012*, la Cour a cependant souligné que le complément de provisions de 170 M€ ainsi comptabilisé était encore insuffisant. La Documentation française, juin 2013, p. 40-43, disponible sur www.ccomptes.fr.

Bien qu'orienté à la baisse, le déficit continue cependant à représenter une part importante des charges de la branche maladie (3,1 % contre 4,7 % en 2011).

Tableau n° 8 : formation du résultat 2012 de la branche maladie

En Md€

	2011	2012	Variation en montant	Variation en %
Charges *dont*	**184,4**	**189,9**	**+5,5**	**+3%**
Prestations légales	144,8	148,2	+3,4	+2,4 %
Autres prestations sociales	0,9	1,1	+0,1	+14,4 %
Transferts entre organismes	18,2	18,8	+0,5	+3%
Autres charges techniques	2,2	2,5	+0,3	+13,8 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	12,3	13,4	+1,1	+9,2 %
Charges de gestion courante	5,9	5,9	Ns	+0,2 %
Charges financières	0,1	Ns	-0,1	-92,1 %
Produits *dont*	**175,9**	**184,1**	**+8,2**	**+4,7 %**
Cotisations sociales	71,6	73,3	+1,7	+2,4 %
Cotisations prises en charge par l'État	1,2	1,1	-0,1	-6,9 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,5	1,5	+0,1	+5,6 %
CSG	53,0	55,5	+2,6	+4,8 %
Impôts et taxes	18,6	21,4	+2,8	+15,1 %
Transferts entre organismes	15,8	16,7	+0,9	+5,8 %
Divers produits techniques	2,1	2,2	+0,2	+8%
Reprises sur provisions	11,8	11,9	+0,1	+0,8 %
Produits de gestion courante	0,3	0,3	Ns	+1,3 %
Produits exceptionnels	0,1	0,1	Ns	+2,4 %
Résultat	**-8,6**	**-5,9**	**+2,7**	**-31,9 %**

Source : états financiers

2 – Branche AT-MP : un redressement plus sensible que celui reflété par la seule variation du déficit

En 2012, la branche des accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) a de nouveau enregistré un déficit (174 M€), cependant en recul par rapport à celui de 2011 (221 M€, soit 170 M€ à périmètre constant[26]).

26. En ajoutant au résultat de la branche AT-MP pour l'exercice 2011 (déficit de 221 M€) celui du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante – FCAATA - pour ce même exercice (excédent de 50 M€). À compter de l'exercice 2012, ce dernier est intégré aux comptes combinés de la branche AT-MP.

Les charges ont augmenté dans une mesure limitée (+1,8 %). En leur sein, les prestations d'incapacité temporaire (indemnités journalières et prestations en nature), qui relèvent pour l'essentiel de l'ONDAM, ont diminué en valeur absolue.

En revanche, l'augmentation des contributions de la branche AT-MP aux autres branches du régime général a pesé sur son résultat (à hauteur de 165 M€ au total, dont 80 M€ pour la contribution à la branche maladie destinée à compenser l'insuffisante déclaration des AT-MP et 85 M€ pour celle à la branche vieillesse destinée à compenser le coût des départs anticipés en retraite pour pénibilité du travail[27]).

Par ailleurs, comme pour la branche maladie, des changements comptables, positifs dans leur principe, ont contribué à l'augmentation des charges de l'exercice (comptabilisation de provisions pour réduction de produits de cotisations au titre des contentieux relatifs à l'application de la législation AT-MP pendants à la clôture de l'exercice [28] et augmentation des taux de dépréciation des créances sur les recours contre tiers et les prestations, soit respectivement 50 M€ et 130 M€ de charges supplémentaires).

27. Dans son *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012*, la Cour a souligné que les charges relatives aux départs anticipés en retraite pour un motif lié à la pénibilité du travail avaient été considérablement surestimées et que, de ce fait, la contribution à la branche vieillesse pour l'année 2012, soit 110 M€, aurait dû être comptabilisée en charge constatée d'avance, et non en charge de l'exercice La Documentation française, juin 2013, p. 49-52, disponible sur www.ccomptes.fr.

28. Les incertitudes majeures qui entourent l'évaluation des provisions au 1er janvier 2012 et au 31 décembre 2012 sont à l'origine du constat d'une impossibilité de certifier les comptes de l'exercice 2012. Voir *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012* La Documentation française, juin 2013, p. 45-48, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 9 : formation du résultat 2012 de la branche AT-MP

En Md€

	2011 Proforma (*)	2012	Variation en montant	Variation en %
Charges *dont*	**12,4**	**12,7**	**+0,2**	**+1,9 %**
Prestations légales	7,8	8,0	+0,2	+1,9 %
Autres prestations sociales	0,8	0,8	Ns	-4,4 %
Transferts entre organismes	1,0	1,0	Ns	+4,3 %
Autres charges techniques	1,3	1,2	-0,1	-3,9 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	0,6	0,7	+0,1	+18,9 %
Charges de gestion courante	0,9	0,9	Ns	+3,8 %
Produits *dont*	**12,2**	**12,5**	**+0,2**	**+1,9 %**
Cotisations sociales	10,9	11,2	+0,3	+2,6 %
Impôts et taxes	0,3	0,3	Ns	-8,5 %
Transferts entre organismes	0,1	0,1	Ns	Ns
Divers produits techniques	0,4	0,4	Ns	-6,1 %
Reprises sur provisions	0,5	0,5	Ns	+2,6 %
Résultat	**-0,2**	**-0,2**	**Ns**	**+2,4 %**

(*)Résultat, produits et charges 2011 reconstitués afin d'assurer leur comparabilité avec ceux de 2012 (prise en compte des opérations du FCAATA, intégré aux comptes 2012 de la branche AT-MP).

Source : états financiers

3 – Branche famille : un déficit en quasi-reconduction par rapport aux exercices précédents

En 2012, la branche famille a connu un déficit de 2,5 Md€, en légère réduction par rapport à ceux de 2011 (2,6 Md€) et de 2010 (2,7 Md€). Il continue à représenter une part substantielle des charges de l'exercice (4,3 %, après 4,7 % en 2011).

L'augmentation des charges de prestations légales (+0,9 Md€, soit +2,6 %) s'est accélérée par rapport à celle intervenue en 2011 (+1,6 %). Ces prestations apportent ainsi une contribution négative (pouvant être estimée, toutes choses égales par ailleurs, à 0,3 Md€) à l'évolution du déficit entre 2011 et 2012.

À titre principal, l'augmentation des charges de prestations légales traduit les incidences de la revalorisation de l'allocation de rentrée scolaire de 25 % au 1er septembre 2012 et l'unification des majorations pour enfants des allocations familiales (incidences respectivement estimées à 360 M€ et 110 M€). Pour une part, ces mesures en faveur des familles ont été compensées par une revalorisation de la base mensuelle

des allocations familiales (BMAF) [29] inférieure à l'inflation (augmentation en niveau de +1 % au lieu de +2,3 % en application des règles habituelles), un report de cette revalorisation du 1er janvier au 1er avril 2012 et l'application de ces mêmes règles aux plafonds de ressources[30].

En dépit d'une revalorisation plus limitée[31], les charges relatives aux allocations familiales ont plus fortement progressé en 2012 qu'en 2011 (+1,8 % contre +0,5 %). Celles relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ont en revanche entamé une décélération (+1,4 % contre +2,7 % en 2011), quoique de portée inégale selon les composantes de cette prestation.

L'augmentation des charges relatives aux prestations extra-légales d'action sociale [32] (accueil de la petite enfance et de la jeunesse notamment) est demeurée soutenue (+0,2 Md€ en 2012, soit +5,2 %), sous l'effet de la progression du taux d'activité des équipements et de la mise en service de nouvelles structures dans le cadre du « plan crèche ».

S'agissant des produits, la branche famille a bénéficié en 2012 de l'élargissement de l'assiette de la CSG, d'une modification des clés de répartition de la taxe sur les salaires et de l'affectation d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital.

Contrairement aux autres branches du régime général, une part substantielle des ressources de la branche famille n'a cependant pas un caractère pérenne : en application de la loi de finances pour 2011, la part du prélèvement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les compartiments « euros » des contrats d'assurance vie « multi-supports » affectée à la branche famille diminue à partir de 2012 (1,4 Md€) jusqu'à disparaître en 2020 ; pour sa part, la taxe sur les réserves de capitalisation des assureurs a un caractère non récurrent limité aux exercices 2011 et 2012 (0,8 Md€ pour chacun d'entre eux).

29. Il s'agit de la base de calcul du montant des prestations familiales, qui sont exprimées en pourcentage de cette dernière.

30. Parce qu'il est moins rapide que l'évolution des salaires, le relèvement des plafonds de ressources conduit mécaniquement à exclure certains bénéficiaires.

31. En 2011, la BMAF avait été revalorisée de 1,5 % au 1er janvier.

32. A la différence des prestations légales, leur existence, leurs règles d'attribution et leurs modalités de calcul résultent de décisions autonomes de la CNAF, sous le contrôle de ses autorités de tutelle, et des organismes de son réseau.

Tableau n° 10 : formation du résultat 2012 de la branche famille

En Md€

	2011	2012	Variation en montant	Variation en %
Charges *Dont*	**55,6**	**57,9**	**+2,3**	**+4,2 %**
Prestations légales	34,9	35,8	+0,9	+2,6 %
Prestations extra-légales (action sociale)	3,8	4,0	+0,2	+5,2 %
Transferts entre organismes	13,2	13,6	+0,4	+2,7 %
Autres charges techniques	0,5	0,6	+0,1	+14,1 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	0,3	1,1	+0,8	+234%
Charges de gestion courante	2,6	2,6	Ns	+0,9 %
Charges exceptionnelles	0,1	0,1	Ns	+25,4 %
Produits *dont*	**53,0**	**55,4**	**+2,4**	**+4,6 %**
Cotisations sociales	34,2	35,5	+1,3	+3,8 %
Cotisations prises en charge par l'État	0,5	0,5	Ns	-4,4 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,3	0,3	Ns	+13,3 %
CSG	9,3	9,8	+0,5	+4,9 %
Impôts et taxes	7,8	8,1	+0,4	+4,8 %
Divers produits techniques	0,3	0,4	Ns	+11,7 %
Reprises sur provisions	0,3	0,6	+0,3	+85,8 %
Produits de gestion courante	0,2	0,2	Ns	-5 %
Résultat	**-2,6**	**-2,5**	**+0,1**	**-3,4 %**

Source : états financiers

4 – Branche vieillesse : une réduction du déficit en grande partie compensée par l'augmentation de celui du FSV

En 2012, la branche vieillesse a enregistré un déficit de 4,8 Md€, en sensible réduction (1,2 Md€) par rapport à 2011 (6,0 Md€). Il représente néanmoins encore 4,3 % des charges, après 5,6 % en 2011.

Les produits constitués par les prises en charge de cotisations et de prestations par le FSV ont fortement augmenté (+1,6 Md€, soit +8,3 %)[33]. Or, dans le même temps, le déficit du FSV a augmenté, passant de 3,4 Md€ en 2011 à 4,1 Md€ en 2012 (+0,7 Md€), en l'absence de ressources suffisantes qui auraient été affectées à ce fonds. Ainsi, la diminution du déficit de la branche vieillesse de 1,2 Md€ en 2012 a-t-elle pour contrepartie, à hauteur de 0,7 Md€, l'augmentation de celui du FSV.

33. Le montant total des prises en charge de cotisations et de prestations par le FSV en faveur de la branche vieillesse a augmenté de 19,1 Md€ en 2011 à 20,7 Md€ en 2012.

En dehors des transferts du FSV, la branche vieillesse a bénéficié en 2012 d'une augmentation importante des produits de cotisations sociales (+3,8 %, sous l'effet des mesures relatives à l'assiette et au plafond des cotisations de sécurité sociale et aux taux des cotisations d'assurance vieillesse) et d'impôts et de taxes (+9,1 %, compte tenu notamment des mesures d'augmentation des taux du prélèvement social sur les revenus du capital et du forfait social).

La décélération de l'augmentation des charges de prestations légales a apporté une importante contribution à la réduction du déficit en 2012 (pouvant être estimée, toutes choses égales par ailleurs, à 0,9 Md€).

En effet, l'augmentation des charges de droits propres[34] s'est fortement ralentie par rapport à 2011 (+3,8 %, contre +4,8 % en 2011), sous l'effet d'une réduction de l'augmentation des effectifs de pensionnés (+1,3 % contre +2,5 % en 2011) et de la pension moyenne qui leur est servie (+0,3 % contre +0,6 % en 2011), qui ont plus que compensé l'incidence d'une plus forte revalorisation des pensions (+2,1 % en moyenne annuelle, contre +1,8 % en 2011).

Le nombre de nouveaux retraités a baissé de 609 000 en 2011 à 578 000 en 2012, tous modes de départ confondus, sous l'effet du relèvement de l'âge de départ à la retraite à taux plein par la réforme des retraites de 2010, puis de la loi de financement pour 2012. Compte tenu des mesures de 2010 et des assouplissements introduits par le décret de juillet 2012 sur les carrières longues, le nombre de départs anticipés en retraite est passé de 44 000 en 2011 à 84 000 en 2012.

34. Qui représentent plus de 90 % des charges de prestations légales de la branche. Le solde est constitué par les droits dérivés (pensions de réversion attribuées aux conjoints survivants sous réserve de conditions de ressources).

Tableau n° 11 : formation du résultat 2012 de la branche vieillesse

En Md€

	2011	2012	Variation en valeur	Variation en %
Charges *Dont*	**107,8**	**111,5**	**+3,8**	**+3,5**
Prestations légales	97,8	101,5	+3,7	+3,8
Autres prestations sociales	2,0	2,0	+0,1	+2,6
Transferts entre organismes	5,3	5,2	Ns	-0,3
Autres charges techniques	0,6	0,7	+0,1	+9,4
Dotations aux provisions pour charges techniques	0,7	0,7	+0,1	+7,6
Charges de gestion courante	1,4	1,4	Ns	-0,3
Charges financières	0,1	Ns	-0,1	-86,2
Produits *Dont*	**101,8**	**106,8**	**+5,0**	**+4,9**
Cotisations sociales	65,3	67,8	+2,5	+3,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,2	0,9	-0,2	-21
Impôts et taxes	10,2	11,2	+0,9	+9,1
Transferts entre organismes	24,2	26,0	+1,8	+7,5
Divers produits techniques	0,1	0,1	Ns	-4,3
Reprises sur provisions	0,6	0,6	+0,1	+13,7
Produits exceptionnels	0,1	0,1	Ns	Ns
Résultat	**-6,0**	**-4,8**	**+1,2**	**-20,4**

Source : états financiers

5 – Fonds de solidarité vieillesse : un déficit à nouveau en hausse

En 2012, le déficit du fonds de solidarité vieillesse[35] est revenu à son niveau de 2010, soit 4,1 Md€ (3,4 Md€ en 2011). Ce montant correspond à celui prévu par la loi de financement pour 2012. Il représente 17,5 % de ses charges brutes (contre 15,4 % en 2011).

Trois facteurs principaux sont à l'origine de ce déséquilibre accru :

- l'augmentation par la loi de financement pour 2012 du montant de la prise en charge du minimum contributif par le FSV au bénéfice des régimes d'assurance vieillesse (de 3,5 Md€ en 2011 à 3,9 Md€ en 2012). À elle seule, cette augmentation représente une part majoritaire de la dégradation du déficit du FSV par rapport à celui de 2011 (0,4 Md€ sur un total de 0,7 Md€) ;
- la forte progression des concours du FSV à la branche vieillesse du régime général (et au régime des salariés agricoles) au titre du

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

chômage indemnisé et du chômage non indemnisé, compte tenu de la dégradation du marché de l'emploi (+0,8 Md€) ;

- la volatilité de la part de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) affectée au FSV. En effet, la C3S constitue une ressource d'équilibre des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse du régime social des indépendants (RSI). De ce fait, la part de la C3S dont peut bénéficier le FSV est tributaire des résultats de ces régimes avant affectation de C3S et, aussi, du prélèvement affecté au régime agricole en compensation de la suppression de la compensation démographique généralisée maladie. En 2011, la réduction des déficits des branches maladie et vieillesse du RSI avant affectation de C3S avait permis à la fois de financer le régime agricole et d'augmenter le montant net de C3S affecté au FSV (à hauteur de 0,3 Md€). En 2012, la C3S affectée au FSV a au contraire diminué (de 0,3 Md€), ce qui explique la baisse en valeur absolue des produits d'impôts et de taxes.

Comme la Cour l'a souligné à plusieurs reprises, le FSV porte en réalité une partie du déficit de la branche vieillesse du régime général, qui reçoit les 9/10èmes de ses concours, de fait incomplètement financés.

Tableau n° 12 : formation du résultat 2012 du FSV

En Md€

	2011	2012	Variation en valeur	Variation en %
Charges	**22,3**	**23,6**	**+1,3**	**+5,8**
Prises en charge de cotisations	10,8	11,7	+0,9	+8,6
Prises en charge de prestations	11,0	11,5	+0,6	+5,3
Autres charges techniques	0,5	0,3	-0,2	-45,1
Produits	**18,9**	**19,5**	**+0,6**	**+3,2**
CSG	9,7	10,1	+0,5	+4,8
ITAF	4,8	4,8	Ns	-0,5
Transferts[36]	4,4	4,6	+0,2	+4,5
Résultat	**-3,4**	**-4,1**	**-0,7**	**+20,0**

Source : états financiers

*
* *

Malgré sa réduction en 2012, le déficit total du régime général et du FSV demeure encore près de deux fois supérieur à ceux de la période 2006-2008[37]. Les effets de la récession de 2009 sur les ressources n'ont

36. Compensation intégrale par la branche famille du financement par le FSV des majorations pour enfants servies par le régime général et les régimes alignés.
37. Soit 10 Md€ (2006), 9,3 Md€ (2007) et 9,4 Md€ (2008).

toujours pas été compensés par l'augmentation spontanée des recettes, les mesures ayant pour objet de les accroître (réduction des exonérations et hausse des taux de prélèvements existants, affectation de nouveaux prélèvements) et celles destinées à réduire les dépenses de prestations, dans le contexte d'une nouvelle dégradation de la conjoncture qui s'amplifie en 2013 et pèse encore plus fortement sur la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

II - Un coup d'arrêt à la réduction des déficits en 2013

L'année 2013 devait permettre la poursuite de la trajectoire de réduction des déficits des régimes obligatoires de base. D'un montant de 14,9 Md€ en 2012, ils devaient passer, selon la loi de financement pour 2013, à 12,9 Md€. Les prévisions disponibles à l'été 2013 montrent que cet objectif ne sera pas atteint, du fait notamment de la dégradation de la conjoncture économique.

Pour le régime général, le déficit s'aggraverait, par rapport aux prévisions de la loi de financement pour 2013, de 2,8 Md€, essentiellement en raison de la révision à la baisse des recettes.

Pris globalement, le déficit du régime général et du FSV (17,3 Md€) se stabiliserait au même niveau qu'en 2012 (17,4 Md€), alors qu'il était prévu qu'il soit réduit de 3,4 Md€.

Tableau n° 13 : évolution du solde du régime général et du FSV

(Md€)

	Solde 2012	Prévisions de solde 2013 de la LFSS pour 2013	Prévisions de solde 2013 révisées par la CCSS en juin 2013
Branche maladie	- 5,9	-5,2	- 7,9
Branche AT-MP	- 0,2	0,3	0,3
Branche vieillesse	- 4,8	-4,0	- 3,5
Branche famille	-2,5	-2,6	-3,2
Total régime général	**-13,3**	**-11,5**	**-14,3**
FSV	**-4,1**	**-2,5**	**-3,0**
Régime général et FSV	**-17,4**	**-14,0**	**-17,3**

Source : Rapport de juin 2013 de la commission des comptes de la sécurité sociale (solde 2012 et prévisions de solde 2013 révisées par la CCSS de juin 2013) et loi de financement pour 2013 (prévisions de solde 2013 révisées par la CCSS en juin 2013)

A – Une moindre augmentation des recettes qu'anticipé

1 – Des prévisions initiales ambitieuses pour 2013

Selon les prévisions de la loi de financement pour 2013, les recettes des régimes de base obligatoires de sécurité sociale devaient augmenter sous l'effet de plusieurs facteurs :

- les suppressions ou réductions de certaines niches sociales qui ne donnaient pas lieu à compensation de la part de l'État[38]. Il s'agissait essentiellement de l'effet en année pleine de la hausse du forfait social en application de la deuxième loi de finances rectificative pour 2012, de l'assujettissement des indemnités de rupture au forfait social, de différentes mesures relatives aux cotisations sociales des travailleurs indépendants. Ces mesures devaient permettre d'augmenter au total les ressources des régimes obligatoires de base de 3,7 Md€ ;
- les augmentations de taux ou la création de nouveaux prélèvements. Il s'agissait de la hausse de la fiscalité sur les bières, des modifications relatives à la taxe sur les salaires, de l'augmentation du taux des cotisations à la CNRACL, de l'effet en année pleine de l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital confirmée par la deuxième loi de financement rectificative pour 2012 malgré la remise en cause de la réforme du financement de la branche famille (« TVA sociale ») instituée en mars 2012 par la première loi de finances rectificative et de l'augmentation des taux de cotisation vieillesse pour financer l'élargissement du dispositif carrières longues. Ces décisions devaient majorer les recettes des régimes de base de 5,3 Md€ ;
- enfin, la dynamique des prélèvements eux-mêmes en fonction des assiettes sur lesquels ils étaient assis. S'agissant de la masse salariale, les prévisions étaient construites sur une hypothèse d'évolution de la masse salariale du secteur privé moins favorable que pour l'année 2012 (hausse de 2,3 % alors que la prévision d'augmentation pour 2012 était alors de 2,5 %) et sur une hypothèse d'évolution du PIB en volume plus favorable (augmentation de 0,8 % alors que la prévision d'augmentation pour 2012 était alors de 0,3 %). Ces facteurs devaient

38. L'effet en année pleine de la suppression des allègements de cotisations sociales sur les heures supplémentaires a conduit à une augmentation des cotisations et une diminution des impôts et taxes affectés, sans conséquence sur le niveau total des recettes des régimes de base.

conduire à une augmentation des ressources de la sécurité sociale de 4,4 Md€[39].

Au total, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoyait pour les régimes de base une croissance de 4 % de leurs recettes.

2 – Une sensible révision à la baisse à l'été 2013 des recettes du régime général

Ces prévisions ont été actualisées, pour ce qui est du seul régime général, en juin 2013 par la commission des comptes de la sécurité sociale[40] en prenant en compte les hypothèses macro-économiques retenues en avril 2013 dans le programme de stabilité 2013-2017, moins favorables que celles sur lesquelles avaient été élaborée la loi de financement notamment en matière d'évolution de la masse salariale.

Le rendement attendu des prélèvements finançant le régime général (cotisations, CSG, autres contributions sociales, impôts et taxes affectés) est inférieur de 4,1 Md€ à celui prévu par la loi de financement (-3,1 Md€ en ce qui concerne les prélèvements sur les revenus d'activité et -1 Md€ sur les autres prélèvements). Au total, en prenant en compte les autres produits, notamment les transferts, les recettes du régime général seraient de 325,7 Md€ et non 329,0 Md€, soit un différentiel de -3,3 Md€.

L'actualisation des hypothèses retenues pour les années 2012 et 2013 en matière d'évolution de la masse salariale du secteur privé (+2,2 % au lieu de +2,5 % pour 2012 et +1,3 % au lieu de +2,3 % pour 2013) n'explique pas l'intégralité de cette révision à la baisse. En effet, selon les hypothèses habituellement retenues par la commission des comptes de la sécurité sociale, une augmentation moindre de 1,3 point de la masse salariale ne conduisait à une révision à la baisse des recettes du régime général que de 2,6 Md€. Selon la direction de la sécurité sociale, les pertes de recette supplémentaires les plus significatives sont les suivantes :

- les prélèvements sur les revenus du capital, pour -0,4 Md€, notamment en raison de l'annulation, par le Conseil constitutionnel, de

39. Montant obtenu en retranchant de l'augmentation du montant des prélèvements obligatoires ou ressources assimilées finançant les régimes obligatoires de base les montants résultant des réductions de niches sociales et des augmentation ou créations de prélèvements sociaux.

40. *Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, résultats 2012, prévisions 2013*, juin 2013.

l'article 15 de la loi de finances pour 2013 relatif à l'assujettissement des plus-values immobilières pour les terrains à bâtir, dont l'impact est de -0,2 Md€ pour la sécurité sociale ;

- pour -0,25 Md€, une progression des cotisations des particuliers employeurs moindre que prévu, en partie liée à la suppression de la mesure dérogatoire qui permettait de calculer les cotisations sociales sur une base forfaitaire ;

- pour -0,15 Md€, une recette moindre que celle attendue pour le forfait social ;

- une baisse des recettes fiscales, notamment en matière de TVA nette, pour -0,2 Md€ ;

- enfin, pour -0,2 Md€, l'effet de la dégradation du recouvrement, en raison de la détérioration de la conjoncture.

L'augmentation des recettes du régime général par rapport à 2012 serait dans ces conditions de +3 % contre une prévision initiale de +4 %. La branche maladie est la plus touchée par cette réestimation : la perte de recettes est estimée prévisionnellement à -2,5 Md€, loin devant la branche vieillesse (-0,8 Md€), la branche famille (-0,6 Md€) et la branche AT-MP (-0,2 Md€).

3 – Une très forte sensibilité aux évolutions de la masse salariale

La masse salariale pourrait toutefois augmenter en 2013 encore moins que ce que la commission des comptes de la sécurité sociale l'a estimé en juin 2013. On ne peut être assuré que sa croissance ne soit encore revue à la baisse, ce qui se traduirait par des recettes encore plus faibles que prévu. Les dernières données disponibles sur la masse salariale du premier trimestre depuis les prévisions de la commission des comptes de juin 2013[41] montrent en effet qu'elle n'a pas augmenté par rapport au quatrième trimestre 2012.

B – Des dépenses en ligne à ce stade avec les prévisions, mais un déficit qui augmente sensiblement

1 – Un creusement du déficit de l'assurance maladie, une vigilance nécessaire sur l'exécution de l'ONDAM

Alors que le taux de progression de l'ONDAM avait été de +2,5 % pour 2012, la loi de financement a fixé son niveau pour 2013 à

41. *ACOSS-STAT n 172, juin 2013.*

175,4 Md€, en augmentation de +2,7 %[42] par rapport à la prévision de dépense de l'exercice 2012 telle que connue en septembre 2012. Dans la mesure où les dépenses de l'exercice 2012 dans le périmètre de l'ONDAM ont finalement été inférieures de 500 M€ à cette estimation, le niveau pour 2013 correspond en définitive à un taux de progression par rapport aux dépenses 2012 telles que constatées non pas de +2,7 %, mais de +3 %, soit un taux de progression supérieur de 0,5 point à celui tenu en 2012.

Dans son avis du 31 mai 2013, le comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM a souligné trois facteurs ayant des conséquences sur niveau de dépenses :

- le niveau effectif des dépenses de l'exercice 2012, qui est inférieur de 500 M€ au montant qui avait été pris en compte pour la construction de l'ONDAM, facilitant notablement par cet effet de base favorable le respect de l'objectif pour 2013 ;
- le rendement de certaines mesures d'économie, qui pourrait être légèrement inférieur aux prévisions, de 100 M€ environ ;
- enfin, l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie, qui, pour les quatre premiers mois de l'année 2013, se caractérise par une progression plus soutenue qu'attendu des remboursements de soins de ville par le régime général (+2,8 % en glissement annuel), en raison notamment de l'épidémie de grippe du premier trimestre. D'autres postes, non liés à l'épidémie de grippe, progressent également fortement : les remboursements de soins d'auxiliaires médicaux (+9,6 %) et les remboursements de transports (+8,8 %).

Au final, selon le comité, une prévision prudente prenant en compte tous les aléas négatifs conduit pour 2013 à un montant de dépenses inférieur de seulement 200 M€ à l'ONDAM.

Le desserrement de l'ONDAM 2013 par rapport à celui de 2012 justifie d'autant plus qu'il soit strictement exécuté dans le respect du taux de progression de +2,7 %, c'est-à-dire exécuté de telle façon que les dépenses constatées soient inférieures de 500 M€ à l'enveloppe prévisionnelle. Dans ces conditions, une mise en œuvre complète des économies prévues, l'annulation des crédits hospitaliers mis en réserve, le recours à la modulation tarifaire nouvelle dont la possibilité est désormais ouverte pour les établissements de santé, et le renforcement des actions de maîtrise médicalisée constituent des impératifs.

42. L'augmentation de l'ONDAM pour 2013 telle que prévue par les projections quadriennales de la loi de financement pour 2012 était de +2,5 %. Elle a finalement été fixée par la loi de financement pour 2013 à +2,7 %.

L'évolution des dépenses hors ONDAM

Les dépenses des branches maladie et AT-MP qui n'entrent pas dans le périmètre de l'ONDAM sont constituées d'une part, de certaines dépenses de prestations légales[43], des allocations des anciens travailleurs de l'amiante, des prestations extralégales, des dépenses d'actions et de prévention et, d'autre part, des dépenses en faveur des fonds liés à l'indemnisation des victimes de l'amiante

Leur montant devrait être, selon le rapport de la commission des comptes de juin 2013, pour le régime général, de 15,8 Md€, en augmentation de + 3,2 % par rapport à 2012, après une augmentation de +7,4 % en 2012. L'augmentation de 2013, comme celle de 2012, est due principalement aux prestations d'invalidité, qui constituent le premier poste en montant (5,1 Md€ en 2013) et qui croissent plus vite que les autres. La prévision faite en juin 2013 par la commission des comptes pour les dépenses de prestations hors ONDAM est supérieure de 0,4 Md€ à celle de la loi de financement.

Au total, et malgré le respect à ce stade de l'ONDAM en niveau, le déficit de la branche maladie passerait d'une prévision initiale de -5,2 Md€ à -7,9 Md€, soit une dégradation de 2 Md€ par rapport à 2012 du fait de la moindre progression qu'attendu des recettes de la branche. Cette détérioration, qui aura un effet négatif sur les comptes de l'assurance maladie au-delà de 2013, nécessite que des mesures de redressement soient rapidement mises en œuvre pour infléchir l'évolution tendancielle des dépenses au cours des prochains exercices.

2 – Un léger infléchissement des dépenses de prestations vieillesse du régime général, un déficit légèrement moindre qu'attendu

La loi de financement a prévu pour l'exercice 2013 un montant de dépenses de 218,6 Md€ pour l'ensemble des régimes de retraite de base, en augmentation de +4,1 % par rapport à l'exercice précédent, et de 115,5 Md€ pour le régime général, en augmentation de +4,4 %.

La prévision de dépenses de la branche vieillesse du régime général s'est légèrement infléchie dans les dernières estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale puisqu'elle s'élève à 114,7 Md€, soit une augmentation de +4,1 %.

Les pensions de retraite de droits propres qui représentent l'essentiel des charges du régime général (97,3 Md€ sur un total de

43. Indemnités journalières en maternité et paternité, prestations de décès, pensions d'invalidité, prestations d'incapacité permanentes en accidents du travail et maladies professionnelles.

charges de 114,7 en 2013) devraient pour leur part augmenter de +4,2 % en 2013, sous l'effet de quatre facteurs :

- la variation du nombre total de retraités, hors ceux bénéficiant de la retraite anticipée (effet stock). Ce facteur contribue pour 1,9 point à l'augmentation des dépenses, sans d'ailleurs évoluer par rapport aux prévisions d'octobre 2012, alors qu'en 2012, il n'avait contribué qu'à hauteur de 1,6 point. Ce niveau élevé est, pour partie, la conséquence du calendrier retenu pour le recul progressif de l'âge minimal de départ en retraite[44] ;
- la revalorisation des pensions. Ce facteur contribue pour 1,5 point (revalorisation moyenne de +1,5 %) alors qu'en octobre 2012, l'évolution prévue était de 2 points[45] ;
- l'effet des retraites anticipées pour carrières longues. Ce facteur devrait contribuer pour 0,4 point à l'augmentation des pensions de droits propres, alors qu'il avait, en 2012, ralenti la hausse des dépenses de 0,3 points. En effet, les départs anticipés pour longues carrières passeraient de 88 000 en 2012 à 145 000 en 2013, soit 20 % des départs en retraite, en raison de l'élargissement par le décret du juillet 2012 du dispositif aux personnes ayant commencé à travailler avant l'âge de 20 ans.

Les ressources apportées en 2013 par l'augmentation du taux de cotisations de 0,2 point, répartie par moitié entre cotisation patronale et cotisation salariale, soit 0,9 Md€, excèdent d'ailleurs très largement le montant de dépenses (0,4 Md€) de ce dispositif, améliorant ainsi le résultat de la branche à hauteur de 0,5 Md€ ;

- l'augmentation des pensions servies (hors revalorisation), qui est la conséquence du fait qu'en moyenne, les retraités décédés dans l'année avaient une retraite moins élevée que les personnes prenant leur retraite. Ce facteur contribue pour 0,3 points à l'augmentation des dépenses, en baisse par rapport aux prévisions faites en octobre 2012. Selon la direction de la sécurité sociale, cette révision à la baisse

44. En 2012, les personnes nées entre août 1951 et février 1952, soit 7 mois, ont atteint l'âge minimal du départ en retraite (60 ans et 4 mois puis 60 ans et 9 mois) alors qu'en 2013, les personnes ayant atteint l'âge minimal (60 ans et 9 mois) sont celles nées entre mars et décembre 1952 (10 mois). L'effectif potentiel de départ à la retraite a donc augmenté de 43 % entre 2012 et 2013. Ce même calendrier fera que l'effectif potentiel diminuera en 2014 de 10 % par rapport à celui de 2013.

45. La révision à la baisse est due à la fois à la prise en compte du taux d'inflation définitif pour 2012, plus faible que celui qui avait servi à la revalorisation des pensions en 2012, et du taux d'inflation pris en compte pour 2013, plus faible aussi que celui qui était prévu en octobre 2012.

pourrait être due à l'effet de la réforme du minimum contributif, désormais déterminé, pour les poly-pensionnés, en prenant en compte l'ensemble de leurs retraites.

Au total, la prévision révisée de solde de la branche vieillesse pour 2013 est de -3,5 Md€, améliorée de 0,5 Md€ par rapport à celle de la loi de financement, et le déficit de la branche devrait se réduire de 1,3 Md€ par rapport à 2012.

3 – Des dépenses de la branche famille conformes aux prévisions, mais un déficit aggravé

La loi de financement avait prévu pour la branche famille des dépenses d'un montant de 58,6 Md€ pour l'exercice 2013, en augmentation de +3,0 % par rapport à l'exercice précédent.

Pour le régime général, qui représente la quasi-totalité des dépenses de la branche famille, la prévision de dépenses faite par la commission des comptes au mois de juin 2013 est inchangée (58,1 Md€), malgré un niveau de dépenses plus élevé en 2012 que ce qui était prévu à l'automne 2012. Cette stabilité est rendue possible par une moindre progression des dépenses en 2013 (+2,7 %), résultant notamment d'une revalorisation des prestations familiales moins élevé que prévue (+1,2 % contre +1,8 %) en raison de la nouvelle prévision d'inflation.

Les prestations familiales, hors prestations d'accueil du jeune enfant, avaient augmenté de +3,7 % en 2012 en raison de la forte revalorisation de l'allocation de rentrée scolaire et de l'effet de la réforme des majorations pour âge intervenue en 2008, et ceci malgré la sous-indexation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales. Elles augmenteraient en 2013 de +1,9 % pour atteindre 17,8 Md€.

Les prestations d'accueil du jeune enfant (13,2 Md€) devraient augmenter de +2,0 %, mais avec des évolutions contrastées, notamment en ce qui concerne le complément de mode de garde (CMG) assistante maternelle (5,7 Md€) dont les dépenses devraient croître de +5,0 %, en raison, d'après la direction de la sécurité sociale, de l'augmentation du taux de recours à cette allocation.

Enfin, les aides au logement prises en charge par la CNAF (8,8 Md€) devraient connaître un taux d'évolution de +4,3 %, plus élevé

qu'en 2012 en raison de l'impact du chômage sur les ressources des allocataires prises en compte pour leur calcul[46].

Au total, la prévision de solde de la branche famille pour 2013 est de -3,2 Md€, dégradée de 0,6 Md€ par rapport à la prévision de la loi de financement et de 0,7 Md€ par rapport à 2012 du fait de l'érosion tendancielle de certaines de ses ressources et du ralentissement de la progression de la masse salariale.

4 – Un solde dégradé pour le fonds de solidarité vieillesse en raison de l'aggravation du chômage

Les dépenses du FSV, dont le montant total prévu par la loi de financement était de 19,3 Md€, sont constituées pour plus de la moitié des prises en charge des cotisations d'assurance vieillesse des chômeurs.

L'aggravation de la situation de l'emploi a conduit à réviser les prévisions qui avaient été associées à la loi de financement pour 2013 : d'abord pour l'année 2012, en tant que base pour la détermination des dépenses 2013 (augmentation des dépenses de 240 M€) ; ensuite en ce qui concerne l'évolution du nombre de chômeurs pris en compte pour déterminer les dépenses en 2013 (219 000 chômeurs supplémentaires en 2013 alors que la loi de financement en avait prévu 78 000). Les cotisations d'assurance vieillesse prises en charge par le fonds étant calculées en fonction de l'évolution du SMIC, la revalorisation de ce dernier au 1er janvier 2013, moins forte que celle qui avait été retenue à l'automne 2012 pour déterminer les prévisions de dépenses, compense en partie l'augmentation des dépenses due à l'aggravation du chômage. Au total, les dépenses du FSV devraient être supérieures de 0,3 Md€ à celles prévues par la loi de financement pour 2013 et de 0,7 Md€ à celles de 2012.

La prévision actualisée de solde du FSV pour 2013 s'établit à -3,0 Md€, dégradée de 0,5 Md€ par rapport à celle de la loi de financement.

*
* *

En raison de l'effet de ciseaux dû à un accroissement des recettes moindre que prévu et au maintien d'une trajectoire de dépenses

46. Avec deux effets : d'une part, la baisse de ressources proprement dites et ,d'autre part, l'abattement de 30 % sur les ressources lorsque l'allocataire est au chômage depuis plus de trois mois.

globalement inchangée, le déficit du régime général atteindrait en 2013 -17,3 Md€, soit un niveau quasi identique de celui de 2012.

La réduction du déficit du régime général, entamée en 2011 et poursuivie en 2012 sous l'effet de mesures de recettes, marquerait donc le pas en 2013, creusant d'autant la dette sociale.

III - Une dette sociale toujours plus élevée et de moins en moins financée

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu la reprise par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) :

- d'une part, avant le 31 décembre 2011, de la dette du régime général correspondant aux déficits 2009 et 2010 des branches maladie, vieillesse et famille et du FSV et des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille ;
- et d'autre part, de façon annuelle, dans la limite de 62 Md€ au total et de 10 Md€ par an, de la dette correspondant aux déficits de la branche vieillesse et du FSV pour les années 2011 à 2018. Dans ce cadre, en 2012, une dette de 6,6 Md€ a été transférée à la CADES au titre des déficits 2011 de la branche vieillesse du régime général et du FSV[47].

A – Une dette sociale sensiblement accrue à l'échéance 2013

L'endettement cumulé de l'ACOSS et de la CADES devrait passer, de 2011 à 2013, de 147,4 Md€ à 158,9 Md€.

1 – Une reprise de portage par l'ACOSS : une anomalie déresponsabilisante et risquée

Au 31 décembre 2012, l'endettement de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale atteignait 16,6 Md€, en forte hausse par rapport au 31 décembre 2011, sous l'effet des déficits 2012 des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV. Au 31 décembre 2013, il devrait

47. Ce montant correspond au déficit prévisionnel de la branche vieillesse et du FSV pour 2011 retenu par la loi de financement pour 2012 (9,7 Md€) diminué de la régularisation de l'année précédente calculée à partir des comptes définitifs de l'exercice 2010 (3,1 Md€).

atteindre 26,1 Md€, soit le montant d'endettement au 31 décembre 2012 augmenté des besoins de financement liés aux déficits du régime général et du FSV pour 2013 (17,3 Md€) et diminué du transfert de dette à la CADES, en juin 2013, au titre des déficits 2012 de la branche vieillesse du régime général et du FSV (7,7 Md€[48]).

Tableau n° 14 : évolution de l'endettement de l'ACOSS

(Md€)

	31 décembre 2009	31 décembre 2010	31 décembre 2011	31 décembre 2012	31 décembre 2013
Dettes financières	24,3	50,3	5,8	19,1	-
Disponibilités	0,2	0,7	1,2	2,6	-
Endettement financier net	**24,1**	**49,6**	**4,6**	**16,5**	**26,1**

Source : comptes annuels de l'ACOSS et Cour des comptes (2013)

L'ACOSS redevient ainsi un financeur à grande échelle des déficits sociaux. Comme la Cour l'a déjà souligné[49], ce portage est très anormal, cette mission relevant de la CADES. Il est déresponsabilisant dès lors que cet endettement n'est pas apparent et n'est pas financé par une ressource affectée. De fait, l'ACOSS est conduite à solliciter de manière croissante les marchés financiers. Si l'agence a pu se financer à bon compte en bénéficiant de taux d'intérêt à court terme historiquement bas (0,187 % contre 1,014 % en 2011), elle est exposée à un risque de liquidité et de taux dont la Cour a déjà souligné les dangers.

48. Ce montant correspond au déficit de la branche vieillesse et du FSV pour 2012 (8,9 Md€) et à la régularisation de l'excès de versement en 2012 au titre de la reprise des déficits 2011 des branches maladie et famille (-1,2 Md€).

49. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre III : le financement des déficits sociaux, La Documentation française, septembre 2011, p. 77-105, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 – Une diminution de l'endettement de la CADES en trompe-l'œil

Le transfert de déficit organisé par la loi de financement pour 2011 s'était accompagné d'affectation à la CADES de nouvelles ressources[50] afin de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale de plus de quatre années.

La CADES a ainsi disposé en 2012 de 16 Md€ de ressources, après 8,2 Md€ en 2010 et 15,5 Md€ en 2011, qui lui ont permis d'une part de rembourser 11,9 Md€ de dette et d'autre part de verser 4,1 Md€ d'intérêts à ses prêteurs.

Sa dette s'élevait à 137,5 Md€ au 31 décembre 2012 et devrait se monter au 31 décembre 2013 à 132,8 Md€, poursuivant ainsi l'amortissement de la dette dont la reprise a été organisée en dernier lieu par la loi de financement pour 2011[51]. Mais cette diminution n'a guère de signification : elle résulte en réalité de l'absence de transfert des déficits portés par l'ACOSS.

Tableau n° 15 : évolution de l'endettement de la CADES

En Md€

	2009	2010	2011	2012	2013
Reprise de dette de l'exercice	17,0	0,0	67,8	6,6	7,7
Amortissement de l'exercice	5,3	5,1	11,7	11,9	12,4
Situation nette au 31 décembre	**-91,8**	**-86,7**	**-142,8**	**-137,5**	**-132,8**

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (rapport de juin 2013)

B – La nécessité impérieuse d'organiser sans délai la reprise des déficits déjà constatés et d'enrayer le creusement de la dette sociale

Selon les prévisions faites à la fin de l'année 2012 par la loi de financement pour 2013, le montant des transferts de dette pour couvrir les

50. En dehors de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), la CADES a bénéficié de 0,48 point de CSG (retirés pour 0,2 point au FSV en 2009 et pour 0,28 point à la branche famille en 2011), de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital, auparavant affecté au fonds de réserve des retraites, et du versement annuel par ce dernier de 2,1 Md€ sur la période 2011–2024.

51. Dès lors que l'ACOSS porterait toujours à son bilan l'endettement généré par les déficits non repris du régime général et ceux du FSV.

déficits de la branche vieillesse et du FSV, constatés pour l'exercice 2011 (9,4 Md€) ou prévus par ce texte pour 2013[52]pour les exercices 2012 à 2018 (47,0 Md€), devait s'élever à 56,4 Md€, soit un montant inférieur de 5,6 Md€ au plafond fixé par la loi de financement pour 2011.

Selon les mêmes hypothèses, les déficits accumulés sur la période 2012-2018 pour les branches maladie et famille, pour lesquels aucun transfert de dette à la CADES n'a été organisé et qui restent donc supportés par l'ACOSS, se seraient élevés, en fin 2018, à 38,0 Md€.

Le programme de stabilité d'avril 2013 a révisé les hypothèses macro-économiques pour la période 2013-2017, rendant caduques les prévisions de résultat des branches du régime général pour cette même période présentées dans la loi de financement pour 2013.

En fonction de ces nouvelles hypothèses[53], la Cour a procédé à une projection des soldes et de la dette du régime général à horizon 2018, selon la méthodologie utilisée pour mettre en lumière, dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, les perspectives à moyen terme (2030) des régimes sociaux[54].

Toutes choses égales par ailleurs, les déficits cumulés de la branche vieillesse et du FSV, constatés pour les exercices 2011 et 2012 (18,3 Md€) ou prévus selon ces projections pour les exercices 2013 à 2018 (51,7 Md€), s'élèveraient à 70 Md€, montant supérieur au plafond de 62 Md€ de reprise de déficits par la CADES voté en décembre 2010. Sous réserve de l'approbation du Parlement, les mesures qui ont été annoncées par le gouvernement le 27 août 2013 dans le cadre de la réforme des retraites diminueront ce montant.

En fonction des mêmes hypothèses macro-économiques, et en intégrant, sous réserve de leur vote par le Parlement, les mesures annoncées en juin 2013 dans la cadre de la rénovation de la politique familiale, mais toutes choses égales par ailleurs, les déficits des seules

52. Les prévisions de la loi de financement ne portent que sur les exercices 2013 à 2017. Pour 2018, le déficit retenu est par convention celui prévu pour 2017 par ce texte.

53. Progression de la masse salariale de 1,3 % en 2013, de 2,4 % en 2014 et de 4,0 % à partir de 2015. Les hypothèses ont été complétées pour 2018 en retenant une progression de la masse salariale de 3,9 % et un taux d'augmentation de l'ONDAM de 2,5 %.

54. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, chapitre IV : les perspectives à long terme des régimes sociaux, La Documentation française, juin 2013, p. 137-157, disponible sur www.ccomptes.fr.

branches famille et maladie sur la période 2012-2018 s'élèveraient à près de 72 Md€.

Selon cet exercice de projection, ce seraient donc près de 72 Md€ de dette non financée qui s'ajouteraient ainsi aux déficits de la CNAVTS et du FSV dont le transfert à la CADES a déjà été organisé et pour lesquels des ressources ont été dégagées pour assurer l'amortissement des emprunts nécessaires.

Ce scénario met en lumière la nécessité impérieuse de revenir au plus vite à l'équilibre des comptes sociaux pour éviter qu'une nouvelle génération ne soit à son tour obligée de rembourser les dépenses dont ont bénéficié celles qui l'ont précédée.

La sécurisation d'une trajectoire de résorption de la dette sociale au plus tard en 2025, compatible avec le terme probable de la CADES, suppose la poursuite de réformes structurelles pour infléchir durablement l'évolution tendancielle des dépenses, en particulier de la branche maladie. La fragilité du portage de la dette par l'ACOSS rend d'une urgence impérieuse la nécessité de transférer le plus rapidement possible à la CADES les déficits qui s'accumulent depuis la reprise par celle-ci de ceux des branches maladie et famille des années 2009 à 2011. Plus tard s'opèrera cette reprise, plus lourdes seront les augmentations de la contribution au remboursement de la dette sociale qui devront inéluctablement l'accompagner.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En 2012, la trajectoire de réduction des déficits de la sécurité sociale, engagée depuis 2010 après le montant historique atteint en 2009 sous l'effet de la récession, s'est à la fois poursuivie et sensiblement ralentie, tant par rapport à l'effort réalisé entre 2010 et 2011 que par rapport aux prévisions initiales des pouvoirs publics. Dans une conjoncture économique dégradée, ce sont d'importantes mesures de recettes supplémentaires qui ont pour l'essentiel permis de continuer à diminuer les déficits. Pour autant, ils demeurent massifs, à un niveau deux fois supérieurs à ceux de la période 2006-2008.

Contrairement à ce qui était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, la baisse des déficits sociaux connaîtra en 2013 un véritable coup d'arrêt en raison de la détérioration des hypothèses macro-économiques et de son contrecoup sur les recettes de la sécurité sociale. Le déficit global du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse se stabilisera au mieux au niveau très élevé de 2012, à condition que les dépenses sociales restent dans l'épure prévue, comme cela a été globalement le cas pendant les premiers mois de l'année.

L'infléchissement du mouvement de réduction des déficits a un effet immédiat sur la dette sociale, de plus en plus massive sans que son amortissement ne soit assuré. Après le transfert des déficits 2009 à 2011 à la caisse d'amortissement de la dette sociale, l'ACOSS retrouve des découverts de trésorerie particulièrement préoccupants et porteurs de risques. Ils devraient atteindre 26 Md€ fin 2013, soit en deux ans déjà la moitié des montants qu'elle portait fin 2010 du fait essentiellement de l'impact de la crise sur les comptes 2009. Cette situation est très anormale. Déresponsabilisante et dangereuse, elle ne saurait être pérennisée.

La reprise sans délai par la CADES des déficits des années 2012 et 2013 des branches famille et maladie, accompagnée des ressources nécessaires à son amortissement, selon la règle posée par le Conseil constitutionnel, est ainsi indispensable. Tout attentisme alourdirait encore davantage le poids de son remboursement à horizon 2025, terme probable de la CADES.

La révision des hypothèses macro-économiques exige en tout état de cause des efforts prioritaires et d'ampleur suffisante pour enrayer la spirale de la dette sociale. Toutes choses égales par ailleurs, ce sont près de 72 Md€ de dettes supplémentaires qui s'accumuleraient à horizon 2018, en plus des déficits dont la reprise par la CADES est déjà organisée et financée. Un tel scénario reviendrait à reporter sur une nouvelle génération le poids du remboursement de cette nouvelle dette, mettant en cause l'équité entre les générations et sapant la légitimité de notre modèle social

La résorption des déficits et de la dette sociale est ainsi d'une urgence impérieuse et immédiate. Elle suppose de mettre en œuvre au-delà de mesures d'économies à effets rapides des réformes structurelles seules à même d'infléchir durablement l'évolution tendancielle des dépenses. Dans les chapitres qui suivent, le présent rapport, comme les précédents, illustre en ce sens l'importance des progrès possibles à tous niveaux dans leur efficience.

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. *en 2013, ramener l'évolution effective des dépenses de l'ONDAM à un taux de +2,7 %, c'est-à-dire un niveau inférieur de 500 M€ à celui fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ;*

2. *à court terme, organiser la reprise par la CADES des déficits 2012 et 2013 des branches maladie et famille du régime général et augmenter en conséquence le taux de la CRDS ;*

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

Chapitre II

Les tableaux d'équilibre et patrimonial

PRESENTATION

En application de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce 2012. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Les tableaux d'équilibre constituent des comptes de résultat combinés [55] des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2012, du régime général et des organismes concourant à leur financement (cette dernière catégorie comprenant un seul organisme, le fonds de solidarité vieillesse – FSV -). Le tableau patrimonial est quant à lui un bilan combiné dont le périmètre, par rapport à celui des tableaux d'équilibre, exclut les régimes dépourvus d'un bilan et, de fait, certains régimes mineurs et intègre en revanche les organismes concourant à l'amortissement de la dette des régimes de sécurité sociale (caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES -) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (fonds de réserve pour les retraites – FRR -).

Les avis exprimés par la Cour portent comme les années antérieures sur les projets de tableaux d'équilibre, de tableau patrimonial et d'annexes relatives à ce dernier communiqués à l'été par la direction de la sécurité sociale. Au moment où la Cour rend public son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, le projet de loi de financement pour 2014 n'a pas encore été déposé. De ce fait, les documents qui seront soumis en définitive au Parlement pourraient différer des projets transmis à la Cour et sur lesquels elle porte les avis exprimés ci-après, sur la base d'éléments qui, s'agissant des tableaux d'équilibre, sont eux-mêmes demeurés incomplets.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2012

En application du 1° du A du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, sont soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre

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

du projet de loi de financement de la sécurité sociale annuel, trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, présenté par branche, le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires, cette dernière catégorie comprenant uniquement le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

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

Une terminologie inappropriée

Bien que mentionnés par l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, les termes de « recettes », de « dépenses » et de « solde(s) ») employés dans les tableaux d'équilibre sont inappropriés au regard de la nature réelle des montants qui y sont indiqués. En effet, les flux de « recettes » et de « dépenses » ne correspondent pas à des recettes et à des dépenses entendues au sens de la comptabilité budgétaire[56], mais aux produits et aux charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés[57] (bien que minorés par des retraitements qui s'écartent des règles comptables, voir C – 1 – c) *infra*). De même, le terme de « solde » correspond à un résultat en comptabilité générale, et non, comme il le laisse à penser, à un solde de trésorerie. La Cour recommande par conséquent de modifier les termes employés, ou à tout le moins de préciser dans les documents transmis au Parlement la définition des « recettes », des « dépenses » et des « solde(s) », afin d'écarter le risque d'erreurs d'interprétation sur la nature des montants soumis à son approbation.

A – Les tableaux d'équilibre au titre de l'exercice 2012

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui sera soumis à l'approbation du Parlement.

Au moment de la publication du présent rapport, la Cour n'a pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du projet

56 . La comptabilité budgétaire publique retrace des encaissements et des décaissements.

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

d'annexe au PLFSS 2014, en cours d'élaboration, qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre[58]. Les appréciations portées sont donc exprimées sous réserve des informations supplémentaires que pourrait contenir cette annexe à la suite des observations exprimées par la Cour dans le cadre du présent avis.

Au titre de l'exercice 2012, les projets de tableaux d'équilibre transmis à la Cour font apparaître un déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en recul par rapport à 2011 : -15,0 Md€ pour l'ensemble des régimes (contre -19,1 Md€ en 2011), dont -13,3 Md€ pour le seul régime général (contre -17,4 Md€ en 2011). Cependant, la réduction du déficit des régimes a été pour partie compensée par l'augmentation de celui du FSV, qui s'est établi à -4,1 Md€ en 2012 (-3,4 Md€ en 2011). Au total, les déficits des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV se sont élevés à 19,1 Md€ en 2012, soit l'équivalent de 0,9 % du PIB.

Tableau n° 16 : ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	178,8	184,7	-5,9
Vieillesse	203,5	209,4	-5,9
Famille	54,2	56,7	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,7	-0,6
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	**436,9**	**451,9**	**-15,0**

Source : direction de la sécurité sociale

La liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2012 mentionne 37 régimes obligatoires de base de sécurité sociale dont principalement le régime général, 16 régimes d'assurance vieillesse, 3 régimes d'assurance maladie (toutes prestations ou bien invalidité seulement), 7 régimes de rentes d'accidents du travail – maladies professionnelles et 5 régimes mixtes d'assurance maladie et vieillesse et accidents du travail – maladies professionnelles[59].

58. Annexe 4 relative aux recettes et dépenses des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche pour les années 2012, 2013 et 2014.

59. La liste des régimes (hors régime général) intégrés au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base, présentés par risque, figure en annexe.

Tableau n° 17 : régime général

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	154,9	160,7	-5,8
Vieillesse	105,4	110,2	-4,8
Famille	53,7	56,2	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,7	-0,2
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	**314,0**	**327,3**	**-13,3**

Source : direction de la sécurité sociale

Tableau n° 18 : organismes concourant au financement des régimes de base

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,7	18,8	-4,1

Source : direction de la sécurité sociale

B – Avis de la Cour

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

À ce titre, la Cour apprécie la cohérence d'ensemble de la présentation des résultats des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse donnée par les tableaux d'équilibre. Cette appréciation porte sur les modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre (centralisation, contrôle et combinaison des comptes des régimes et organismes, pertinence des règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre au regard des principes comptables applicables à la sécurité sociale et permanence de ces règles) et de manière générale, sur la qualité de l'information procurée au Parlement.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des conclusions des missions de certification effectuées par des auditeurs indépendants (en l'espèce, positions de la Cour sur les états financiers des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale et opinions des commissaires aux comptes sur ceux des autres régimes et du fonds de solidarité vieillesse).

*
* *

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre au 31 décembre 2012, établis par la direction de la sécurité sociale, qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

À l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre de l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 fournissent une image cohérente du résultat (« solde ») et des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses ») qui en sont à l'origine, sous réserve des cinq observations suivantes :

1. Les tableaux d'équilibre procurent une information partielle sur la formation des résultats de l'exercice 2012 sous l'effet d'une présentation distincte du résultat du fonds de solidarité vieillesse de ceux des régimes obligatoires de base d'une part et du régime général d'autre part (voir C – 1 – a) *infra*).

2. L'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale n'apporte pas un éclairage suffisant sur la nature et l'évolution des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses »), ce qui affecte la correcte information du Parlement sur la détermination des résultats (« solde ») et ne permet pas de garantir la comparabilité des produits et des charges avec ceux de l'exercice précédent (voir C – 1 – b) *infra*).

3. Les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges contraires au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (contrariété au principe général de non compensation des produits et des charges - voir C – 1 – c) *infra*).

4. L'examen d'une part prépondérante des retraitements effectués par la direction de la sécurité sociale pour établir les tableaux d'équilibre à partir des données comptables des régimes et du fonds de solidarité vieillesse n'a pas conduit la Cour à identifier d'autre anomalie que celle précédemment évoquée (voir 3. *supra*). Cependant, le manque de formalisation de l'objet et de l'enchaînement des fichiers utilisés pour ces retraitements ne lui a pas permis de réduire, dans le cadre de ses travaux, à un niveau non significatif le risque d'autres anomalies (voir C – 2 *infra*).

5. Compte tenu des désaccords comptables constatés par la Cour dans le cadre de son rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012, le résultat comptable (« solde ») effectif du régime général s'élève à -13,5 Md€ (au lieu de -13,3 Md€) et celui du fonds de solidarité vieillesse à -4,2 Md€ (au lieu de -4,1 Md€). De manière générale, les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (voir C – 3 *infra*).

C – Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 – Une information en grande partie inadaptée

a) Le manque de lisibilité de la formation du résultat des régimes obligatoire de base et du régime général

Dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement est invité à approuver des tableaux d'équilibre distincts au titre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement des organismes de sécurité sociale.

Pourtant, ce dernier tableau d'équilibre se résume à celui du fonds de solidarité vieillesse (FSV), organisme dont l'essentiel des ressources (9/10èmes) bénéficie à la branche vieillesse du régime général.

L'isolement du FSV dans un tableau d'équilibre distinct nuit à l'intelligibilité des résultats du régime général et des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En particulier, l'absence de rattachement du FSV au tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale, à proportion des prises en charge de cotisations et de prestations dont le FSV le fait bénéficier en application des dispositions législatives et réglementaires, conduit à minorer l'appréciation du niveau du déficit du régime général (à hauteur de 3,9 Md€ pour l'année 2012) par rapport à la réalité des ressources dont la branche vieillesse du régime général a réellement disposé au titre de cette même année[60].

60. Cour des comptes *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012*, La Documentation française, juin 2013, p. 103-104, disponible sur www.ccomptes.fr

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

- de supprimer le tableau d'équilibre relatif à la catégorie des « organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale » ;
- d'intégrer une rubrique « FSV » distincte, d'une part dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, d'autre part dans celui du régime général de sécurité sociale.

b) Un défaut d'éclairage sur la consistance et l'évolution des produits et des charges

Le Parlement est invité à approuver les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de sécurité sociale, du régime général et du FSV sans disposer d'une information appropriée, dans le cadre des documents qui lui sont transmis, sur la nature et l'évolution des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses ») à l'origine des résultats (« soldes »).

Les tableaux d'équilibre mentionnent uniquement un montant total de produits (« recettes »), un montant total de charges (« dépenses ») (charges) et le résultat (« solde ») au titre de la seule année concernée, sans commentaire qui permettrait d'appréhender la nature et l'évolution des produits et des charges par rapport à l'exercice précédent.

L'annexe B[61] du projet de loi de financement atténue cette limite d'information en présentant dans un même tableau, sur des périmètres identiques à ceux des tableaux d'équilibre, les montants des produits, des charges et des résultats des trois années précédentes (qui incluent celle relative au dernier exercice clos, objet du présent avis), de l'année du projet de loi de financement et des quatre années suivantes. Toutefois, l'évolution des montants d'une année à l'autre n'est pas caractérisée en montant ou en pourcentage de variation par rapport à l'exercice précédent. Elle n'est pas non plus assortie de commentaires qui permettraient d'appréhender la nature des évolutions intervenues par rapport à l'année précédente.

61. Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche 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.

L'annexe 4 au projet de loi de financement[62] décompose le montant total des produits (« recettes ») des tableaux d'équilibre par grandes catégories au titre de l'année de la nouvelle loi de financement, l'année en cours et l'année précédente (correspondant à celle des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos, objet du présent avis). À la suite d'une demande de la Cour, cette annexe décompose également, depuis la loi de financement pour 2012, les charges (« dépenses ») des régimes de base, du régime général et du FSV. Toutefois, le niveau de détail de l'information procurée sur les « dépenses » est insuffisant[63]. Qu'il s'agisse des produits ou des charges, l'annexe 4 ne comprend aucun commentaire sur les principales évolutions par rapport à l'année précédente ni, *a fortiori*, sur les facteurs qui en sont à l'origine.

La Cour réitère sa recommandation d'améliorer l'information du Parlement sur la nature et l'évolution par rapport à l'exercice précédent des produits et des charges indiqués pour leur montant global dans les tableaux d'équilibre en procurant sur ce point, dans le cadre de l'annexe 4, une information d'une précision et d'une qualité homogènes à celle contenue dans l'annexe 9 relative au tableau patrimonial.

c) Les contractions injustifiées de produits et de charges

Le Parlement est invité à approuver des tableaux d'équilibre dont les montants de produits (« recettes ») et de charges (« dépenses ») s'écartent, dans une mesure très significative, de ceux retracés dans les comptes des régimes obligatoires de sécurité sociale et du FSV qui constituent la source des tableaux d'équilibre.

Pour l'élaboration des tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les écritures symétriques de produits et de charges liées à des transferts au sein des branches du régime général[64], entre les branches du régime

62. Recettes des régimes par catégorie et par branche.

63. En particulier, les prestations légales qui représentent l'essentiel des charges (« dépenses ») des régimes sont présentées de manière globale.

64. À titre principal, contraction des transferts reçus de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et des transferts des branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) à la CNSA (soit 16,4 Md€ au total pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 14,1 Md€ pour le régime général) afin de faire apparaître la contribution véritable de la CNSA au financement des dépenses de l'ONDAM médico-social (soit 0,9 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 0,8 Md€ pour le régime général).

et entre l'ensemble des régimes obligatoires[65] sont - à juste titre - neutralisées. Dans les tableaux d'équilibre pour 2012, ces neutralisations ont un caractère désormais exhaustif : à la suite de la communication par l'ACOSS d'une ventilation par attributaire des produits des régimes correspondant à des prises en charge de cotisations et de contributions sociales par la branche famille au titre du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (CMG-PAJE), les produits de ces régimes et les charges correspondantes de la branche famille sont désormais éliminés[66].

Au-delà, l'établissement des tableaux d'équilibre donne lieu à des contractions injustifiées de produits et de charges[67] qui conduisent à y intégrer :

- en réduction des produits : les pertes sur créances de cotisations irrécouvrables ;
- selon le cas, en réduction ou en majoration des produits : l'augmentation / la diminution des dépréciations de créances sur les cotisants et des provisions pour risques et charges relatives aux prélèvements sociaux ;
- selon le cas, en majoration ou en réduction des charges : l'augmentation / la diminution des provisions pour rappels de prestations sociales et des dépréciations de créances sur les prestations.

Selon la direction de la sécurité sociale, ces contractions, qui n'ont pas d'incidence sur le(s) « solde(s) » des régimes de sécurité sociale et du FSV, permettraient de procurer une vision économique de leur équilibre annuel, grâce à la correction des produits et des charges de montants qui

65. Au titre principalement de la compensation démographique généralisée entre les régimes d'assurance vieillesse, de compensations bilatérales des branches maladie et AT-MP du régime général à certains régimes, de la prise en charge des déficits de certains régimes par les branches maladie et vieillesse du régime général et de l'adossement au régime général du financement du régime spécial d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières (17,1 Md€ au total).

66. Pour 2012, cette élimination porte sur un montant de 2,2 Md€.

67. De manière spécifique, une contraction injustifiée résulte de l'information même communiquée par l'un des régimes : le montant des charges relatives aux œuvres du régime des mines correspond à un solde des produits et des charges afférents à cette activité, ce qui conduit à minorer les montants totaux de produits et de charges de l'ensemble des régimes obligatoires (à hauteur de 0,4 Md€ en 2012).

« conduisent à augmenter les montants des produits et des charges sans lien avec l'activité des organismes »[68].

Comme la Cour l'a régulièrement souligné, la présentation de produits nets et de charges nettes (des charges et des produits qui leur sont respectivement imputés) éloigne les tableaux d'équilibre du cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (contrariété au principe comptable général de non compensation des produits et des charges).

À ce titre, elle minore substantiellement les montants de « recettes » (produits) et de « dépenses » (charges) par rapport à ceux retracés dans les comptes annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV, qui constituent la source de l'information procurée par les tableaux d'équilibre (à hauteur de 20,8 Md€ pour l'ensemble des régimes, de 17,1 Md€ pour le seul régime général et de 0,1 Md€ pour le FSV). De ce fait, la lecture de la formation des résultats présentés dans les tableaux d'équilibre s'en trouve altérée : seul le résultat (« solde ») correspond à celui retracé dans les comptes annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV, tandis que les produits (« recettes ») et charges (« dépenses ») n'ont, de fait, plus de signification comptable.

Les contractions de produits et de charges conduisent par ailleurs à voiler l'incidence des dysfonctionnements qui affectent les comptes des travailleurs indépendants sur les produits et les charges des attributaires de l'activité de recouvrement (les produits relatifs à des taxations d'office sont contractés avec les charges relatives aux dépréciations de créances destinées à tenir compte de leurs perspectives réduites de recouvrement ou de régularisation). Elles ont pour autre effet indésirable de faire apparaître une accélération de l'augmentation des charges de prestations de l'assurance maladie entre 2010 et 2012, alors que le rythme d'augmentation des charges (brutes) s'est au contraire ralenti.

Dès lors, la Cour réitère sa recommandation d'abandonner ces retraitements injustifiés et de prendre en compte l'ensemble des produits et des charges, présentés de manière distincte, sans contractions autres que celles justifiées par l'élimination des transferts internes (aux branches

68. Selon l'annexe 4 au PLFSS 2013, « une provision sur créance (ou l'abandon de cette créance) n'est pas une charge pour le régime, mais vise en réalité à éviter que le résultat comptable ne soit majoré d'un produit qui ne sera jamais recouvré. De même, les reprises sur provisions pour prestations et autres charges techniques ne constituent pas, économiquement, un produit pour le régime ; il s'agit d'écritures qui visent à compenser une charge qui se rattache à l'exercice précédent et qui n'a donc pas à peser sur le résultat de l'exercice (…) ».

du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires, entre les branches du régime général et entre l'ensemble des régimes).

De surcroît, l'information procurée au Parlement sur la nature et la portée des contractions de produits et de charges qui s'écartent des principes comptables généraux demeure partielle. Ainsi, l'annexe 4 au PLFSS 2013 mentionnait la finalité et la nature des contractions des produits et des charges. Cependant, l'information chiffrée sur les montants bruts et nets portait uniquement sur les cotisations et contributions sociales, à l'exclusion des prestations. Dans le contexte plus général d'un défaut d'éclairage sur la nature et l'évolution des produits et des charges (voir b) *supra*), la variation des produits et des charges avant et suite aux contractions n'était pas commentée.

2 – Une traçabilité perfectible des modifications apportées aux comptes des régimes

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

La direction de la sécurité sociale vérifie la conformité des TCDC aux comptes de résultat des régimes, des branches du régime général et des autres régimes et du FSV, en formalisant les résultats de ces travaux de rapprochement. La Cour procède à des vérifications de même nature pour les branches du régime général, le FSV et les régimes obligatoires de base les plus significatifs.

Par la suite, la direction de la sécurité sociale effectue des retraitements, sous tableur, sur les données figurant dans les TCDC (regroupements de comptes dans un premier temps, puis réaffectations de comptes dans un second temps[69]) en vue d'élaborer les tableaux d'équilibre en assurant une ventilation homogène, pour chaque branche et pour le FSV, des produits et des charges.

69. Neutralisation des transferts intra-branches, interbranches et inter-régimes et contractions de produits et de charges (voir 1 - c) *supra*).

La Cour a recueilli la plupart des fichiers sous-jacents à la détermination du tableau d'équilibre du régime général[70]. A partir de ces éléments d'information, elle a pu appréhender la nature des retraitements effectués, en apprécier le bien-fondé et valider les principaux montants issus des retraitements (notamment la correcte ventilation des admissions en non-valeur et des dépréciations de créances entre les cotisations sociales et la CSG[71]).

En dehors des contractions de produits et de charges précédemment évoquées (voir 3. *supra*), la Cour n'a pas identifié d'anomalie lors de l'examen des retraitements précités. Cependant, le manque de formalisation de l'objet et de l'enchaînement des fichiers utilisés par la direction de la sécurité sociale pour effectuer ces retraitements ne lui a pas permis de réduire, lors de cet examen, à un niveau non significatif le risque d'autres anomalies.

3 – Les opinions de la Cour et des commissaires aux comptes sur la qualité des comptes

a) Les opinions exprimées sur les comptes 2012

À l'exception de onze régimes de petite taille[72], les comptes pour l'exercice 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2012 ainsi que ceux du FSV font l'objet, selon le cas, d'une certification par la Cour des comptes (branches du régime général et État) ou bien d'une certification ou d'un examen limité[73] par un ou plusieurs commissaires aux comptes (autres régimes de sécurité sociale et FSV).

---

70 . Pour 2012, le montant total des retraitements internes au régime général représente 44,4 Md€, soit 66,4 % du montant total des retraitements effectués pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. S'agissant des autres retraitements, dont les principaux objets sont décrits à la note 66. *supra*, leurs montants ont été validés par la Cour directement avec les comptes des régimes concernés,

71 . Cette ventilation est rendue nécessaire par les contractions de produits et de charges comptables (voir 1 - c) *supra*).

72. 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).

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

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

Tableau n° 19 : la certification des états financiers 2012 des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV[74]

	Branches/organismes nationaux du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes
Certification sans réserves		15 régimes + FSV	11,8 %
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'État)		Régime des pensions des agents de l'État	9,6 %
Certification avec réserve(s)	4 (maladie/CNAMTS, vieillesse/CNAVTS, famille/CNAF et activité de recouvrement/ ACOSS)	3 (établissement national des invalides de la Marine, régime agricole et caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales)	72,0 %
Refus de certifier		2 (régime social des indépendants et régime des mines)	4,3 %
Impossibilité de certifier	1 (AT-MP)		2,2 %
Régimes non significatifs / autres cas	1[75]	11	0,1 %

Source : Cour des comptes

Les vérifications effectuées par la Cour dans le cadre de la certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012 l'ont conduite à constater que le déficit global du régime général et du FSV, arrêté à 17,45 Md€, est sous-estimé à hauteur de 0,3 Md€, compte tenu de désaccords chiffrés avec les producteurs des comptes sur certaines estimations comptables (sous-évaluation des provisions pour remboursement de soins délivrés dans un pays étranger dans les comptes de la branche maladie et surévaluation des produits à

74. Par rapport aux 37 régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2012, figurent ici 34 régimes (regroupement en un seul régime – le régime agricole - des régimes des salariés et des non-salariés agricoles et également en un seul régime – le régime social des indépendants - des régimes maladie des indépendants, du régime vieillesse des artisans et du régime vieillesse des commerçants).

75 . Les comptes du régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires sont intégrés à ceux de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). De ce fait, ils sont audités par la Cour.

recevoir au titre du forfait social dans ceux des branches maladie et vieillesse et du FSV)[76].

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 vieillesse, compte tenu notamment des faiblesses du contrôle interne et, outre les désaccords précédents, de désaccords relatifs aux méthodes d'estimation comptable appliquées par l'ACOSS (dépréciations de créances sur les cotisants et produits à recevoir).

Compte tenu notamment de l'importante réduction de l'incidence financière estimée des anomalies et des erreurs affectant les prestations légales, la Cour a certifié avec des réserves les comptes de la branche famille, alors qu'elle avait refusé de certifier ceux de l'exercice 2011. En revanche, elle s'est déclarée dans l'impossibilité de certifier les comptes de la branche AT-MP. Pour la première fois, la CNAMTS a comptabilisé des provisions pour risques et charges au titre de l'incidence sur les produits de cotisations du dénouement dans un sens défavorable à la branche d'une partie des contentieux relatifs à l'application de la législation AT-MP qui sont pendants à la clôture de l'exercice (l'absence de comptabilisation de provisions avait constitué le principal facteur du refus de certification des comptes 2011). Toutefois, le manque de fiabilité des données relatives aux contentieux emporte des conséquences potentiellement significatives et généralisées sur les états financiers de la branche AT-MP pour l'exercice 2012 pris dans leur ensemble (notamment le niveau, voire le sens du résultat).

Pour l'ensemble des régimes concernés, les opinions des commissaires aux comptes sur les comptes de l'exercice 2012 ont, quant à elles, un sens général et, dans la plupart des cas, une motivation identique à celles sur les comptes de l'exercice précédent :

- les régimes certifiés sans réserve représentent 41,8 % 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'État. Il s'agit notamment de régimes gérés par la caisse des dépôts et consignations (notamment caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales), issus d'entreprises publiques soumises de longue date à une obligation de certification (caisse nationale des industries électriques et gazières, caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF et caisse de retraite du personnel de la RATP) ou relatifs à des

76. Cour des comptes : *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012*, La Documentation française, juin 2013, p. 11-12, disponible sur www.ccomptes.fr.

professions juridiques (caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et caisse nationale des barreaux français) ;

- les régimes certifiés avec des réserves représentent 34,5 % de l'agrégat précité. Les commissaires aux comptes du régime agricole ont reconduit une réserve pour limitation de portée générale sur les flux de produits et de charges issus d'une notification par un tiers, au motif des réserves exprimées par la Cour sur les comptes de l'État, de l'activité de recouvrement et de la branche maladie du régime général de sécurité sociale et du refus de certification des commissaires aux comptes du régime social des indépendants (voir *infra*). La réserve pour limitation sur les comptes de l'établissement national des invalides de la marine vise à nouveau les prestations en nature maladie (faiblesses persistantes du contrôle interne, vérifications insuffisantes de l'agence comptable et incidences de la réserve exprimée par la Cour sur le contrôle des prestations en nature comptabilisées par la branche maladie du régime général). Celle sur les comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales est une nouvelle fois motivée par la justification encore insuffisante des flux et des estimations comptables de cotisations et de compensations d'exonérations relatives aux auto-entrepreneurs notifiés par l'ACOSS ;

- deux régimes organisés en réseaux de caisses locales et représentant 23,7 % de l'agrégat précité ont à nouveau fait l'objet d'un refus de certification. S'agissant du régime social des indépendants, la poursuite de chantiers de grande ampleur n'a pas permis de lever le refus de certification en raison du maintien d'incertitudes majeures sur l'exhaustivité et l'exactitude des cotisations sociales et d'un traitement comptable inapproprié de ces dernières au regard du principe d'indépendance des exercices[77], de la permanence des insuffisances du contrôle interne des organismes conventionnés (qui assurent des tâches de gestion pour le compte des caisses du RSI) et des incidences de la réserve exprimée par la Cour sur le contrôle interne des prestations en nature comptabilisées par la branche maladie du régime général. Pour le régime des mines, la reconduction d'un refus de certification traduit la persistance

77. Les appréciations des commissaires aux comptes du RSI rejoignent la réserve de portée générale exprimée par la Cour sur le contrôle interne des prélèvements sociaux dus par les travailleurs indépendants et celle relative à l'enregistrement comptable de ces mêmes prélèvements en fonction d'un critère non conforme au principe de la tenue des comptes des organismes de sécurité sociale en droits constatés. Voir *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2012*, La Documentation française, juin 2012, p. 155-161, disponible sur www.ccomptes.fr.

d'insuffisances du contrôle interne relatif aux gestions techniques, du caractère insuffisamment probant de la maîtrise des risques liés aux activités des œuvres et des établissements et de désaccords sur les comptes (absence de dépréciation de certaines créances notamment).

b) Une trajectoire de progrès encore à confirmer

Le tableau ci-après synthétise l'évolution des opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes au titre des trois derniers exercices clos :

Tableau n° 20 : évolution des opinions exprimées depuis les états financiers 2010

	2010	2011	2012
Certification sans réserves	13 régimes + FSV	13 régimes + FSV	15 régimes + FSV
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'État)	Régime des pensions des agents de l'État	Régime des pensions des agents de l'État	Régime des pensions des agents de l'État
Certification avec réserves	3 branches du régime général et 3 régimes	3 branches du régime général et 3 régimes	4 branches du régime général et 3 régimes
Refus de certifier	1 branche du régime général et 3 régimes	2 branches du régime général et 2 régimes	2 régimes
Impossibilité de certifier	-	-	1 branche du régime général (AT-MP)
Régimes non significatifs / autres cas	14	14	12

Source : Cour des comptes

Jusqu'en 2011, les comptes de 24 régimes et branches du régime général faisaient l'objet d'une certification par un auditeur externe. En 2012, les comptes de deux régimes mineurs gérés par la caisse des dépôts et consignations ont également été soumis à un examen, en l'espèce limité, par un commissaire aux comptes, ce qui porte à 26 le nombre de régimes et de branches du régime général dont les comptes sont examinés par un auditeur externe.

À périmètre constant, les comptes de 13 régimes sont certifiés sans réserve depuis l'exercice 2010.

Pour les autres régimes, qui concentrent les enjeux financiers les plus significatifs, si les exercices 2010 et 2011 ont vu la mise en œuvre d'évolutions destinées à renforcer le contrôle interne et à améliorer la justification des comptes, c'est l'exercice 2012 qui a marqué l'avancée la plus sensible, compte tenu de l'évolution des positions de la Cour sur les comptes de la branche famille (passage d'un refus de certifier à une certification avec réserves) et de la branche AT-MP (passage d'un refus de certifier à une impossibilité de certifier, à la suite de la disparition du désaccord majeur sur les comptes lié à l'absence de provisionnement des incidences des contentieux pendants à la clôture de l'exercice).

Toutefois, la réduction de l'intensité des dysfonctionnements qui affectent les comptes cotisants des travailleurs indépendants n'a pas encore permis aux commissaires aux comptes du RSI de lever leur refus de certification, ni à la Cour de lever sa réserve de portée générale sur les comptes de l'activité de recouvrement au titre de ce même sujet. Les progrès du régime des mines apparaissent limités. Malgré l'évolution de la position de la Cour, le contrôle interne des prestations légales de la branche famille conserve des insuffisances marquées. Une partie des réserves exprimées par la Cour sur les comptes des branches du régime général ont vu leur intensité s'accroître (augmentation des erreurs de liquidation des pensions de retraite, accentuation des incertitudes relatives au niveau véritable des erreurs de liquidation des prestations en nature maladie et désaccords sur les estimations comptables effectuées par l'ACOSS et par la CNAMTS notamment) ou leur périmètre s'étendre (incertitudes relatives à la répartition entre les régimes d'assurance maladie des règlements de prestations en nature aux établissements hospitaliers au titre de la tarification à l'activité).

Dans le cadre d'un suivi précis par leurs autorités de tutelle, les régimes de sécurité sociale doivent donc approfondir la trajectoire de progrès ouverte par la certification de leurs états financiers par un auditeur indépendant depuis la seconde moitié des années 2000, en concentrant leurs efforts sur le renforcement des dispositifs de contrôle interne et la fiabilisation des enregistrements comptables issus d'une estimation.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2012

En application du 3° du A du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale annuel, un rapport figurant à l'annexe A à ce même projet[78]. En vertu du II de l'article LO. 111-4 du même code, ce rapport comprend un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement (fonds de solidarité vieillesse – FSV -), à l'amortissement de leur dette (caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES -) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (fonds de réserve pour les retraites – FRR -).

Etabli par la direction de la sécurité sociale, le tableau patrimonial consolide ainsi l'ensemble des actifs et des passifs des régimes ainsi que ceux du FSV, de la CADES et du FRR, déduction faite de leurs actifs et de leurs passifs réciproques. Les règles retenues pour son élaboration et la consistance de ses rubriques sont détaillées à l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, où sont par ailleurs justifiés les besoins de financement des régimes et organismes habilités à recourir à l'emprunt.

Par nature ou de fait, le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale. En effet, il comprend uniquement l'activité de recouvrement et les quatre branches du régime général (maladie, AT-MP, famille et vieillesse) et seize autres régimes. D'une part, cinq régimes n'ont pas de bilan[79]. D'autre part, en accord avec la Cour, en sont écartés les régimes, au nombre de treize, dont le bilan est inférieur à 200 M€ et qui ne sont par ailleurs pas

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

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

autorisés à recouvrir à l'emprunt par la loi de financement[80]. De fait, le montant agrégé de leurs bilans est négligeable (inférieur à 0,1 Md€ au 31 décembre 2012).

A – Le tableau patrimonial au 31 décembre 2012

Le tableau patrimonial présenté ci-dessous [81] figurera dans l'annexe A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui sera soumise à l'approbation du Parlement.

80. Service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV), fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA), rentes d'accident du travail des ouvriers civils des établissements militaires (RATOCEM), fonds commun des accidents du travail (FCAT), régime de retraite des chemins de fer secondaires, régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, régime de retraite de l'Opéra de Paris, régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels, régime de retraite de la comédie française, rentes d'accident du travail de la mairie de Paris, régime d'assurance maladie du port autonome de Bordeaux, rentes d'accidents du travail de l'Assistance publique de Paris et rentes d'accidents du travail du département de Paris.

81. Sous une forme simplifiée s'agissant des rubriques relatives aux immobilisations et aux provisions pour risques et charges (absence de détail par groupes d'entités).

Tableau n° 21 : tableau patrimonial au 31 décembre 2012

ACTIF (en Md€)	31/12/12	31/12/11	Var.	PASSIF (en Md€)	31/12/12	31/12/11	Var.
IMMOBILISATIONS	**6,8**	**6,8**	**-**	**CAPITAUX PROPRES**	**-107,2**	**-100,6**	**-6,7**
Immobilisations Non financières	**4,1**	**4,0**	**0,1**	**Dotations**	**32,8**	**32,9**	**-0,1**
				Régime général	0,5	0,5	-
				Autres régimes	4,0	3,8	0,2
				CADES	0,2	0,2	-
Prêts, dépôts de garantie et autres	**1,8**	**1,9**	**-0,1**	FRR	28,1	28,3	-0,3
				Réserves	**9,1**	**11,3**	**-2,2**
				Régime général	2,5	2,6	-0,1
				Autres régimes	5,7	6,3	-0,6
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	**0,9**	**0,9**	**-**	FRR	0,9	2,4	-1,5
				Report à nouveau	**-145,8**	**-134,6**	**-11,2**
				Régime général	4,1	4,9	-0,8
				Autres régimes	-1,5	-0,1	-1,5
				FSV	-	-	-
				CADES	-148,3	-139,4	-8,9
				Résultat de l'exercice	**-5,9**	**-10,7**	**4,9**
				Régime général	-13,3	-17,4	4,1
				Autres régimes	-1,7	-1,9	0,2
				FSV	-4,1	-3,5	-0,7
				CADES	11,9	11,7	0,3
				FRR	1,3	0,3	1,0
				Autres	**2,5**	**0,6**	**1,9**
				FRR	2,4	0,5	1,9
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	**19,9**	**17,9**	**2,0**
ACTIF FINANCIER	**57,7**	**58,9**	**-1,1**	**PASSIF FINANCIER**	**173,9**	**170,1**	**3,9**
Valeurs mobilières et titres de placement	**46,8**	**45,1**	**1,7**	**Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)**	**162,3**	**162,6**	**-0,3**
Autres régimes	7,3	6,9	0,4	Régime général	16,9	5,6	11,2
CADES	5,6	5,3	0,3	CADES	145,4	156,9	-11,5
FRR	33,8	32,9	0,9	**Dettes à l'égard d'établissements de crédit**	**7,4**	**3,7**	**3,6**
Encours bancaire	**10,4**	**13,7**	**-3,3**	Régime général (hors ACOSS)	4,0	1,4	2,7
Régime général	2,6	1,3	1,3	Autres régimes	2,3	1,3	1,0
Autres régimes + FSV	2,3	1,6	0,7	CADES	1,0	1,0	-
CADES	3,0	8,4	-5,4	**Dépôts**	**2,2**	**0,2**	**2,0**
FRR	2,4	2,3	0,1	Régime général	2,2	0,2	2,0
Créances nettes au titre des instr. fin.	**0,6**	**0,1**	**0,5**	**Dettes nettes au titre des instruments financiers**	**-**	**0,1**	**-0,1**
CADES	0,2	0,1	0,1	FRR	-	0,1	-0,1
FRR	0,3	-	0,3	**Autres**	**2,1**	**3,5**	**-1,4**
				Régime général	-	-	-
				Autres régimes	0,1	0,1	-
				CADES	2,0	3,4	-1,4
ACTIF CIRCULANT	**64,0**	**65,4**	**-1,3**	**PASSIF CIRCULANT**	**42,0**	**43,7**	**-1,7**
Créances sur prestations	**7,4**	**7,3**	**0,1**	**Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires**	**19,8**	**22,3**	**-2,5**
Créances de cotisations, de contributions sociales et d'impôts	**9,4**	**7,9**	**1,5**	**Dettes et CAP à l'égard des cotisants**	**1,3**	**1,2**	**0,1**
Produits à recevoir de cotisations (PAR), de contributions sociales et d'impôts	**35,4**	**35,5**	**-0,1**				
Créances sur l'État et autres entités publiques	**8,4**	**8,9**	**-0,5**	**Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques**	**8,5**	**9,7**	**-1,2**
Produits à recevoir de l'État	**0,6**	**0,4**	**0,2**				
Autres actifs	**2,9**	**5,5**	**-2,6**	**Autres passifs, dont soulte IEG**	**12,4**	**10,5**	**1,9**
TOTAL DE L'ACTIF	**128,5**	**131,0**	**-2,5**	**TOTAL DU PASSIF**	**128,5**	**131,0**	**-2,5**

Source : direction de la sécurité sociale

L'intégration du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) dans les comptes combinés de la branche AT-MP pour l'exercice 2012 a une incidence mineure sur le total du bilan (14 M€ au total) et ne justifie donc pas l'établissement de comptes pro-forma au titre de l'exercice 2011.

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2012 fait apparaître la poursuite de la dégradation des capitaux propres, mais à un rythme réduit de plus de moitié par rapport à 2011 (-6,7 Md€ contre -13,4 Md€) :

- le déficit global du régime général, des autres régimes et du FSV s'est contracté (de 22,7 Md€ à 19,1 Md€, soit une réduction de 3,6 Md€), tandis que le résultat excédentaire de la CADES, consacré au remboursement de la dette sociale, a légèrement augmenté (de 11,7 Md€ à 11,9 Md€) et que le FRR a dégagé un excédent significatif (1,3 Md€ contre 0,3 Md€ à fin 2011) ;
- le report à nouveau apporte en revanche une contribution négative (de 11,2 Md€) à la variation des capitaux propres, sous l'effet des reprises de déficits par la CADES (8,9 Md€, après 47,4 Md€ en 2011), de l'augmentation du report à nouveau négatif des autres régimes (1,5 Md€, compte tenu des déficits 2011 de la branche vieillesse du régime agricole, de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et du régime des mines) et de la diminution du report à nouveau du régime général (à hauteur de 0,8 Md€), malgré la compensation totale (branches maladie et famille et FSV) ou quasi-totale (branche vieillesse) des déficits 2011 par les reprises de la CADES. La réduction du report à nouveau du régime général reflète l'enregistrement d'une correction d'erreur au 1er janvier 2012 (absence de comptabilisation à fin 2011 de 0,6 Md€ de provisions pour risques et charges au titre des incidences sur les produits de cotisations de la branche AT-MP des contentieux pendants à cette même date) ;
- l'écart d'estimation des actifs financiers détenus par le FRR par rapport à leur valeur de marché a augmenté (« Autres » : 2,4 Md€, contre 0,5 Md€ à fin 2011).

En dehors d'une évolution de la ventilation des passifs par rapport à l'exercice précédent[82], l'augmentation du passif financier (+3,9 Md€ en brut et +5 Md€ en net, après déduction de l'actif financier) reflète des évolutions de sens opposé :

- la réduction de l'endettement brut de la CADES (148,4 Md€, contre 161,3 Md€ à fin 2011) traduit le remboursement d'une partie de la dette sociale et une réduction du préfinancement en fin d'année de remboursements ultérieurs ;
- l'augmentation de l'endettement brut du régime général porté par l'ACOSS (23,1 Md€, contre 7,3 Md€ à fin 2011) découle de l'absence de mise en place, à fin 2012, d'un financement de la reprise par la CADES des déficits 2012 de la branche vieillesse et du FSV[83] et de l'absence de décision, à ce jour, de reprise des déficits 2012 des branches maladie et famille.

Par analogie avec la présentation des comptes de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-107,2 Md€) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

L'absence de ventilation des postes de l'actif circulant et du passif circulant par catégorie d'entité (voir C – 1 - *infra*) ne permet pas d'en commenter l'évolution.

B – Avis de la Cour

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

À ce titre, la Cour apprécie la cohérence d'ensemble de la présentation de la situation patrimoniale des entités relevant du domaine des lois de financement de la sécurité sociale donnée par le tableau

82. Augmentation de la part des prestations versées par la branche famille début janvier 2013 retracée en « dettes à l'égard d'établissements de crédit » (dont le montant total a augmenté de 2,6 Md€ à fin 2012 par rapport à fin 2011), qui s'accompagne d'une réduction concomitante des dettes à l'égard des titulaires de prestations au passif circulant. Les prestations pour lesquelles le virement a été émis avant le 1er janvier de l'exercice suivant doivent être comptabilisées en dettes financières. Les autres prestations sont retracées en dettes à l'égard de leurs titulaires.

83. Les déficits de la branche vieillesse et du FSV pour l'exercice 2012 ont été transférés à la CADES le 10 juin 2013 (décret n° 2013-482 du 7 juin 2013).

patrimonial. Cette appréciation porte sur les modalités d'élaboration du tableau patrimonial (centralisation, contrôle et combinaison des comptes des régimes et organismes, pertinence des règles retenues pour établir le tableau patrimonial au regard des principes comptables applicables à la sécurité sociale et permanence de ces règles) et, de manière générale, sur la qualité de l'information procurée au Parlement.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des conclusions des missions de certification effectuées par des auditeurs indépendants (en l'espèce, positions de la Cour sur les états financiers des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale et opinions des commissaires aux comptes sur ceux des autres régimes, du fonds de solidarité vieillesse, de la caisse d'amortissement de la dette sociale et du fonds de réserve pour les retraites).

*

* *

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le tableau patrimonial au 31 décembre 2012, établi par la direction de la sécurité sociale, qui figurera à l'annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 soumise à l'approbation du Parlement ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année, établis par la direction de la sécurité sociale.

À l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que le tableau patrimonial figurant à l'annexe A qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, complété par les éléments d'information littéraires et chiffrés détaillés à l'annexe 9, fournit une image cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2012, en exprimant cependant les observations suivantes :

1. L'importance des enjeux financiers relatifs aux actifs et aux passifs circulants rend nécessaire leur présentation par groupe d'entités, à l'instar des autres rubriques du tableau patrimonial (voir C – 1 - *infra).*

2. Le tableau patrimonial a pour périmètre les seuls régimes de base. Pour son élaboration, la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants doivent donc sortir de leurs bilans les actifs et les passifs relatifs aux régimes complémentaires dont ils assurent la gestion. Les éléments d'information communiqués à la Cour en vue de justifier les montants pris en compte au titre des régimes de base ne procurent pas une assurance suffisante sur l'exactitude et l'exhaustivité de ces derniers (voir C – 2 - *infra*).

3. Malgré les instructions données par la direction de la sécurité sociale, les créances et les dettes réciproques d'une partie des entités comprises dans le champ du tableau patrimonial continuent à comporter des divergences entre elles, du fait de compensations de passifs avec des actifs et d'un défaut de comptabilisation dans l'exercice de certaines opérations (voir C – 3 - *infra*).

4. Les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2012, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (voir C – 4 *infra*).

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

- les dettes comptabilisées par le fonds de réserve pour les retraites (FRR) à l'égard de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (25,2 Md€ au 31 décembre 2012)[84] ont été réintégrées à ses capitaux propres, en l'espèce les « dotations »[85], compte tenu de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR[86]. Cette remarque n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracé par le tableau patrimonial, mais uniquement sur leur ventilation entre la CADES et le FRR ;
- en application de la réglementation comptable[87], le FRR comptabilise ses actifs financiers à une valeur de marché (33,8 Md€ au 31 décembre 2012) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation (2,4 Md€) ;
- au 31 décembre 2012, les comptes des branches famille et maladie font apparaître des dettes vis-à-vis de la CADES au titre d'un

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

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

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

87. Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC).

excédent de versement de cette dernière (1,2 Md€ au total) au regard de leurs déficits effectifs de 2011. En conséquence, dans le tableau patrimonial au 31 décembre 2012, cet excédent de versement a été éliminé des dettes des branches et réaffecté aux capitaux propres de la CADES.

C – Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 – Une présentation des rubriques du tableau patrimonial encore insuffisamment détaillée

Dans son avis sur le tableau patrimonial relatif à l'exercice clos au 31 décembre 2011, la Cour relevait que le niveau de détail de présentation des différentes rubriques n'était pas homogène en l'absence de présentation, par catégorie d'entités, des agrégats relatifs aux actifs et aux passifs circulants et qu'une présentation de cette nature conduirait à procurer une information plus cohérente au regard des enjeux financiers concernés. En effet, s'ils suscitent moins l'attention que les capitaux propres ou l'endettement financier, les actifs et les passifs circulants représentent néanmoins, à titre respectif, la moitié de l'actif et le tiers du passif de la sécurité sociale retracés par le tableau patrimonial au 31 décembre 2012.

Une ventilation par catégorie d'entité des postes de l'actif et du passif circulant conduirait à faire apparaître de manière distincte, non seulement les actifs et les passifs circulants relatifs au régime général, aux autres régimes, au FSV, au FRR et à la CADES (à l'instar des autres rubriques du tableau patrimonial), mais aussi ceux qui se rapportent à des entités tierces à la sécurité sociale pour le compte desquelles les URSSAF recouvrent des prélèvements sociaux (part des créances sur les cotisants affectée notamment à l'Unédic, à l'association pour la gestion du régime des créances des salariés (AGS), à l'institution de retraite complémentaire des employé(e)s de maison (IRCEM), aux autorités organisatrices de transport (AOT), à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et à l'État au titre du fonds national des aides au logement).

Cette limite d'information est atténuée par l'intégration à l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 d'éléments d'information chiffrés, pour certaines catégories d'entités, sur les créances et les produits à recevoir d'une part (actif circulant) et les dettes et les autres passifs (produits constatés d'avance notamment) d'autre part (passif circulant).

2 – Une justification encore insuffisante des montants intégrés au titre des organismes gérant des régimes complémentaires

Le tableau patrimonial porte uniquement sur les régimes de base. Dès lors, son établissement nécessite, s'agissant du régime social des indépendants (RSI) et du régime agricole, de distinguer les données financières relatives aux régimes de base de celles ayant trait aux régimes complémentaires.

À cette fin, le RSI a transmis à la direction de la sécurité sociale une note précisant l'affectation des soldes comptables à chacun des régimes de base et complémentaires opérée par la nouvelle application informatique dont il s'est doté. Ce document n'apporte cependant qu'une information limitée sur les opérations nécessaires au passage du bilan, tous régimes confondus, au seul bilan des régimes de base.

La mutualité sociale agricole n'a pas produit d'éléments complémentaires par rapport à l'exercice 2011.

Les éléments d'information communiqués à la Cour sont insuffisants pour lui permettre de valider l'exactitude des données intégrées au tableau patrimonial au titre des seuls régimes de base du RSI (5,2 Md€ sur un bilan total de 19,3 Md€ au 31 décembre 2012) et de la MSA (5,9 Md€ sur un bilan total de 6,2 Md€ au 31 décembre 2012).

3 – Les difficultés relatives à l'élimination des actifs et des passifs réciproques

L'établissement du tableau patrimonial au 31 décembre 2012 fait apparaître la persistance d'écarts, quoique en réduction, entre les actifs et les passifs d'une partie des entités de son périmètre.

Dans certains cas, des écarts apparaissent entre les montants réciproques enregistrés dans les comptes des organismes concernés. Ces écarts peuvent résulter de différences justifiées dans les règles comptables suivies ou, au contraire, de divergences injustifiées résultant d'une imputation comptable différente dans les postes du bilan, voire d'écarts dans les montants enregistrés.

En dépit des instructions de la direction de la sécurité sociale, une partie des branches du régime général a continué en 2012 à compenser

des passifs avec des actifs[88] ou à comptabiliser sur l'exercice suivant (2013) des opérations qui se rattachent au dernier exercice clos[89]. Il en va de même, sur ce dernier point, du RSI[90].

Comme les années précédentes, la direction de la sécurité sociale a fait prévaloir l'information la plus pertinente pour l'établissement du tableau patrimonial (en l'espèce, celle procurée par l'ACOSS, qui est à l'origine de l'ensemble des écritures précitées).

4 – Les opinions de la Cour et des commissaires aux comptes sur la qualité des comptes 2012

Compte tenu des opinions d'impossibilité de certification (branche AT-MP) et de certification avec réserves (branches maladie, famille et vieillesse et activité de recouvrement) exprimées par la Cour sur les comptes du régime général et de celles de refus de certification (régime social des indépendants et régime des mines) et de certification avec réserves (mutualité sociale agricole, établissement national des invalides de la marine et caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales) exprimées par les commissaires aux comptes des autres régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial est imparfaitement assurée pour plusieurs rubriques de ce document : l'actif circulant (créances et produits à recevoir), les provisions pour risques et charges et les capitaux propres, s'agissant du résultat de l'exercice (voir I. C – 3 - *supra*).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'instauration des tableaux d'équilibre en 2006, puis celle du tableau patrimonial en 2010, accompagnées de l'expression par la Cour d'avis sur la cohérence de ces documents, ont marqué un progrès important pour l'information du Parlement sur les résultats et la situation financière de la sécurité sociale.

S'agissant du tableau patrimonial relatif au dernier exercice clos (2012), la Cour estime que le projet qui lui a été communiqué, complété des informations littéraires et chiffrées détaillées qui figureront à l'annexe

88. En 2012, la branche maladie a de nouveau compensé avec les créances sur les cotisants à l'actif des encaissements reçus des cotisants et non répartis en produits entre les attributaires (« crédits non répartis »), au lieu de présenter ces derniers de manière distincte au passif (314 M€ au 31 décembre 2012).
89. Les branches maladie et famille n'ont pas enregistré dans leurs comptes 2012 des régularisations d'encaissements sur cotisations se rattachant à l'exercice 2012 (à hauteur de 47 M€ et de 11 M€ respectivement).
90. Absence d'enregistrement de crédits non répartis se rattachant à 2012 (24 M€).

9 du projet de loi de financement annuel pour 2014, fournit une image cohérente de la situation patrimoniale des entités comprises dans son périmètre.

En revanche, les tableaux d'équilibre connaissent des limites soulignées à plusieurs reprises par la Cour, qui ne permettent pas au Parlement de disposer d'une information appropriée lorsqu'il est sollicité pour approuver les tableaux d'équilibre relatif au dernier exercice clos : contraction des produits et des charges qui s'écarte des principes comptables généraux et défaut d'éclairage sur la consistance et l'évolution des produits et des charges, compte tenu de la faiblesse des éléments d'information portés à l'annexe 4 au projet de loi de financement annuel qui s'y rapporte (lesquels ne sont au demeurant pas communiqués à la Cour préalablement à la publication de son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale).

Sur ce dernier point, la Cour considère que, compte tenu de leur objet, niveau de détail et mode d'exposition spécifiques, les informations contenues dans les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale ne compensent pas l'absence de communication au Parlement d'une information de synthèse - qui fait aujourd'hui défaut - sur la formation des résultats des régimes obligatoires de base, du régime général et du fonds de solidarité vieillesse, à l'appui de la demande d'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

La Cour formule les recommandations suivantes :

4. communiquer les projets de tableaux d'équilibre et d'annexe qui s'y rapporte dans des délais de nature à permettre à la Cour d'exercer de manière appropriée sa mission ;

5. supprimer le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale et intégrer une rubrique propre au FSV dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général de sécurité sociale ;

6. assurer l'information du Parlement sur la formation des soldes retracés par les tableaux d'équilibre, en mettant fin aux contractions injustifiées de produits et de charges et en intégrant à l'annexe 4 au projet de loi de financement des informations littéraires et chiffrées détaillées sur la consistance et l'évolution des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses »), sur le modèle de l'annexe 9 au PLFSS pour ce qui concerne les actifs et les passifs du tableau patrimonial (recommandation réitérée).

Tableau n° 22 : annexe : liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale intégrés au tableau d'équilibre (hors régime général), présentés par risque.

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

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

**Régime en voie d'extinction.*

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

Chapitre III

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012

PRESENTATION

Institué en 1996 afin de réguler les dépenses de santé financées par la sécurité sociale[91], l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2012, son montant a été arrêté à 171,1 Md€, soit un taux de croissance de +2,5 %, nettement resserré par rapport à ceux de 2010 (+3 %) et 2011 (+2,9 %) comme par rapport à la prévision (+2,8 %) de la loi de programmation des finances publiques pour 2011-2014. Cette contrainte accrue sur l'évolution de la dépense de soins constitue un élément important de la trajectoire actuelle de redressement des comptes publics.

En dépit de cette décélération, et pour la troisième année consécutive[92], l'ONDAM a été respecté tant en niveau - les dépenses se sont élevées à 170,3 Md€, soit une sous-exécution de 865 M€ - qu'en taux d'évolution (2,5 %).

La Cour a examiné les conditions qui ont permis d'atteindre ce résultat très appréciable.

Le taux d'évolution cible de 2,5 % fixé lors de la construction de l'ONDAM 2012, qui témoigne d'une volonté renforcée de maîtrise des dépenses de santé, a été respecté, grâce comme chaque année à des mesures d'économies nouvelles et des annulations de crédits (I). La maîtrise des dépenses reste cependant inégale entre les sous-objectifs et même, entre les composantes de chacun des sous-objectifs (II).

I - Un ONDAM respecté avec un taux de croissance sensiblement infléchi

L'ONDAM 2012 a été arrêté à un montant de 171,1 Md€. Il a été articulé par les lois de financement de la sécurité sociale autour de six sous-objectifs[93]. Au fil des années, les sous-objectifs ont eux-mêmes été déclinés en plusieurs composantes.

91 . L'ONDAM couvre essentiellement les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie et certaines dépenses d'accidents du travail et maladies professionnelles.

92. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 51-79, disponible sur www.ccomptes.fr.

93. Article LO. 111-3 I D 3° du code de la sécurité sociale.

Tableau n° 23 : présentation de la composition de l'ONDAM 2012

Sous-Objectifs	Composantes	M€		%
Soins de ville[94]	Honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes	*19 836*	78 899	46%
	Honoraires paramédicaux	*9 707*		
	Laboratoires	*3 473*		
	Transports des malades	*3 819*		
	Médicaments	*22 784*		
	Dispositifs médicaux	*5 254*		
	Indemnités journalières	*10 667*		
	Autres dépenses	*3 360*		
Établissements de santé tarifés à l'activité	Dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO) pour les hôpitaux, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques privées	*46 793*	55 356	32%
	Dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées	*8 563*		
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Remboursement de SSR, de séjours en établissements psychiatriques pour les cliniques privées seulement	*2 548*	19 232	11%
	Dotations annuelles de financement (DAF) pour l'activité de psychiatrie DAF pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), pour les unités de soins de longue durée, pour les établissements de Mayotte et de Saint Pierre et Miquelon	*16 105*		
	Dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	*285*		
	Dépenses non régulées[95]	*294*		
Établissements et services pour les personnes âgées		*8 045*	8 045	5%
Établissements et services pour les personnes handicapées		*8 444*	8 444	5%
Autres prises en charges[95]	Dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (addictologie)	*458*	1 166	1%
	Dépenses de soins d'assurés français à l'étranger	*458*		
	Dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	*250*		
	TOTAL	**171 142**		

Source : Cour des comptes

94 . Les composantes des sous-objectifs « soins de ville » et « autres prises en charges », et la composante « dépenses non régulées » du sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » n'ont qu'une valeur indicative et ne constituent pas des objectifs directs de régulation.

A – Un resserrement sensible de l'ONDAM en 2012

1 – Une trajectoire plus volontariste de décélération des dépenses de santé

Les déficits de la branche maladie atteignant 10,6 Md€ en 2009 et 11,6 Md€ en 2010, et encore 8,6 Md€ en 2011, la fixation de l'ONDAM pour 2012 s'est inscrite dans une trajectoire nettement plus volontariste que celle qui avait été antérieurement dessinée. Deux resserrements significatifs ont successivement été décidés :

- alors que la loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012[95] prévoyait que l'évolution de l'ONDAM 2012 serait fixée à 3,3 %, la loi de programmation pour les années 2011 à 2014[96] a retenu un taux de 2,8 %, à partir de 2012, soit un effort de réduction de 0,5 point, par rapport à la précédente trajectoire ;
- un an plus tard, la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2012 amplifiait cet effort de 0,3 point et prévoyait une stabilisation de l'évolution de l'ONDAM à +2,5 % par an sur les années 2012-2016, conformément au plan de retour à l'équilibre présenté par le gouvernement en novembre 2011.

Le taux d'augmentation de l'ONDAM retenu pour 2012 (+2,5 %) est ainsi inférieur de 0,4 point à celui voté pour 2011 (+2,9 %). Il s'agit du taux d'évolution voté le plus faible depuis 1998[97].

Tableau n° 24 : évolution de la trajectoire d'évolution de l'ONDAM

En %

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Loi de programmation des finances publiques 2009-2012	9 février 2009	3,3	**3,3**					
LFSS 2011	20 décembre 2010	2,9	**2,8**	2,8	2,8			
Loi de programmation des finances publiques 2011-2014	28 décembre 2010							
LFSS 2012	21 décembre 2011		**2,5**	2,5	2,5	2,5		
LFSS 2013	17 décembre 2012			2,7	2,6	2,5	2,5	2,5
Loi de programmation des finances publiques 2012-2017	31 décembre 2012							

Source : Cour des comptes

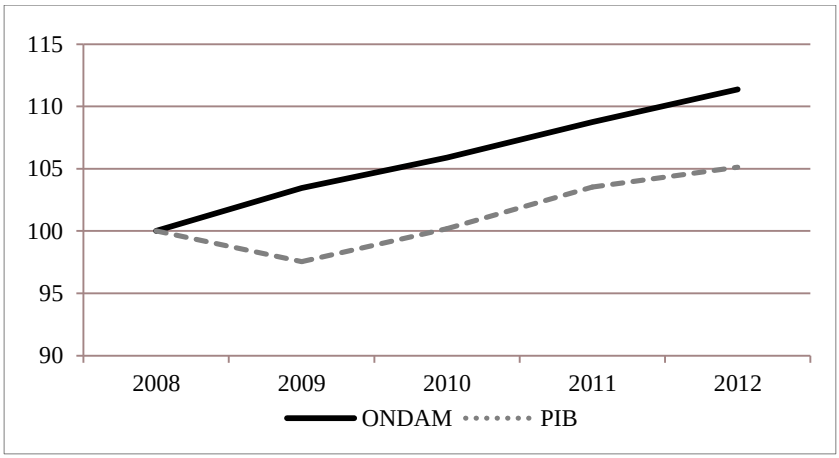
95. Loi n° 2009-135 du 9 février 2009.
96. Loi n° 2010-1635 du 28 décembre 2010.
97. Avec une augmentation de +2,3 % en loi de financement pour 1998. En dépenses réalisées, la progression de l'ONDAM a été en 2012 la plus faible depuis 1997 (+1,5 %).

Ce même taux d'évolution de +2,5 % a été retenu par la loi de programmation des finances publiques 2012-2017[98] pour 2015, 2016 et 2017, après +2,7 % en 2013 et 2,6 % en 2014.

2 – Un ONDAM à la progression cependant nettement supérieure à celle du PIB en valeur

Au cours de ces cinq dernières années, l'ONDAM a augmenté deux fois plus vite (+11,4 %) que le PIB (+5,1 %), du fait de la récession de 2009. Son poids relatif comparé au PIB a augmenté d'un demi-point de PIB en 2009 (8,4 % contre 7,9 % en 2008) puis s'est stabilisé à ce niveau les années suivantes.

Graphique n° 1 : comparaison des évolutions du PIB et de l'ONDAM exécuté (base 100 en 2008)



Source : Cour des comptes

Très marqué en 2009, le différentiel entre les taux d'évolution du PIB et de l'ONDAM redevient significatif en 2012, avec une différence d'un point (+1,5 % pour le PIB en valeur, +2,5 % pour l'ONDAM).

98. Loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012.

Tableau n° 25 : évolution de l'ONDAM voté et réalisé de 2008 à 2012[99]

		2008	2009	2010	2011	2012	Taux d'évolution
PIB	(en valeur en Md€)	1 933,2	1 885,8	1 936,7	2 001,4	2 032,3	5,1 %
	(évolution en %)	*2,5 %*	*-2,5 %*	*2,7 %*	*3,3 %*	*1,5 %*	
Solde de la branche « maladie » du régime général		-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	
ONDAM voté	(en valeur en Md€)	152,0	157,6	162,4	167,1	171,1	12,6 %
	(évolution en %)	*+2,8 %*	*+3,3 %*	*+3,0 %*	*+2,9 %*	*2,5 %*	
	ONDAM voté / PIB	7,86 %	8,36 %	8,39 %	8,35 %	8,42 %	
ONDAM exécuté	(en valeur en Md€)	152,9	158,2	161,9	166,3	170,3	11,4 %
	(évolution en %)	*3,5 %*	*3,6 %*	*2,6 %*	*2,7 %*	*2,5 %*	
	ONDAM exécuté / PIB	7,91 %	8,39 %	8,36 %	8,31 %	8,38 %	

Source : Cour des comptes

Bien que fixé à un niveau plus resserré l'ONDAM 2012 a néanmoins permis une augmentation sensible des dépenses remboursées par l'assurance maladie, à hauteur de 4,18 Md€, progression très notable dans un contexte de ralentissement économique et de très forte contrainte sur les dépenses publiques.

99. Précisions méthodologiques : l'évolution en pourcentage des ONDAM de l'année N, votés et exécutés, prend pour base la valeur de l'année précédente (mentionnée dans le tableau) et les changements de périmètre intervenus durant l'année (non rapportés dans le tableau). Le montant exécuté de l'ONDAM de l'année N, retenu dans les tableaux et dans les développements de la présente insertion, est celui mentionné dans les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale des mois de juin N+2, auxquels ont été rajoutés les montants d'activités déclarés tardivement par les établissements de santé, en N+2.

B – Un ONDAM respecté pour la troisième année consécutive

1 – Un ONDAM respecté en valeur comme en taux

Pour la troisième année consécutive, l'exécution de l'ONDAM est maîtrisée et respectée, non seulement en valeur, mais également, ainsi que la Cour l'avait recommandé[100], dans son taux d'évolution.

Déterminées à la clôture des comptes 2012[101], les dépenses dans le périmètre de l'ONDAM représentent 170,3 Md€, soit un taux d'évolution de 2,5 % par rapport aux dépenses constatées de l'année précédente[102].

En valeur, les dépenses apparaissent inférieures à l'enveloppe de dépenses déterminée par l'ONDAM, que la loi de financement pour 2012 avait fixée à 171,1 Md€, et font apparaître une sous-exécution de 865 M€, à un niveau supérieur à ceux relevés en 2010 et en 2011[103].

100. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 51-79, disponible sur www.ccomptes.fr.

101. Le niveau d'exécution de l'ONDAM 2012 a été déterminé à partir des informations comptables diffusées à la clôture des comptes et ne tient pas compte du dénouement des provisions constatés durant les premiers mois de 2013. Ce dernier pourrait ramener à 2,4 % le taux de progression finalement constaté.

102. Selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, de juin 2013, le niveau des dépenses de l'ONDAM 2011 représente 166,3 Md€.

103. La sous-exécution de l'ONDAM s'est établie à 500 M€ pour 2010 et 800 M€ pour 2011.

Tableau n° 26 : construction et exécution des ONDAM 2009 à 2012

En Md€

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		**152,57**	**157,62**	**162,40**	**166,96**
Évolution tendancielle	*Taux*	*4,5 %*	*4,3 %*	*4,2 %*	*3,9 %*
	Montant	6,91	6,73	6,84	6,43
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		**159,48**	**164,35**	**169,24**	**173,39**
Dépenses supplémentaires		0,44	0,43	0,42	0,46
Économies		-2,31	-2,37	-2,56	-2,72
Montant de l'objectif		**157,61**	**162,42**	**167,10**	**171,14**
Évolution	*Taux*	*3,3 %*	*3,0 %*	*2,9 %*	*2,5 %*
	Montant	5,04	4,80	4,70	4,18
Exécution	*Taux*	*3,6 %*	*2,6 %*	*2,7 %*	*2,5 %*
	Montant	158,20	161,93	166,29	170,28
Écart	*Taux*	*0,3 %*	*-0,4 %*	*-0,2 %*	*0,0 %*
	Montant	0,59	-0,49	-0,80	-0,86

Source : Cour des comptes

Cette sous-exécution, à elle seule, a permis le respect du taux d'évolution de 2,5 %. L'ONDAM avait été en effet construit sur une base très sensiblement surestimée, plus encore qu'en 2010 et 2012 où la Cour avait déjà relevé une même situation[104].

104. Plus généralement au demeurant, les mêmes difficultés méthodologiques de construction ont été relevées pour la détermination de l'ONDAM 2012 que celles constatées par la Cour pour la fixation de celui de 2011. Aucun progrès n'a pu être constaté dans l'homogénéisation des méthodes d'élaboration des tendanciels par sous-objectifs, dans la fiabilisation de certaines données comptables retraçant l'exécution de l'ONDAM, ou la qualité de l'information donnée dans les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur la construction de l'ONDAM et les modalités d'estimation de certaines dépenses.

Un ONDAM construit sur une base surestimée

La base de la construction de l'ONDAM de l'année N, à laquelle est appliqué le taux d'évolution de l'ONDAM pour l'année N+1, est déterminée à partir du montant prévisionnel des dépenses de l'année N, telles qu'elles sont présentées dans le rapport de septembre de l'année N à la commission des comptes de la sécurité sociale.

Lors de la construction de l'ONDAM 2012, la base a initialement été estimée en considérant que l'ONDAM 2011 allait être strictement respecté et qu'il n'y avait pas lieu de retenir une sous-consommation du sous-objectif « soins de ville », estimée pourtant à mi-année à un minimum de 210 M€[105]. Cette prudence est d'autant plus surprenante qu'elle n'a été justifiée par aucun élément objectif d'appréciation, et que le sous-objectif « soins de ville » a finalement été sous-exécuté de 339 M€, à la clôture des comptes 2011.

Si l'ONDAM 2012 avait été fixé à partir des informations connues au moment de sa construction (en tenant compte d'une sous-exécution de 210 M€), sa base de construction aurait été minorée d'autant et le taux d'évolution aurait alors été de 2,6 %.

Puisqu'à la différence des années précédentes, la sous-exécution des dépenses 2011, telle qu'estimée en septembre 2011, n'a pas été alors retenue, l'effet de base[106] a été particulièrement élevé au moment de l'exécution de l'ONDAM 2012.

Dans ces conditions, avec un niveau de dépenses pour l'ONDAM 2011 effectives à hauteur de 166,17 Md€, et afin de respecter le taux d'évolution de 2,5 %, les dépenses relatives à l'ONDAM 2012 ne devraient pas dépasser en valeur un montant de 170,33 Md€, et non plus celui de 171,14 Md€, qui correspondrait alors en réalité à une progression de 3 %.

105. Extrait du compte-rendu du groupe de suivi statistique du 26 août 2011 : « compte tenu des incertitudes relatives à la prévision du poste « hors prestations », la direction de la sécurité sociale considère qu'une prévision raisonnable à ce stade de l'année serait de retenir une sous-consommation de l'ONDAM soins de ville de 210 M€ au maximum ».

106. C'est-à-dire l'impact de l'actualisation de la base de l'ONDAM, entre le moment de sa construction, en septembre N-1, et le moment de la fiabilisation des données retraçant le niveau de dépense de l'année N-1.

Tableau n° 27 : appréciation du respect de l'ONDAM 2012

en Md€

		Base	Objectif		Exécution		Écart	
			Taux	Montant	*Taux*	Montant	*Taux*	Montant
Base estimée		166,96	*2,5 %*	171,14				
Base actualisée	H.1	166,75	*2,6 %*	171,14				
	H.2	166,17	*2,5 %*	170,33	*2,5 %*	170,28	*-0,03 %*	-0,05
			3,0 %	171,14			*-0,52 %*	-0,86

Source : Cour des comptes

Compte tenu des incertitudes récurrentes quant à la fiabilité des estimations des dépenses retenues lors de la détermination de la base de construction de l'ONDAM et afin d'en limiter les effets, la Cour considère que le respect de l'ONDAM doit être apprécié, suivant le critère le plus rigoureux, soit en valeur de l'objectif (171,1 Md€ pour l'ONDAM 2012), soit en taux d'évolution (2,5 %) appliqué à la base de construction actualisée une fois que les dépenses de l'année précédente auront définitivement été déterminées (166,17 Md€).

2 – Des économies portant très majoritairement sur les soins de ville

Afin de permettre de respecter le taux d'évolution de l'ONDAM 2012, fixé à 2,5 %, et alors que le taux d'évolution tendancielle, tous sous-objectifs confondus, était évalué à 3,9 %, un effort significatif d'économies a été décidé, pour un montant estimé à 2,64 Md€. Cet effort a porté essentiellement sur les soins de ville, celui demandé aux établissements de santé étant près de quatre fois moindre.

Tableau n° 28 : mesures d'économies adoptées et réalisées au titre de l'ONDAM de 2010 à 2012

En M€

Économies directes / indirectes			2012		2011		2010	
			LFSS	Exécution	LFSS	Exécution	LFSS	Exécution
soins de ville	directes	Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	260	217	200	202	240	188
		Baisse de prix (médicaments et produits de santé)	980	974	500	525	600	673
		Diminution de la prise en charge des indemnités journalières	150	150	-	20	110	20
		Baisse des remboursements (médicaments et forfaits)	-	-	220	171		
	indirectes	Maîtrise médicalisée[107]	575	617	550	613	740	551
		Ralentissement structurel des dépenses de médicaments[108]	80	70	70	13	145	107
		Autres	25	8	185	143		
	Total soins de ville		**2 070**	**2 036**	**1 725**	**1 687**	**1 835**	**1 539**
établissements de santé	directes	Convergence tarifaire ciblée	100	100	150	150	150	150
		Économies sur la liste des médicaments en sus[109]	30	30	45	45	40	40
		Autres	100	100	170	170	186	186
	indirectes	Maîtrise médicalisée	320	320	-	-		
	Total établissements de santé		**550**	**550**	**365**	**365**	**376**	**376**
ESMS	directes	Diminution des dotations	20	20	-	-	-	-
		Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	-	-	300	300	-	-
	Total établissements médico-sociaux		**20**	**20**	**300**	**300**	**-**	**-**
Total			**2 640**	**2 606**	**2 390**	**2 352**	**2 211**	**1 915**
			99 %		**98 %**		**87 %**	

Source : direction de la sécurité sociale

107. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé recouvre l'ensemble des actions portant tant sur les professionnels de santé que sur les assurés sociaux visant à un bon usage des soins et à une meilleure efficience du système de santé.

108. Cette rubrique recouvre notamment les effets de la diffusion des génériques sur la dépense de médicaments

109. La « liste en sus » est un dispositif dérogatoire qui permet un financement spécifique à l'hôpital de médicaments particulièrement onéreux hors rémunération à l'activité (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre IV : la maîtrise des dépenses de médicaments, La Documentation française, septembre 2011, p. 138, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les mesures d'économies effectivement réalisées se seraient élevées à 2,61 Md€, soit un taux de réalisation de 99 %[110]. Leur réalité est cependant difficile à apprécier : si l'impact des mesures d'effet direct, comme les baisses de prix et de tarifs, peut être effectivement mesuré, les mesures d'effet indirect, regroupées sous le terme de maîtrise médicalisées sont moins aisées à documenter.

3 – Des annulations de crédits concernant essentiellement l'hôpital

Comme depuis 2010, le respect de l'ONDAM a été conditionné par le gel de crédits, essentiellement hospitaliers.

Tous les ans, en début d'année, le comité de pilotage décide de procéder à la mise en réserve de dotations destinées aux établissements de santé (dotations annuelles de financement – DAF-) pour les activités de soins de suite et de psychiatrie, dotations au titre des missions d'intérêt général et aides contractuelles (MIGAC) et de crédits relevant de certains fonds (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés – FMESPP - et fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS -). En fin d'année, certains crédits sont annulés, afin d'assurer le respect de l'ONDAM.

Au cours des trois dernières années, les annulations de crédits ont été les suivantes.

Tableau n° 29 : répartition des annulations de crédits entre 2010 et 2012

En M€

	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
DAF	98	91	222
MIGAC	322	189	172
FMESPP	105	58	47
FICQS	-	-	30
Total	**525**	**338**	**471**

Source : direction de la sécurité sociale

110. En 2010, le taux de réalisation des économies aurait été de 87 %, et en 2011 de 98 %.

En 2012, les annulations de crédits étaient nécessaires pour que l'ONDAM soit respecté dans son taux d'évolution. Sans ces annulations, à hauteur de 471 M€, l'ONDAM exécuté se serait élevé à 170,75 Md€[111] Il aurait donc été respecté en montant mais pas en taux puisque celui-ci aurait alors atteint 2,6 %, comme le fait apparaître le tableau ci-après.

Tableau n° 30 : contribution des annulations de crédits au respect de l'ONDAM 2012

En Md€

	ONDAM 2012	
Objectif	*Taux*	*2,5 %*
	Montant	171,14
Exécution	*Taux*	*2,5 %*
	Montant	170,28
Annulation de crédits		0,47
Exécution sans annulation de crédits	*Taux*	*2,6 %*
	Montant	170,75
Écart entre l'objectif et l'exécution sans annulation de crédits	*Taux*	*-0,1 %*
	Montant	0,39

Source : Cour des comptes

De fait, si l'ONDAM a été globalement respecté, l'analyse de son exécution par sous-objectifs met en lumière la relative fragilité de ce résultat.

111. Soit un montant inférieur à celui de l'objectif de 171,14 Md€.

II - Des sous-objectifs inégalement tenus

La maîtrise des dépenses de l'assurance maladie reste inégale entre les sous-objectifs et entre les composantes de chacun des sous-objectifs.

Tableau n° 31 : comparaison de l'ONDAM initial et de la dépense effective par sous-objectif

En M€

Sous-objectifs	Montant ONDAM		Sous-exécution (-) Sur-exécution(+)
	Objectifs LFSS	Réalisation	
Soins de ville	78 899	78 066	-833
Établissements de santé tarifés à l'activité	55 356	55 565	209
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19 232	18 973	-259
Établissements et services pour les personnes âgées	8 045	8 044	-1,1
Établissements et services pour les personnes handicapées	8 444	8 444	-0,5
Autres prises en charge	1 166	1 185	19
Total	**171 142**	**170 277**	**-865,6**

Source : direction de la sécurité sociale

Le sous-objectif « soins de ville » connaît la sous-exécution la plus importante, qui s'élève à plus de 830 M€. Si les dépenses des établissements de santé sont globalement en sous-exécution de 50 M€, les deux sous-objectifs qui les composent présentent une exécution divergente : le sous-objectif « établissements tarifés à l'activité » est en dépassement de près de 210 M€, celui des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » est sous-exécuté de près de 260 M€.

A – Les dépenses de soins de ville : une sous-exécution bénéficiant d'un important effet de base

Le sous-objectif de dépenses de soins de ville a été arrêté à un montant de 78,9 Md€, soit une progression de 2,1 %, inférieure à celle de l'ONDAM et nettement plus faible que les années précédentes.

Tableau n° 32 : construction et exécution des ONDAM « soins de ville » de 2009 à 2012

En Md€

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		**71,02**	**73,22**	**75,21**	**77,28**
Évolution tendancielle	*Taux*	*5,2 %*	*5,0 %*	*4,7 %*	*4,3 %*
	Montant	3,68	3,66	3,56	3,35
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		**74,70**	**76,88**	**78,77**	**80,63**
Dépenses supplémentaires		0,44	0,36	0,42	0,41
Économies		-1,95	-1,99	-1,89	-2,15
Montant de l'objectif		**73,19**	**75,24**	**77,30**	**78,90**
Évolution	*Taux*	*3,1 %*	*2,8*	*2,8 %*	*2,1 %*
	Montant	2,17	2,02	2,09	1,62
Exécution	*Taux*	*3,2 %*	*2,6 %*	*2,5 %*	*1,9 %*
	Montant	73,20	74,81	76,63	78,07
Écart	*Taux*	*3,3 %*	*-0,2 %*	*-0,3 %*	*-0,2 %*
	Montant	0,01	-0,43	-0,67	-0,83

Source : Cour des comptes

Depuis trois ans, la sous-exécution de l'ONDAM « soins de ville » augmente d'année en année, la base de construction n'ayant pas été redéfinie. Ainsi, en 2012, cette sous-consommation a atteint environ 830 M€, grâce principalement à un effet de base élevé (680 M€)[112], qui s'accumule au fil des années.

La majeure partie des économies présentées en loi de financement de la sécurité sociale concerne les soins de ville, pour un montant total de 2,1 Md€, dont la réalisation aurait été quasi-exhaustive.

112. Cet effet de base correspond à la somme de la sous-exécution constatée à la clôture des comptes 2011 (339M€), et du sur-provisionnement des soins de ville en 2011 (325 M€), multiplié par le taux d'évolution de l'objectif « soins de ville » 2012, de 2,1 %.

Tableau n° 33 : mesures d'économies nouvelles votées au titre des soins de ville dans l'ONDAM 2012

En M€

	LFSS	Exécution
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé		
Baisse de tarif des radiologues et des biologistes	260	217
Baisse de prix (médicaments et produits de santé)		
Baisse de prix des médicaments y compris décote princeps	930	924
Baisse de prix des produits de santé	50	50
Mesures ayant pour finalité de contribuer au ralentissement structurel des dépenses de médicaments		
Diverses mesures supplémentaires sur le médicament (baisses de remboursement de SMRI, des marges des grossistes, déremboursements, …)	80	70
Diminution de la prise en charge des indemnités journalières		
Plafonnement des salaires pris en compte dans le calcul des indemnités journalières maladie (1,8 fois le SMIC)	150	150
Autres :		
Mise sous entente préalable des forfaits hebdomadaires d'oxygénothérapie	25	8
Maîtrise médicalisée :		
Mesures diverses	550	592
Mesure de lutte contre la fraude	25	25
Total	**2 070**	**2 036**
	98,4 %	

Source : direction de la sécurité sociale

Des tendances d'évolution disparates se constatent entre les différentes catégories de dépenses.

Les remboursements des soins d'auxiliaires médicaux ont augmenté de +6,4 % en 2012 (+5,3 % en 2011), portés par la croissance dynamique des soins infirmiers : +7,9 % (contre +6,7 % en 2011). La croissance de ce poste s'explique non seulement par la revalorisation des actes infirmiers intervenue en mai 2012, qui contribue à hauteur de 1,5 point à cette progression soutenue, mais également par une démographie

très dynamique, avec une augmentation des effectifs qui s'accélère au fil des années[113].

Les remboursements de soins de masso-kinésithérapie ont progressé de +4,4 %, après +3,2 % en 2011. La revalorisation des actes de masso-kinésithérapie en juillet 2012 intervient pour +1,7 point dans cette hausse. Quoique moins rapide que celle des infirmières, la progression des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est régulière depuis le début des années 2000, à hauteur de +3 % par an.

Les remboursements des produits de santé, et en particulier ceux de la liste des produits et prestations, enregistrent une progression de 4,1 %. Cette augmentation est inférieure à celle de 2011 (+5,0 %).

La croissance des dépenses de transports sanitaires a été de +3,8 % en 2012 contre +4,2 % l'année précédente. Une revalorisation des tarifs des transports est intervenue le 1er avril. Elle joue à hauteur de +2,6 points dans cette progression.

D'autres dépenses ont connu une stabilité par rapport à l'année précédente comme les dépenses de soins de médecins et dentistes (-0,2 % en 2012), après avoir connu une progression de +4,1 % en 2011. Ce ralentissement global recouvre des évolutions différentes pour les différents postes :

- les remboursements de soins de médecins généralistes diminuent de -1,2 % en 2012. L'absence d'épisode épidémique important explique, pour une part, la faiblesse de ces remboursements de soins ;
- les remboursements des soins de médecins spécialistes augmentent de +0,1 % contre +3,3 % en 2011. Les remboursements d'actes techniques de spécialistes progressent de +0,7 % ;
- il en est de même pour les remboursements de soins dentaires (+0,1 % contre +1,9 % en 2011).

Enfin, les remboursements de médicaments ont diminué de -0,9 % en 2012, après une progression de +1,2 % en 2011. La baisse des remboursements des médicaments délivrés en ville est encore plus forte (-1,6 % après +0,9 %). Ce résultat s'explique par un net ralentissement des volumes, un important effet des baisses de prix (-3,5 points) et une forte incidence de la plus large diffusion des génériques (-1,8 point), notamment grâce à la mesure tiers-payant contre générique mise en place à partir de la seconde moitié de l'année. À l'inverse, les médicaments

113. Après une période de stabilité au début des années 2000, le nombre d'infirmiers libéraux a augmenté de 3 % par an en moyenne entre 2004 et 2006, de 4,5 % entre 2007 et 2010, de 5 % en 2011.

rétrocédés délivrés par les pharmacies hospitalières ont fortement progressé de +7,3 % en 2012 (+4,9 % en 2011), à défaut de dispositifs particuliers de régulation.

Les dépenses d'indemnités journalières ont été moindres, diminuant de -1,4 % en 2012, contre +2,9 % en 2011 et +4,4 % en 2010. Pour une part, cette baisse est due à la mesure intervenue le 1er janvier abaissant le plafond de calcul des indemnités journalières à 1,8 SMIC.

Toutefois, ces tendances à la baisse doivent être appréhendées avec prudence. Elles apparaissent plus conjoncturelles que structurelles. Ainsi, l'évolution de la dépense pharmaceutique s'inscrit dans le contexte d'un ralentissement de l'innovation dont on ne mesure pas encore la durée. La baisse du nombre d'indemnités journalières est pour sa part liée pour partie à la conjoncture économique.

B – Les dépenses hospitalières : un taux d'évolution plus rapide que celui des dépenses de ville, un respect inégal

L'enveloppe des dépenses hospitalières a été arrêtée à un montant global de 74,6 Md€, (+2,6 %), soit 55,35 Md€ (+2,7 %) pour le sous-objectif « dépenses en établissements tarifés à l'activité » et 19,26 Md€ (+2,2 %) pour le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Tableau n° 34 : construction et exécution des ONDAM hospitaliers de 2009 à 2012

En Md€

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		**67,56**	**69,30**	**70,92**	**72,74**
Évolution tendancielle	*Taux*	*3,5 %*	*3,2 %*	*3,3 %*	*3,3 %*
	Montant	2,36	2,22	2,34	2,41
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		**69,92**	**71,52**	**73,26**	**75,15**
Dépenses supplémentaires		0	0,07	0	0
Économies		0,30	-0,38	-0,37	-0,55
Montant de l'objectif		**69,62**	**71,21**	**72,89**	**74,60**
Évolution	*Taux*	*3,1 %*	*2,8 %*	*2,8 %*	*2,6 %*
	Montant	2,06	1,91	1,97	1,86
Exécution	*Taux*	*3,1 %*	*1,9 %*	*2,5 %*	*2,8 %*
	Montant	69,85	70,98	72,65	74,54
Écart	*Taux*	*3,3 %*	*-0,9 %*	*-0,3 %*	*0,2 %*
	Montant	0,23	-0,23	-0,24	-0,06

Source : Cour des comptes

Si, jusqu'à l'ONDAM 2011, les taux d'évolution des sous-objectifs hospitaliers et de celui des soins de ville étaient strictement identiques (3,1 % en 2009 et 2,8 % en 2010 et 2011), cela n'a plus été le cas en 2012. Les dépenses hospitalières bénéficient d'un taux de progression (+2,6 %) supérieur à celui de l'ONDAM global, et en diminution de seulement 0,2 point par rapport à celui de 2011, quand la baisse de celui des dépenses de ville (0,7 point, soit +2,1 %) est près de trois fois plus importante.

Toutefois, les modalités de construction de l'ONDAM hospitalier, sont peu transparentes, reposent sur des données fragiles et restent marquées par une sous-estimation récurrente de l'activité hospitalière[114].

Afin de respecter cet objectif de progression de 2,6 %, des économies nouvelles ont été arrêtées, en 2012, pour un montant de 550 M€, en augmentation légère par rapport à l'année 2011 où les économies avaient été fixées à 365 M€, mais très inférieur à l'effort retenu pour les soins de ville. Le niveau réel d'exécution de ces

114. Les méthodes de fixation de l'enveloppe des dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM sont analysées au chapitre VI du présent rapport.

économies n'est pas documenté en particulier pour les mesures relevant de la maîtrise médicalisée.

Tableau n° 35 : mesures nouvelles d'économies pour les sous-objectifs hospitaliers 2012

En M€

	LFSS	Exécution
Réduction de la dotation du FMESPP	100	100
Poursuite de la convergence tarifaire ciblée	100	100
Baisse de tarifs des prothèses de hanche et de genou Produits de la liste en sus	30	30
Maîtrise médicalisée :		
Rationalisation des achats à l'hôpital	145	145
Amélioration de la performance à l'hôpital	150	150
Mesure de lutte contre la fraude	25	25
Total	**550**	**550**
	100 %	

Source : Cour des comptes

À la clôture des comptes 2012[115], le niveau global des dépenses des établissements de santé incluses dans l'ONDAM a été inférieur de 50 M€ au niveau prévu, alors qu'en 2011, la sous-consommation avait atteint 190 M€.

Ce résultat masque un net déséquilibre au sein de chacun des deux sous-objectifs et entre les composantes.

En effet, l'ensemble des dépenses facturées à l'activité connaît un fort dépassement (209 M€), malgré l'annulation de crédits au titre de missions d'intérêt général et d'actions contractuelles (MIGAC), alors que, dans le même temps, le sous-objectif regroupant les autres dépenses relatives aux établissements de santé est largement sous-exécuté (-260 M€), en raison notamment de l'annulation des crédits de dotation annuelle de financement (DAF).

Les dépassements concernent principalement l'objectif des dépenses de médecine chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) des établissements publics de santé (573 M€), en très forte augmentation par rapport à 2011 (272 M€). Toutes ses composantes ont dépassé leur

115. Les montants présentés prennent en compte les changements de périmètre et opérations de fongibilité intervenus entre 2011 et 2012, ainsi que les conditions de dénouement des provisions initialement constituées.

objectif (+471 M€ pour la part activité, +63 M€ pour les médicaments facturés en sus des tarifs et +39 M€ pour les forfaits).

Dans une moindre mesure, les dépassements touchent l'objectif quantifié national de dépenses des cliniques privées, dont le dépassement était de 33 M€ en 2011, et atteint 65 M€ en 2012.

Les sous-exécutions touchent principalement les dotations globales, touchées par les annulations de crédits en fin d'année : DAF (-229 M€), MIGAC (-212 M€) et le FMESPP (-46 M€). L'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) du secteur privé a également été sous-exécuté (-152 M€), pour un montant près de deux fois plus important que celui constaté en 2011 (-79 M€).

C – Un ONDAM médico-social fixé à un niveau trop élevé

Pour l'année 2012, l'ONDAM médico-social a été arrêté à un montant de 16,48 Md€, soit une progression de 4 %. Il a pour objet de financer la majeure partie des dépenses des établissements accueillant des personnes handicapées (8,42 Md€) ou des personnes âgées (8,04 Md€)[116].

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses médico-sociales est dépendante de la méthode mise en œuvre pour estimer l'objectif global de dépense (OGD) des établissements médico-sociaux et qui consiste à recenser les dépenses prévisionnelles des établissements sur la base des engagements connus et de l'estimation d'évolution de leurs charges.

116. Ces montants prennent en compte les opérations de fongibilité identifiées, en cours d'année.

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

L'objectif global de dépenses (OGD) est la somme de l'ONDAM médico-social et de l'apport de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur ses ressources propres pour le financement des établissements et services médico-sociaux.

Pour l'année 2012, l'OGD a été arrêté à 17,63 Md€, soit une augmentation de 3,4 % par rapport à l'année précédente. L'apport de la CNSA est de 0,28 Md€ pour le secteur des personnes handicapées et de 0,89 Md€ pour celui des personnes âgées.

Au fil des années, la contribution de l'assurance maladie dans le financement des dépenses médico-sociales entrant dans le périmètre de l'OGD a augmenté à un rythme supérieur à celui de l'évolution de l'ONDAM. De même, la part de cette contribution dans l'OGD est de plus en plus importante, passant de 89,7 % en 2009, à 93,5 % en 2012.

Tableau n° 36 : évolution de la part de la contribution de l'assurance maladie dans le financement de l'OGD

En M€

	OGD	Contribution AM	%
2009	15 602	13 994	89,69
2010	16 386	15 117	92,26
2011	17 050	15 839	92,90
2012	17 628	16 489	93,54

Source : Cour des comptes

Les mesures d'économies retenues lors de la construction de l'ONDAM sur le champ médico-social restent très limitées : 300 M€ en 2011 et 20 M€ en 2012. En revanche, une enveloppe supplémentaire de 50 M€ a été accordée pour financer un plan d'investissement qui permettra de soutenir les travaux de rénovation des établissements et services accueillant des personnes âgées et de développer les structures de prise en charge intermédiaires.

À la différence des autres sous-objectifs, la contribution de l'assurance maladie au secteur médico-social constitue une enveloppe fermée. Il n'y a donc pas d'incertitude quant au respect des deux sous-objectifs relatifs aux dépenses en établissements et services pour les personnes âgées, d'une part, et pour les personnes handicapées, d'autre part.

Tableau n° 37 : construction et exécution des ONDAM médico-sociaux de 2009 à 2012

En Md€

Établissements et services médico-sociaux		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		**13,06**	**14,11**	**15,23**	**15,84**
Évolution tendancielle	*Taux*	*6,3 %*	*5,8 %*	*5,8 %*	*3,8 %*
	Montant	0,81	0,82	0,88	0,61
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		**13,87**	**14,93**	**16,11**	**16,45**
Dépenses supplémentaires		0	0	0	0,05
Économies		0	0	-0,30	-0,02
Montant de l'objectif		**13,87**	**14,93**	**15,81**	**16,48**
Évolution	*Taux*	*6,3 %*	*5,8 %*	*3,8 %*	*4,0 %*
	Montant	0,81	0,82	0,58	0,64
Exécution	*Taux*	*8,6 %*	*5,5 %*	*4,3 %*	*4,1 %*
	Montant	14,17	15,07	15,84	16,49
Écart	*Taux*	*3,3 %*	*-0,3 %*	*0,5 %*	*0,1 %*
	Montant	0,30	0,14	0,03	0,01

Source : Cour des comptes

En revanche, comme les années précédentes, l'exécution de l'OGD fait apparaître une sous-exécution des dépenses, qui atteint 173 M€, soit une sous-consommation de 189 M€ dans le secteur « personnes âgées » et une surconsommation de 16 M€ dans le secteur « personnes handicapées ». Cette situation avait déjà été constatée dans le passé et avait fait l'objet de mesures correctrices[117], qui n'ont pas été suffisantes.

Cette sous-exécution récurrente devrait conduire à ajuster le montant de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses médico-sociales, afin que le versement de celle-ci ne se traduise pas par la constitution de réserves au sein de la CNSA.

117. Suivant l'enquête sur la consommation des crédits soumis à l'OGD, diffusée par l'IGAS et l'IGF en février 2010, la sous-consommation de l'OGD était principalement causée par l'inadaptation des règles de tarification des établissements et services médico-sociaux et l'utilisation partielle des crédits répartis entre les régions pour financer la médicalisation des EHPAD. Les actions correctrices se sont traduites dès 2010, par un passage à un système de financement en autorisation d'engagements et en crédits de paiement, un réajustement des bases départementales, et une diminution de la contribution de l'assurance maladie à l'OGD.

Tableau n° 38 : une sous-exécution récurrente de l'OGD

En M€

	OGD	Personnes âgées	Personnes handicapées	Sous-consommation
	Montants fixé par arrêtés			
2009	15 602	7 592	8 010	430
2010	16 386	8 182	8 204	38
2011	17 050	8 547	8 503	270
2012	17 628	8 925	8 703	173

Source : rapports d'activité de la CNSA (2010 et 2011) et avis du comité d'alerte du 31 mai 2013

D – Les autres prises en charge : une forte progression des dépenses de soins des français à l'étranger

Le sous-objectif « autres prises en charge » couvre les remboursements des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger, les dépenses du secteur médico-social extérieures au champ d'intervention de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [118] et la dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Pour 2012, son montant a été arrêté à 1,17 Md€, soit un taux d'évolution de 5,9 %. Ce sous-objectif enregistre cependant un dépassement de 19 M€. Si le montant de ce dépassement n'est pas significatif au niveau du sous-objectif, il le devient au niveau de l'une des composantes, les soins des français à l'étranger.

Pour les soins des français à l'étranger, un dépassement de 49 M€ est constaté par rapport à l'objectif de 458 M€, soit un dépassement de plus de 10 %. Ces dernières années, le montant estimé des dépenses a systématiquement été sous-évalué malgré des taux élevés d'évolution tendancielle[119].

118 . Notamment les dépenses des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, des centres d'accueil et d'accompagnement pour usagers de drogues, des structures dénommées « lits halte soins santé », des appartements de coordination thérapeutique, des centres de ressources pour personnes autiste.

119. Des dépassements avaient déjà été constatés à hauteur de 102 M€ (en 2009), de 26 M€ (en 2010), et de 35 M€ (en 2011).

Tableau n° 39 : réalisation du sous-objectif « autres prises en charges »

en M€

	Objectif	Réalisation	Sous consommation (-) Surconsommation (+)	
Réseau de soins	250	220	-30	*-12 %*
Soins des français à l'étranger	458	507	49	*10,7 %*
Établissements hors champ CNSA	458	458	0	*0 %*
Autres prises en charge	1 166	1 185	19	*1,63 %*

Source : Cour des comptes à partir de données de la direction de la sécurité sociale

Malgré le manque de fiabilité des données utilisées pour rendre compte de l'exécution de ce sous-objectif[120], le montant de 507 M€ correspond aux estimations faites par la Cour au cours de la campagne de certification des comptes 2012[121].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Un ONDAM resserré en 2012 a été respecté pour la troisième année consécutive tant en valeur qu'en taux d'évolution. La tenue d'un ONDAM en nette décélération a constitué un élément important de crédibilisation de la trajectoire de redressement des comptes publics. Il a néanmoins permis 4 Md€ de dépenses effectives supplémentaires de l'assurance maladie par rapport à 2011, progression très notable dans un contexte de ralentissement de l'activité économique et de réduction des déficits publics.

Le respect en 2013 d'un ONDAM au taux d'évolution plus élevé est ainsi un enjeu d'autant plus majeur. Ce dernier a été fixé au surplus à l'automne 2012 en fonction d'une prévision d'exécution de l'ONDAM 2012 surestimée d'environ 210 M€. Cet effet de base favorable expose au risque d'un dépassement du taux de progression fixé, même si l'enveloppe de dépenses en valeur était respectée. Il importe ainsi de

120. Les dépenses des soins des français à l'étranger ne sont pas retracées dans l'ONDAM suivant une méthodologie satisfaisante. Le périmètre des comptes retenus n'est pas homogène d'une année sur l'autre. Si, en 2012, la CNAMTS a précisé sa méthode d'estimation comptable de la provision au titre des soins des résidents français à l'étranger, ce qui s'est traduit par la comptabilisation d'une dotation complémentaire de 170 M€, le niveau de cette provision reste considéré par la Cour comme sous-évalué pour un montant global de 200 à 260 M€.

121. À l'issue des travaux visant à apprécier le montant des provisions constituées au titre des soins des français à l'étranger, le montant des soins facturés à la CNAMTS pourrait être compris entre 461 M€ (hypothèse basse) et 493 M€ (hypothèse haute), auxquels il y a lieu de rajouter 22 M€ facturés aux autres régimes.

mobiliser activement tous les leviers de régulation pour rester dans la limite d'une progression de 2,7 % par rapport à l'exécution de l'ONDAM 2012.

Le respect en 2012 d'un ONDAM à +2,5 % illustre en effet les marges considérables d'efficience qui existent dans le système de soins, sans remettre en cause les principes de solidarité sur lesquels repose la protection sociale.

Comme les précédents, le présent rapport montre à cet égard dans les chapitres qui suivent que des économies substantielles sont possibles sans dégrader la qualité des soins.

Elles rendent possible, comme l'a suggéré la Cour dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2013, de diminuer d'au minimum 0,2 % chaque année le taux de progression de l'ONDAM par rapport à celui affiché dans la loi de programmation des finances publiques 2012-2017, ce qui le ramènerait à 2,4 % de progression pour 2014, au lieu de 2,6 %, et 2,3 % pour 2015 et 2016, au lieu de 2,5 %.

La Cour formule les recommandations suivantes :

7. assurer le respect de l'ONDAM selon le critère le plus rigoureux, entre le taux d'évolution et le montant de l'objectif, de telle sorte de réguler strictement la progression de la dépense d'assurance maladie ;

8. abaisser au minimum de 0,2 point chaque année l'objectif de progression de l'ONDAM, c'est-à-dire le ramener à 2,4 % en 2014 (au lieu de 2,6 %), et à 2,3 % pour 2015 et 2016 (au lieu de 2,5 %).

Chapitre IV

L'apport de la contribution sociale généralisée au financement de la sécurité sociale

PRESENTATION

La contribution sociale généralisée (CSG) a été instituée par la loi de finances pour 1991[122]*. En remplaçant une partie des cotisations sociales et en élargissant les ressources de la sécurité sociale à des assiettes autres que celle des revenus d'activité en cohérence avec la part grandissante des prestations non contributives servies par les différents régimes, elle a ainsi constitué une modification substantielle des principes de financement de la sécurité sociale.*

La CSG est aujourd'hui composée de quatre impôts juridiquement distincts portant sur quatre assiettes différentes : les revenus d'activité et de remplacement, les revenus du patrimoine, les revenus de placement et les gains et mises de jeux. Son produit, supérieur à celui de l'impôt sur le revenu depuis 1998, devrait approcher 90,5 Md€ en 2013. Il est affecté à hauteur de 83 % au régime général et au fonds de solidarité vieillesse (FSV), de 9 % aux autres régimes de base d'assurance maladie, de 6,5 % à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et de 1,5 % à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La place très importante de la CSG dans le financement de la sécurité sociale - la deuxième après les cotisations sociales, avec 16,5 % des recettes des régimes obligatoires de base en 2012 - est le fruit de réformes successives qui en ont augmenté et modulé le taux, souvent par substitution à des cotisations sociales, élargi l'assiette, mais de façon encore imparfaite, et ont diversifié ses affectataires. Sa montée en puissance s'est en outre accompagnée de la création de prélèvements annexes dont les caractéristiques sont proches.

Dans le prolongement de ses travaux antérieurs sur le financement de la sécurité sociale par l'impôt[123]*, la Cour analyse l'apport aux comptes sociaux de ce prélèvement original par sa double nature d'imposition de toute nature et de recette sociale*[124]*.*

122. Articles 127 à 135 devenus articles L. 136-1 à L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

123. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre V : le financement de la sécurité sociale par l'impôt, La Documentation française, septembre 2012, p. 135-163, disponible sur www.ccomptes.fr.

124. Cet examen est effectué à structure de prélèvement constante, sans aborder la question d'une éventuelle fusion avec l'impôt sur le revenu ou, pour des préoccupations de compétitivité, la problématique d'une substitution de CSG à des cotisations sociales.

La CSG apporte une contribution majeure au financement de la sécurité sociale (I), mais contrairement à son ambition initiale de simplicité et de transparence, au prix désormais d'une réelle complexité, accrue encore par la multiplication de prélèvements annexes qui en limitent davantage la compréhension (II). La montée en puissance de la CSG approchant aujourd'hui de ses limites, le produit qui pourrait éventuellement être procuré par de nouveaux élargissements ciblés d'assiette serait à affecter prioritairement au remboursement de la dette sociale (III).

Un statut juridique dual désormais précisé

Dans sa décision sur la loi de finances pour 1991, le Conseil constitutionnel a qualifié la CSG « d'imposition de toute nature », dont les contributions ont pour finalité, la « mise en œuvre du principe de solidarité générale »[125]. Cette qualification est fondée sur l'absence de contrepartie au versement de l'impôt. La CSG diffère donc des cotisations sociales qui sont fondées sur le principe de la contrepartie puisqu'elles « ouvrent vocation à des droits aux prestations et avantages servis par les régimes de sécurité sociale »[126].

La Cour de justice des communautés européennes a jugé en 2000 que la CSG devait être assimilée à une cotisation sociale au regard du droit européen. La CSG visant à financer le système social français ne peut être appliquée de ce fait aux travailleurs frontaliers résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire d'un autre État membre de l'Union européenne, qui relèvent du régime de sécurité sociale de cet État.

La Cour de cassation, dans un arrêt du 31 mai 2012[127], a confirmé la « double nature » de la CSG, « imposition de toute nature » au sens de l'article 34 de la Constitution et contribution sociale au sens du droit européen.

I - Un apport majeur au financement de la sécurité sociale

A – Une place majeure

La CSG a pris une place considérable dans le financement de la sécurité sociale, puisqu'elle représentait en 2012 16,5 % des recettes des régimes obligatoires de base et 20,4 % des recettes du régime général.

125. Décision n° 90-285 DC du Conseil constitutionnel du 28 décembre 1990.
126. Décision n° 93-325 DC du Conseil constitutionnel du 13 août 1993.
127. Cass. soc. n° 11-10762 du 31 mai 2012.

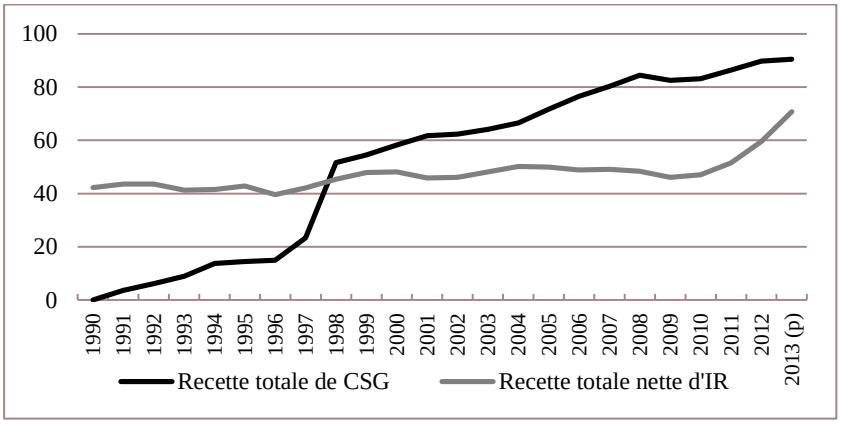
Elle contribue en particulier de manière très forte au financement du fonds de solidarité vieillesse (FSV) (68 % de ses recettes), de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS ; 35,4 %) et de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF ; 17,9 %).

1 – Des recettes importantes

Au terme de 22 années de progression, le produit de la CSG devrait s'élever en 2013 à près de 90,5 Md€ selon la commission des comptes de la sécurité sociale. Depuis 1998, il est supérieur à celui de l'impôt sur le revenu grâce notamment à une assiette beaucoup plus large (1 150 Md€ en 2010 contre 810 Md€)[128].

Graphique n° 2 : évolution comparée du produit de la CSG et de celui de l'impôt sur le revenu

En Md€



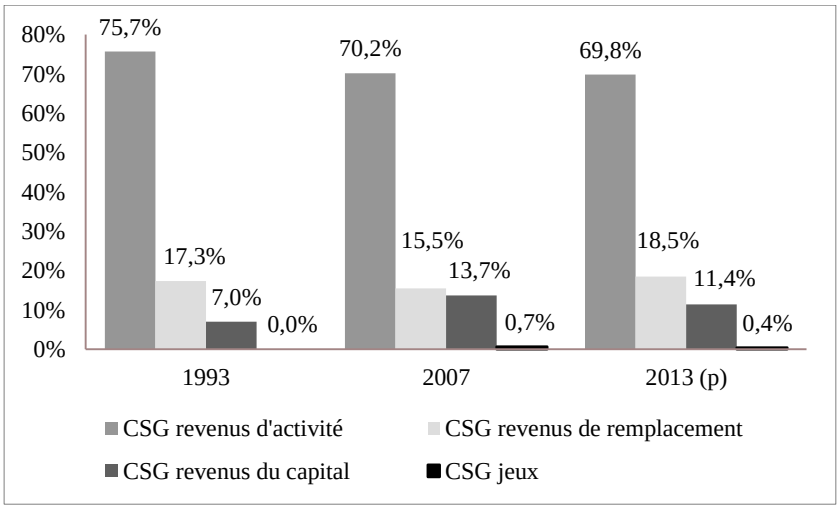
Source : INSEE comptes nationaux base 2005, puis CCSS et programme de stabilité 2013-2017.

128 . Rapport au Parlement sur les conditions de mise en œuvre d'une fusion progressive de l'impôt sur le revenu et de la contribution sociale généralisée, février 2012.

Le produit de la CSG, composée de quatre impôts distincts[129] portant sur quatre assiettes différentes, provient en très grande part du prélèvement sur les revenus d'activité (à hauteur de 63,8 Md€ prévus pour 2013), puis de celui sur les revenus de remplacement (17 Md€), et enfin de celui sur les revenus du capital (10 Md€), le prélèvement sur les mises et produits de jeux n'étant que d'un apport très modeste (350 M€).

Graphique n° 3 : la répartition du produit de la CSG par assiette

En %



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, calculs Cour des comptes.

2 – Un apport financier supplémentaire considérable

La Cour évalue à 66,5 Md€ les recettes qu'auraient apportées en 2013 les cotisations sociales et les contributions auxquelles s'est substituée la CSG. Or, le rendement attendu de la CSG pour 2013 est de 90,5 Md€, soit 36 % de plus. Toutes choses égales par ailleurs, la création de la CSG procure ainsi à la sécurité sociale des recettes supérieures de

129. Il s'agissait en 1991, dans un souci de simplification, d'adosser la nouvelle contribution aux impôts et cotisations existants, pour bénéficier de leurs systèmes de recouvrement. La « contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement » est ainsi recouvrée comme les cotisations sociales, la « contribution sociale sur les revenus du patrimoine », est recouvrée par voie de rôle par l'administration fiscale et la « contribution sociale sur les revenus de placement » est prélevée à la source par les établissements financiers dans les mêmes conditions que le prélèvement forfaitaire libératoire de l'impôt sur le revenu.

24 Md€, soit 1,2 point de PIB, à ce qu'elles auraient été tendanciellement à architecture de financement inchangée.

La CSG a ainsi constitué, même en période économique difficile, une ressource dynamique pour la sécurité sociale, qui a contribué significativement à permettre de soutenir la croissance rapide des dépenses.

B – Un rendement constamment accru

1 – Des évolutions incessantes

Conçue d'emblée comme un prélèvement à rendement élevé du fait de son assiette large, mais introduite à taux faible, la CSG n'a cessé de connaître depuis son institution d'incessantes évolutions, facilitées par son mode de prélèvement, à la source pour l'essentiel, qui rend plus indolores ses augmentations. De fait, elles en ont nettement accru le poids.

Tableau n° 40 : les principales évolutions de la CSG (1991-2013)

Date	Mesure	Nature	Bénéficiaire	Taux	Déducti-bilité	Taux cumulé
1991	Création de la CSG		Branche famille			
	- revenus d'activité	*Substitution*		1,1 %	Non	1,1 %
	- revenus de remplacement	*Augmentation*		1,1 %	Non	1,1 %
	- revenus du capital	*Augmentation*		1,1 %	Non	1,1 %
1993	Hausse nette de la CSG	Augmentation	FSV	1,3 %	Non	2,4 %
1997	Création de la CSG maladie			1 %	Oui	3,4 %
	- revenus d'activité	*Substitution*	*Branche maladie*	1 %	Oui	3,4 %
	- revenus de remplacement[130]	*Augmentation*	*Branche maladie*	1 %	Oui	3,4 %
	- revenus du capital	*Augmentation*	*Branche maladie*	1 %	Oui	3,4 %
	Création de la CSG jeux	Augmentation	Tous	3,4 %	Non	3,4 %
	Élargissement de l'assiette	Augmentation	Branche famille[131]			
1998	Hausse de la CSG maladie					
	- revenus d'activité	*Substitution*	*Branche maladie*	*4,1 %*	*Oui*	*7,5 %*
	- revenus de remplacement[132]	*Substitution*	*Branche maladie*	*2,8 %*	*Oui*	*6,2 %*
	- revenus du capital	*Augmentation*	*Branche maladie*	*4,1 %*	*Oui*	*7,5 %*
	- mises et gains de jeux	*Augmentation*	*Branche maladie*	*4,1 %*	*Non*	*7,5 %*[133]
2005	Hausse de la CSG					
	- Baisse de l'abattement pour frais sur les revenus d'activité et allocations chômage	*Augmentation*	*Tous*	*0,15 %*	*Partielle*	*Taux facial inchangé*
	- pensions de retraite	*Augmentation*	*Branche maladie*	*0,4 %*	*Oui*	*6,6 %*
	- revenus du capital	*Augmentation*	*Branche maladie*	*0,7 %*	*Oui (non à partir de 2013)*	*8,2 %*
	- mises et gains de jeux	*Augmentation*	*Branche maladie*	*2 %*	*Non*	*9,5 %*
2006/ 2013	Élargissements de l'assiette sur les revenus du capital	Augmentation	Tous			
2012	Baisse de l'abattement pour frais pour les revenus d'activité et allocations chômage	Augmentation	Tous	0,09 %	Partielle	Taux facial inchangé

Nota : ce tableau présente l'affectation des parts de CSG au moment de leur création et ne préjuge pas de la modification ultérieure de cette affectation.

Source : Cour des comptes

130. Il y a par ailleurs création d'un taux réduit à 1 %.

131. Le produit de l'élargissement de l'assiette bénéficiant à la branche maladie et au FSV est intégré dans l'équilibre de l'opération de substitution.

132. Augmentation du taux réduit qui passe à 3,8 %.

133. Sur une assiette simultanément réduite.

Les évolutions de la CSG ont emprunté trois voies : la substitution à des cotisations sociales, l'augmentation des taux, les élargissements de l'assiette.

La CSG est venue se substituer à des cotisations sociales en deux grandes phases. En 1991, une partie des cotisations patronales d'allocations familiales a été remplacée par la nouvelle CSG[134], instaurée à hauteur de 1,1 point sur l'ensemble des revenus. Puis ce mouvement d'affectation à la branche famille a été interrompu au bénéfice de l'assurance maladie : deux étapes en 1997[135] et 1998[136] ont abouti à l'affectation de parts d'une CSG sensiblement majorée à la CNAMTS en substitution à la majeure partie des cotisations salariales maladie.

Dans les deux cas, un gain de pouvoir d'achat pour les salariés était recherché, l'équilibre des réformes étant assuré par la création puis l'augmentation de la CSG sur les revenus du capital et les revenus de remplacement (pour les redevables imposables). Toutefois, alors qu'en 1991, l'opération devait être neutre pour les prélèvements obligatoires, les réformes de 1997 et de 1998 ont également poursuivi un objectif d'accroissement des recettes de la sécurité sociale[137].

S'agissant des revenus de remplacement, la première étape de la mise en place de la « CSG maladie », en 1997, s'est faite à la fois par substitution et par augmentation nette de prélèvement, dans le contexte d'une hausse des cotisations maladie des retraités et des chômeurs imposables visant à une harmonisation progressive avec les salariés : leur contribution au titre de l'assurance maladie est alors passée de 1,4 % sous forme de cotisations en 1996, à un total de 3,8 % en 1997 (2,8 % de cotisations et 1 % de CSG maladie). Simultanément, la modification de leurs conditions d'assujettissement à la CSG a conduit à la création d'un

134. Une part de 1,6 point de cotisations patronales famille est supprimée, remplacée par une nouvelle cotisation patronale vieillesse déplafonnée de 1,6 point. La cotisation salariale vieillesse plafonnée est réduite de 1,05 point, avec une remise forfaitaire de 42 F par mois. Le prélèvement de 0,4 % sur l'ensemble des revenus imposables instauré en 1987 est supprimé. La CSG est créée au taux de 1,1 % non déductible.

135. La CSG est augmentée de 1 point (déductible), affecté à l'assurance maladie, la cotisation salariale d'assurance maladie étant réduite de 1,3 point (pour les salariés et les régimes spéciaux) et de 1,5 point pour les non-salariés.

136. Le taux de la CSG maladie est majoré de 4,1 % et atteint 5,1 % (déductible). La cotisation salariale d'assurance maladie est réduite de 4,75 points, le reliquat de 0,75 % devant financer les indemnités journalières maladie. Des dispositifs spécifiques sont appliqués pour les non-salariés et dans certains régimes spéciaux.

137. En 2000, la commission des comptes de la sécurité sociale a dressé un bilan très positif de la CSG maladie (gain de 5,2 MdF en 1998 et 12,6 MdF en 1999).

taux intermédiaire de CSG limité à 1 %[138]. La réforme de 1998 ayant été limitée à la substitution de CSG aux 2,8 points de cotisation maladie résiduels, le taux de la CSG sur les différents revenus de remplacement est resté distinct du taux normal, s'établissant alors à 6,2 % (avec un taux intermédiaire de 3,8 %) contre 7,5 % pour les revenus d'activité.

La CSG a également connu des hausses nettes, sans substitution, la première dès 1993 avec une augmentation de taux de 1,3 point, affectée au nouveau fonds de solidarité vieillesse (FSV), puis avec la création en 1997 d'un régime spécifique permettant l'assujettissement des mises et gains de jeux, enfin avec le plan de redressement de l'assurance maladie adopté en août 2004[139]. Depuis cette date, les taux apparents de CSG applicables aux différentes assiettes n'ont pas été modifiés, même si l'abattement pour frais professionnels a été désormais ramené à 1,75 %[140].

L'assiette de la CSG sur les revenus d'activité a été élargie successivement en 1997 aux contributions patronales de retraite et de prévoyance complémentaire et aux sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, puis du fait du plafonnement au-delà d'un certain plafond de revenus de l'abattement au titre des frais professionnels.

Pour ce qui est des revenus de remplacement, leur assiette a été augmentée en 1997 par inclusion des indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail et maladies professionnelles).

L'assiette de la CSG sur les revenus du capital a d'abord été étendue en 1997 aux produits de l'épargne logement, de l'assurance vie, des plans d'épargne populaire, des plans d'épargne en actions et des

138. Appliqué aux redevables non imposables à l'impôt sur le revenu mais imposables à la taxe d'habitation.

139. L'abattement pour frais professionnel sur les revenus d'activité et les allocations chômage est réduit de 5 à 3 %, augmentant la base d'imposition de façon homothétique et conduisant à une hausse du taux effectif de 0,15 points, sans modification du taux facial. La CSG sur les retraites et préretraites augmente de 0,4 point (déductible), passant à 6,6 points. Pour les allocations chômage et les indemnités journalières, le taux reste fixé à 6,2 % ou 3,8 %. La CSG sur les revenus du capital augmente de 0,7 point (déductible), à 8,2 %. Les taux d'imposition sur les jeux sont augmentés de 2 points.

140. La réduction de l'abattement pour frais à 1,75 % en 2012 équivaut à une hausse du taux effectif de 0,09 % pour les revenus d'activité et les allocations chômage.

fonds communs de placement à risque, puis depuis 2006, par plusieurs mesures successives[141].

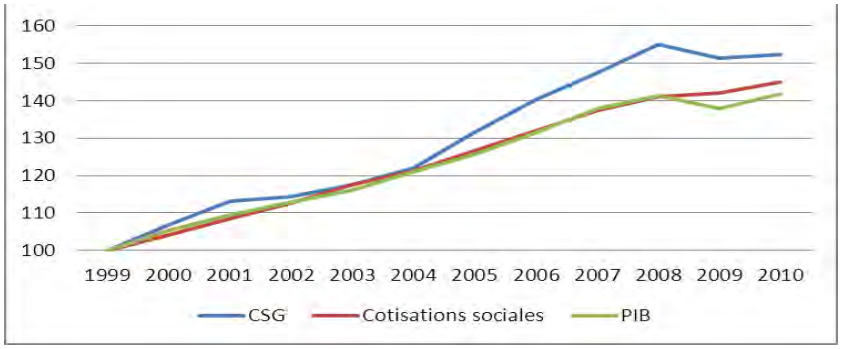
Ces mesures ont permis une hausse rapide des recettes de CSG, sans préjudice de diverses mesures de trésorerie échelonnées entre 2006 et 2012 (à l'instar de la modification du calendrier d'imposition des plans d'épargne logement), qui ont accru sur cette période, de manière non pérenne, son produit.

En un peu plus de vingt ans, la CSG a ainsi connu un véritable changement d'échelle. Ses évolutions se révèlent cependant très souvent opportunistes, avec pour souci croissant de maximiser le rendement, plus que guidées par une vision stratégique de réorganisation progressive de l'architecture du financement de la sécurité sociale, qui était pourtant à son origine.

2 – Un produit qui a progressé plus rapidement que le PIB

Depuis 1999, la collecte globale de la CSG a progressé de façon significativement plus rapide que les cotisations sociales et que le PIB.

Graphique n° 4 : la progression de la CSG totale, des cotisations sociales et du PIB - (base 100 en 1999)



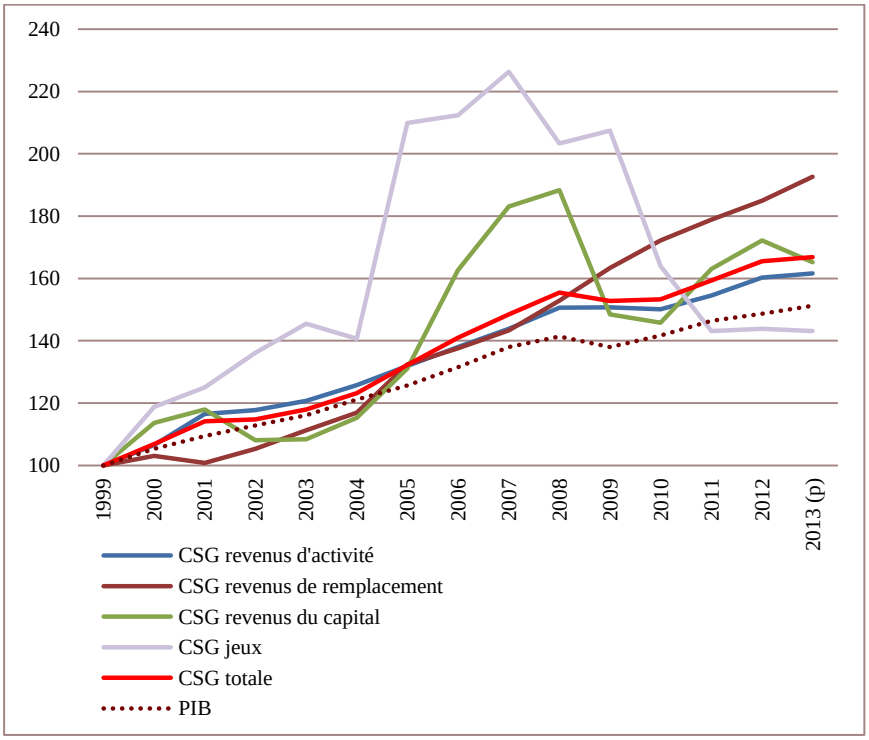
Source : INSEE comptes nationaux base 2005.

141. Relèvement puis suppression du seuil d'imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières, élargissement de l'assiette des revenus fonciers, imposition des revenus identifiés dans le cadre du contrôle fiscal, taxation des produits d'assurance-vie en cas de décès, refonte de l'abattement pour durée de détention des plus-values immobilière, imposition aux prélèvements sociaux des revenus fonciers et les plus-values immobilières des non-résidents (*a contrario*, la suppression de l'avoir fiscal a réduit l'assiette des prélèvements sociaux).

Cette évolution est le fruit de la dynamique propre de chacune des assiettes de la CSG, mais aussi de la mise en œuvre de mesures discrétionnaires de hausse de taux, d'élargissement de l'assiette, et de mesures de trésorerie permettant l'amélioration ponctuelle de son rendement (cf. *supra*).

L'évolution globale de la CSG est plus sensible à la conjoncture que celle des cotisations, qui dépend de la seule masse salariale, en raison du poids de l'assiette portant sur les revenus du capital, et en dépit du rôle stabilisateur de la CSG portant sur les revenus de remplacement. La CSG a ainsi subi en 2009 une légère baisse, causée par la crise économique et financière, mais aussi par les difficultés de recouvrement liés à l'institution de l'interlocuteur social unique pour les travailleurs indépendants. Cette baisse n'a toutefois pas effacé les gains des années précédentes.

Graphique n° 5 : l'évolution des composantes de la CSG (base 100 en 1999)



Note de lecture : évolution intégrant les mesures discrétionnaires de hausse des taux, d'élargissement des assiettes et les mesures de trésorerie.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, calculs Cour des comptes.

La CSG sur les revenus d'activité a crû depuis 1999 de façon constamment plus favorable que les cotisations sociales et que le PIB compte tenu de la dynamique de la masse salariale, de l'élargissement de son assiette et de la réduction de l'abattement pour frais professionnels.

La CSG sur les revenus de remplacement est peu soumise aux aléas du cycle économique, étant déterminée avant tout par l'augmentation du nombre de retraités et du montant de leurs retraites, à laquelle s'est ajoutée la hausse du taux mise en œuvre en 2004.

La CSG sur les revenus du capital progresse de façon significative mais très cyclique. Elle a connu des périodes de croissance très importante, dans les années 1990, jusqu'en 2001, puis à nouveau de 2002 jusqu'en 2008. Le retournement de 2008 a été extrêmement marqué, avec une baisse de son produit de 21 % entre 2008 et 2009 (-2,4 Md€), provoquée notamment par la très forte contraction des plus-values mobilières et immobilières. La reprise significative constatée en 2011 et 2012 était notamment liée aux mesures d'élargissement de l'assiette mises en œuvre récemment. Une nouvelle baisse est anticipée pour 2013 en raison d'une baisse prévisionnelle marquée sur les revenus de placement (-7,5%).

La CSG sur le produit des jeux, qui n'en constitue qu'une part marginale (0,4 % en 2011), présente également un profil très cyclique mais qui n'a pas été défavorable sur longue période.

C – Une affectation de plus en plus diversifiée

1 – Cinq attributaires aujourd'hui contre un seul à l'origine

Attribuée à l'origine à la seule branche famille en cohérence avec la suppression depuis 1978 de toute condition d'activité professionnelle pour le bénéfice des prestations familiales, la CSG a été par la suite affectée également à l'assurance vieillesse, par le truchement du fonds de solidarité vieillesse qui assure le financement de prestations vieillesse non contributives, et à l'assurance maladie dans le contexte de l'achèvement de sa généralisation.

Cet éclatement, s'il reflète un évident manque de continuité dans la mise en œuvre de réformes structurelles du financement des branches concernées, qui ne sont jamais allées jusqu'au bout de leur logique, est cependant resté guidé par les préoccupations qui avaient conduit à la création de ce nouveau prélèvement : prendre acte de l'accroissement progressif du caractère universel de certaines branches et de la montée en puissance de prestations de solidarité en faisant concourir à leur

financement un prélèvement lui-même universel sur l'ensemble des revenus.

L'affectation par la suite de parts de CSG à la CADES et à la CNSA remet, en revanche, fortement en cause cette cohérence d'ensemble, maintenue en dépit de la diversification progressive des branches attributaires.

Tableau n° 41 : l'affectation de la CSG

En points, au 1/1/2013

	Assurance maladie	CNAF	FSV ***	CNSA ***	CADES	TOTAL ****
Revenus d'activité et préretraites	5,29	0,8	0,83	0,1	0,48	7,5
Autres revenus d'activité (exclus de l'abattement pour frais)	5,25	0,82	0,85	0,1	0,48	7,5
Pensions de retraite et d'invalidité*	4,35	0,82	0,85	0,1	0,48	6,6
Allocations de chômage et indemnités journalières*	3,95	0,82	0,85	0,1	0,48	6,2
Taux réduit pour les revenus de remplacement**	3,8	-	-	-	-	3,8
Revenus du capital	5,95	0,82	0,85	0,1	0,48	8,2

**Redevables imposables à l'IR **Redevables imposables à l'IR mais non imposables à la TH ***hors transfert ponctuel de 0,036 point pratiquée pour 2013 entre FSV et CNSA ****hors produit des mises et gains de jeux*

Source : Données commission des comptes de la sécurité sociale

2 – Une dispersion peu cohérente

L'attribution à la CNSA d'une part de CSG - certes modeste : 0,1 %, ne représentant que 1,3 % de ses ressources - fait contribuer cette dernière à une politique sociale qui ne constitue pas un « cinquième risque » de sécurité sociale.

Quant à l'affectation à la CADES de 0,2 point de CSG en 2009 (par transfert du FSV), puis de 0,28 point supplémentaire depuis 2011, pour le remboursement de la dette sociale, par réaffectation d'une partie de la CSG affectée depuis l'origine à la branche famille, elle pose également des questions de cohérence, mais d'un autre ordre.

Cette attribution de CSG à la CADES, complétée également en 2011 d'une part de 1,3 % de prélèvement social sur les revenus du capital (soit l'équivalent de 0,13 point de CSG), permet d'assurer le financement de la CADES mais pose un problème de principe. En effet, la CSG ayant des affectations multiples, elle n'est pas clairement identifiée comme ayant vocation à couvrir la charge de la dette sociale, au contraire de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), qui elle a

été spécifiquement instituée à cet effet. L'attribution de CSG à la CADES a donc pour effet de rendre moins visible et plus indolore le coût de la dette sociale, dès lors qu'elle a permis d'éviter le relèvement CRDS, dont le taux de 0,5 % n'a pas été modifié depuis son instauration en 1996. Ainsi que la Cour l'a déjà relevé[142], cette situation est d'autant plus anormale que simultanément une part de CRDS a été directement affectée jusqu'en 2019 à la branche famille, dont le financement a été fortement fragilisé par ailleurs par l'attribution, en remplacement de la part de CSG qui lui a été reprise, d'impôts et taxes affectés nettement moins dynamiques que la CSG[143].

II - Une complexité grandissante

La CSG se caractérisait à l'origine par sa simplicité (un seul taux proportionnel de 1,1 %), son universalité (avec l'objectif de toucher tous les revenus) et son unité d'affectation au financement de la branche famille, à vocation universelle. Au fil de ses évolutions ultérieures, mises en œuvre dans un objectif premier de rendement financier, cette lisibilité s'est très fortement brouillée.

A – Une simplicité perdue

1 – Neuf taux fortement différenciés

La CSG, qui avait à l'origine un taux unique, compte aujourd'hui six taux principaux, y compris le taux zéro dans les cas d'exonération, qui sont fonction des différents types et niveaux de revenus considérés. Elle en compte même neuf compte tenu des trois taux de la CSG sur les jeux, applicables à des assiettes distinctes selon des règles complexes.

142. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* pour 2011, chapitre III : le financement des déficits sociaux, La Documentation française, septembre 2011, p. 77-105, disponible sur www.ccomptes.fr.
143. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre V : le financement de la sécurité sociale par l'impôt, La Documentation française, septembre 2012, p. 135-163, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 42 : l'évolution des taux d'imposition sur les composantes de la CSG

	CSG sur les revenus				
		de remplacement		de patrimoine et de placement	des jeux
	d'activité	taux normal	taux réduit		
Février 1991	1,1	1,1	-	1,1	-
Juillet 1993	2,4	2,4	-	2,4	-
Janvier 1997	3,4	3,4	1	3,4	3,4
Janvier 1998	7,5	6,2	3,8	7,5	7,5
Janvier 2005	7,5	6,2 /, 6,6*	3,8	8,2	9,5 / 12
Mai 2010	7,5	6,2 / 6,6*	3,8	8,2	9,5 / 12 / 6,9**

**6,2 % sur les allocations de chômage et les IJ, 6,6 % sur les pensions de retraite et d'invalidité.*

***6,9 % pour les jeux exploités de la Française des jeux. 9,5 % ou 12 % pour les casinos.*

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2009 - inchangés depuis.

La CSG sur les revenus d'activité reste la plus simple. Toutefois, son régime de déductibilité partielle de l'impôt sur le revenu crée une difficulté indéniable de compréhension pour les contribuables. En outre, sa complexité a été accrue par les évolutions récentes des règles applicables à l'abattement pour frais professionnels (plafonnement de l'abattement et réduction de son champ).

La CSG sur les revenus de remplacement est devenue nettement plus complexe puisque quatre taux différents sont désormais applicables (y compris le taux zéro), sur une assiette donnant inégalement droit à abattement pour frais professionnels (réservé aux allocations de chômage), et seulement partiellement déductible.

La CSG sur les revenus du capital a été marquée d'une part par l'accumulation des mesures d'élargissement de l'assiette et des mesures de rendement permettant d'accélérer le recouvrement de l'impôt, et, d'autre part, par l'adjonction à la CSG de nombreux prélèvements annexes (cf. *infra*).

2 – Une contribution devenue davantage progressive

Présentée comme strictement proportionnelle, la CSG combine en réalité plusieurs éléments de progressivité, mais sans cohérence d'ensemble :

- la CSG sur les retraites et les allocations de chômage se caractérise par trois taux applicables selon le niveau de revenu des personnes concernées. Cette progressivité, définie non par tranches, mais au premier euro, crée de considérables effets de seuil et génère des

inégalités sensibles entre titulaires de revenus de remplacement d'une part et avec les actifs d'autre part, comme la Cour l'a déjà souligné[144] ;

- le taux de la CSG sur le capital (8,2 %) est plus élevé que celui de sur les revenus d'activité et ceux de remplacement, ce qui crée une forme de progressivité compte tenu de la distribution des revenus du capital entre les ménages. Celle-ci est encore plus sensible si l'on tient compte de l'ensemble des prélèvements sociaux sur le capital, qui reviennent à majorer la CSG sur ces revenus de 7,3 points (cf. *infra*) ;
- la non-déductibilité partielle de la CSG contribue aussi significativement à la progressivité de la contribution. Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a estimé que la non déductibilité de 2,4 points de CSG et de 0,5 point de CRDS au regard de l'impôt sur le revenu, entraîne de fait pour les revenus les plus élevés une augmentation d'un point du taux marginal d'imposition des titulaires des revenus les plus élevés[145].

B – De multiples déclinaisons additionnelles

Au fil du temps ont été créés un grand nombre de prélèvements distincts qui suivent la même logique que la CSG, portent quasiment sur la même assiette mais n'y ont pas été intégrés, même quand certains lui préexistaient : c'est le cas des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Ces véritables taxes additionnelles devraient compléter le produit de la CSG de 15,6 Md€ en 2013 : 6,6 Md€ au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale, 1,1 Md€ pour les contributions de solidarité pour l'autonomie et 7,9 Md€ provenant des autres prélèvements sociaux sur le capital (hors CSG, CRDS et contribution de solidarité pour l'autonomie).

1 – La contribution pour le remboursement de la dette sociale

La « contribution pour le remboursement de la dette sociale », créée en janvier 1996 au taux unique de 0,5 % pour financer la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), constitue la première des « déclinaisons » additionnelles de la CSG qui se sont ensuite multipliées.

144. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XV : les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités, La Documentation française, septembre 2012, p. 441-442, disponible sur www.ccomptes.fr.

145. « État des lieux du financement de la protection sociale en France, Tome 1 : Note », Haut Conseil du financement de la protection sociale, 31 octobre 2012, p. 36.

Conçue dès l'origine avec la volonté d'intégrer dans son champ des éléments d'assiette qui n'avaient pas été initialement pris en compte par la CSG, elle conserve, malgré les élargissements d'assiette successifs qu'a connus la CSG, un périmètre significativement plus large : un point de CRDS devait rapporter en 2013 13,3 Md€ contre 12,3 Md€ pour la CSG. Elle frappe ainsi les prestations familiales et aides personnelles au logement et les ventes de métaux précieux et d'objets d'art qui ne sont pas soumis à la CSG.

2 – La multiplication des prélèvements sur les revenus du capital

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital qui existaient avant la création de la CSG ont été maintenus, pour un total de 2 % sur des assiettes fusionnées en 1998, assiette qui reste depuis lors strictement identique à celle de la CSG sur les revenus du capital. À compter de 2004, le nombre et le taux de ces prélèvements ont fortement progressé, avec une accélération entre 2008 et 2013, le total des prélèvements sociaux sur ce type de revenus passant, CSG et CRDS compris, de 11 % à 15,5 % en cinq ans. La CSG stricto sensu n'en représente aujourd'hui que 53 %.

Tableau n° 43 : l'historique des prélèvements sociaux sur le capital

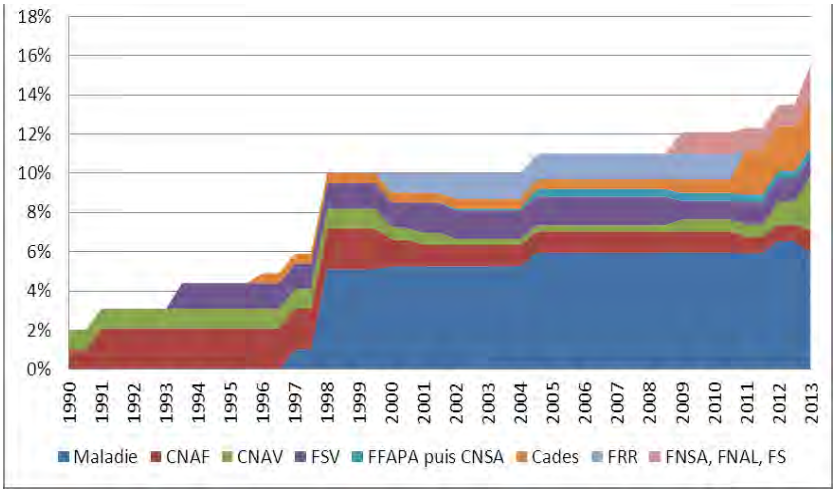
Date	Mesure	Déducti -bilité	Bénéficiaire	Taux	Taux cumulé
1982	1 % Delors sur tous les revenus (seulement sur les revenus du capital à partir de 1985)	non	CNAF	1 %	1 %
1987	Prélèvement supplémentaire de 1 % sur les revenus du capital financier et immobilier	non	CNAVTS	1 %	2 %
1987	Prélèvement social sur les revenus imposables (supprimé en 1991)	non	CNAVTS	0,4 %	2,4 %
1991	CSG	non	CNAF	1,1 %	3,1 %
1993	CSG	non	FSV	1,3 %	4,4 %
1996	CRDS	non	CADES	0,5 %	4,9 %
1997	CSG	oui	Branche maladie	1 %	5,9 %
1998	CSG	oui	Branche maladie	4,1 %	10 %
2004	CSG (majoration du taux sur l'assiette « capital »)	oui (non 2013)	Branche maladie	0,7 %	10,7 %
2004	Contribution de solidarité pour l'autonomie	non	CNSA	0,3 %	11 %
2008	Prélèvement RSA	non	FNSA	1,1 %	12,1 %
2010	Hausse du taux du prélèvement social sur les revenus du capital (de 2 à 2,2 %)	non	FSV	0,2 %	12,3 %
2011	Hausse du taux du prélèvement social sur les revenus du capital (de 2,2 à 3,4 %)	non	Branche maladie-CNAV	1,2 %	13,5 %
2012	Hausse du taux du prélèvement social sur les revenus du capital (de 3,4 % à 5,4 %)	non	CNAV-CNAF-FNSA	2 %	15,5 %
2013	Transformation du prélèvement RSA en « prélèvement de solidarité » de 2 %, le prélèvement social passant à 4,5 %	non	FNSA/FNAL/ fonds de soli-darité chômage	0,9 % (redéployé)	15,5 %
	TOTAL 2013			**15,5 %**	**15,5 %**
	Dont déductible			*5,1 %*	*5,1 %*
	Dont non déductible			*10,4 %*	*10,4 %*

Source : Cour des comptes

Hormis en 2004, l'institution ou l'augmentation de ces prélèvements annexes a été systématiquement préférée à des hausses de la CSG sur les revenus du capital, financièrement équivalentes, et qui auraient été plus conformes aussi bien à l'objet de la CSG qu'à l'intelligibilité de la politique de prélèvements obligatoires. Ces prélèvements ont contribué à l'augmentation très sensible de l'imposition globale des revenus du capital,

Le tableau ci-après illustre la multiplicité des affectataires de ces prélèvements : pas moins de dix attributaires se les partagent, au-delà parfois du champ stricto sensu de la sécurité sociale.

Graphique n° 6 : l'affectation des prélèvements sociaux sur le capital



Note de lecture : CNAF : caisse nationale d'allocations familiales ; CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse ; FSV : fonds de solidarité vieillesse ; FFAPA : fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie ; CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; CADES: caisse d'amortissement de la dette sociale ; FRR : fonds de réserve des retraites ; FNSA : fonds national des solidarités actives ; FNAL : fonds national d'aide au logement ; FS : fonds de solidarité.

Source : direction de la sécurité sociale

3 – De nouvelles déclinaisons récentes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a institué une nouvelle contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) de 0,3 % (à compter du 1er avril 2013) sur les revenus des retraités imposables à l'impôt sur le revenu. À l'instar de la contribution équivalente imposée aux revenus du capital, il s'agit d'une

« déclinaison » de la CSG, la première en matière de revenus de remplacement.

La réforme de la CSG sur les jeux en 2010 a conduit à créer un régime spécifique de prélèvement social pour les paris en ligne[146], dans un contexte d'harmonisation européenne. Cette loi crée trois nouveaux prélèvements sociaux sur les paris hippiques, les paris sportifs et les jeux de cercle en ligne, qui se substituent à la CSG et à la CRDS pour la partie de ces jeux qui y était précédemment soumise. La CSG et la CRDS sur les jeux ont donc désormais également leur « déclinaison ». Ce dédoublement ajoute à la complexité de l'architecture actuelle de la CSG.

*
* *

Pour redonner à la CSG sa lisibilité, préciser la situation des différentes catégories de revenus au regard de l'impôt et rechercher davantage d'équité, la CSG gagnerait ainsi à regrouper en son sein la plupart de ses déclinaisons, comme la Cour l'a déjà recommandé[147], à l'exception de la CRDS qui devrait être dédiée exclusivement au remboursement de la dette sociale, à l'exclusion de tout autre prélèvement.

C – Une oscillation entre non déductibilité et déductibilité de l'impôt sur le revenu

La non déductibilité de la CSG de l'impôt sur le revenu décidée en 1991 visait à conférer à la CSG une relative progressivité, par rapport à des cotisations sociales considérées comme dégressives car déductibles. La part supplémentaire de 1,3 % instituée en 1993, initialement déductible (sous plafond), a été rendue non déductible quelques mois plus tard dans le cadre d'une refonte du barème de l'impôt sur le revenu. En 1996, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), construite sur le modèle de la CSG, a été également non déductible.

146. Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, article 48. La création de ce régime spécifique était notamment justifiée par la volonté d'y soumettre des opérateurs étrangers, ce qui n'aurait pas été possible dans le cas de la CSG.

147. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre V : le financement de la sécurité sociale par l'impôt, La Documentation française, septembre 2012, p. 135-163, disponible sur www.ccomptes.fr.

En revanche, les deux parts de CSG maladie créées en 1997 et 1998 ont été rendues déductibles de l'impôt sur le revenu, de même que les suppléments de CSG décidés en 2004. En sens inverse, le supplément de CSG de 0,7 % sur les revenus du capital est devenu non déductible à compter de 2013.

Si, historiquement, la CSG a été conçue comme non déductible, les évolutions ultérieures ont ainsi conduit à créer une part déductible qui, pour la CSG stricto sensu, est aujourd'hui majoritaire en taux comme en assiette. Toutefois, si on élargit l'analyse aux déclinaisons de la CSG, la situation est moins tranchée. Pour les revenus du capital, qui concernent davantage les contribuables imposables à l'impôt sur le revenu que les revenus d'activité, la non déductibilité a même une place nettement prépondérante.

Tableau n° 44 : le régime de la CSG et de ses déclinaisons au regard de l'impôt sur le revenu

En Md€

	Déductible			Non déductible						Part déductible CSG seule	Part déductible CSG + déclinaisons
	CSG	Taux	Montant **	CSG	CRDS	CSA et CASA	Autres	Taux	Montant **		
Revenus d'activité	5,1 points	5,1 points	43,1	2,4 points	0,5 point	-		2,9 points	24,9	68 %	63 %
Revenus de remplacement*	4,2 points	4,2 points	10,7	2,4 points	0,5 point	0,3 point		3,2 points	8,2	64 %	57 %
Revenus du capital	5,1 points	5,1 points	6,2	3,1 points	0,5 point	0,3 point	6,5 points	10,4 points	12,6	62 %	33 %
Total			60						45,7	67 %	57 %

**contribuable imposable à l'IR **prévision pour 2013, en année pleine pour la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)*

Source : Cour des comptes

L'existence de régimes d'imposition différents brouille gravement, du point de vue du contribuable, la compréhension de la CSG elle-même et de l'ensemble de l'imposition du revenu.

En outre, la déductibilité d'une partie de la CSG crée un lien entre l'impôt sur le revenu et la CSG, si bien que les évolutions de la CSG ont un impact sur les recettes d'impôt sur le revenu. Ainsi, toute augmentation nette de la CSG déductible du revenu conduit à des pertes d'impôt sur le revenu. Toute substitution de CSG déductible à une cotisation sociale (déductible) a également un impact sur l'impôt sur le revenu, compte tenu des différences d'assiette. Toute substitution de CSG non déductible à une cotisation sociale déductible, ou toute modification du statut de la CSG qui la rend davantage, ou intégralement, non déductible, crée une recette supplémentaire à l'impôt sur le revenu. In

fine, seule les évolutions de la CSG non déductible sont neutres au regard de l'impôt sur le revenu.

La déconnection des deux impôts par la non-déductibilité intégrale de la CSG de l'impôt sur le revenu a été proposée par le conseil des impôts, en 1995 et en 2000. Les masses financières en cause étant très importantes[148], la fin de la déductibilité partielle de la CSG ne pourrait toutefois s'envisager que dans le cadre d'une réforme d'ampleur de l'impôt sur le revenu.

III - Une montée en puissance qui approche de ses limites

A – Des contraintes nouvelles à une augmentation générale des taux

Indépendamment même de la situation très dégradée des finances publiques et du niveau global des prélèvements obligatoires dans notre pays, qui doivent conduire à privilégier l'action sur la dépense dans la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux, des considérations juridiques nouvelles limitent très fortement toute augmentation générale éventuelle des taux de la CSG, sauf à les compenser par la diminution d'autres prélèvements sur les revenus.

Le Conseil constitutionnel dans une récente décision[149] a examiné en effet la conformité de la situation créée par l'institution de nouveaux prélèvements sur les revenus au regard du principe d'égalité devant les charges publiques. Pour ce faire, il a additionné l'ensemble des taux d'imposition portant sur les mêmes revenus (y compris l'impôt sur le revenu, la CSG, la CRDS, la contribution sur les hauts revenus et les dispositions qu'il a finalement annulées[150]), liant ainsi les différentes catégories d'imposition sur le revenu, quel que soit leur bénéficiaire, État ou sécurité sociale. Il a en outre raisonné au regard du taux marginal

148. Rendre la CSG intégralement non déductible de l'impôt sur le revenu augmenterait le rendement de ce dernier d'environ 10 Md€. Réciproquement, rendre déductibles les 2,4 points de CSG qui ne le sont pas aujourd'hui représenterait une perte d'environ 5 Md€ (direction de la législation fiscale).

149. Décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 relative à la loi de finances pour 2013.

150. Relatives à certaines modalités de taxation des « retraites chapeaux » et des gains des stock-options et actions gratuites.

d'imposition (en intégrant toutefois l'effet de la déductibilité partielle de la CSG à l'impôt sur le revenu), et non du taux moyen.

Le Conseil constitutionnel n'a pas fixé précisément le niveau à partir duquel l'impôt peut être considéré comme confiscatoire. Dans son avis remis le 21 mars 2013 au Gouvernement sur les conditions de constitutionnalité d'une contribution sur les très hauts revenus, le Conseil d'État interprète la décision du Conseil constitutionnel ainsi : « il résulte de la décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 qu'un taux marginal maximal d'imposition des deux tiers, quelle que soit la source des revenus doit être regardé comme le seuil au-delà duquel une mesure fiscale risque d'être censurée par le juge constitutionnel comme étant confiscatoire ou comme faisant peser une charge excessive sur une catégorie de contribuables en méconnaissance du principe d'égalité ».

Si les taux marginaux d'imposition pour 2013 des revenus tirés de l'activité (57 %) et des revenus de remplacement (56,4 %) restent encore relativement éloignés de ce plafond, en revanche, le taux marginal d'imposition des revenus du capital (64,5 %[151]) ne laisse que peu d'espace pour une augmentation générale de la CSG.

B – Des possibilités d'élargissements de l'assiette, mais délicates à cumuler

La décision du Conseil constitutionnel laisse possibles des augmentations ciblées de la CSG, passant par le réexamen de certaines « niches sociales » qui subsistent sur différents revenus d'activité, de remplacement ou du capital. Toutefois, même si de telles augmentations ciblées contourneraient la question de la hausse du taux facial d'imposition, elles ne conduiraient pas moins à une hausse des prélèvements obligatoires déjà très élevés.

1 – Des niches résiduelles sur les revenus d'activité

Certains revenus du travail sont aujourd'hui exclus de l'assiette de la CSG et de la CRDS. Il s'agit de différentes catégories d'avantages en nature (pour un rendement estimé de 590 M€ au taux de 8 %), des rémunérations des apprentis (340 M€) et des stagiaires de la formation professionnelle (36 M€), des sommes versées dans le cadre d'un volontariat, auxquelles s'ajoutent des dispositions spécifiques pour les travailleurs indépendants non agricoles (55 M€) et agricoles.

151. Respectivement 54,7 %, 54,1 % et 62,2 % en tenant compte de la déductibilité partielle de la CSG.

Par ailleurs, certains non-résidents fiscaux ne sont pas assujettis à la CSG tout en restant affiliés à la sécurité sociale française.

2 – Pour les revenus de remplacement, des taux et une assiette dérogatoires

Comme l'a souligné le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, les taux réduits de CSG « ne constituent pas le meilleur instrument pour cibler les ménages modestes »[152].

Les pensions de retraite sont ainsi moins taxées à la CSG que les revenus d'activité, sans que la situation objective des bénéficiaires ne le justifie pleinement. La perte de recettes globale est de 6 Md€ : 3,4 Md€ du fait de l'exonération totale des pensions des retraités non imposables, 1,3 Md€ du fait du taux réduit de 3,8 % appliqué aux retraités non imposables, 1,3 Md€ en raison du taux plus faible de la CSG sur les pensions des retraités les plus aisés que sur les revenus des actifs. La Cour a déjà suggéré en 2012 d'examiner la possibilité d'aligner le taux de CSG sur les pensions les plus élevées (6,6 %) sur celui appliqué aux salaires (7,5 %)[153], pour un rendement estimé à 1,3 Md€ (net de la perte associée d'impôt sur le revenu).

La taxation réduite des allocations chômage pose également une question d'équité entre chômeurs et actifs bénéficiant du même revenu. Les différents régimes de réduction ou d'exonération des allocations chômage représentent ensemble une perte de recette de 2 Md€. Un assujettissement au taux de 7,5 % des seules allocations de chômage aujourd'hui taxées à 3,8 ou 6,2 % représenterait une recette supplémentaire de 125 M€. L'alignement de la CSG des indemnités journalières et des allocations chômage des contribuables imposables (6,2 %) sur celle des pensions de retraite (6,6 %) aurait un rendement de 60 M€.

Par ailleurs, les allocations dont bénéficient les demandeurs d'emploi sont taxées différemment selon la nature du licenciement qu'ils

152. *Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales*, sous la présidence de M. Henri Guillaume, inspecteur général des finances, juin 2011.

153. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XV : les dispositifs sociaux et fiscaux propres aux retraités, La Documentation française, septembre 2012, p. 433-458, disponible sur www.ccomptes.fr.

ont subi[154] ou des conditions de ce licenciement[155]. Les conditions d'assujettissement des allocations chômage et indemnités de licenciement au regard de la CSG et de la CRDS pourraient être réexaminées afin d'améliorer l'équité du dispositif mais également son efficacité économique.

3 – Des prestations familiales assujetties à la CRDS, mais non à la CSG

Les prestations familiales[156] sont assujetties à la CRDS, mais non à la CSG, ce qui constitue la principale différence d'assiette entre les deux contributions.

L'alignement du champ de la CSG sur celui de la CRDS représenterait une recette supplémentaire d'environ 3 Md€. L'assujettissement à la CSG des seules allocations sans conditions de ressources aurait un rendement estimé à 1,3 Md€ dont l'essentiel correspondrait aux allocations familiales (930 M€).

4 – Des niches sur les revenus du capital pour la plupart peu importantes

L'épargne réglementée[157] reste exonérée de la CSG et de la CRDS. La perte de rendement à ce titre est évaluée à 580 M€[158] pour une CSG à 8,2 %. La Cour a relevé que ce dispositif dérogatoire au regard des

154. L'allocation dont bénéficient les licenciés économiques ayant adhéré à un contrat de sécurisation professionnelle (CSP) créé par la loi du 28 juillet 2011 est exonérée de CSG et de CRDS compte tenu de son assimilation à une rémunération de stagiaire de la formation professionnelle. Tel était également le cas pour les allocations versées aux bénéficiaires de la convention de reclassement personnalisé (CRP) et contrat de transition professionnelle (CTP) auxquels le CSP a succédé.

155. Indemnités versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi et indemnités allouées par le juge en cas de licenciement irrégulier ou prononcé sans cause réelle et sérieuse (avantage plafonné).

156. La prestation d'accueil du jeune enfant, les allocations familiales, le complément familial, les allocations de logement (sociale, familiale et l'aide personnalisée au logement), l'allocation de soutien familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation journalière de présence parentale.

157. Intérêts des livrets d'épargne réglementée (livret A, livret jeune, livret bleu, livret de développement durable, livret d'épargne populaire, livret d'épargne entreprise).

158. « État des lieux du financement de la protection sociale en France, Tome 2 : annexes », Haut Conseil du financement de la protection sociale, 31 octobre 2012, p. 74.

prélèvements sociaux et fiscaux était largement à l'origine du succès de ces produits d'épargne[159]. Elle a proposé la mise en place d'un dispositif fiscal et social différencié selon le niveau de l'encours des livrets, en recommandant en cas de doublement du plafond du livret A et du livret de développement durable, d'appliquer un prélèvement social sur tous les revenus tirés des dépôts pour leur partie supérieure aux plafonds actuels des livrets et de répartir par paliers sur plusieurs années ce relèvement[160]. Cette dernière option aurait un rendement estimé à 115 M€ pour un taux de CSG à 8,2 %.

Les produits de la cession d'or, de métaux précieux et d'œuvres d'art ont été intégrés à l'assiette de la CRDS en 1996, mais n'ont pour l'instant pas été soumis à la CSG, ce qui constitue un avantage injustifié par rapport aux autres catégories de revenus. L'assujettissement à la seule CSG représenterait un supplément de taxe de 8,2 %, soit un rendement d'environ 82 M€.

Enfin, en matière de plus-values immobilières, la durée de détention nécessaire pour bénéficier d'un abattement sur les plus-values immobilières (hors résidence principale) a été allongée en 2011, pour l'impôt sur le revenu comme pour la CSG. Il serait possible de revoir le principe même de cet abattement, s'agissant de la CSG. La perte de rendement à ce titre est évaluée à 350 M€[161] pour une CSG à 8,2 %.

C – Une priorité à donner au financement de la dette sociale

La limitation par la décision du Conseil Constitutionnel des marges d'augmentation de la CSG et de ses déclinaisons, illustre le poids déjà atteint par les prélèvements obligatoires dans l'économie, et souligne la nécessité de réaliser le redressement des comptes publics et plus particulièrement des comptes sociaux, par des mesures d'économies sur la dépense.

Dès lors, toute hausse de prélèvements qui pourrait être décidée à l'avenir devrait être consacrée de façon prioritaire au financement futur

159. Au 31 décembre 2011, les livrets A dont l'encours dépassait le plafond légal (alors établi à 15 300 €) représentaient 8,5 % des comptes mais 43,2 % des encours (Observatoire de l'épargne réglementée, R*apport annuel 2011).*

160. Rapport public thématique, « *L'État et le financement de l'économie* », La Documentation française, juillet 2012, 298 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

161. Haut Conseil du financement de la protection sociale, « État des lieux du financement de la protection sociale en France, Tome 2 : annexes », 31 octobre 2012.

de la dette sociale. En effet, comme la Cour l'a déjà relevé[162], la persistance de déficits sociaux non traités au-delà de 2011 va inéluctablement conduire à de nouveaux transferts de dettes à la CADES.

Des mesures ont été annoncées pour rétablir la situation des régimes de retraite et seront prochainement examinées par le Parlement. Selon les projections de la Cour[163], les dettes à l'horizon 2018 qu'il n'est pas actuellement prévu de transférer à la CADES pourraient représenter toutes choses égales par ailleurs un montant de près de 72 Md€, correspondant au déficit des seules branches maladie et famille du régime général sur la période 2012-2018. Ils s'ajouteraient aux 62 Md€ que la loi de financement pour 2011 prévoit de transférer à la CADES.

Pour satisfaire les dispositions de la loi organique du 13 novembre 2010, ces transferts devront mobiliser des ressources d'autant plus importantes que le terme de l'amortissement de la dette de la CADES, à l'horizon 2025, se rapproche. De plus, le Conseil constitutionnel vérifie désormais que le transfert de ressources associé à une reprise de dettes permet de respecter le terme prévu pour l'amortissement de la dette sociale sans dégrader les conditions de l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale[164].

De façon subsidiaire, les marges éventuelles de hausse de la CSG pourraient contribuer à la résorption du déficit chronique du fonds de solidarité vieillesse. En effet, la Cour a estimé que ce déficit ne pourrait être comblé par les seuls ajustements envisageables de la dépense et nécessitait l'apport de ressources nouvelles[165].

162. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre III : le financement des déficits sociaux, La Documentation française, septembre 2011, p. 77-105, disponible sur www.ccomptes.fr.

163. Voir chapitre I du présent rapport, les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2012 et perspectives.

164. Décision n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010 relative à la loi organique relative à la gestion de la dette sociale.

165. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XIV : la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres, La Documentation française, septembre 2012, p. 403-431, disponible sur www.ccomptes.fr.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La CSG constitue une réforme structurelle majeure du mode de financement de la sécurité sociale. Vingt ans après son institution, elle apparaît comme une réforme réussie sous l'angle de l'accroissement et de la consolidation des ressources de la sécurité sociale.

Au fil des substitutions à des cotisations, des augmentations de taux, et des élargissements d'assiette, la CSG s'est transformée. En finançant des affectataires plus nombreux et plus diversifiés, elle souffre d'un certain brouillage de sa finalité. Sa complexité s'est très sensiblement accrue, qu'il s'agisse de la différenciation de ses taux, de la création de multiples déclinaisons et de l'hétérogénéité de sa nature juridique au regard de l'impôt sur le revenu.

Le retour progressif à plus de cohérence, de simplicité et de lisibilité semble nécessaire, en particulier en recentrant les affectations de la CSG, en lui intégrant ses diverses déclinaisons et en harmonisant certains de ses taux.

En contribuant de manière de plus en plus déterminante à l'augmentation des recettes de la sécurité sociale, la CSG a aussi rendu soutenable la vive croissance des dépenses de sécurité sociale et permis ainsi de différer les choix structurants en matière de maîtrise de ces dernières.

Cette dynamique de montée en puissance rencontre désormais ses limites. D'une part, le niveau déjà atteint contribue à placer sous une contrainte juridique nouvelle l'hypothèse de nouvelles hausses générales de taux. D'autre part, les déficits de la sécurité sociale devraient désormais être résorbés par des économies effectives et fortes sur la dépense et non par la hausse des prélèvements obligatoires.

S'il demeure ainsi des possibilités d'élargissement de l'assiette de la CSG par la remise en cause de diverses « niches sociales », le produit des hausses ciblées auxquelles leur réexamen pourrait conduire devrait être consacré, de façon prioritaire, au financement de la dette sociale, et, à titre subsidiaire, au rétablissement de l'équilibre du fonds de solidarité vieillesse.

La Cour formule les recommandations suivantes :

9. préférer plutôt la remise en cause de « niches sociales » qu'une augmentation générale de taux ;

10. réserver prioritairement tout prélèvement supplémentaire au financement de la dette sociale et, de façon subsidiaire, au retour à l'équilibre du FSV ;

11. unifier progressivement dans cette perspective les taux applicables aux revenus d'activité et aux revenus de remplacement au-delà d'un certain plafond en particulier dans le cas des pensions de retraite ;

12. clarifier les conditions d'affectation de la CSG et la nature des dépenses qu'elle a vocation à financer ;

13. intégrer dans la CSG ses déclinaisons additionnelles, à l'exclusion de la CRDS.

Chapitre V

La maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur

PRESENTATION

Les niches sociales recouvrent l'ensemble des exonérations, réductions et abattements d'assiette ou de taux applicables aux prélèvements finançant la sécurité sociale et, plus généralement, les dispositifs qui entraînent, une perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale en raison de règles dérogatoires.

Poursuivant de multiples objectifs, elles représentent de lourds enjeux pour les finances publiques. En effet, leur évolution tendancielle est dynamique et leur montant, tel qu'estimé à partir de leur présentation, incomplète, en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, est d'environ 52 Md€, soit au minimum 12 % des ressources de la sécurité sociale ou 2,6 points de PIB. Leur importance contribue à une architecture de prélèvements caractérisée par des taux nominaux élevés et une assiette érodée en raison d'exceptions nombreuses, sources de complexité et d'inégalités.

La Cour y a consacré un chapitre dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2007[166] *puis dans celui de 2010*[167]*, ce qui l'avait conduite à formuler une série de recommandations.*

Le cadre des niches sociales a évolué depuis lors avec l'instauration des lois de programmation des finances publiques ; une première tentative d'évaluation générale a été réalisée en 2011; de nombreuses modifications ont été apportées depuis trois ans à différents dispositifs.

La Cour a cherché dans ces conditions à apprécier les efforts ainsi déployés et à mesurer leurs résultats.

Il lui apparaît que l'estimation des pertes de recettes résultant des niches sociales est toujours floue (I) et que la maîtrise de leur coût est demeurée nettement insuffisante malgré les mesures prises depuis 2011 (II). Une stratégie plus cohérente, plus méthodique et plus rigoureuse de réduction de leur nombre et de leur coût s'impose ainsi comme une priorité (III).

166. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre VI : l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général, La Documentation française, septembre 2007, p. 137-166, disponible sur www.ccomptes.fr.

167. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre IV : le suivi des recommandations formulées par la Cour sur les niches sociales, La Documentation française, septembre 2010, p. 87-108, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Une estimation toujours floue

La connaissance des niches sociales et de leur coût est la première condition de leur maîtrise. Une annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS)[168] instituée par la loi organique du 2 août 2005[169], les énumère et évalue leur impact financier pour l'État, lorsque celles-ci font l'objet d'une compensation[170], ou pour la sécurité sociale en l'absence de compensation.

Les multiples finalités des niches sociales

L'annexe 5 décrit un peu moins de 200 dispositifs dérogatoires, très divers et de toute taille. En réduisant le montant des prélèvements, ils créent des incitations, de portée générale ou ciblée, dans le cadre de politiques publiques, comme celles en faveur de l'emploi ou de l'épargne, et des avantages sectoriels ou catégoriels pour tenir compte de situations particulières, parfois datées. Les niches prennent en général la forme d'une exonération (le prélèvement normal est calculé mais il donne lieu à une réduction) ou d'une exemption d'assiette (l'intégralité du montant sur lequel est assis le prélèvement n'est alors pas pris en compte).

La principale mesure compensée par l'État est la réduction générale des cotisations patronales jusqu'à 1,6 SMIC, avec pour objectif l'amélioration de la compétitivité des entreprises et le soutien de l'emploi. Les autres exonérations compensées visent des publics particuliers (apprentis, auto-entrepreneurs), certains secteurs économiques (travailleurs occasionnels dans le secteur agricole, marins salariés) ou géographiques (outre-mer, zones franches urbaines, zones de revitalisation rurale). La compensation peut prendre la forme d'une affectation à la sécurité sociale du produit d'impôts et de taxes, comme pour les allègements généraux de charges, ou de dotations budgétaires.

Les mesures dérogatoires qui ne sont pas compensées par l'État et dont le coût est ainsi supporté par la sécurité sociale, comprennent :

- des mesures d'exemptions ou d'abattement d'assiette qui portent principalement sur la protection sociale complémentaire en entreprise, la participation financière et l'actionnariat des salariés, les aides directes aux

168. Annexe 5 de la loi de financement de la sécurité sociale, *Présentation des mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leurs compensations*.

169. Article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

170. La loi du 25 juillet 1994 a instauré l'obligation d'une compensation financière par l'État des mesures d'exonération de cotisations sociales instituées à compter de son entrée en vigueur. Ce principe de compensation a été codifié à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale et renforcé par des lois ultérieures, notamment celle du 13 août 2004 qui l'étend aux réductions de cotisations sociales, aux réductions et exonérations de contributions sociales et aux réductions ou abattements d'assiette. La loi de financement pour 2009 a fixé une liste d'exceptions au principe de compensation de l'article L. 131-7.

salariés (comme les titres restaurant) et les indemnités de rupture. Il s'agit aussi de déductions forfaitaires en faveur de professions très diverses, sans raisons autres qu'historiques car elles ont été supprimées depuis longtemps en matière d'impôt sur le revenu ;

- des mesures d'exonération en matière d'emploi (contrats unique d'insertion, contrats d'avenir), de soutien à certaines activités (aides à domicile, créateurs d'entreprises) ou d'épargne (exonérations ou abattements sur les revenus du capital, comme les livrets réglementés).

L'annexe 5 reste marquée par des imprécisions anormales de méthode, des lacunes importantes de périmètre et des approximations de présentation, qui ont pour résultat un chiffrage du coût des niches sociales bien inférieur à la perte réelle de recettes qu'elles occasionnent.

A – Un périmètre imprécis

1 – Une définition incomplète de la norme

Les niches sociales constituent des mesures dérogatoires aux règles de droit commun. La partie introductive de l'annexe 5 présente les normes auxquelles ces dispositifs font exception avec les indications reprises dans le tableau suivant.

Tableau n° 45 : normes en matière de prélèvements sociaux selon l'annexe 5 du projet de loi de financement pour 2013

Assiettes	Prélèvements normalement appliqués
Sommes versées aux actifs en lien avec une activité professionnelle (y compris les sommes qui se substituent aux revenus professionnels le cas échéant)	Cotisations sociales, CSG, CRDS (prélèvement proportionnel à l'intégralité de la rémunération, sauf pour la vieillesse où une partie des cotisations est plafonnée)
Revenus de remplacement versés aux personnes ayant cessé toute activité (pensions de retraite et d'invalidité)	CSG, CRDS
Revenus du capital	CSG, CRDS, prélèvements au profit du FSV, de la CADES, de la branche vieillesse du régime général et d'autres organismes ou fonds dans le domaine de la solidarité
Vente de produits dont la consommation excessive peut être néfaste pour la santé	Taxes spécifiques (sur les alcools et les tabacs en particulier, sur les boissons sucrées et édulcorées)
Minima sociaux, allocations familiales et allocations logement	Aucun prélèvement sauf CRDS sur les allocations familiales et allocations logement

Source : Cour des comptes d'après annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Cette présentation, cependant, n'apporte pas de précisions suffisantes pour déterminer les dispositions dérogatoires.

Ainsi :

- les taux auxquels sont assujetties les différentes assiettes ne sont pas mentionnés. La présentation de la norme ne permet pas de déterminer si, pour un prélèvement donné, l'application d'un taux particulier constitue une niche sociale ou une modalité particulière de calcul.

  Les allègements généraux de charges jusqu'à 1,6 SMIC (dits « Fillon ») demeurent ainsi considérés comme une niche sociale, de loin la plus massive (près de 21 Md€). Pourtant, comme la Cour l'a déjà relevé[171], l'affectation pérenne de ressources fiscales à la sécurité sociale depuis 2011 en compensation de ces exonérations et sans tenir compte de l'évolution annuelle de leur coût effectif, devrait conduire à prendre les dispositions juridiques nécessaires afin que les taux progressifs qui en résultent fassent partie du barème lui-même des cotisations sociales. De cette manière, il serait mis fin à l'affichage d'un niveau de prélèvements sur les salaires plus élevé qu'il n'est en réalité et les abattements ne seraient plus présentés comme des dérogations ;

- toutes les assiettes qui font l'objet de prélèvements finançant la sécurité sociale ne sont pas récapitulées.

  Il s'agit surtout de celles relatives à des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale (ITAF), qui ne font l'objet d'aucune mention, hormis pour les taxes sur les ventes de produits dont la consommation excessive peut être néfaste pour la santé (droits de consommation sur les tabacs et les boissons alcoolisées essentiellement). De même, la présentation de la norme ne permet pas de déterminer les cotisations qui, sans mesure dérogatoire, seraient dues pour les versements faits par les employeurs pour les systèmes de retraite à prestations définies (« retraites chapeau »), qui ne peuvent être considérées comme les autres éléments de rémunération puisqu'elles ne sont pas individualisables par salarié et que les prestations correspondantes sont conditionnelles (subordonnées à l'achèvement de la retraite dans l'entreprise).

171. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre V : le financement de la sécurité sociale par l'impôt, La Documentation française, septembre 20012 p. 137-133, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 – Des disparités de méthode d'estimation

L'estimation du coût des niches sociales, à l'image de celle des dépenses fiscales, repose, par convention, sur l'évaluation des pertes initiales de recettes, c'est à dire toutes choses égales par ailleurs. Le comportement des redevables est en effet supposé inchangé, hypothèse étant faite que les assiettes sur lesquelles s'effectuent les prélèvements seraient les mêmes sans les dispositifs dérogatoires[172].

Cette méthode est mise en œuvre pour les exonérations ou les réductions de cotisations, dans la mesure où la cotisation est toujours calculée avant de faire l'objet d'une exonération ou d'une réduction.

Tel n'est pas le cas pour les exemptions d'assiette, qui portent sur un montant de près de 50 Md€[173]. Il aurait fallu déterminer, par une simulation[174], les cotisations qui auraient été versées si l'intégralité de l'assiette avait été soumise à cotisations. Les estimations de coût présentées dans l'annexe 5 ne sont pas fondées sur de telles simulations et sous-évaluent, de façon systématique, la perte pour les finances sociales qui résulte de ces exemptions d'assiette.

B – Les impôts et taxes affectés : un angle mort

Le code de la sécurité sociale prévoit que l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale ne porte que sur les niches relatives aux cotisations et contributions de sécurité sociale, sans mentionner celles qui affectent les autres ressources de la sécurité sociale que sont notamment les impôts et taxes qui lui ont affectés (ITAF).

---

172. C'est-à-dire qu'en leur absence, les acteurs économiques ne réduiraient pas l'assiette des prélèvements et consacreraient donc un montant plus important, prélèvement compris, au financement de l'objet du prélèvement.

173. Les exemptions d'assiette concernent principalement la participation financière et l'actionnariat salarié (participation, intéressement, plan d'épargne-entreprise, *stock-options*) avec une assiette de 19,1 Md€ en 2012 selon l'annexe 5, les versements des employeurs pour la protection sociale complémentaire en entreprise (prévoyance complémentaire, retraites supplémentaires, PERCO), avec une assiette de 16,9 Md€, les aides directes consenties aux salariés (titres restaurant, chèques vacances, avantages accordés par les comités d'entreprise, CESU préfinancé), avec une assiette de 7,4 Md€ et les indemnités de rupture (licenciement, mise à la retraite, rupture conventionnelle), avec une assiette de 4,9 Md€.

174. Notamment en matière de cotisations vieillesse pour calculer la proportion de l'assiette exemptée située en deçà et au-delà du plafond de la sécurité sociale.

Le tome 2 « dépenses fiscales » du fascicule « voies et moyens » joint au projet de loi de finances ne contient plus, pour sa part, depuis le projet de loi de finances pour 2013[175], aucune information sur les mesures dérogatoires portant sur les impôts affectés à la sécurité sociale.

Aucune loi financière n'impose donc de répertorier et de décrire les niches relatives à ces prélèvements qui représentent en 2012 un montant total supérieur à 50 Md€. Ce défaut d'information du Parlement est d'autant plus anormal qu'il n'y a plus d'impôt partagé entre l'État et la sécurité sociale, à l'exception d'une quote-part de TVA retracée dans un compte de concours financiers.

Certes, pour combler cette lacune, l'annexe 5 présente malgré tout certaines niches relatives aux ITAF, mais elle le fait de façon non exhaustive et très imparfaite, notamment parce qu'elle ne définit pas la norme s'appliquant à chacun de ces prélèvements.

C – Un chiffrage très incertain

1 – Des niches sociales encore non répertoriées

La Cour avait relevé en 2010 que toutes les niches sociales n'étaient pas répertoriées.

Depuis lors, l'annexe 5 a été complétée sur certains points. Ont ainsi été mentionnés :

- en 2011, la mesure permettant aux particuliers employeurs de choisir une assiette horaire forfaitaire égale au SMIC pour leurs salariés[176], même si leur rémunération est supérieure ;
- en 2012, le plafonnement de la cotisation maladie des travailleurs indépendants[177] ;
- en 2012, l'exonération de la taxe sur les véhicules de société pour les véhicules électriques ou roulant au GPL et au biocarburant.

175. Jusqu'au projet de loi de finances pour 2012, dans la partie consacrée au chiffrage des dépenses fiscales, les mesures relatives à quelques ITAF étaient néanmoins recensées (taxe sur les salaires, droits sur les tabacs et alcools, taxe sur les conventions d'assurance), mais sans chiffrage, sauf pour la taxe sur les conventions d'assurance.

176. Mesure supprimée par la loi de financement pour 2013 (coût estimé pour 2011 : 340 M€).

177. Mesure supprimée par la loi de financement pour 2013 (coût estimé pour 2012 : 410 M€).

Malgré ces compléments, la présentation des niches sociales n'est toujours pas exhaustive. Des niches importantes ne sont pas mentionnées :

- l'allègement de cotisations d'assurance maladie, vieillesse et d'allocations familiales pour les praticiens et auxiliaires médicaux. Ce dispositif constitue une niche sociale puisqu'il est construit selon les mêmes principes que les autres exonérations compensées, à la différence que les cotisations ne sont pas prises en charge par l'État, mais par l'assurance maladie. Le coût de cette niche s'élève, selon les comptes du régime général, à 2,2 Md€ en 2011 ;
- la mesure autorisant la double déduction pour frais professionnels des travailleurs indépendants[178] ;
- l'exonération de cotisation forfaitaire d'assurance maladie pour les étudiants boursiers (coût d'environ 130 M€)[179] ;
- les exonérations sur les préretraites, dont le chiffrage n'est pas disponible ;
- les exonérations de taxe sur les salaires et l'abattement sur la cotisation alcool dans les DOM, dont le chiffrage n'est pas disponible.

2 – Des mesures non chiffrées ou mal chiffrées

Toutes les mesures répertoriées ne font pas l'objet d'un chiffrage, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 46 : mesures dérogatoires 2012 présentées dans l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale

En M€

	Mesures	Dont chiffrées		Dont non chiffrées
		nombre	montant	nombre
Allègements généraux	2	2	20 773	-
Prélèvements sur les revenus d'activité avec compensation	38	37	6 099	1
Prélèvements sur les revenus d'activité sans compensation	92	39	13 044	53
Prélèvements sur les revenus de remplacement ou de substitution	7	7	6 869	0
Prélèvements sur les revenus du capital	6	5	4 850	1
Impôts et taxes affectés autres que les prélèvements sur les revenus	12	11	964	1
Total	157	101	52 609	56

Source : Cour des comptes d'après l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

178. Mesure supprimée par la loi de financement pour 2013 (coût estimé pour 2012 : 575 M€).

179. Sur le fondement de l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.

Si certaines mesures qui ne font pas l'objet d'un chiffrage représentent un faible coût, par exemple la mesure relative aux énoiseurs[180], d'autres portent sur des montants élevés, comme celle relative aux artistes du spectacle et aux mannequins[181], pour lesquels la masse salariale mentionnée est de 740 M€ pour l'année 2011.

Pour la fonction publique, les cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales ne sont calculées que sur le traitement indiciaire et non sur les primes. Cette disposition n'est qu'évoquée dans l'annexe 5, sans faire l'objet d'un chiffrage. La Cour évaluait en 2010 le coût de cette mesure dérogatoire à 6 Md€[182].

Enfin, des anomalies ou imprécisions affectent certains chiffrages :

- les mesures portant sur les revenus de remplacement et de substitution (taux de CSG réduit) ne font pas l'objet d'un chiffrage mesure par mesure, mais seulement global, pour un montant de 6,7 Md€. De plus, ce montant n'a pas été actualisé dans l'annexe au PLFSS pour 2013 où il est resté calculé sur les assiettes 2008 ;
- la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels pour certaines professions, qui varie selon les cas de 10 à 30 %, représente une perte d'assiette estimée à 2,7 Md€. L'annexe 5 estime son coût à 1,2 Md€, alors que l'application de la méthode décrite par la même annexe conduit à un coût de 0,84 Md€ ;
- l'évaluation du coût de l'exonération de cotisation de solidarité pour les associés d'exploitations agricoles ne participant pas aux travaux remonte à 2006 (20 M€), alors que les données à la base du calcul ont très fortement évolué depuis cette date.

S'agissant de la CSG, l'annexe 5 cite certains cas d'exonérations, comme sur les pensions de retraite, mais ne présente pas de façon systématique les exceptions à la norme ni de chiffrage pour chacune de ces dérogations, alors même qu'elles portent sur des assiettes élevées (revenus de remplacement, apprentissage et formation professionnelle,

180. Sur le fondement d'un arrêté du 5 février 1985, les travailleurs à qui sont confiées, à leur domicile, des noix entières aux fins d'en extraire les cerneaux bénéficient d'une assiette des cotisations égale à 0,08 € par kilo de noix traitées.

181. Leurs cotisations sont réduites de 30 % et les engagements de courte durée et les spectacles occasionnels bénéficient de dispositions particulières (assiettes forfaitaires et plafonnement des cotisations vieillesse).

182. La Cour a évoqué à plusieurs reprises cette niche sociale, en particulier dans les *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2004, 2005, 2006, 2007* et *2010*, disponibles sur www.ccomptes.fr.

prestations familiales, allocations à caractère social, épargne réglementée, plus-values immobilières notamment).

3 – Un récapitulatif des pertes de recettes très incomplet

L'annexe 5 comporte un tableau de synthèse censé récapituler les mesures dérogatoires mentionnées dans le document. Ce tableau, repris ci-après, constitue la seule information synthétique et publique sur le coût des niches.

Tableau n° 47 : tableau de synthèse de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013

En M€

	2011	2012	2013
Allègements généraux	20 767	20 773	20 757
Mesures d'exonération compensées	6 757	6 125	3 566
Mesures d'exonération non compensées	3 049	3 078	3 282
Exemptions d'assiette	9 229	8 314	6 473
Total mesures d'exonération et d'exemption d'assiette	**39 802**	**38 291**	**34 078**

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Ce tableau ne récapitule pas fidèlement les estimations de coût qui figurent dans les fiches de présentation des mesures dérogatoires présentées dans l'annexe 5 :

- il ne porte que sur les mesures relatives aux revenus d'activité. Il exclut ainsi celles portant sur les revenus de remplacement et du capital et les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale. Certaines de ces mesures font néanmoins l'objet d'un chiffrage, estimé pour 2012 à 5,8 Md€, qui n'est ainsi pas repris dans le tableau récapitulatif ;
- diverses mesures portant sur les revenus d'activité et présentées dans l'annexe ne sont pas prises en compte, pour un total de 1,5 Md€ (assiette forfaitaire pour les particuliers employeurs et déduction forfaitaire pour frais professionnels).

Par ailleurs, la présentation du coût des exemptions d'assiette agrège la perte estimée de recettes qu'elles occasionnent avec le rendement attendu des prélèvements spécifiques, tel que le forfait social, mis en place sur les revenus bénéficiant de ces exemptions pour compenser partiellement ces dernières. Les prélèvements et les montants pris en compte ne sont nulle part mentionnés. Cette présentation contractée ne permet pas d'appréhender la réalité du coût de ces niches ni leur dynamique. Il est indispensable que les présentations de l'annexe 5

distinguent les estimations de pertes de recettes brutes induites par ces exemptions d'assiette du produit de ces prélèvements compensatoires.

Les prélèvements spécifiques sur les revenus bénéficiant d'exemptions d'assiette

Instaurés depuis une dizaine d'années, ces prélèvements spécifiques réduisent une partie de l'avantage tiré d'une exemption d'assiette de certains prélèvements sociaux. Le forfait social, créé en 2009, porte ainsi sur les gains et rémunérations assujettis à la CSG sur les revenus d'activité mais exclus de l'assiette des cotisations sociales (participation, intéressement, épargne salariale, retraite et prévoyance complémentaire, plans d'épargne pour la retraite collectifs – PERCO -). De même, des prélèvements particuliers ont été mis en place sur les options de souscription et d'achat d'actions (*stock-options*) et les attributions d'actions gratuites ainsi que sur les versements à des régimes de retraite qui ouvrent certains droits à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire (« retraites chapeau »).

Enfin, l'impact financier des mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours, ainsi que celles proposées pour l'année à venir[183], ne fait pas l'objet d'une présentation stable dans l'annexe 5 du projet de loi de financement. Aucun tableau récapitulatif chiffré des mesures nouvelles n'y figure en 2012 et en 2013.

Des incidences considérables mais non évaluées pour les régimes de protection sociale conventionnels

S'agissant d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale qui définit le contenu de l'annexe 5 n'impose de mesurer l'impact des mesures dérogatoires que pour les régimes obligatoires de base ou les organismes concourant à leur financement.

Pour autant, lorsque les mesures dérogatoires portent sur les règles de détermination d'assiette des cotisations sociales, par exemple en excluant de l'assiette certains éléments de rémunération comme la participation aux résultats ou le financement de la prévoyance complémentaire, elles ont un impact direct sur les recettes des régimes conventionnels de protection sociale comme l'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire obligatoire.

183. Sur le fondement de l'article LO. 111-4-III-5° du code de la sécurité sociale.

Leur incidence sur ces régimes ne fait l'objet d'aucune évaluation complémentaire ni d'aucun récapitulatif. Elle est pourtant considérable. Selon les estimations de la Cour, la perte de recettes qu'elles entraînent pour eux est supérieure à 7,4 Md€[184], sans toutefois méconnaître que l'augmentation de cotisations qui résulterait d'une décision de revenir sur ces dispositions dérogatoires serait créatrice de droits, qui augmenteraient, à terme, les dépenses des régimes conventionnels de protection sociale.

L'annexe 5 gagnerait à présenter, à titre d'information complémentaire, ces coûts dérivés pour ces régimes dès lors que ces derniers sont pris en compte pour la détermination du besoin de financement des administrations publiques.

Au total, un périmètre toujours trop restreint de présentation exclut de l'analyse de l'ordre de 25 % des ressources de la sécurité sociale et les insuffisances de méthode et de chiffrage aggravent la sous-estimation du coût des niches sociales.

II - Des efforts de maîtrise insuffisants

Avec l'instauration des lois de programmation des finances publiques, un cadre juridique a été mis en place pour les niches sociales mais il s'est révélé instable et sa portée a été réduite. Si des mesures ayant un rendement financier significatif ont été prises depuis 2011, elles n'ont pas permis la maîtrise effective de dispositifs dont la dynamique est sous-estimée. Enfin, l'évaluation de l'efficacité des niches sociales engagée dans le cadre de la première loi de programmation des finances publiques est restée inachevée.

A – Un encadrement devenu peu contraignant

Les trois lois de programmation des finances publiques successives, pour les périodes 2009-2012, 2011-2014 puis 2012-2017 ont défini des règles, cependant fortement évolutives, pour encadrer les niches sociales[185]. Cet encadrement, en partie commun avec celui régissant les dépenses fiscales, porte sur l'information du Parlement, sur

184. En fonction d'une assiette exonérée de 51,9 Md€ en 2012 selon l'annexe 5 et en retenant comme taux de prélèvement celui appliqué aux non cadres pour le chômage et la retraite complémentaire, soit 14,2 %.

185. Loi n° 2009-135 du 9 février 2009, loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010, loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012.

la maîtrise de leur coût, sur leur durée et, enfin, sur l'évaluation de leur efficacité.

S'agissant de la maîtrise du coût, les lois de programmation ont prévu successivement :

- pour la première, que la création, la suppression ou la modification des mesures devaient se faire sans augmentation globale de leur coût, les mesures aggravant le coût global des niches devant être compensées par des diminutions d'un montant équivalent ;
- pour la deuxième, une stabilisation du coût global en valeur des niches sociales à périmètre constant, comme pour les dépenses fiscales, dans le cadre d'un objectif d'augmentation des recettes fiscales et sociales de 20 Md€ sur la période 2011-2014 ;
- enfin, pour celle portant sur la période 2012-2017, la suppression de l'obligation de plafonnement du coût des niches sociales, contrairement aux dépenses fiscales[186]. Les évolutions des niches sociales s'insèrent désormais dans un effort structurel global en matière de prélèvements obligatoires, concentré sur le début de la période (1,1 point de PIB en 2012 et 1,6 point de PIB en 2013), et ne sont plus soumises à des mécanismes spécifiques de stabilisation de leur coût.

Pour ce qui concerne la limitation dans le temps des nouvelles mesures :

- les deux premières lois de programmation avaient prévu que toute nouvelle mesure ne pouvait durer plus de quatre ans ;
- la loi pour 2012-2017 dispose désormais que les nouvelles mesures sont applicables pour une durée limitée qui doit être précisée par le texte qui les institue.

S'agissant de l'évaluation de l'efficience et de l'efficacité des niches sociales, les lois de programmation prévoyaient, comme pour les dépenses fiscales :

- pour les deux premières, une évaluation pour le 30 juin 2011 au plus tard des mesures en vigueur en février 2009 et une évaluation dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de toute nouvelle mesure ;
- pour la plus récente, l'obligation d'une évaluation chaque année par cinquième des dispositifs dérogatoires ainsi que de ceux qui, aux termes du texte qui les a institués, cesseront de s'appliquer dans les douze mois.

186. Le montant annuel des dépenses fiscales reste plafonné à 70,8 Md€, hors crédit d'impôt compétitivité emploi.

Les dispositions relatives à la maîtrise du coût global des niches sociales ont ainsi été modifiées à plusieurs reprises, dans un sens au final moins contraignant.

B – Une maîtrise des coûts inaboutie

1 – Des mesures significatives depuis 2011

a) En moyenne, 4 Md€ de recettes supplémentaires chaque année (hors impôts et taxes affectés)

Sur la période de 2007 à 2010 précédemment examinée par la Cour, le coût de l'exonération des heures supplémentaires instaurée par la loi du 21 août 2007 avait plus que compensé les effets des réductions de certaines niches et de la création du forfait social.

Depuis 2011, des mesures significatives ont été prises. Selon les estimations associées aux lois de financement, elles devraient permettre de réduire les pertes de recettes induites par les niches sociales de 3,5 Md€ en 2011, 2,1 Md€ en 2012 et 6,4 Md€ en 2013, soit une moyenne de 4 Md€ par an et un effet cumulé de 12 Md€ sur trois ans. Ces mesures, dont le détail est présenté ci-après en annexe, ont porté sur des modifications de niches sociales et des augmentations de prélèvements spécifiques sur les revenus bénéficiant d'exemptions d'assiette, comme le forfait social.

Tableau n° 48 : estimation des effets des modifications de niches sociales et des hausses de prélèvements sur revenus bénéficiant d'exemptions

En M€

	Cumul 2007-2010	2011	2012	2013	Cumul 2011-2013
Total des mesures nouvelles	+1 066	-3 474	-2 126	-6 380	-11 980
dont modifications de niches	*+2 722*	*-2 944*	*-1 057*	*-4 007*	*-8 008*
dont hausse de prélèvements	*-1 706*	*-530*	*-1 069*	*-2 373*	*-3 972*

Note de lecture : un signe – traduit une réduction du coût des niches, un signe + une aggravation de leur coût.

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, lois de financement de la sécurité sociale et lois de finances de 2011 à 2013, direction de la sécurité sociale.

Les deux tiers des effets attendus de 2011 à 2013 proviennent des modifications de niches sociales (8 Md€ en cumulé), un tiers des augmentations de prélèvements spécifiques sur les revenus bénéficiant

d'exemptions d'assiette (4 Md€ en cumulé), en premier lieu le forfait social.

Des modifications ciblées de niches sociales

De 2011 à 2013, 31 mesures de suppression, modification ou création de dispositifs dérogatoires ont été prises : 23 ont eu pour objectif de diminuer le coût des niches sociales ; 8 ont conduit à l'augmenter. L'essentiel du produit attendu des réductions de niches a reposé chaque année sur deux à trois mesures importantes :

- en 2011, l'annualisation du calcul des allègements généraux (2 Md€) et les mesures concernant les particuliers employeurs et les services à la personne (570 M€) ;
- en 2012, l'intégration des heures supplémentaires pour le calcul des allègements généraux au 1er janvier (300 M€) et la suppression des allègements de charges pour les heures supplémentaires dans les entreprises de plus de 20 salariés (980 M€ à compter du 1er septembre) ;
- en 2013, l'effet en année pleine de la remise en cause des allègements pour les heures supplémentaires (2,2 Md€), les mesures concernant les travailleurs indépendants (1,2 Md€, avec la suppression de la double déduction pour frais professionnels et du plafonnement de cotisation maladie, ainsi que la réintégration d'une fraction des dividendes dans l'assiette) et les particuliers employeurs (475 M€, avec la suppression de l'assiette forfaitaire).

Des hausses de prélèvements spécifiques

Sur les 4 Md€ de recettes cumulées sur trois ans à ce titre, les hausses successives de taux et l'élargissement d'assiette du forfait social représentent une recette supplémentaire de 3,5 Md€. Instauré en 2009 avec un taux de 2 %, le forfait social a vu son taux augmenter progressivement jusqu'à 20 % à compter du 1er août 2012[187], et son assiette élargie en 2013 aux indemnités de rupture. Par ailleurs, les prélèvements sur les options de souscription et d'achat d'actions ont été relevés à deux reprises (janvier 2011 et juillet 2012), et celui sur les « retraites chapeau » début 2011.

187. Passage de 4 à 6 % le 1er janvier 2011, à 8 % le 1er janvier 2012 puis à 20 % au 1er août 2012.

b) Des mesures positives également en matière d'impôts et taxes affectés

Parallèlement, mais non retracées dans l'annexe 5, des mesures ont porté sur différentes niches affectant les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, se traduisant par 2,8 Md€ de recettes supplémentaires sur 2011-2013, dont 2,2 Md€ au titre de la taxe sur les conventions d'assurance étendue aux contrats collectifs solidaires et responsables d'assurance maladie complémentaire[188] et 0,5 Md€ en matière de taxe sur les salaires (alignement sur l'assiette de la CSG et création d'une tranche additionnelle).

2 – Une complexité persistante

a) Peu de suppressions de niches sociales

Sur la période 2011-2013, neuf dispositifs ont été supprimés pour un gain total estimé à 4,7 Md€, dont 3 Md€ avec la seule remise en cause des allègements de charges sur les heures supplémentaires pour les entreprises de plus de 20 salariés et, pour l'essentiel du solde, les mesures précitées concernant les travailleurs indépendants et les particuliers employeurs.

Par ailleurs, 14 niches sociales ont été modifiés pour un rendement estimé de 3,6 Md€, avec principalement des ajustements de paramètres de calcul (dont 2 Md€ au titre de l'annualisation précitées du calcul des allègements généraux) ou des modifications concernant des publics particuliers (travailleurs occasionnels dans le secteur agricole, particuliers employeurs, élus locaux notamment).

Enfin, huit mesures ont augmenté le coût des niches sociales de près de 600 M€, dont quatre créations, avec en particulier l'instauration d'un régime de prélèvement dérogatoire pour la prime de partage de profit en 2011[189] (300 M€) et, en 2013, d'une exonération dégressive de la cotisation maladie minimale des indépendants (90 M€) et d'un abattement général de 75 centimes par heure pour les particuliers employeurs, pour compenser partiellement la suppression d'autres niches les concernant plus coûteuses pour les finances sociales.

188. 1,1 Md€ au 1er janvier 2011, 1,1 Md€ au 1er octobre 2011.

189 . Exonération à hauteur de 1 200€ par an et par salarié des cotisations et contributions sociales obligatoires, à l'exception de la CSG, CRDS et du forfait social.

b) Des exemptions d'assiette qui perdurent

Les modifications apportées depuis trois ans aux exemptions d'assiette n'ont eu qu'une portée financière relativement limitée, avec principalement la suppression du forfait pour les particuliers employeurs, l'abaissement à deux reprises du plafonnement des indemnités de rupture et l'intégration des revenus immobiliers des non-résidents dans l'assiette des prélèvements sociaux[190].

Si les relèvements du forfait social et des autres prélèvements spécifiques réduisent les pertes de recettes pour la sécurité sociale induites par les exemptions d'assiette, ils ne les remettent pas en cause non plus. Au contraire, ils les consolident alors qu'elles ont des conséquences financières importantes mais occultées sur l'assurance chômage et les systèmes de retraite complémentaire. En outre, ces prélèvements spécifiques intègrent eux-mêmes des exceptions particulières, source d'illisibilité et de complexité.

Au total, l'architecture et la diversité des niches sociales ont été pour l'essentiel conservées.

3 – Une dynamique sous-estimée

Sur la période 2009-2012 et à périmètre comparable, l'augmentation tendancielle du coût des niches sociales compense l'effet des mesures d'augmentation des recettes, principalement pour les niches ne faisant pas l'objet de prise en charge par l'État.

a) À périmètre comparable, une dynamique des niches qui compense les recettes supplémentaires jusqu'en 2012

La Cour a cherché à mesurer l'évolution du coût des niches sociales entre 2009 et 2012, à périmètre comparable[191], à partir et dans la limite des informations des annexes 5 des projets de loi de financement successifs.

190. Par ailleurs, divers mouvements d'assiette ont affecté la CSG, en particulier les élargissements successifs réalisés en matière de revenus du capital (cf. chapitre IV du présent rapport, « l'apport de la contribution sociale généralisée au financement de la sécurité sociale »).

191. C'est-à-dire en ne tenant compte que de l'ensemble des mesures dérogatoires chiffrées à la fois pour 2009 et pour 2012, ainsi que des mesures dérogatoires créées depuis 2009 (prises en compte depuis leur année de création) ou supprimées depuis 2009 (prises en compte jusqu'à leur suppression).

Tableau n° 49 : évolution à périmètre comparable du coût des niches sociales entre 2009 et 2012

En M€

	2009	2010	2011	2012
Allègements généraux	22,4	21,8	21,4	20,7
Autres mesures compensées	6,9	7,2	6,7	6,1
Mesures non-compensées	14,8	14,9	16,7	16,3
Total	**44,0**	**43,8**	**44,7**	**43,1**

Source : Cour d'après annexes 5 des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et 2013

Ce tableau fait apparaître, sur un périmètre comparable, un coût global en très faible diminution de 2009 à 2012. La dynamique propre de l'ensemble des niches a ainsi compensé l'essentiel des effets des mesures visant à leur diminution sur la période.

Cette progression est particulièrement marquée en ce qui concerne les mesures non compensées par l'État (+12 %), qui comprennent en particulier les exemptions d'assiette, alors que globalement, les allègements généraux de charges et les mesures compensées amorcent une décrue.

b) Une dynamique des niches non compensées par l'État entretenue par des textes autres que les lois financières

Depuis la loi organique du 2 août 2005, seules les lois de financement de la sécurité sociale peuvent créer ou modifier des mesures dérogatoires non compensées[192]. Pourtant, ces dispositions n'empêchent pas que la dynamique des niches non compensées soit entretenue par des textes autres que des lois de financement. Deux mécanismes jouent en ce sens.

Certains dispositifs sont créés par assimilation à d'autres existants et exonérés par extension de ces derniers.

C'est en particulier le cas dans le domaine de la politique de l'emploi, avec, par exemple, le contrat unique d'insertion qui bénéficie d'une exonération de cotisations et contributions sociales d'un coût

192. Article L.O. 111-3-IV du code la sécurité sociale, qui vise en particulier les créations ou modifications des mesures de réduction et d'exonération de cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base, toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions et toute modification des mesures non compensées.

estimé à 1,1 Md€ en 2011. Sa déclinaison pour le secteur non-marchand, le contrat d'accompagnement dans l'emploi, s'est substituée à différents contrats aidés existants par la loi du 1er décembre 2008 et a été étendue aux départements d'outre-mer par ordonnance. De la même façon, la loi du 26 octobre 2012 élargit le champ des contrats uniques d'insertion en créant les contrats d'avenir pour les jeunes de 16 à 25 ans, lesquels peuvent prendre la forme d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi bénéficiant de l'exonération de cotisations et contributions sociales précitée. Cette exonération s'est ainsi transmise d'un dispositif à l'autre.

La dynamique de certaines niches peut également être amplifiée par des dispositions législatives indépendantes de celles qui les ont instituées.

Ainsi, la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique de l'outre-mer a prévu qu'un accord régional ou territorial interprofessionnel peut permettre de verser aux salariés, dans les départements et collectivités d'outre-mer, un bonus exceptionnel qui est exclu de l'assiette des cotisations et contributions sociales, à l'exception de la CSG, de la CRDS et du forfait social, pour une durée de trois ans prolongé ensuite d'une année supplémentaire (coût estimé : 26 M€ en 2011).

De même, la loi sur la sécurisation de l'emploi, reprenant les dispositions de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, prévoit la généralisation progressive à tous les salariés d'une couverture collective des frais de santé respectant la définition des contrats solidaires et responsables qui bénéficient d'une exemption d'assiette en matière de prélèvements sociaux[193]. Selon l'étude d'impact associée au projet de loi, le coût à terme pour la sécurité sociale de cette généralisation se situe dans une fourchette de 375 à 540 M€.

Toute mesure se traduisant par une augmentation indirecte du coût d'une niche sociale non compensée qui, de ce fait, la ferait peser davantage sur les finances de la sécurité sociale, et non seulement la création ou la modification d'une niche sociale, devrait ainsi relever exclusivement d'une loi de financement. Les dispositions de la loi organique du 2 août 2005 devraient être complétées en ce sens. L'examen de mesures de ce type permettrait d'identifier des gages pour en contrebalancer les conséquences financières pour la sécurité sociale, de manière à éviter l'amplification de la dynamique des niches non compensées.

---

193. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI, les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 323-346, disponible sur www.ccomptes.fr.

C – Des mesures dérogatoires souvent inefficaces ou inefficientes

Un large processus d'évaluation des niches sociales a été engagé pour la première fois en 2010, comme pour les dépenses fiscales, sur le fondement de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012, et a donné lieu à un rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales[194] en juin 2011.

Sur 83 niches sociales, 46[195] ont donné lieu à une évaluation pour des montants précisés par le tableau suivant. .

Tableau n° 50 : périmètre des niches sociales de l'évaluation de juin 2011

En Md€

	Nombre	Montant
Niches sociales dans le périmètre de l'évaluation	83	41,2
dont mesures évaluées	*46*	*35,3*
dont mesures non évaluées	*37*	*5,9*

Source : Cour des comptes d'après rapport du comité d'évaluation de juin 2011

Les allègements généraux ne constituaient qu'une seule mesure sur les 46 évaluées mais 60 % du coût total. Le score[196] le plus élevé lui a été attribué par le comité d'évaluation. Le résultat de l'évaluation des 45 autres mesures est synthétisé par le tableau qui suit.

194. Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales présidé par M. Henri Guillaume, inspecteur général des finances, juin 2011.

195. 37 autres niches n'ont pas été évaluées en raison de l'indisponibilité des données nécessaires (pour 22 mesures) ou par manque de temps (pour 15 mesures).

196. Pour chaque mesure évaluée, le résultat a été synthétisé par un score, celui-ci prenant la valeur 0 pour une mesure non efficace, 1 pour une mesure efficace mais non efficiente, 2 pour une mesure efficace et faiblement efficiente, 3 pour une mesure efficace et efficiente.

Tableau n° 51 : bilan de l'évaluation des mesures dérogatoires par le comité d'évaluation de juin 2011

En nombre de mesures évaluées, hors allègements généraux

	Mesures compensées		Mesures non compensées		Ensemble des mesures	
Mesures inefficaces	5	28 %	12	44 %	17	38 %
Mesures efficaces et non-efficientes[197]	10	56 %	10	37 %	20	44 %
Mesures efficaces et faiblement efficientes	2	11 %	4	15 %	6	13 %
Mesures efficaces et efficientes	1	6 %	1	4 %	2	4 %
Ensemble	18	100 %	27	100 %	45	100 %

Source : rapport du comité d'évaluation de juin 2011 – Calculs Cour

Sur ces 45 autres mesures, le comité d'évaluation a considéré que 37 étaient inefficaces ou non efficientes (15 mesures compensées et 22 non compensées) : elles représentent plus de 90 % du coût total (81 % pour les mesures compensées et 99 % pour les mesures non compensées) des dispositifs évalués, hors allègements généraux de charges.

Toutes les conséquences de ces travaux d'évaluation n'ont pas été tirées.

Parmi les niches sociales considérées par le comité comme inefficaces ou inefficientes, l'exonération au titre des heures supplémentaires et complémentaires (3,2 Md€), dont le coût était le plus élevé, a été supprimée en 2012. Le coût net de certaines autres a été réduit du fait de l'augmentation du taux du forfait social. Mais des dispositifs évalués comme inefficaces ou inefficients qui représentent des coûts importants n'ont fait l'objet d'aucun réexamen, par exemple l'exonération des titres restaurants et des chèques vacances (1,3 Md€), celle portant sur les aides à domicile employées par un particulier fragile (0,9 Md€) ou celle concernant les entreprises et travailleurs indépendants implantés outre-mer (1,1 Md€).

L'annexe 5 ne fait pas mention au demeurant, pour les mesures qui ont fait l'objet d'une évaluation, du résultat de celle-ci. Elle ne fait qu'indiquer son existence.

197. L'efficience met en relation les résultats atteints avec les ressources financières utilisées.

Au total, les mesures significatives prises depuis trois ans ont ainsi pesé sur le coût global des niches sociales mais sans permettre de définir et mettre en œuvre une stratégie à même d'en assurer la maîtrise à long terme.

III - Une stratégie de réduction du nombre et du coût des niches sociales à mettre en œuvre résolument

La loi de programmation des finances publiques 2012-2017 du 31 décembre 2012 fixe un principe d'évaluation chaque année par cinquième des niches sociales. Il apparaît indispensable d'organiser et d'engager ce processus d'évaluation sans tarder, en s'appuyant sur une information exhaustive et rigoureuse portant sur l'ensemble des dérogations aux prélèvements sociaux et aux impôts et taxes affectés, et d'en tirer toutes les conséquences.

A – Informer de façon complète et homogène

Pour une meilleure maîtrise du coût des niches sociales, l'annexe 5 doit encore évoluer afin d'améliorer l'information sur l'ensemble des dispositifs dérogatoires.

Il est d'abord nécessaire de disposer d'un inventaire exhaustif des niches sociales, portant à la fois sur les cotisations et contributions sociales et sur les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale. Chaque niche doit être répertoriée. Les dispositifs qui, après analyse, ne seraient finalement pas qualifiés de dérogatoires, mais considérées comme une modalité particulière de calcul d'un prélèvement devraient être mentionnés en indiquant les considérations ayant conduit à les exclure de la liste.

Le coût pour chacune des mesures est à établir selon une méthodologie homogène et rigoureuse au regard d'une norme explicite et mieux définie, de manière notamment à indiquer, pour chacune des catégories de prélèvement, le taux de droit commun qui devrait être appliqué. L'actualisation régulière des éléments de calcul et une numérotation stable des mesures seraient souhaitables pour suivre leur évolution dans les documents budgétaires successifs [198]. Le tableau

198. La numérotation des mesures à l'annexe 5 n'est, en effet, pas stable d'une année sur l'autre contrairement à la pratique en matière de dépenses fiscales.

récapitulatif du coût des niches sociales gagnerait beaucoup à distinguer d'une part le coût brut des exemptions d'assiette, d'autre part les effets des relèvements de taux ou d'élargissement d'assiette des prélèvements spécifiques sur les revenus concernés par ces exemptions.

L'annexe 5 devrait de plus présenter non seulement le coût des niches pour la sécurité sociale mais aussi l'évaluation de leur efficacité et de leur efficience. À titre informatif, leur incidence sur les régimes conventionnels – assurance chômage et retraites complémentaires obligatoires - serait également à indiquer.

B – Organiser un processus rigoureux et exhaustif d'évaluation en application de la loi

L'obligation d'évaluation intégrale sur cinq ans, définie par la loi de programmation des finances publiques 2012-2017, n'a toujours pas été engagée. L'organisation et la mise en œuvre effective de cette évaluation apparaissent désormais urgentes.

Il convient d'arrêter en effet une structure de pilotage et un calendrier, de définir la méthode et les ressources mobilisables à cet effet au sein et, le cas échéant, en dehors des administrations, et de déterminer et d'afficher selon quel ordre, c'est-à-dire dans quelles tranches annuelles, les différentes niches seront évaluées.

L'évaluation devra en effet couvrir un champ plus large que celui de l'annexe 5 actuelle et porter aussi sur les dérogations à la norme de l'ensemble des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale. Elle est à associer à une analyse des dépenses fiscales dans tous les cas, relativement fréquents, où une politique publique recourt simultanément à ces deux types d'outils, afin de rechercher la mise en cohérence de dispositifs trop souvent sédimentés et conçus selon des logiques différentes.

Au regard de l'ampleur des pertes de recettes pour le financement de la sécurité sociale, les dispositifs dérogatoires non compensés par l'État, en particulier les dispositifs d'exemptions d'assiette, seraient à examiner en priorité.

Il importe que l'annexe 5 permette de rendre compte précisément chaque année au Parlement du processus d'évaluation mis en place et des résultats des travaux, de telle manière que puissent être intégrés au projet de loi de financement les réaménagements de dispositifs qui en découleraient pour assurer une maîtrise plus construite et durable des niches sociales.

*
* *

La Cour, pour sa part, a fait régulièrement des recommandations de remodelage ou de remise en cause de niches sociales dans le cadre du rapport annuel sur la sécurité sociale ou dans d'autres de ses travaux, ainsi que le Conseil des prélèvements obligatoires, qui lui est associé.

Sans reprendre ici celles portant sur la CSG, qui sont examinées au chapitre IV du présent rapport, ces recommandations ont porté en particulier sur les points suivants:

- les exonérations patronales dont disposent les particuliers employeurs âgés qui bénéficient par ailleurs de réductions fiscales (0,5 Md€)[199] ;
- l'exonération de cotisations d'assurance maladie et famille dont bénéficient les professionnels libéraux de santé (2,2 Md€)[200] ;
- les exemptions d'assiette relatives aux indemnités de rupture des contrats de travail et sur les « retraites chapeau » (au-delà des seuils actuels)[201] ;
- les exemptions d'assiette dont bénéficient les versements des employeurs au financement des plans d'épargne retraite collectifs (PERCO, 0,15 Md€)[202] ;

199. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XV : les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités, La Documentation française, septembre 2012, p. 435-458, disponible sur www.ccomptes.fr.

200. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux, La Documentation française, septembre 2012, p. 287-308, disponible sur www.ccomptes.fr.

201. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre IV : le suivi des recommandations formulées par la Cour sur les niches sociales, La Documentation française, septembre 2010, p. 85-108, disponible sur www.ccomptes.fr.

202. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XII : les aides publiques à l'épargne retraite, La Documentation française, septembre 2011, p. 347-371, disponible sur www.ccomptes.fr.

- les exemptions d'assiette dont bénéficie la participation de l'employeur au financement des contrats collectifs de couverture maladie complémentaire (2,3 Md€)[203].

Les cotisations salariales et patronales versées au titre de ces contrats collectifs santé et prévoyance bénéficiant de l'exemption sont néanmoins soumis à une taxe de 8 % affectée à la sécurité sociale, devenue forfait social au taux dérogatoire de 8 % depuis la loi de financement 2012. Un alignement sur le taux de 20 % du forfait social des cotisations salariales et patronales pour les contrats collectifs permettrait d'accroître de près de 1,2 Md€ les recettes de la sécurité sociale.

Cet examen pourrait être étendu à des mesures ne concernant que certains secteurs économiques ou des professions particulières et qui subsistent principalement pour des raisons historiques. C'est le cas déjà évoqué par la Cour des déductions forfaitaires spécifiques au titre des frais professionnels pour certaines professions[204], d'un coût d'environ 1 Md€.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Même si des progrès sont intervenus depuis la loi organique de 2005 et malgré les observations antérieures de la Cour, les insuffisances persistantes de méthode et de chiffrage des niches sociales conduisent à en sous-estimer la réalité et le coût.

Si des mesures significative ont été prises depuis trois ans, elles n'ont pas modifié l'architecture générale des niches sociales ni leur complexité et n'ont que partiellement infléchi une dynamique qui reste largement sous-estimée.

Une stratégie de révision systématique des niches sociales constitue ainsi un enjeu essentiel tant pour des considérations d'équité et d'acceptabilité des prélèvements que de meilleure efficacité, sans préjudice du soutien qui peut en résulter en termes de suppléments de ressources pour le respect de la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes

203. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-346, disponible sur www.ccomptes.fr.

204. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre VI : l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général, La Documentation française, septembre 2007, p. 137-166, disponible sur www.ccomptes.fr.

sociaux, même si son levier principal réside dans une stricte maîtrise des dépenses.

À cette fin, il convient, sans tarder, d'organiser et mettre en œuvre l'évaluation de l'ensemble des niches sociales en cinq ans comme le prévoit la loi de programmation des finances publiques 2012-2017. Il importe aussi, d'élargir le périmètre d'examen aux impôts et taxes affectés et de lever, dans le cadre d'une refonte qui s'impose de l'annexe 5, des incertitudes récurrentes de méthode, de chiffrage et de présentation, de telle manière que le débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale permette effectivement d'ici ce terme un réexamen au premier euro de l'opportunité et de la finalité de l'ensemble des différentes niches sociales, éclairé par les évaluations menées.

La Cour formule les recommandations suivantes :

14. intégrer dans le périmètre de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale les niches relatives à la CSG et aux impôts et taxes affectés à la sécurité sociale ;

15. clarifier et expliciter la norme de référence pour chaque type de prélèvement, notamment en y mentionnant précisément les taux, de façon à pouvoir distinguer, selon des règles homogènes, les dérogations à la norme des modifications de modalités de calcul ;

16. intégrer dans le barème des cotisations sociales patronales les allègements généraux de charges (recommandation réitérée) ;

17. planifier l'évaluation des niches sociales sur cinq ans, en commençant en priorité par celles comportant des exemptions d'assiette et les autres dispositifs non compensés par l'État ;

18. dans le cadre d'une stratégie de maîtrise du coût des niches sociales, présenter chaque année en loi de financement de la sécurité sociale les résultats de leur évaluation et les réformes envisagées pour remettre en cause les niches inefficaces ou inefficientes ;

19. réserver effectivement aux lois de financement de la sécurité sociale, en complétant à cette fin les dispositions organiques déjà prises, toute mesure se traduisant par une augmentation du coût d'une niche sociale non compensée par l'État.

Annexe : récapitulations des mesures nouvelles relatives aux prélèvements sociaux

(Note de lecture : un signe – traduit une réduction du coût des niches, un signe + une aggravation; LFSS : loi de financement de la sécurité sociale, LF : loi de finances)

Tableau n° 52 : récapitulation des suppressions, modifications et créations de dispositifs dérogatoires de 2011 à 2013 (périmètre actuel de l'annexe 5)

En M€

	2011	2012	2013
1- Mesures LFSS et LF 2013			**-1 708**
Travailleurs indépendants : suppression de la double déduction pour frais professionnel			-575
Travailleurs indépendants : déplafonnement de la cotisation maladie			-410
Auto-entrepreneurs : augmentation des taux			-130
Travailleurs indépendants : suppression de la réintégration partielle des dividendes dans l'assiette			-75
Particuliers employeurs : suppression de l'assiette forfaitaire			-475
Indemnités de fonction des élus locaux			-140
Travailleurs occasionnels agricoles			-90
Salariés repreneurs ou créateurs d'entreprises			-3
Particuliers employeurs : création d'un abattement général de 75 centimes/heure			+100
Travailleurs indépendants : création d'une exonération dégressive de la cotisation maladie minimale			+90
2-Mesures LFSS et LF 2012		**-1 305**	**-3 533**
Allègements généraux : prise en compte des heures supplémentaires au 1-1-2012		-300	-300
Suppression des allègements heures supplémentaires au 1-8-2012		-980	-3000
Indemnités de rupture : plafonnement de l'exonération		-45	-45
Indemnités de rupture : assujettissement au 1er euro au-delà de 10 plafonds de sécurité sociale		nd	nd
Assujettissement des revenus immobiliers des non-résidents		-50	-250
Prorogation d'un an du bonus exceptionnel outre-mer		+19	0
Lissage des effets de seuil des allègements généraux		nd	nd
Prorogation du dispositif zones franches urbaines		+11	+22
Extension de l'exonération pour les publics fragiles		+40	+40
3-Mesures LFSS et LF 2011	**-2 944**	**-2 696**	**-2 767**
Allègements généraux : annualisation du calcul	-2 000	-2 090	-2 185
Exonération des services à la personne : suppression pour les prestataires auprès de publics non fragiles	-260	-260	-260
Particuliers employeurs : suppression de l'abattement de 15 points	-310	-310	-310
Hôtels-cafés-restaurants : suppression de l'exonération sur certains avantages en nature	-120	-120	-120
Zones de revitalisation rurale : restriction de l'exonération aux entreprises de moins de 10 salariés	-110	-110	-110

	2011	2012	2013
Indemnité de rupture : plafonnement de l'exonération	-75	-75	-75
Assujettissement partiel des rémunérations versées par un tiers à l'employeur	-70	-70	-70
Suppression de l'exonération pour les contrats de retour à l'emploi et les contrats initiative emploi	-10	-10	-10
Intégration des revenus de location de terres et biens agricoles	-9	-9	-9
Suppression de l'exonération des indemnités de rupture versées dans le cadre d'un accord de GPEC	nd	nd	nd
Contrat de sécurisation de parcours professionnels	nd	+53	+62
Création de la prime de partage des profits	+20	+305	+320
4- Effets cumulés des mesures 2011-2013 (1+2+3)	**-2 944**	**-4 001**	**-8 008**
5- Diminution nette annuelle (N/N-1)	**-2 944**	**-1 057**	**-4 007**

Source : Cour à partir des LFSS et LF 2011 à 2013 et chiffrages DSS (mars 2013)

Tableau n° 53 : récapitulation des prélèvements spécifiques sur revenus avec exemptions d'assiette de 2011 à 2013 (périmètre actuel de l'annexe 5)

En M€

	2011	2012	2013
Mesures LFSS et LF 2013			**-330**
Forfait social : indemnités de rupture conventionnelle			-330
Mesures LFSS et LF 2012		**-1 035**	**-3 025**
Forfait social : hausse de 6 à 8%		-410	-410
Forfait social : hausse à 20%		-550	-2 300
Stock-options : augmentation des taux		-75	-315
Mesures LFSS et LF 2011	**-530**	**-564**	**-617**
Forfait social : hausse de 4 à 6%	-350	-365	-380
« Retraites chapeau » : hausse des prélèvements	-110	-117	-124
stock-options : augmentation des prélèvements	-70	-82	-113
Effets cumulés 2011-2013	**-530**	**-1 599**	**-3 972**
Diminution nette annuelle (N/N-1)		**-1 069**	**-2 373**

Source : Cour à partir des LFSS et LF 2011 à 2013 et chiffrages DSS (mars 2013)

Tableau n° 54 : récapitulation des mesures relatives aux impôts et taxes affectés de 2011 à 2013

En M€

	2011	2012	2013
Taxe sur les salaires : alignement de l'assiette sur la CSG et création d'une tranche additionnelle			-470
Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) extension de l'assiette banques et assurances		-40	-90
Taxe sur les conventions d'assurances : extension aux contrats solidaires et responsables, 3,5% au 1-1-2011	-1 100	-1 100	-1 100
Taxe sur les conventions d'assurances des contrats solidaires et responsables : hausse à 7% au 1-10-2011	-180	-1 100	-1 100
Effets cumulés 2011-2013	**-1 280**	**-2 240**	**-2 760**
Diminution nette annuelle (N/N-1)	**-1 280**	**-960**	**-520**

Source : Cour à partir de chiffrages DSS (mars 2013)

DEUXIÈME PARTIE

LA MAÎTRISE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Chapitre VI

La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM

PRESENTATION

Deux sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont le montant est comme ce dernier arrêté par la loi de financement de la sécurité sociale, concourent à la détermination de l'enveloppe annuelle de dépenses des établissements de santé publics et privés à la charge de l'assurance maladie : le sous-objectif « établissements de santé tarifés à l'activité » et le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Leur montant cumulé s'est établi pour 2012 à 74,6 Md€, en hausse de 2,6 % par rapport à 2011, soit un taux de progression global légèrement supérieur à celui de l'ONDAM, fixé à 2,5 %. Cet « ONDAM hospitalier » représentait ainsi 44 % de cet objectif global.

Dans le prolongement de ses observations sur l'ONDAM 2011, où elle avait en particulier relevé une hétérogénéité des méthodes de construction des différents sous-objectifs de l'ONDAM qui conduisait à une appréciation imparfaite de leur contribution respective au respect de ce dernier[205]*, la Cour a cherché à analyser plus précisément le mode d'élaboration des deux sous-objectifs qui déterminent l'évolution des dépenses hospitalières et à mesurer avec quel degré de rigueur ceux-ci avaient encadré effectivement leur progression sur la période récente.*

Elle a constaté que la construction de l'« ONDAM hospitalier », menée selon une logique particulière à ces sous-objectifs, n'est pas transparente (I). La méthode utilisée, progressive, peu formalisée et reposant sur des données fragiles se traduit par une contrainte limitée pour assurer le respect de l'objectif (II). La sous-estimation récurrente de l'activité hospitalière a masqué l'ampleur des efforts nécessaires, le respect de l'ONDAM ayant été assuré au moyen de redéploiements et de gels de crédits et non par des mesures structurelles (III).

205. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 58-60, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Une construction peu transparente

A – Un ensemble composite et évolutif

1 – Un ensemble composite

L'ONDAM hospitalier comprend deux sous-objectifs qui distinguent les établissements de santé selon leur mode de financement.

Le sous-objectif relatif aux « établissements financés à l'activité » (55,4 Md€ en 2012) correspond aux dépenses d'assurance maladie pour les établissements publics et privés [206] pratiquant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO). Il recouvre deux modes de financement distincts : la tarification à l'activité des prestations (y compris les forfaits pour le financement des activités d'urgence et la facturation de certains médicaments et dispositifs médicaux) constitue une enveloppe ouverte de 46,8 Md€ en 2012 tandis que l'ensemble des dotations attribuées au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), pour 8,6 Md€ en 2012, constitue une enveloppe fermée.

Le périmètre de ce sous-objectif ne recouvre pas l'ensemble des dépenses d'assurance maladie pour les soins réalisés dans les établissements privés puisque les remboursements d'honoraires des professionnels y exerçant (estimés à 3,9 Md€ en 2012) sont retracés au sein du sous-objectif « soins de ville ».

Le sous-objectif relatif aux « autres dépenses des établissements de santé » (représentant 19,2 Md€ en 2012) retrace quant à lui la prise en charge par l'assurance maladie des frais de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de séjours en établissement psychiatrique, sous la double forme de dotations, constituant une enveloppe fermée, pour les établissements publics et d'un objectif de dépense, constituant une enveloppe ouverte, pour les établissement privés.

Ce même sous-objectif englobe également les dotations de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de

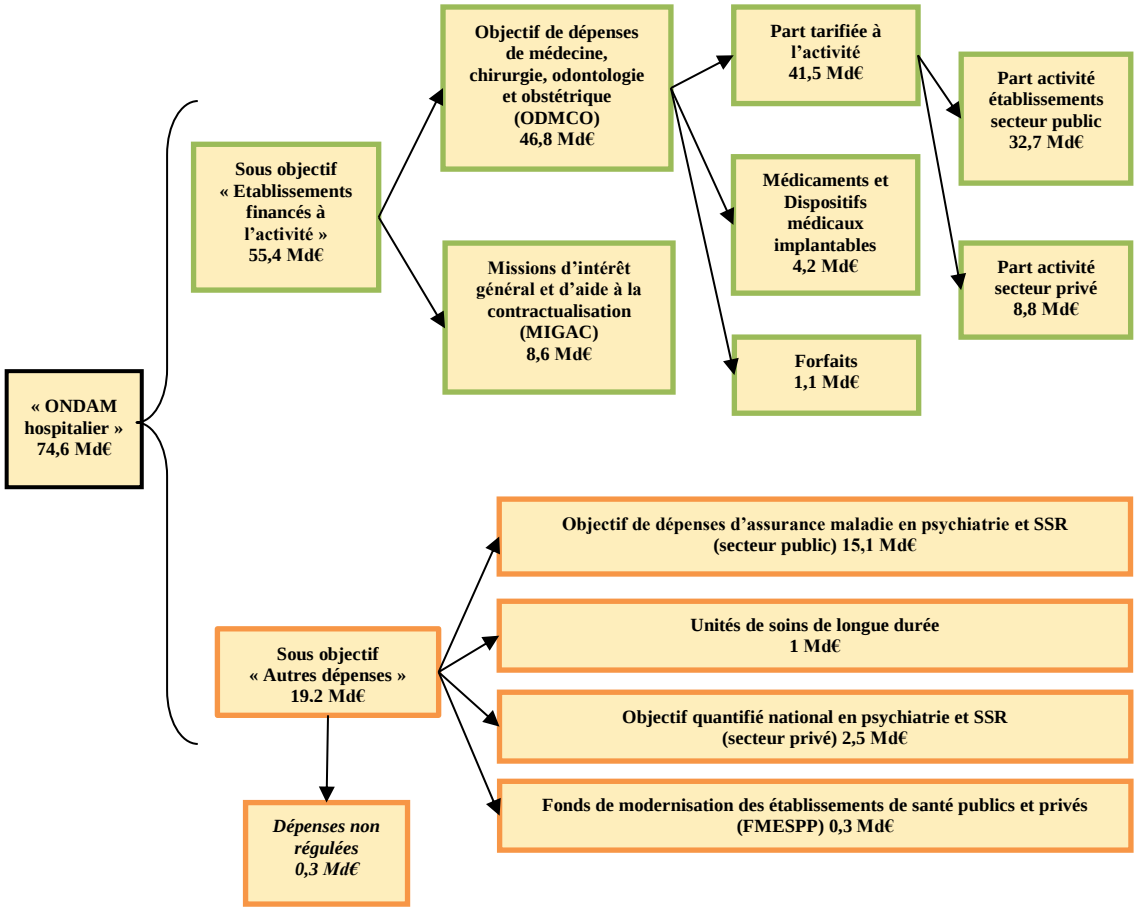
206. Le terme « établissements du secteur public » recouvre les établissements publics ainsi que les établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la même grille tarifaire. Le terme « établissements du secteur privé » désigne les établissements privés à but lucratif (couramment dénommés « cliniques privées ») et les établissements de santé privés d'intérêt collectif financés selon la grille tarifaire des cliniques.

santé publics et privés (FMESPP)[207], qui ont cependant vocation à contribuer à tous les types d'établissements de santé, y compris ceux dont le financement est retracé dans le sous objectif « établissements financés à l'activité » ainsi que des « dépenses non régulées ». Ces dernières, qui s'élevaient à 294 M€ en 2012, en forte diminution depuis 2009[208], représentent le solde des dépenses qui ne sont rattachées à aucune autre composante.

207. Créé par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2003, ce fonds finance des mesures d'investissement, de modernisation et d'accompagnement à la modernisation des établissements.

208. Les dépenses « non régulées » recouvrent des financements divers qui n'ont pas vocation à être limités et sont intégrés dans la construction pour le montant constaté l'année précédente. Leur réduction résulte de l'exclusion des dépenses afférentes aux soins délivrés à des non-résidents relevant de régimes étrangers d'assurance maladie, entreprise en deux étapes : en 2010 pour environ 250 M€ (500 M€ pour l'ONDAM global), puis en 2012 pour un montant additionnel de 107 M€ (129 M€ pour l'ONDAM global) correspondant à la part des provisions pour charges de prestations constituées au titre de ces dépenses.

Graphique n° 7 : décomposition de l'« ONDAM hospitalier » 2012



Source : Cour des comptes

2 – Un périmètre instable

Le périmètre des sous-objectifs varie chaque année en fonction de l'évolution des structures hospitalières et du mode de financement de leur activité.

Sur la période 2010-2012, la principale modification a consisté, en raison des transformations de services hospitaliers en établissements sociaux ou médico-sociaux, à transférer 258 M€ de dépenses attribuées antérieurement à des unités de soins de longue durée (USLD) vers l'ONDAM médico-social à la suite de leur transformation en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),

réduisant ainsi le périmètre de l' « ONDAM hospitalier[209] ». Certaines opérations de modification du périmètre sont réalisées chaque année, pour des montants plus limités, parfois après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale[210].

Des opérations de « transfert » et de « fongibilité » entre les deux sous-objectifs interviennent aussi parfois postérieurement à l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale afin de tenir compte de l'évolution du mode de financement de certaines activités ou établissements[211]. Ainsi, des modifications réalisées chaque année à l'initiative des agences régionales de santé ne sont connues qu'après que les dépenses ont été réparties entre les établissements[212].

Ces modifications posent la question du maintien de la distinction entre deux sous-objectifs relatif aux dépenses hospitalières. Le périmètre du sous-objectif retraçant les « autres dépenses des établissements » a en effet vocation à se réduire au rythme de la généralisation de la tarification à l'activité aux soins de suite et de réadaptation (dont l'aboutissement a été reporté à 2016 par la loi de financement pour 2013) ainsi que, à terme, de psychiatrie. La création, sans même attendre cette généralisation, d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier », conservant temporairement deux sous-composantes, constituerait en tout état de cause un progrès sensible de lisibilité et faciliterait une comparaison directe avec le sous-objectif « soins de ville ».

---

209 . Ces opérations ne sont au demeurant pas neutres financièrement : elles conduisent à diminuer le sous-objectif duquel les dépenses sont retirées à hauteur du coût qu'elles représentent, compte tenu de leur nouveau mode de financement, au sein du sous-objectif auquel elles sont attribuées. Celui-ci étant généralement inférieur au coût antérieur, il en a donc résulté un « gain », limité, pour l'ONDAM hospitalier.

210. Ces opérations de fongibilité réduisant le périmètre de l'ONDAM hospitalier au profit de l'ONDAM médico-social ont représenté 16 M€ en 2010, 22 M€ en 2011 et 12 M€ en 2012, et s'ajoutent aux transferts présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

211. Le passage à la T2A du service de santé des armées en 2009 et des centres hospitaliers de Guyane antérieurement financés sous dotation globale en 2010 ont ainsi entraîné des majorations respectives de 340 M€ et 161 M€ du sous-objectif relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité et une réduction de même montant de l'autre sous-objectif.

212. 14 M€ ont été transférés à ce titre du sous objectif relatif aux autres dépenses vers celui relatif aux établissements financés à l'activité en 2010 et 19 M€ en 2012.

B – Une logique de construction fondée sur les charges des établissements

La méthode suivie pour calculer le besoin d'augmentation de l'enveloppe hospitalière consiste à faire l'addition de l'ensemble des facteurs d'évolution des charges des établissements ayant vocation à être supportées par l'assurance maladie.

Plutôt que d'apprécier l'impact de la progression de l'activité sur les charges de l'assurance maladie (méthode suivie pour les soins de ville), l'administration évalue à quel niveau doit être fixée la contribution de celle-ci aux établissements de santé en fonction d'une estimation de la progression de leurs dépenses. Celles-ci sont à cet effet réparties en six ensembles principaux[213].

Cette évaluation est réalisée chaque année de manière empirique. Bien que les estimations soient correctement documentées pour chacun des postes de charges, au moins pour les exercices 2009 à 2012 examinés, elles ne s'inscrivent pas dans un cadre suffisamment formalisé et pérenne, en particulier s'agissant des critères selon lesquels les charges doivent être prises en compte dans l'évaluation et la manière dont les calculs doivent être faits chaque année. La permanence des méthodes n'est pas garantie, ce qui ne facilite pas la comparaison avec d'autres progressions tendancielles[214].

Sans méconnaître les caractéristiques propres à chaque sous-objectif, à la différence de ce qui est fait pour les soins de ville, la prévision d'augmentation tendancielle de l'« ONDAM hospitalier » englobe indistinctement dans la tendance l'effet report sur l'année suivante des charges nouvelles des années antérieures[215]. Elle intègre

213. Les charges liées à l'activité hospitalière, aux mesures salariales, à la mise en œuvre de mesures de santé publique, aux investissements ou à d'autres mesures ; enfin le besoin d'augmentation des dotations au FMESPP.

214. La Cour a souligné à plusieurs reprises le caractère discutable de la croissance tendancielle affichée des dépenses de santé et la nécessité de méthodes d'évaluation rigoureuses des déterminants de la progression de la dépense publique, (Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, janvier 2012, Tome I p.37-38 et *rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques pour 2012*, p. 117) La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

215. La prévision d'évolution « tendancielle » de l'ONDAM hospitalier en 2012 comprend ainsi le surcoût lié à la hausse du SMIC décidée en 2011, alors qu'il s'agit de l'effet report d'une décision antérieure.

aussi des effets de ralentissement de la tendance, notamment l'effet du gel du point d'indice depuis 2010[216].

La construction de l' « ONDAM hospitalier » ne tient pas directement compte de l'évolution sous-jacente de la demande de soins en établissements, alors que celle-ci devrait constituer un paramètre prépondérant dans la détermination des moyens à attribuer et des outils de régulation à mettre en œuvre. La Cour a déjà dénoncé cette différence avec la méthode suivie pour évaluer la progression tendancielle des dépenses de soins de ville[217] et a recommandé un rapprochement des méthodes sous l'autorité du comité d'alerte afin de permettre une comparabilité suffisante des différents sous-objectifs. Cette mise en cohérence n'a pas été engagée à ce jour.

Ces différences privent pourtant de signification toute comparaison, annuelle comme pluriannuelle, entre la relative faiblesse de l'évolution tendancielle de l'enveloppe hospitalière et celle, plus élevée, des autres sous-objectifs de l'ONDAM.

---

216. Pour 2012, l'évolution tendancielle de l'« ONDAM hospitalier » est bâtie sur une hypothèse d'absence de revalorisation du point d'indice. Dans son rapport de juin 2012, la mission IGF-IGAS pour la maîtrise de l'ONDAM a constaté que, malgré son absence de revalorisation depuis 2010, la progression annuelle du point d'indice avait été de 0,86 % par an sur la décennie précédente. L'absence de revalorisation peut être considérée comme une économie par rapport à la tendance, d'un peu moins de 400 M€ par an. S'agissant des dépenses de l'État, la Cour a évalué que le gel du point d'indice et des mesures catégorielle permettrait un ralentissement de la tendance de la masse salariale de 550 M€ en 2013, compte tenu de la garantie individuelle de pouvoir d'achat (Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives pour les finances publique pour 2013*, La Documentation française, juin 2013, p. 168, disponible sur www.ccomptes.fr et *Rapport public annuel*, janvier 2013 : Tome I p. 48, La Documentation française, janvier 2013, 647 p., disponible sur www.ccomptes.fr.).

217. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 53-79, recommandation n° 5, disponible sur www.ccomptes.fr et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2010, La Documentation française, septembre 2011, p. 51-76, recommandation n° 8, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 55 : taux d'évolution tendancielle des sous-objectifs de l'ONDAM

En %

Sous-objectifs	2009	2010	2011	2012
Soins de ville (1er sous-objectif)	5,2	5	4,7	4,3
Établissements de santé (2ème et 3ème)	3,5	3,2	3,3	3,3
Établissements médico-sociaux (4ème et 5ème)	6,3	5,8	5,8	3,8
Autres prises en charge (6ème)	5,5	5	5,9	5,9
Total	**4,5**	**4,3**	**4,2**	**3,9**

Source : *direction de la sécurité sociale*

*
* *

L'information sur l'élaboration de « l'ONDAM hospitalier » reste particulièrement sommaire.

La déclinaison de l'enveloppe hospitalière entre ses composantes n'est pas présentée dans l'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, non plus que les modifications effectuées d'une année sur l'autre entre celles-ci. Même si cette lacune est commune à l'ensemble des sous-objectifs, elle affecte particulièrement l'« ONDAM hospitalier » puisque la compréhension de la composition de celui-ci dépend entièrement de la répartition par le Gouvernement de l'enveloppe votée entre ses composantes. Alors que les modifications entre sous-objectifs proposées pour l'année suivante sont présentées, ce n'est pas le cas de celles intervenues depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale entre les sous-objectifs fixés pour l'année en cours. En l'absence de présentation des données à structure constante, l'évolution des dépenses ne peut être suivie de manière claire.

S'agissant de la méthode de construction, l'annexe 7 se borne à mentionner que la hausse tendancielle de 3,3 % des dépenses hospitalières « s'inscrit dans le prolongement de l'évolution observée dans les années précédentes et prend en compte les dépenses inéluctables qui auront lieu au cours de l'année ». La recommandation faite par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie d'avril 2010 d'enrichir l'annexe afin de présenter les hypothèses sous-jacentes, pourtant reprise dans l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, n'a pas été suivie d'effet. L'absence de présentation détaillée ne permet pas une comparaison suffisante des hypothèses sous-jacentes à l'ONDAM avec celles retenues par ailleurs par le Gouvernement. La stabilisation de la méthode apparaît par ailleurs comme un préalable

indispensable à davantage de transparence dans la construction de l'« ONDAM hospitalier ».

II - Une contrainte limitée sur la progression des dépenses

Pour les exercices 2010 à 2012, la méthode de construction de l'« ONDAM hospitalier » a contribué à limiter sensiblement l'effort demandé aux établissements de santé pour maîtriser la progression de leurs dépenses, du fait d'une surestimation de la base de calcul et d'une évolution tendancielle des dépenses largement normée conduisant à l'affichage d'un effort d'économies limité.

A – Une base de calcul favorable en 2011 et 2012

La base de construction de l'enveloppe hospitalière peut être, dans le silence des textes sur ce point, soit le montant résultant du niveau de l'objectif fixé pour l'année précédente, soit la prévision d'exécution au moment de la préparation de la loi de financement. L'« ONDAM hospitalier » ayant été sous-exécuté en 2010 et 2011, le choix de la base de construction la plus contraignante aurait consisté à retenir la prévision d'exécution. Comme pour l'ONDAM global, il a cependant été décidé de retenir comme base l'enveloppe déterminée pour l'année précédente.

Tableau n° 56 : base de calcul de l'ONDAM hospitalier[218]

En M€

	ONDAM 2011			ONDAM 2012			Total
	objectif N-1	réalisé N-1	effet base	objectif N-1	réalisé N-1	effet base	effet base
établissements financés à l'activité	52 441	52 677	236	53 890	53 907	17	253
autres dépenses des établissements	18 474	18 157	- 317	18 962	18 757	- 206	- 523
« ONDAM hospitalier »	**70 915**	**70 834**	**- 81**	**72 852**	**72 664**	**- 189**	**- 270**

Source : Cour des comptes (données direction de la sécurité sociale)

218 . Les montants indiqués pour chaque sous-objectif tiennent compte des modifications liées aux opérations de transfert et de fongibilité décrites *supra*. Les montants des écarts peuvent donc être légèrement différents de ceux mentionnés au chapitre III du présent rapport, *l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012*, dans lequel le niveau d'exécution est comparé au niveau des sous-objectifs votés, dont le montant n'intègre pas toutes les opérations de transfert et de fongibilité.

L'effort de régulation permis par la mise en réserve en début d'exercice puis l'annulation en fin d'exercice d'une partie des crédits hospitaliers n'est donc pas consolidé sous forme d'une réduction de la base de calcul. Il en résulte un effet favorable en base qui facilite le respect de l'objectif de l'année suivante.

B – Une évolution tendancielle largement normée

1 – Des données mal objectivées

Les principaux facteurs de l'évolution tendancielle des charges sont les dépenses liées à l'activité (plus de 62 % du total en 2012) et à la masse salariale (plus de 20 %). Les premières résultent en presque totalité de l'évolution de l'activité et de l'inflation[219]. Les données utilisées pour apprécier l'évolution générale des secondes manquent nettement de fiabilité.

Ainsi, la prévision d'augmentation de la masse salariale est bâtie sur des hypothèses d'augmentation annuelle du SMIC et du point d'indice de la fonction publique sans afficher l'écart éventuel avec la tendance issue des constats des années antérieures. Par ailleurs, l'estimation de l'impact du « glissement-vieillesse-technicité » (GVT) sur la masse salariale a quant à elle été faite, jusqu'en 2012, sur des données issues d'une enquête portant sur les charges des années 2005 à 2008, laquelle n'a pas été reconduite depuis lors. Le chiffre retenu (un GVT « solde » de 0,3 %[220]) a en outre été arbitrairement abaissé par rapport aux données issues de cette enquête[221]. Le ministère chargé de la santé devrait disposer cependant pour la préparation de l'ONDAM 2015 d'un système d'information permettant une analyse des évolutions récentes de ce paramètre, ce qui permettra de l'objectiver et de le fiabiliser.

2 – Des mesures nouvelles intégrées à la tendance

La prévision d'évolution tendancielle inclut en réalité le besoin de financement de mesures nouvelles, pour un montant total d'environ 400 M€ en 2012, soit plus de 15 % de la progression estimée. Il s'agit principalement :

---

219. S'agissant des hypothèses prises en compte pour apprécier l'évolution de l'activité voir la partie III A - *Des hypothèses d'évolution insuffisamment fondées*.

220. Contraction du GVT « positif » et du GVT « négatif » ou effet de noria.

221. Ce niveau est cependant proche de celui donné par d'autres sources. Ainsi, la fédération hospitalière de France l'a estimé à 0,26 % en 2012 après 0,35 % en 2011. Toutefois, les modes de calcul de ces indicateurs ne sont pas connus.

- des mesures de mise en œuvre des plans de santé publique, pour un montant de 217 M€ : plan de solidarité grand âge, mesures en faveur de la qualité des soins, poursuite des plans pluriannuels cancer, Alzheimer, etc. ;
- de certaines dépenses salariales pour la mise en place de nouveaux modes de rémunération ou la création de postes, pour un total de 12 M€ environ en 2012 (mais plus de 100 M€ en 2011 dont 80 M€ au titre l'augmentation du nombre de places offertes en internat) ;
- de la mise en œuvre des plans d'investissement, pour plus de 80 M€ en 2012 hors FMESPP ainsi que de l'augmentation « tendancielle » du FMESPP pour 100 M€ environ.

Ces nouvelles dépenses devraient être clairement distinguées de la tendance parce qu'elles n'ont pas de caractère spontané et qu'il s'agit pour la plupart de prévisions de dépenses non renouvelables, qui n'ont donc pas vocation à peser dans la durée sur la progression des charges.

Enfin, la méthode suivie conduit à prendre parfois en compte des charges ayant un caractère improbable. Des « réserves prudentielles » au titre de l'impact de mesures qui pourraient être décidées mais qui n'étaient pas encore connues ont ainsi été incluses dans la progression estimée des dépenses (à hauteur de 30 M€ en 2009 et 100 M€ en 2011). Ainsi, en 2011, nonobstant la volonté affichée des pouvoirs publics de ne pas revaloriser le point d'indice de la fonction publique, la prévision a été rehaussée de 100 M€ afin de tenir compte du risque qu'une telle revalorisation ait malgré tout lieu. À l'inverse, dans un contexte similaire, aucune « réserve prudentielle » n'a pas été prise en compte en 2012.

3 – Des changements de méthode qui infléchissent le tendanciel

Les changements de méthode, nombreux depuis 2009, rendent impossible une analyse pluriannuelle des prévisions d'évolution. Certains sont justifiés par une meilleure connaissance de l'évolution des charges. Ils ont eu globalement pour effet, surtout en 2011, d'étendre le périmètre de la prévision d'évolution tendancielle à de nouveaux facteurs de charges ou d'accroître le poids de ceux déjà pris en compte :

- la prévision intègre depuis 2011 l'évolution des charges financières liées aux emprunts contractés pour l'investissement, pour un total de 180 M€ en 2012 au motif que ce surcoût est lié à la mise en œuvre du « plan Hôpital 2012 », alors que des charges d'intérêt au titre des investissements étaient déjà supportées antérieurement, quoique pour des montants moindres ;

- en 2011 et 2012, l'évolution des prix de l'énergie a été distinguée de celle des prix en général, en raison de leur vif renchérissement[222], ce qui a permis une prise en compte plus favorable dans la progression tendancielle par rapport à de précédentes périodes d'augmentation rapide des prix de l'énergie ;
- en 2011, l'impact de la hausse du plafond de la sécurité sociale sur les cotisations ainsi que le coût représenté pour les établissements par l'utilisation des comptes du droit individuel à la formation ont été pris en compte, pour des montants respectifs de 32 M€ et 58 M€. Or ces charges étaient déjà supportées par les établissements avant 2011, en particulier l'effet de la hausse du plafond sur les cotisations.

L'évolution tendancielle de l'« ONDAM hospitalier » présentée dans les projets de loi de financement successifs a été remarquablement constante depuis 2009 (elle n'a varié qu'entre 3,2 % et 3,5 % selon les années) par rapport aux autres sous-objectifs. Cependant, cette constance ne reflète sans doute pas celle des facteurs sous-jacents à croissance de la dépense hospitalière en raison de l'importance des modifications de méthode et des changements dans la pondération respective de certaines hypothèses intervenus sur cette période. Ces changements ont amélioré au cours du temps le niveau auquel les charges des établissements sont prises en compte dans l'estimation d'évolution tendancielle, ce qui a pour effet d'atténuer, à niveau d'économies constant, le niveau de régulation retenu pour la dépense hospitalière.

C – Des économies affichées peu ambitieuses

1 – Un niveau modeste

Le respect de l'enveloppe hospitalière impose chaque année la réalisation d'économies par rapport à l'évolution tendancielle. Ainsi, pour le respect d'un ONDAM fixé à 74,6 Md€ en 2012, un montant de 550 M€ d'économies a été décidé, supérieur certes aux économies décidées les années antérieures (365 M€ en 2011 et 370 M€ en 2010), mais d'un montant malgré tout limité par rapport au montant total des dépenses des établissements de santé. Ces économies n'intègrent pas formellement au surplus, compte tenu de la méthode de construction de l'ONDAM hospitalier, certains facteurs de ralentissement de la dépense, notamment les gels de revalorisation indiciaire puisque ceux-ci ne sont ni évalués ni présentés distinctement de la prévision d'évolution tendancielle.

222. L'évolution tendancielle liée à l'évolution des prix de l'énergie et des matières premières a été estimée à 75 M€ en 2012.

Les mesures d'économies associées aux sous-objectifs apparaissent au demeurant très peu documentées et ne procèdent pas toutes d'une évaluation des marges de manœuvre effectivement mobilisables au sein des établissements. Ainsi en est-il du montant de l'économie prise en compte en 2012 au titre de la rationalisation des achats et de la « performance hospitalière » (295 M€), qui n'est pas appuyée sur une évaluation précise.

Le niveau des économies prévues au titre de la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé jusqu'en 2012, pour 100 M€ en 2012 après 150 M€ chacune des deux années précédentes, paraissait dépendre quant à lui de l'écart à réduire compte tenu de la date fixée pour terme du processus de convergence, et non d'une évaluation de l'ampleur de l'économie pouvant être réalisée chaque année[223].

2 – Un effort limité

L'ampleur de certaines mesures d'économie doit être mise en rapport avec l'accroissement des charges prévu par la progression de l'ONDAM sur le même poste, au titre de l'évolution tendancielle et des mesures nouvelles.

L'économie de 100 M€ décidée sur le niveau du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)[224] revêt un caractère largement fictif, la nécessité des montants économisés n'étant pas démontrée.

La réduction des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés en 2012 : une économie de présentation

Le Gouvernement a estimé lors de la construction de l'« ONDAM hospitalier » 2012 la « progression tendancielle » du fonds de modernisation à +10,7 % par rapport au niveau fixé en 2011, ce qui l'aurait porté de 348 M€ à 385 M€. Le fonds a finalement été doté de 285 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), après affichage d'une économie de 100 M€ par rapport au tendanciel.

223. La convergence tarifaire intersectorielle a été abandonnée en 2012 et aucune économie n'a été prévue en 2013 à ce titre.

224. Cette mesure n'était pas initialement prévue dans le scénario présenté en PLFSS et a été décidée par le Parlement.

En fait, le niveau réel de dépenses du FMESPP en 2011 a été de 290 M€, bien en-deçà du niveau fixé en LFSS pour cette année. Cette sous-exécution est récurrente depuis plusieurs années et conduit à des « déchéances de crédits » en LFSS de l'année suivante, pour 100 M€ au titre de 2010 et 58 M€ au titre de 2011.

Après l'économie de 100 M€, le niveau du fonds s'est élevé à 285 M€ pour 2012, soit un niveau quasiment équivalent aux dépenses réelles de l'année précédente (291 M€). En pratique, l'économie s'est traduite par un renoncement à de nouvelles dépenses moins prioritaires. Au final, la dépense réelle 2012 s'est élevé à 239 M€, après mise en réserve en début d'année de 25 M€ et le non-engagement de 21 M€ de crédits.

Par ailleurs, même si des économies sont prévues sur la « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation »[225] (40 M€ en 2010, 46 M€ en 2011 et 30 M€ en 2012), l'ONDAM prenait en compte des hypothèses de progression importantes de ce poste (384 M€ en 2010, 240 M€ en 2011 et 165 M€ en 2012)[226].

Plus généralement, les économies résultant de la réorganisation des prises en charge hospitalières sont de montant limité. Leur présentation agrégée ne permet pas de distinguer la contribution qu'y apportent les évolutions structurelles auxquelles les établissements sont par ailleurs incités en termes de prise en charge : ainsi notamment de la chirurgie ambulatoire[227].

III - Une sous-estimation de l'effort nécessaire à la maîtrise de l'activité

L'« ONDAM hospitalier » comporte deux enveloppes ouvertes pour lesquelles le montant de la dépense est directement lié au niveau de

225. La « liste en sus » est un dispositif dérogatoire destiné à garantir le financement des produits onéreux dont l'introduction dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) n'est pas adaptée. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre IV : la maîtrise des dépenses de médicaments, La Documentation française, septembre 2011, p. 109-145, disponible sur www.ccomptes.fr.

226. Au final l'augmentation prévue en 2012 des dépenses de médicaments et DMI facturés en sus après économie était même supérieure à la progression constatée l'année précédente, ce qui n'a pas empêché un dépassement sur le secteur public.

227. Voir chapitre VIII du présent rapport, la chirurgie ambulatoire.

l'activité[228]. La maîtrise de celui-ci est en enjeu essentiel qui repose non seulement sur la fiabilité du niveau estimé de sa progression au moment de la construction de l'ONDAM mais aussi sur l'adéquation des dispositions prises lors de sa déclinaison dans la campagne tarifaire.

A – Des hypothèses d'évolution insuffisamment fondées

1 – Une hypothèse conventionnelle d'impact de l'activité sur les charges

La prise en compte de l'impact de la hausse de l'activité ne repose pas sur une étude de la sensibilité réelle des charges des établissements à celle-ci mais sur une convention.

Il est fait l'hypothèse que l'augmentation de l'activité entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une hausse de même niveau des dépenses de fonctionnement hors charges de personnel des établissements de santé (une augmentation de 1 € de la valeur de l'activité tarifée induirait une hausse de ces charges de 1 €), tandis que l'augmentation des dépenses de personnel serait nettement inférieure (une augmentation de 1 € induirait une hausse de seulement 0,15 € de la masse salariale). Ce procédé aboutit à retenir un impact de 35 % de la progression de la valeur de l'activité sur les charges.

D'après le ministère chargé de la santé, ce taux intègre une hypothèse de « gains de productivité » qu'il est difficile d'apprécier en l'absence de données étayées.

2 – Une sous-estimation de la progression réelle de l'activité

L'estimation de l'évolution spontanée du « volume économique » d'activité est réalisée séparément sur les trois principaux champs de prestations (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO -, soins de suite et de réadaptation – SSR - et psychiatrie) pour les établissements de santé publics et privés. Sur le champ MCO, les campagnes tarifaires 2009 à 2012 ont reposé sur une hypothèse de constance du rythme de hausse du nombre de prestations facturées (appelée « effet effectif »), laquelle s'est avérée parfois inférieure à la réalité.

228. Les dépenses d'assurance maladie au titre des soins à l'activité sur le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique dans les secteurs public et privé et ceux relevant des activités de soins de suite et réadaptation et psychiatrique dans le secteur privé.

Surtout, la direction générale de l'offre de soins, en estimant que l'alourdissement du coût des prestations lié au changement de la nomenclature de codage des activités intervenu en 2009[229] serait faible et temporaire, a retenu une hypothèse trop basse de progression de la valeur moyenne des prestations (ou « effet structure »).

Tableau n° 57 : progression du volume économique de l'activité MCO[230]

En %

	prévision				réalisation			
	MCO part tarifs	dont valeur des séjours dans le secteur public			MCO part tarifs	dont valeur des séjours dans le secteur public		
		total	dont « effet effectif »	dont « effet structure »		total	dont « effet effectif »	dont « effet structure »
2009	**2,1**	2,1	*1,6*	*0,5*	**4,2**	3,8	*1,6*	*2,1*
2010	**1,7**	1,7	*1,7*	*0*	**3,4**	3,1	*1,7*	*1,4*
2011	**1,7**	1,7	*1,7*	*0*	**3**	3	*2,5*	*0,5*
2012	**2,4**	2,4	*1,7*	*0,7*	**3,3**	3,1	*2,1*	*1*

Source : *direction générale de l'offre de soins, agence technique de l'information sur l'hospitalisation*

Le retard dans la prise en compte du dynamisme réel des dépenses s'explique en partie par la nécessité d'estimer l'évolution tendancielle de l'année suivante dès le mois d'avril d'une année donnée, date à laquelle seules des données portant sur l'année précédente sont disponibles.

Les conséquences du caractère durable de l'effet « structure » constaté depuis 2009, ainsi que de la nécessité de distinguer le rythme d'augmentation de l'activité entre les secteurs public et privé, n'ont été

229. La nouvelle nomenclature (V11) permet une appréciation fine du degré de prise en charge au moyen d'une grille de codage trois fois plus détaillée que la précédente. Sur les effets de l'introduction de la V11 sur le financement des établissements de santé, voir notamment Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 213-217 et chapitre VIII : le financement des centres hospitalo-universitaires, p. 236, La Documentation française, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

230. Le détail est donné seulement pour la progression de la valeur des séjours et non la totalité des prestations tarifées dans le champ MCOO. Pour la réalisation, les estimations sont celles de l'ATIH à début 2013. La progression définitive de 2012 ne sera définitivement connue qu'en 2014. La progression de la valeur des séjours dans le secteur public entre N et N+1 est calculée au début de N+2 sur la base de la structure tarifaire de N+1.

que tardivement tirées. Après l'intégration dans l'estimation pour 2012, pour la première fois, d'un effet « structure » - certes sous-évalué -, une hypothèse d'augmentation différenciée de l'activité entre le secteur public d'une part (2,8 %) et le secteur privé d'autre part (2 %) a été prise en compte pour l'« ONDAM hospitalier » 2013.

B – Une construction tarifaire qui atténue l'effort de régulation de l'activité

Une fois votés, les moyens prévus par l'ONDAM hospitalier sont répartis entre chacune de ses composantes « en fonction de l'ONDAM », selon les termes du code de la sécurité sociale, dans le cadre de la campagne tarifaire.

Cette allocation prend la forme, pour les composantes fermées (c'est-à-dire principalement les crédits au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation – MIGAC - et ceux destinées au financement des services de soins de suite et de réadaptation et psychiatriques dans le secteur public), de dotations ajustées par rapport à l'année précédente pour tenir compte à la fois de l'augmentation des charges et des économies à réaliser. S'agissant des enveloppes ouvertes finançant les prestations tarifées à l'activité (comme l'objectif de dépenses pour la médecine, chirurgie, obstétrique – ODMCO - et l'objectif quantifié national – OQN - pour les dépenses dans le champ des SSR et de la psychiatrie des établissements privés), l'allocation des ressources se fait par l'ajustement des tarifs en fonction de la prévision d'évolution de l'activité, laquelle est considérée comme une donnée qui ne peut pas être modifiée.

Cette dernière étape dans la détermination des enveloppes hospitalières permet à l'administration de procéder à des ajustements qui, encore une fois, atténuent l'effort de maîtrise des dépenses liées à l'activité.

1 – Une marge de progression des dépenses d'assurance maladie au titre de la rémunération à l'activité très réduite bien que favorisée au détriment des autres composantes tarifaires

La progression de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) prévue pour les trois derniers exercices (2,2 % en 2010, 2,7 % en 2011 et 2,6 % en 2012) était nettement plus rapide que l'estimation de progression de l'activité hospitalière (1,7 % en 2010,

1,7 %[231] en 2011 et 2,4 % en 2012). Toutes choses égales par ailleurs, la sous-évaluation de la progression de l'activité pouvait ainsi laisser croire qu'une hausse des tarifs aurait été possible.

En réalité, cette marge de progression était largement obérée par les dépassements des objectifs fixés pour les années antérieures pour les dépenses correspondant à la rémunération des prestations tarifées à l'activité dans le secteur public. En raison de l'ampleur du dépassement constaté en 2009, estimé globalement à plus de 700 M€ par la Cour[232], le niveau auquel était fixé l'objectif de dépenses de la part activité du secteur public pour 2010 (30,5 Md€) était même inférieur de 65 M€ environ au niveau atteint l'année précédente : en d'autres termes, la marge réelle de progression de la rémunération à l'activité des établissements publics en 2010 était nulle. Pour éviter un dépassement cette année-là, une baisse des tarifs à hauteur de la progression de l'activité (soit 3,4 %, un niveau sans rapport avec la baisse de 0,7 % réalisée) aurait donc été nécessaire[233].

De même, en 2011 et 2012, compte tenu des dépassements constatés les années antérieures, les dépenses d'assurance maladie au titre des prestations tarifées à l'activité ne pouvaient progresser que dans des proportions très réduites : à tarif constant, la marge de progression était à nouveau négative en 2011 par rapport au niveau effectif de dépenses de 2010 et de seulement 1,3 % en 2012 par rapport à 2011, impliquant *a priori* de fortes baisses de tarifs.

Aussi, des redéploiements ont été effectués afin d'accroître la possibilité de progression de la rémunération à l'activité des établissements publics, au détriment des autres composantes tarifaires, c'est-à-dire des enveloppes fermées[234].

---

231. Cependant, l'administration a retenu dans le cadre de la campagne tarifaire 2011 une hypothèse de progression de l'activité (2,4 %) différente de celle sous-jacente à la construction de l'ONDAM (1,7 %), en raison d'une meilleure connaissance du dépassement de 2010.

232. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010, La Documentation française, septembre 2011, p. 53, disponible sur www.ccomptes.fr.

233. En faisant l'hypothèse qu'une baisse des tarifs n'a pas d'effet sur le volume.

234. Le niveau de chaque composante devrait logiquement être calculé à partir du niveau d'exécution estimé pour l'année précédente. C'est d'ailleurs cette règle qui est suivie pour calculer l'impact de la progression tendancielle des dépenses sur les composantes lors de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les redéploiements postérieurs contreviennent à cette logique.

En 2011, la possibilité de progression par rapport au niveau atteint en 2010 des dépenses d'assurance maladie au titre des prestations tarifées à l'activité dans le secteur public a été accrue de 1,46 point, de sorte à atteindre 0,88 %. En contrepartie, la possibilité d'accroissement des dépenses au titre des dotations et des médicaments et dispositifs médicaux a été freinée. En l'absence de ce redéploiement, compte tenu du dépassement constaté l'année antérieure, une diminution aurait en réalité été nécessaire pour respecter l'objectif. En 2012, un redéploiement similaire a à nouveau accru la marge de progression des prestations tarifées à l'activité, dans des proportions moindres, mais qui sont restées significatives (0,53 point). Au total, sur ces deux années, les redéploiements ont permis d'accroître de 599 M€ (soit 1,96 %) la possibilité d'augmentation des dépenses d'assurance maladie liées aux prestations tarifées à l'activité du secteur public.

Une modification équivalente a été pratiquée, au sein du sous-objectif relatif aux autres dépenses des établissements, depuis les dotations destinées aux unités de soins de longue durée au profit des dépenses facturées par les établissements privés au titre de leurs activités de psychiatrie et SSR, dont la marge de progression a été augmentée.

En outre, la progression de la rémunération à l'activité a été favorisée lors de l'estimation de l'impact de certaines charges. Ainsi, en 2011, en rupture avec la méthode qui avait été suivie jusqu'en 2010 et qui a été rétablie en 2012, il a été considéré que l'accroissement des coûts salariaux ne devait pas conduire à augmenter le niveau des dotations aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC). Par voie de conséquence, la marge de progression de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) a été majorée de 40 M€ environ. Cette modification s'ajoute à l'effet de certains changements de méthode intervenus depuis 2011[235].

2 – L'insuffisance de la régulation tarifaire opérée

Les redéploiements n'ont permis chaque année de compenser que la moitié environ de l'effet défavorable des dépassements antérieurs.

La marge de progression ainsi obtenue (0,88 % en 2011 et 1,46 % en 2012) est restée inférieure aux hypothèses de progression de l'activité prises en compte lors de la campagne tarifaire (1,7 % pour l'année 2010, 2,4 % en 2011 après révision à la hausse de la prévision initiale de 1,7 %

235. Notamment, il a été considéré que l'augmentation des charges d'intérêt entraînait une augmentation de la progression tendancielle du seul champ des dépenses tarifiées à l'activité.

retenue pour la construction de la LFSS et 2,4 % en 2012), elles-mêmes sous-évaluées.

Des baisses de tarif demeuraient donc nécessaires pour éviter un dépassement sur le secteur public.

Tableau n° 58 : évolution moyenne des tarifs (en valeur)

En %

activité	secteur public	secteur privé
2009	-0,12	0,54
2010	-0,66	0,00
2011	-0,83	-0,05
2012	-0,21	0,19

Source : *ATIH*

Les diminutions de tarifs pratiquées ont été cependant insuffisantes pour garantir l'absence de dépassement et ont réduit l'incitation à l'adaptation des activités les moins efficientes.

Ainsi, dans le secteur public, sur la base d'une hypothèse de progression de l'activité de 2,4 % en 2011, la baisse de tarifs décidée pour le secteur public (-0,83 %) aboutissait à fixer un objectif de progression des dépenses d'assurance maladie liées à la tarification à l'activité à 1,6 % par rapport au niveau de dépenses atteint l'année précédente, alors qu'il aurait fallu contenir cette progression à 0,9 % environ pour éviter un nouveau dépassement. Compte tenu du fait qu'en outre la croissance de l'activité a été sous-estimée (de 0,6 % environ), le dépassement a finalement été de 1,3 %, soit 389 M€[236].

De même, pour 2012, la réduction de 0,2 % des tarifs du secteur public ne permettait pas de respecter un objectif qui impliquait de limiter à 1,8 % la progression des dépenses d'assurance maladie liées aux prestations tarifées à l'activité. En définitive, l'augmentation de l'activité ayant été elle-même sous-estimée, le dépassement de l'objectif a été de 1,4 %, soit 471 M€[237].

En conséquence, les mises en réserve et annulations de crédits (435 M€ en 2010, 350 M€ en 2011 et 440 M€ en 2012) ont seules permis le respect de l'ONDAM hospitalier lors des trois derniers exercices. La forte contrainte sur les composantes fermées, qui représentent au total 24,5 Md€ en 2012, soit un tiers de l'ONDAM hospitalier, a compensé jusqu'en 2012 l'absence de maîtrise des dépenses financées à l'activité

236. Selon les estimations de l'ATIH disponibles en juin 2013.
237. Selon les estimations de l'ATIH disponibles en juin 2013.

qui représentaient 49,9 Md€, soit les deux tiers de la dépense. Cette différence dans le niveau de contrainte transparaît dans la différence de rythme de progression des dépenses selon le mode de financement.

Tableau n° 59 : progression effective des dépenses des différentes enveloppes hospitalières

En %

	2010	2011	2012
Enveloppes pour les prestations tarifées à l'activité	**3,40**	**3,25**	**3,81**
MCO privé et public	3,50	3,17	3,49
SSR et psychiatrie secteur privé (OQN)	1,53	4,74	6,00
Enveloppes fermées	**-0,81**	**1,35**	**0,47**
SSR et psychiatrie secteur public (ODAM)	-0,27	1,39	0,95
MIGAC	-1,50	0,99	0,88
FMESPP	-16,23	10,04	-31,32

Source : *Cour des comptes*

Les seuls gels n'auraient pas suffi, en l'absence redéploiement entre les composantes, à contenir l'ampleur des dépassements. Or, ces redéploiements ont atteint leurs limites en 2012. En effet, des dépassements ont été constatés sur les dépenses au titre des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus ainsi que des forfaits, pour le secteur public, dont la marge de progression avait été réduite pour accroître celle de la rémunération à l'activité.

L'instauration en 2013 d'un coefficient prudentiel de régulation sur les tarifs[238] pourrait certes être de nature à faciliter le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie correspondant au financement des établissements de santé. Mais si ce dispositif permet d'atténuer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie de la progression de l'activité de ces derniers, il reste à ce stade insuffisant pour compenser son dynamisme intrinsèque et donc assurer le respect de l'« ONDAM hospitalier » de manière durable.

238. Environ 20 % de l'effort des gels de 2013 a été imputé sur les tarifs eux-mêmes, soit de l'ordre de 110 M€.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les étapes successives de construction de l'« ONDAM hospitalier », trop peu transparentes, aboutissent à fixer un niveau de dépenses qui s'appuie sur une progression tendancielle plus normée que déterminée de manière méthodologiquement rigoureuse. Elle facilite l'affichage d'un montant d'économies modeste et au demeurant peu documentées.

Le niveau de contrainte des dépenses d'assurance maladie dans le champ hospitalier dépend en réalité davantage des mesures de régulation qui doivent être prises afin d'assurer le respect de l'objectif au vu de la progression de l'activité des établissements. Or les modalités d'élaboration de l'ONDAM et la construction tarifaire aboutissent à atténuer l'effort de maîtrise des prestations tarifées à l'activité qui est demandé aux établissements en retenant des hypothèses favorables pour la fixation prévisionnelle de la dépense d'assurance maladie et en minorant l'impact de l'évolution de l'activité sur celle-ci.

Cette atténuation conduit à recourir seulement de manière limitée aux outils de régulation tarifaire et à ne pas mettre sous tension le secteur hospitalier de manière proportionnée à la progression de son activité. Le respect de l'ONDAM hospitalier a pu certes ces dernières années être garanti par des redéploiements entre ses composantes et des gels de crédits. Pourtant, un dispositif de régulation plus réactif et plus vigoureux est indispensable pour assurer un respect durable de l'ONDAM et obliger les établissements de santé à mettre en œuvre les réformes structurelles nécessaires à une contribution équitable de l'ensemble des secteurs de soins au redressement des comptes publics. Sauf à revenir à un encadrement quantitatif de l'activité des établissements, l'élargissement du système de minoration tarifaire mis en place en 2013 est ainsi nécessaire.

La Cour formule les recommandations suivantes :

20. créer un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » retraçant les dépenses actuellement réparties dans les composantes des sous-objectifs « établissements de santé tarifés à l'activité » et « autres dépenses relatives aux établissements de santé » ;

21. améliorer la construction de l'« ONDAM hospitalier » en utilisant une méthode rigoureuse et stable ;

22. présenter de manière détaillée dans les annexes au PLFSS les principales hypothèses sous-jacentes à la progression spontanée et la justification des besoins liés aux mesures nouvelles ;

23. évaluer rigoureusement le dynamisme de la progression de l'activité dans le cadre des campagnes tarifaires et améliorer la capacité d'analyse des déterminants de son évolution ;

24. augmenter les possibilités de régulations tarifaires pour mieux maîtriser les dépenses financées à l'activité.

Chapitre VII

Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics

PRESENTATION

Selon les premières données disponibles fin mai 2013, encore partielles et provisoires, les hôpitaux publics, qui réalisent 58 % des séjours hospitaliers[239]*, auraient renoué avec l'équilibre en 2012, et paraîtraient avoir atteint ainsi l'objectif fixé par les pouvoirs publics en 2008 après plusieurs années de forts déficits. Leur résultat global consolidé*[240] *s'établirait en effet à +143,6 M€, contre -304,6 M€ en 2011, pour un total de produits de 70,3 Md€*[241].

Dans le prolongement des travaux menés en 2010[242]*, la Cour et 13 chambres régionales des comptes*[243] *ont examiné les conditions et les limites de ce redressement.*

Après avoir étudié l'évolution récente de la situation financière des établissements publics de santé (I), dont le rétablissement en 2012 s'explique en grande partie par des éléments circonstanciels, les juridictions financières analysent les facteurs de déséquilibre qui continuent de peser sur leurs comptes (II) et soulignent la nécessité d'un renforcement des actions structurelles menées par les agences régionales de santé pour améliorer la productivité hospitalière (III).

239. Le secteur privé non lucratif réalise 11 % des séjours hospitaliers et les cliniques commerciales 31 % (chiffres 2011).

240. Le compte de résultat global d'un hôpital est constitué de son compte de résultat principal et de ses comptes de résultat annexes (unités de soins de longue durée, instituts de formation des infirmiers, patrimoine immobilier de la dotation non affectée aux soins etc.). La somme des résultats de l'ensemble des hôpitaux est qualifiée de résultat « consolidé » (qu'il s'agisse du résultat global ou du résultat principal), bien que les hôpitaux soient des établissements publics autonomes.

241. Le champ concerné est celui des 865 établissements publics de santé pour lesquels les comptes financiers 2011 et les rapports infra-annuels de décembre 2012 ont pu être collectés par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

242. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux publics, La Documentation française, septembre 2010, p. 261-292, disponible sur www.ccomptes.fr.

243. Ont participé à cette enquête les chambres régionales des comptes d'Alsace, Aquitaine Poitou-Charentes, Auvergne Rhône-Alpes, Basse-Normandie Haute-Normandie, Bourgogne Franche-Comté, Centre Limousin, Champagne-Ardenne Lorraine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord – Pas-de-Calais – Picardie, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire.

I - Un équilibre 2012 largement circonstanciel

Alors que la situation financière des hôpitaux se caractérisait en 2011 par des résultats toujours déficitaires et une accentuation des difficultés de trésorerie des établissements les plus fragiles, leurs résultats connaissent une nette amélioration en 2012, en grande partie imputable cependant à l'évolution des enregistrements comptables, concernant notamment les aides d'urgence octroyées en fin d'exercice.

A – Des résultats 2012 qui se démarquent de la chronique des déficits passés

D'après les résultats provisoires disponibles en mai 2013[244], les comptes des établissements publics de santé (EPS) se seraient améliorés de près de 450 M€ en 2012, le résultat global (somme des déficits et des excédents du budget principal et des budgets annexes) renouant pour la première fois depuis 2006 avec l'équilibre, à +143,6 M€, contre -304,6 M€ en 2011.

Tableau n° 60 : situation budgétaire 2012 par catégorie d'établissements (données provisoires)

En M€

Catégorie[245]	Charges globales	Produits globaux	Résultat global
Centres hospitaliers universitaires (CHU)	26 995,5	27 021,4	25,8
Centres hospitaliers (CH)	35 981,1	36 051,4	70,3
CH ex hôpitaux locaux (HL)	3 119,4	3 147,0	27,6
CH ex centres hospitaliers spécialisés (CHS)	5 531,4	5 548,3	16,9
Unités de soins de longue durée (USLD) publiques	320,5	323,4	2,9
Total	**71 948,0**	**72 091,6**	**143,6**

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

244. Ces résultats sont traditionnellement assez proches des résultats définitifs des comptes financiers.

245. Les établissements publics de santé sont classés en cinq catégories. De taille importante, les centres hospitaliers et universitaires (CHU) se différencient des centres hospitaliers (CH) notamment par leur activité de recherche et d'enseignement. Les centres hospitaliers spécialisés (CHS) assurent les soins psychiatriques. Enfin, les ex-hôpitaux locaux (HL) et les unités de soins de longue durée (USLD) sont davantage tournés vers la prise en charge sanitaire des personnes âgées.

Le résultat principal, relatif aux activités de court et moyen séjour ainsi que de psychiatrie, tout en connaissant une sensible amélioration, resterait cependant déficitaire en s'établissant à -97,4 M€, contre -497,2 M€ en 2011.

Cette évolution est en décalage avec la succession des déficits enregistrés depuis plusieurs années. Depuis le passage des activités de médecine, chirurgie, obstétrique à la tarification à l'activité, les EPS ont affiché des résultats consolidés négatifs, les faibles excédents dégagés par les anciens hôpitaux psychiatriques et les anciens hôpitaux locaux ne compensant pas les pertes globales des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers. Si les établissements excédentaires apparaissaient majoritaires en nombre, ceux qui étaient déficitaires réalisaient plus de 60 % du chiffre d'affaire de l'ensemble : en 2011, 598 hôpitaux dégageaient un résultat principal consolidé excédentaire de 280,4 M€, tandis que 345 avaient un déficit principal consolidé de 616,2 M€[246]. Ce dernier était fortement concentré : la moitié en était imputable à 13 établissements et 80 % à 64 établissements.

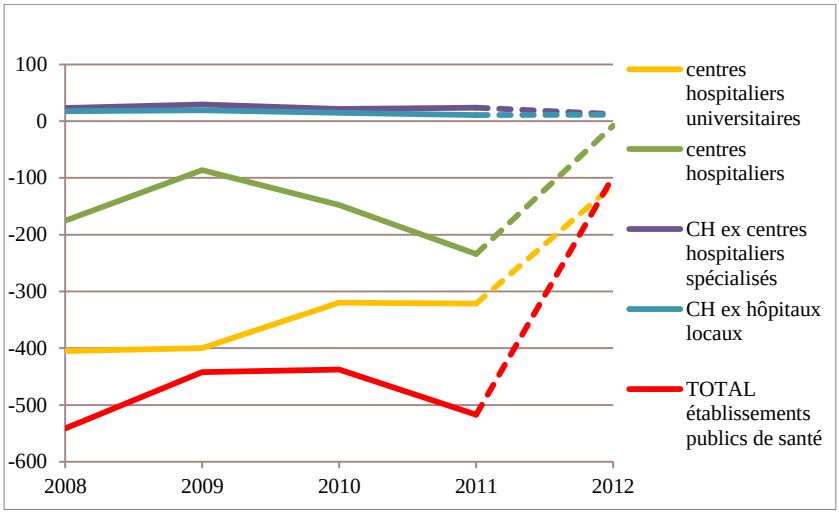
La tendance observée avant 2012 était peu favorable : après un léger rétablissement en 2009 et 2010, le résultat principal consolidé des EPS s'était à nouveau dégradé en 2011, retrouvant un niveau proche de celui constaté en 2008. Cette dégradation était principalement imputable aux centres hospitaliers, les centres hospitaliers universitaires (CHU) stabilisant leur déficit, comme le montre le graphique suivant[247].

246. Chiffres concernant les 943 établissements publics de santé ayant transmis leurs comptes financiers 2011 à l'ATIH.

247. Ce graphique retrace les résultats des 858 établissements pour lesquels des comptes financiers homogènes sont disponibles sur la période 2008-2011. De manière à garantir cette homogénéité, l'ATIH distingue trois périmètres : 858 EPS pour l'évolution 2008/2011 ; 943 EPS pour les comptes financiers 2011 ; 865 EPS pour l'évolution 2011/2012, fondée sur la comparaison des comptes financiers 2011 et des rapports d'activité intermédiaires de décembre 2012.

Graphique n° 8 : évolution du résultat principal des établissements publics de santé de 2008 à 2012 (données provisoires)

En M€



Note : Les données prévisionnelles pour 2012 sont issues des troisièmes rapports infra-annuels collectés par l'agence technique de l'information hospitalière

Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; graphique Cour des comptes

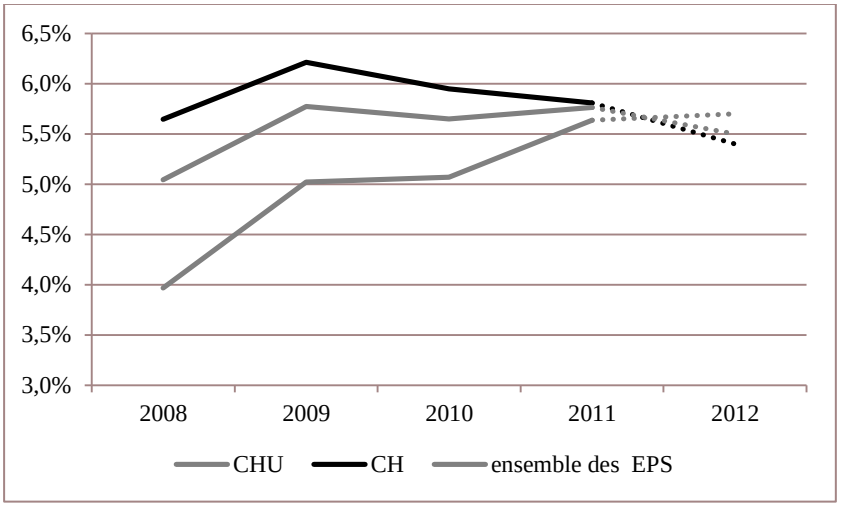
Le redressement des comptes qui se manifeste pour 2012 concerne les centres hospitaliers aussi bien que les centres hospitaliers universitaires. Ces derniers contribuent à près de 60 % au redressement du résultat global, les améliorations les plus spectaculaires étant observées pour le CHU de Fort-de-France (dont le résultat passe de -99 M€ à +8 M€), l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP, de -72 M€ à -20 M€), et le CHU de Caen (de -9,2 M€ à +11 M€).

Ce rétablissement est cependant hétérogène : se constate la persistance de situations déficitaires, représentant un déficit global cumulé de -308 M€ en 2012, soit une diminution quasiment de 50 % par rapport à 2011. La moitié de ce déficit est porté par 36 établissements.

La capacité d'autofinancement, qui mesure la capacité des hôpitaux à rembourser leur dette et financer leurs amortissements, se stabilise en 2012 à un niveau proche de 4 Md€, après être passée de 3 177 M€ en 2008 à 4 002 M€ en 2011. Rapportée aux produits globaux, elle progresse de 5 % en 2008 à 5,8 % en 2011, pour diminuer à environ 5,5 % en 2012. Les CHU voient ce ratio passer de 4 % en 2008 à plus de 5,6 %, devenant ainsi légèrement supérieur à celui des CH.

Graphique n° 9 : évolution du taux de capacité d'autofinancement sur produits globaux des établissements publics de santé de 2008 à 2012 (données provisoires)

En %



Note : Les données prévisionnelles pour 2012 sont issues des troisièmes rapports infra-annuels collectés par l'agence technique de l'information hospitalière

Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; graphique Cour des comptes

B – Un rétablissement imputable notamment à des recettes exceptionnelles et à des ajustements comptables

Sans préjudice des gains de productivité qu'ont pu connaître certains établissements, mais qui ne sont pas à ce stade précisément documentés, l'amélioration observée en 2012 s'explique par la conjonction de plusieurs éléments qui donnent au résultat de l'année un caractère exceptionnel. Les principaux facteurs de redressement apparaissent en effet de nature soit non-reconductibles, soit strictement comptables.

1 – Une hausse des cessions d'actifs et des aides d'urgence

L'augmentation des plus-values sur cessions d'actifs contribue à hauteur de 97 M€ à l'amélioration du résultat. Cette croissance tient à un certain nombre d'opérations non reconductibles (notamment 60 M€ de cessions brutes à l'AP-HP, 43 M€ aux hospices civils de Lyon, 35 M€ pour le CH d'Annecy).

À la suite du tarissement des concours bancaires de court terme consécutif à la crise financière, les aides d'urgence accordées aux hôpitaux les plus fragiles ont augmenté. Présentés comme des soutiens en trésorerie, ces financements, en réalité définitifs, sont passés de 275 M€ en 2011 à 400 M€ en 2012. Financés au sein de l'ONDAM hospitalier, ils ont eu pour effet de réorienter une partie des dépenses d'assurance-maladie au profit des établissements en situation difficile. Les aides d'urgence apportées au CHU de Fort-de-France (84 M€ en 2012) ont ainsi fortement contribué à l'amélioration de +107 M€ de ses comptes. Le CHU de Caen a reçu 23 M€ d'aides exceptionnelles, ce qui explique largement son résultat, en redressement de +19 M€.

2 – Des ajustements comptables

La circulaire interministérielle relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable invite les directeurs d'établissements de santé publics à introduire chaque année un certain nombre de changements dans la passation des écritures comptables. Certaines des modifications publiées dans la circulaire du 6 juillet 2012 ont eu pour effet d'améliorer comptablement les résultats de cet exercice, sans véritable modification des équilibres économiques sous-jacents.

Il a ainsi été demandé en particulier aux établissements d'enregistrer au compte d'exploitation et non au bilan les aides exceptionnelles accordées en cas de difficultés de trésorerie.

Les dotations aux provisions ont diminué sous l'effet de plusieurs facteurs, tenant notamment à la reprise de provisions constituées auparavant pour le renouvellement des immobilisations. Nettes des reprises, les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions baisseraient de 407 M€, expliquant ainsi pour une part importante l'amélioration du résultat global[248].

248. Certaines modifications méthodologiques ont eu un effet sur le montant des dotations aux provisions et sur la capacité d'autofinancement, mais non sur le résultat : il en est ainsi par exemple de la décision de comptabiliser en produits constatés d'avance (compte de bilan) la part des subventions versées en une seule fois au titre de plusieurs exercices correspondant aux charges supportées au cours des exercices suivants (telles les subventions au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation – MERRI - pour la rémunération des internes).

Le manque de fiabilité des comptes des établissements publics de santé

Depuis 2011, les hôpitaux ont engagé une démarche de fiabilisation des comptes, préparatoire à leur certification prévue par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Toutefois, des dysfonctionnements continuent d'être relevés par les chambres régionales des comptes lors de récents contrôles.

Ils portent notamment sur l'absence fréquente de provisionnement des aides versées pour atténuer les charges de remboursement annuelles des prêts finançant l'investissement, ces sommes venant de ce fait artificiellement gonfler le résultat comptable l'année de leur attribution. Les comptes-épargne-temps sont fréquemment apparus sous-provisionnés (CH Nord-Deux Sèvres, CHU de Rouen en 2011). Si ce cas n'est pas le plus répandu, il peut arriver que des provisions surévaluées soient venues minorer artificiellement un résultat positif (cas du CHU de Nantes pour 2010 et 2011).

Les durées d'amortissement sont de plus parfois fixées à des niveaux qui méconnaissent la norme comptable et la durée de vie effective des équipements (cas du CH de Haguenau, qui a jusqu'à l'intervention de la chambre régionale des comptes amorti de façon critiquable sur 50 ans le bâtiment de son nouveau plateau technique hospitalier, avant de ramener à 30 ans sa durée d'amortissement).

Certains progrès ont néanmoins été notés, notamment un meilleur rattachement des charges à l'exercice, par rapport au constat porté en 2010[249]. Les défauts de provisionnement relevés dans de nombreux cas montrent cependant qu'un chemin important reste à parcourir pour fiabiliser les comptes des hôpitaux.

L'impact des choix comptables et des éléments exceptionnels sur les comptes 2012 souligne la nécessité de la présentation d'un solde de gestion autorisant les comparaisons entre exercices et entre établissements. La circulaire de septembre 2009 sur l'équilibre financier des établissements de santé recommandait ainsi de faire apparaître le résultat « structurel » des établissements en difficulté, en déduisant non seulement les aides versées mais également certains éléments exceptionnels, tels que des dotations ou reprises de provisions et dépréciations ou des pertes sur créances irrécouvrables. Les critères conduisant à intégrer ou non dans le résultat structurel certaines dotations

249. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux, La Documentation française, septembre 2010, p. 261-292, disponible sur www.ccomptes.fr.

aux provisions pouvaient cependant donner lieu à controverses, ce qui limitait l'apport de cette approche pour les comparaisons entre hôpitaux.

La marge brute [250], hors aides à l'investissement et aides exceptionnelles à l'exploitation, déjà utilisée par le ministère dans l'analyse des situations financières les plus complexes, a le mérite de donner un contenu normé à la notion de résultat structurel, et d'en faire un instrument opérationnel de pilotage de la situation financière des hôpitaux.

C – La poursuite de la croissance de l'endettement hospitalier

L'endettement financier des établissements publics de santé s'élevait à 26,1 Md€ fin 2011, d'après les données encore provisoires collectées par la direction générale des finances publiques[251].

Cet endettement a connu une forte progression. L'encours des hôpitaux a pratiquement doublé depuis 2006, le service de la dette absorbant désormais plus de 4 % des produits des hôpitaux.

Tableau n° 61 : évolution de l'endettement hospitalier

En Md€

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Emprunts	3,2	4	4,8	5	4,3	4,1
Remboursements	1,7	1,6	1,9	2,1	2	1,9
Endettement net	1,5	2,4	3	3	2,4	2,2
Encours de la dette	13,3	15,6	18,6	21,5	24	26,1
Poids du service de la dette dans les produits	3,7 %	3,7 %	4,1 %	4,3 %	4,1 %	4,1 %

Source : données direction générale des finances publiques (DGFiP), calculs inspection générale des affaires sociales (IGAS).

250. Marge brute : produits bruts d'exploitation + subventions d'exploitation et autres produits d'exploitation – consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel.

251. La DGFiP publie habituellement les résultats définitifs de l'année n au mois d'août de l'année N+1.

Selon les données de l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) sur la structure de la dette[252], celle-ci est composée à hauteur de 88 % d'emprunts à risque faible[253], les 12 % restant présentant un risque significatif ou fort[254].

Les premières données disponibles pour 2012 montrent que la dette financière des hôpitaux a poursuivi sa croissance, à un rythme proche de celui observé au cours des années antérieures. Elle aurait ainsi augmenté de 2,6 Md€ entre 2011 et 2012. Cette progression recouvre cependant pour une part non négligeable - estimée de 0,7 à 1 Md€ - l'inscription en dette des engagements pris dans le cadre des baux emphytéotiques hospitaliers[255].

Cet endettement en progression risque de fragiliser d'autant plus durablement la structure financière des hôpitaux que leurs marges de manœuvre ont vocation à être désormais de plus en plus rigoureusement contraintes.

II - Une maîtrise des finances hospitalières encore limitée

La nécessité de contenir la croissance des dépenses d'assurance-maladie, qui a conduit à renforcer certains dispositifs de régulation des recettes, et l'impact croissant des charges de structure, liées à la dynamique des investissements passés, sont appelés à peser durablement sur l'évolution des finances hospitalières.

252. ATIH, Enquête *Observatoire de la dette*, 2010, actualisée à la fin 2012.

253. Produits à taux fixe ou variable plafonné ou encadré, et produits dont les taux sont calculés par référence à des indices de la zone euro, sans option conduisant à une augmentation du risque, et sans effet multiplicateur.

254. Dans son *Rapport sur les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire*, établi en mars 2013, l'inspection générale des finances évalue à 2,2 Md€ la dette latente (capital restant dû et indemnités de remboursement anticipé) correspondant aux 1,3 Md€ d'encours les plus risqués à la fin 2010.

255. Le ministère n'est pas en mesure à ce jour d'en évaluer le montant avec précision.

A – Une inégale régulation des recettes

La politique de mise en réserve prudentielle appliquée depuis 2010 a mis fin aux dépassements systématiques de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier[256].

1 – Une pression relativement limitée sur les recettes tarifaires

Les modalités d'élaboration de l'ONDAM et la construction tarifaire aboutissent à atténuer l'effort de maîtrise des prestations tarifées à l'activité qui est demandé aux établissements en retenant des hypothèses favorables pour la fixation prévisionnelle de la dépense d'assurance maladie et en minorant l'impact de l'évolution de l'activité sur celle-ci[257].

Comme l'a déjà analysé dans le détail la Cour[258], la contrainte macro-économique résultant de l'ONDAM se répercute cependant pour partie sur la grille tarifaire qui sert de support à la rémunération des établissements à l'activité (T2A)[259].

La pression sur les tarifs s'exerce différemment en fonction de la nature de leur activité. La répartition entre financement par tarification à l'activité (court séjour et hospitalisation à domicile) et financement par dotation globale (soins de suite et de réadaptation et psychiatrie) varie selon les catégories d'établissements : l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique, financée par la tarification à l'activité, représente un peu plus de 90 % des charges nettes des CHU, 84 % de celles des centres hospitaliers (dont 16 % des charges correspondent à la psychiatrie et aux soins de suite et de rééducation), et seulement 40 % de celles des anciens hôpitaux locaux (les 60 % restants correspondant pour l'essentiel aux soins de suite et de réadaptation).

Par ailleurs, faute de pouvoir associer charges et recettes, il n'est pas possible de faire apparaître un résultat par activité, autrement que par

256. Cf. chapitre III du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012.

257 Cf. chapitre VI du présent rapport : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM.

258. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 199 à 228.

259. Jusqu'en 2012, elles s'inscrivaient dans la perspective d'une convergence tarifaire entre secteur public et secteur privé.

des indicateurs[260] qui ne distinguent pas l'hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique de l'hospitalisation à domicile, ni les soins de suite et de rééducation de la psychiatrie. La contribution des différentes activités au résultat des établissements publics de santé gagnerait ainsi à être connue de manière plus fine. Une politique durable de retour à l'équilibre doit en effet nécessairement jouer sur tous les volets de la production de soins, qui ne se limitent pas à l'activité de court séjour, sur laquelle se concentre l'essentiel des efforts depuis son passage à la tarification à l'activité

2 – Une régulation pesant sur les financements forfaitaires

Le dépassement de l'ONDAM en 2009, révélateur de la difficulté de réguler par les seules adaptations tarifaires la croissance des dépenses hospitalières, a conduit à mettre en œuvre à partir de 2010 un mécanisme de gel prudentiel d'une partie des dotations forfaitaires pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), étendu ensuite aux dotations annuelles de financement (DAF) finançant les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie puis au fonds d'intervention régional (FIR) ainsi qu'à une quote-part des tarifs des prestations hospitalières. Ces mises en réserve des dotations régionales en début d'exercice ont représenté 220 M€ en 2010, 300 M€ en 2011, et 298 M€ en 2012.

Faute d'orientations précises de l'administration centrale sur le mode de répercussion sur les établissements de ces mises en réserve, certaines agences régionales de santé (ARS), telles que l'ARS Midi-Pyrénées, ont décidé d'imputer le gel sur des opérations déjà engagées (comme sur des opérations d'investissement faisant l'objet d'aides contractuelles au remboursement d'emprunts bancaires), dégradant ainsi à due concurrence le résultat des établissements concernés. Dans ces conditions, le respect de l'ONDAM a pu se faire pour partie au prix du creusement des déficits hospitaliers.

La politique de mise en réserve a cependant permis de compenser globalement l'effet sur l'assurance-maladie d'une dynamique d'activité qui est restée élevée.

---

260 . Il s'agit des indicateurs de production médico-économique (IPME), qui présentent les taux de couverture des charges par les recettes pour les activités de court séjour d'une part (indicateur IP-MCO), et pour les activités de soins de suite et de rééducation et de psychiatrie financées par dotation annuelle de fonctionnement (indicateur IP-DAF).

Son impact a été toutefois atténué en 2011 par un déblocage en fin d'année de 100 M€, que les agences régionales de santé ont été invitées à attribuer en priorité aux établissements en difficulté. Fin 2012, les ARS ont également bénéficié en novembre et décembre de deux délégations d'un montant total de 295 M€, qui n'étaient pas présentées formellement comme le déblocage des ressources gelées en début d'année, et qui devaient également être dirigées en première intention vers les établissements présentant un risque de défaut de paiement. Compte tenu du caractère très tardif de ces délégations, et de l'accent mis par le ministère sur l'urgence de ces interventions, ces versements n'ont pas tous été accompagnés de plans de redressement, dûment expertisés et négociés.

De manière paradoxale, la régulation budgétaire, pourtant destinée à assurer le respect de l'ONDAM et à responsabiliser les établissements, aura ainsi permis la constitution d'une réserve favorisant la perpétuation, pour certains établissements, d'une forme d'accoutumance aux déficits soulignée par l'IGAS[261].

3 – Une croissance des recettes extérieures à l'assurance-maladie

La croissance annuelle des dépenses d'assurance-maladie consacrées aux établissements de santé, comprise entre 4 % et 6 % entre 2002 et 2005, est inférieure à 3 % depuis 2010[262].

Confrontés à ce ralentissement, qui touche un poste représentant près de 78 % des produits de leur compte de résultat principal, les hôpitaux ont cherché à développer leurs autres recettes. Ce phénomène est manifeste de 2008 à 2011, période au cours de laquelle les recettes de l'activité hospitalière provenant des patients et de leurs assurances complémentaires (forfaits journaliers, tickets modérateurs, enregistrés au titre 2 des comptes de résultat), ont augmenté deux fois plus vite que celles provenant de l'assurance maladie. La croissance heurtée des « autres recettes » (ventes de produits et prestations de services, rétrocessions de médicaments, subventions d'exploitations, etc.)

261. Inspection générale des affaires sociales, *Rapport n° 2007-164P sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux perdants à la T2A*, p. 20 : « tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture de déficit ».

262. Le taux d'évolution des dépenses intégrées dans l'ONDAM Établissements de santé a été de +6,3 % en 2002, +5,5 % en 2003, +4,5 % en 2004, +4,4 % en 2005, +3 % en 2006, +3 % en 2007, +3,9 % en 2008, +3,6 % en 2009, +2 % en 2010 et +2,4 % en 2011.

s'explique en 2011 par des régularisations de TVA effectuées par quelques établissements de taille importante.

Tableau n° 62 : évolution des produits des établissements publics de santé (compte de résultat principal)

En M€

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Recettes d'activité par l'assurance-maladie (titre 1)	44 082	45 688	+3,6	46 738	+2,3	47 677	+2
Autres recettes d'activité hospitalière (titre 2)	4 242	4 419	+4,2	4 644	+5,1	5 000	+7,7
Autres recettes (titre 3)	7 457	7 227	-3,1	7 583	+4,9	8 723	+15
Total des recettes du compte de résultat	**55 781**	**57 335**	**+2,8**	**58 965**	**+2,8**	**61 400**	**+4,1**

Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; champ : 858 EPS

En 2012, les recettes versées par l'assurance-maladie à l'ensemble des établissements publics de santé ont progressé de 1,7 %[263], Cette augmentation limitée est liée au basculement d'une partie des dotations jusque-là directement octroyées pour les missions d'intérêt général (MIG) vers le fonds d'intervention régional dont disposent les agences régionales de santé et dont les concours sont, comptabilisés dans les « autres recettes ». Les recettes de l'activité hospitalière non prises en charge par l'assurance maladie voient leur progression ramenée de 7,7 % à 3,5 %, tandis que les autres recettes enregistrent une croissance de 5,8 %, traduisant notamment la hausse des subventions d'exploitation, qui passent de 483 M€ à 1 088 M€.

L'ensemble des recettes du compte de résultat principal progresse au total de 2,4 % en 2012, le ralentissement observé par rapport aux années 2009 et 2010 (croissance annuelle de 2,8 %) tenant pour partie à l'importance des régularisations de TVA effectuées l'année précédente.

263. Cette évolution est calculée à partir des rapports infra-annuels d'activité de décembre 2012 transmis par 865 établissements publics de santé, dont l'ensemble des recettes du compte de résultat principal atteignait 62 Md€ en 2011, contre 61,4 Md€ pour les 858 établissements à partir desquels est retracée l'évolution 2008-2011.

B – Des charges en progression

Les charges des hôpitaux ont poursuivi leur progression sur la période 2008-2011, à un rythme voisin de celui des recettes.

Les dépenses de personnel, qui représentent 63 % des charges du compte de résultat principal, ont crû entre 1,7 % et 2,4 %[264] Les charges à caractère médical (16 % du total) et celles à caractère hôtelier et général (10 %) augmentent à un rythme plus rapide, qui atteint certaines années 4,4 % à 4,7 %. Les charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4 du compte de résultat principal), sont gonflées en 2011 par les opérations exceptionnelles liées aux régularisations de TVA : ces dernières expliquent pour partie l'accélération de la progression de l'ensemble des charges, qui passe de 2,8 % à 4,2 % d'une année sur l'autre.

Tableau n° 63 : évolution des charges des établissements publics de santé (compte de résultat principal)

En M€

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Charges de personnel (titre 1)	37 177	37 765	+1,6	38 669	+2,4	39 336	+1,7
Charges à caractère médical (titre 2)	8 698	9 071	+4,3	9 472	+4,4	9 797	+3,4
Charges à caractère hôtelier et général (titre 3)	5 271	5 499	+4,3	5 707	+3,8	5 974	+4,7
Amortissements, provisions et dépréciations, charges financières et exceptionnelles (titre 4)	5 176	5 442	+5,2	5 554	+2,1	6 810	+22,6
Total	**56 323**	**57 777**	**+2,6**	**59 402**	**+2,8**	**61 918**	**+4,2**

Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; champ 858 EPS

Les données provisoires disponibles pour 2012[265] se situent en ligne avec les évolutions constatées au cours des exercices précédents[266],

264. Cette évolution reflète pour partie celle des effectifs de la fonction publique hospitalière, qui poursuivent leur croissance à un rythme de 1 % en 2009 et 1,3 % en 2010 et 2011. Le gel du point de la fonction publique à partir de juillet 2010 tempère au cours des 18 derniers mois la répercussion de celle-ci sur les rémunérations.

265. Portant sur un périmètre de 865 établissements, ces données 2012 ne sont pas directement comparables avec celles utilisées pour retracer l'évolution 2008-2011, qui concernent un périmètre de 858 établissements.

266. +2,4 % pour les charges de personnel, +5,1 % pour les charges à caractère médical, +4,7 % pour les charges à caractère hôtelier et général.

sauf pour ce qui concerne les charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles, qui baissent de près de 10 %. En partie due à la fin des opérations de régularisation de TVA, cette diminution tient également à la contraction de 248 M€[267] des dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, supérieure à la hausse des charges financières, qui passent de plus de 840 M€ en 2011 à plus de 940 M€ en 2012.

Indépendamment de ces opérations de fin de gestion, qui ont contribué significativement à ce que la croissance des charges (1,8 %) apparaisse en 2012 significativement inférieure à celle des produits (2,4 %), l'accroissement des charges hospitalières constitue une tendance lourde, qui pèse sur le résultat annuel.

Faute d'une inflexion de ces tendances structurelles, le rétablissement des comptes des hôpitaux observé en 2012 risque de se révéler non pérenne.

C – Un investissement dynamique, malgré un encadrement récent plus strict du recours à l'emprunt

1 – Le report de la seconde tranche du plan hôpital 2012

Faisant tardivement le constat de la croissance rapide de la dette hospitalière, le ministère de la santé a pris également conscience des difficultés rencontrées par de nombreux établissements engagés dans des projets d'investissement surdimensionnés.

L'évolution de certaines opérations témoigne de fait parfois d'une mauvaise appréciation par l'établissement de santé et sa tutelle des risques financiers induits par les investissements.

La situation du CHU de Dijon

Alors que sa situation financière apparaît très fragile (report à nouveau déficitaire de 35 M€ et déficit du résultat principal de -6 M€ à la fin 2010), le CHU de Dijon doit supporter les conséquences financières d'un ambitieux projet de relocalisation de ses activités sur un site unique, dont la première phase est en cours d'achèvement avec plusieurs années de décalage sur le calendrier initial.

267. Cette contraction est accompagnée d'une augmentation de 159 M€ des reprises sur provisions, qui porte à 407 M€ l'effet des dotations aux amortissements et provisions sur l'amélioration du résultat des hôpitaux.

Par rapport aux estimations initiales qui évaluaient son coût à 185 M€, ce projet a subi des surcoûts importants, portant son budget global à 304 M€, hors équipements médicaux et mobiliers. En dépit des aides accordées par la tutelle, il en est résulté un très fort accroissement de la dette de l'établissement, qui dépasse désormais 390 M€, en partie constitués d'emprunts structurés (31 %). Le recours critiquable à un amortissement progressif sur 45 ans de l'opération Bocage a de plus pour effet de reporter sur les années ultérieures des coûts qui devraient être portés par le CHU dès la mise en fonctionnement des nouveaux équipements.

Alors que les investissements supplémentaires permettant la libération et à la cession du site historique de l'hôpital général étaient évalués début 2012 à 39 M€, des économies de fonctionnement apparaissent plus que jamais nécessaires pour redresser la situation financière du CHU. Un contrat de retour à l'équilibre financier négocié, pour la période 2013-2016, entre l'établissement et l'ARS Bourgogne devrait être soumis à la validation du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins en septembre 2013.

Le ministère a ainsi décidé à la fin 2011 de reporter la mise en œuvre de la seconde tranche du plan hôpital 2012.

Plusieurs projets qui devaient être financés dans ce cadre ont ainsi été remis en cause, de même qu'ont été redimensionnés des projets considérés comme nécessaires mais posant des problèmes de financement. Après l'abandon d'un premier projet trop ambitieux en 2010, l'ARS et l'agence nationale d'appui à la performance des établissements hospitaliers (ANAP) ont ainsi accompagné le CHU de Reims dans l'élaboration d'un projet immobilier moins coûteux et plus complet.

Cette réorientation tardive a vu son effet limité par le poids des décisions passées. D'après le ministère, les hôpitaux auraient ainsi investi près de 5,7 Md€ en 2012, contre 6 Md€ en 2011, soit une diminution limitée à 5 %.

2 – Un encadrement du financement par emprunt

La croissance de la dette des hôpitaux et les produits à risque utilisés par certains hôpitaux ont conduit le ministère à encadrer fin 2011 le recours à l'emprunt des établissements.

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt pour les établissements publics de santé soumet à l'accord du directeur général de l'ARS le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente

deux caractéristiques parmi les trois suivantes : un ratio d'indépendance financière, rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, supérieur à 50 %, une durée apparente de la dette supérieure à 10 ans et un ratio d'endettement, égal au rapport entre l'encours de dette et le total des produits toutes activités confondues, supérieur à 30 %.

Ce texte limite par ailleurs les types d'emprunts et les produits dérivés auxquels les établissements publics de santé peuvent recourir, quel que soit leur niveau d'endettement. Pour limiter les risques des emprunts structurés conclus antérieurement, les directeurs d'établissement peuvent être autorisés par les directeurs d'ARS à déroger à ces nouvelles dispositions, en utilisant des instruments de taux et de devise rendant possibles des actions tendant à neutraliser une partie du risque inhérent à ces produits.

Le ministère de la santé qui a passé à cette fin un accord-cadre avec l'union des groupements d'achat public (UGAP), doit accompagner en tant que de besoin, au travers des ARS, les établissements concernés dans de telles actions, qui requièrent à la fois une forte technicité et des conditions de marché favorables[268].

*
* *

Alors même que le retour à l'équilibre de l'assurance maladie nécessitera, dans un contexte économique incertain qui pèsera sur ses recettes, des efforts encore accrus de maîtrise de la dépense, une résorption durable des déficits hospitaliers impose ainsi une accentuation des réorganisations pour dégager les gains de productivité et d'efficience qui la conditionnent.

268. À défaut, l'inspection générale des finances préconise le remboursement anticipé des emprunts les plus toxiques. Cf. *Rapport sur les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire*, mars 2013.

III - Des restructurations à conduire plus fermement

Le pilotage de la situation financière de l'établissement est certes de la responsabilité première du directeur d'hôpital, dont les pouvoirs ont été renforcés à cet effet par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)[269]. Cependant, les agences régionales de santé doivent être en mesure de s'assurer que sont effectivement menées à terme des restructurations toujours délicates et dégagés tous les progrès de productivité qui en sont attendus. Encore faut-il aussi que l'administration centrale définisse un cadre favorisant plus clairement des réorganisations structurelles.

A – Renforcer la responsabilité des agences régionales

1 – Inciter à davantage utiliser les prérogatives dont elles disposent

La loi HPST de juillet 2009 a renforcé les pouvoirs dévolus aux agences régionales de santé par rapport à ceux attribués aux agences régionales d'hospitalisation, auxquelles elles se sont substituées, en matière de surveillance de la situation financière des établissements de santés publics. Chargé d'approuver les documents budgétaires, le directeur général de l'agence régionale peut désormais demander un plan de redressement s'il estime que la situation financière l'exige, et exercer ainsi une action préventive de manière plus réactive par rapport aux textes

269. Ce texte a doté les hôpitaux publics d'un conseil de surveillance et a assisté le directeur d'un directoire. La compétence de gestion du directeur est renforcée grâce au transfert d'attributions qui appartenaient précédemment au conseil d'administration. Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de l'hôpital et arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement. Sur le plan financier, il détermine le programme d'investissement, fixe l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP), et présente à l'ARS un plan de redressement si besoin est.

antérieurs[270]. En cas d'échec ou d'absence d'adoption du plan de redressement, il peut également plus facilement qu'auparavant décider de placer sous administration provisoire[271] un établissement de santé public[272].

Les ARS ne devraient pas hésiter à utiliser les moyens de contrainte importants dont elles disposent pour amplifier les opérations de restructuration et développer des coopérations entre établissements de nature à permettre de dégager des gains d'efficience[273].

Le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint Germain-en-Laye

Issu de la fusion en 1997 des centres hospitaliers de Poissy et de Saint Germain-en-Laye, le CHIPS a accumulé les déficits d'exploitation et augmenté son endettement, sans parvenir à établir un projet médical permettant de rationaliser son activité. Les divergences sur le devenir des deux sites ont occulté les problématiques les plus importantes pour l'établissement (réorganisation des services, refonte du système d'information et gouvernance).

270. Le décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 fixait auparavant les critères permettant de poser le constat d'un déséquilibre financier des établissements de santé publics. Ces critères comportaient soit l'existence d'un déficit du compte de résultat principal représentant, selon le type d'établissement, 2 ou 3 % des produits principaux, soit l'existence d'un déficit accompagné d'une capacité d'autofinancement inférieure à 2 % du total des produits, soit l'existence d'une capacité d'autofinancement ne permettant pas de couvrir le remboursement en capital des emprunts.

271. De 2008 à 2012, trois administrations provisoires et un intérim ont été assurés au sein d'établissements publics par des conseillers généraux des établissements de santé, désormais rattachés à l'IGAS : CH d'Ajaccio, CH de Montceau-les-Mines, CH de Lens, le CHI de Clermont de l'Oise faisant l'objet d'un intérim (la cause originelle de l'intervention était l'existence d'actes de maltraitance, alors que seule la situation financière pouvait jusqu'à l'adoption de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 déclencher la mise en œuvre d'une administration provisoire).

272. En cas d'administration provisoire, le directeur de l'établissement concerné ou une partie de son équipe dirigeante sont de plus placés en recherche d'affectation auprès du centre national de gestion.

273. Articles L. 6131-1 et suivants du code de santé publique, qui donnent notamment au directeur général d'ARS le pouvoir de diminuer les dotations des établissements publics de santé qui refusent d'entrer dans une démarche de coopération, de prononcer si nécessaire la fusion de certains établissements, de réduire les dotations forfaitaires (MIGAC ou DAF) d'établissements devant supprimer des emplois dans le cadre d'une restructuration, et de demander le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par cette restructuration.

Si certains projets ont pu aboutir, tels que le regroupement des maternités, de la pédiatrie et des laboratoires, les calendriers de réalisation ont connu des retards importants. De plus, le projet de reconstruction sur un site unique, qui a donné lieu à l'achat d'un terrain à Chambourcy et à la signature d'un marché de conception-réalisation, a été reporté *sine die* en raison de la fragilité de la situation financière de l'établissement, et de la raréfaction de crédits d'aide à l'investissement du programme hôpital 2012.

Le projet d'établissement adopté en avril 2013 par le conseil de surveillance du CHIPS confirme le fonctionnement en deux sites (celui de Poissy disposant du plateau technique lourd, et celui de Saint Germain étant axé sur l'ambulatoire). En l'absence de fonds propres, les réalisations du projet médical, tant en termes de locaux que d'équipements sont tributaires d'aides à l'investissement, dont le principe et *a fortiori* les montants ne sont pas encore arrêtés.

L'exemple du centre hospitalier de Saint-Affrique, qui a conservé ses activités de chirurgie en dépit de sa proximité géographique (30 km) avec Millau est également emblématique de la difficulté de supprimer certains services pourtant condamnés à fonctionner à pertes.

2 – Développer un dialogue contractuel plus exigeant

Le mode d'action privilégié des agences régionales vis-à-vis des établissements en difficulté demeure la voie contractuelle. Celle-ci reste cependant trop formelle.

Elle pourrait cependant gagner en efficacité si le dialogue budgétaire avec les établissements pouvait s'engager plus tôt dans l'année et si la politique contractuelle se concentrait davantage sur les hôpitaux présentant de forts enjeux.

a) Avancer le calendrier d'adoption du budget

Corollaire de la tarification à l'activité, l'introduction en 2005 de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD), en lieu et place du budget à approuver ex ante par la tutelle, devait permettre aux agences régionales de nouer un dialogue de gestion avec les établissements.

Ce dialogue n'a cependant qu'un effet limité sur l'activité des établissements, en raison de l'élaboration et de l'adoption anormalement tardive de ce document, qui n'intervient parfois que quelques semaines avant la fin du premier semestre. Ce calendrier reflète lui-même le décalage entre l'année calendaire et la parution de la circulaire tarifaire, qui est rarement disponible avant la fin mars, ce qui met les ARS dans

l'impossibilité d'exercer leur fonction de pilotage avant le second et parfois le troisième trimestre de l'année calendaire

La Cour avait recommandé [274] d'avancer au 1er janvier la publication de la grille tarifaire, ce qui n'a pas été suivi d'effet. L'adoption en début d'exercice d'un EPRD moins précis que celui qui serait fondé sur la grille tarifaire définitive permettrait à défaut à l'ARS de réagir suffisamment tôt face à une orientation qui compromettrait de son point de vue la situation financière de l'établissement. Un EPRD rectificatif, voté avant l'été, prendrait alors ensuite acte des ajustements à apporter en fonction des décisions tarifaires arrêtées par les pouvoirs publics.

b) Recentrer la politique contractuelle sur les enjeux financiers les plus importants

Instaurés en 2008, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés par les établissements de santé avec les ARS doivent décliner les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire. Ces instruments contractuels sont précieux pour permettre aux agences de s'assurer de la mise en œuvre effective de ce dernier. Mais la négociation de ces contrats auxquels s'ajoutent les contrats de retour à l'équilibre financier conclus avec les établissements déficitaires, se traduit par une succession et parfois une imbrication de démarches contractuelles impliquant les ARS, qui se superposent de plus pour les établissements à la mise en place de dispositifs de retour à l'équilibre internes (plans d'actions, arrêtés dans certains cas avec l'aide de consultants extérieurs).

Les contrats de retour à l'équilibre financier

Les établissements dont la situation est particulièrement dégradée peuvent faire l'objet depuis 2004 de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF), par la suite présentés comme des avenants aux CPOM. Pour éviter l'attribution d'aides financières par l'ARS sans contreparties réelles de la part des établissements, une circulaire de septembre 2009 précise que les plans de redressement doivent s'appuyer prioritairement sur la maîtrise des charges, notamment de personnel, et ne doivent pas contenir de rééquilibrage par les recettes, sauf exception dûment justifiée.

274. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux, La Documentation française, septembre 2010, p. 261-292, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les CREF examinés par les chambres régionales des comptes présentent encore de nombreux défauts : déclenchement souvent trop tardif (notamment en Île-de-France), contenu imprécis (mention du codage des actes, de la facturation des chambres individuelles, des économies logistiques, sans autres précisions), succession de plans de retour à l'équilibre sans effets sur les déficits structurels (CH de Digne, qui a adopté cinq plans de retour à l'équilibre en cinq ans, CH de Sarlat, qui a bénéficié de nombreuses aides exceptionnelles de l'ARS), absence d'articulation avec l'organisation de l'offre de soins dans les territoires, absence ou insuffisance des actions structurantes (CHI des Portes de l'Oise pour les années 2006 à 2009), etc.

De plus, bien que l'attribution de crédits d'aide à la contractualisation soit subordonnée depuis 2008 à la signature d'un avenant au CPOM, certains établissements, tels ceux de la région Rhône-Alpes, en particulier les trois CHU, ont longtemps refusé de s'engager dans une telle démarche, tout en percevant néanmoins des soutiens financiers de la part de la tutelle régionale. Ainsi, le processus de contractualisation avec les Hôpitaux civils de Lyon n'a de ce fait pas encore abouti, bien que cet établissement soit engagé depuis 2009 dans une démarche de redressement de sa situation financière.

Les quelques cas de réussite, allant au-delà d'une amélioration ponctuelle des comptes, concernent des contrats de retour à l'équilibre reposant sur de véritables projets de restructuration, tels celui mené à bien par le centre hospitalier de Castelnaudary.

Certains contrats sont signés avec un effet rétroactif, témoignant dans ce cas du caractère purement formel d'une démarche qui vient régulariser *ex post* l'attribution d'une aide financière, sans contrepartie véritable de la part de l'établissement. Cet empilement de procédures, consommateur de moyens dans les agences régionales et au sein des établissements, ne facilite pas au demeurant le suivi des actions menées.

Un recentrage du dispositif sur les établissements présentant les plus forts enjeux au niveau régional permettrait aux ARS de se mobiliser davantage sur l'analyse de la situation de ces derniers et sur les modalités de leur redressement : ces hôpitaux feraient l'objet d'un suivi annuel, voire infra-annuel, tandis que ceux dont l'équilibre financier et la position dans l'offre territoriale de soins n'apparaissent pas fragiles feraient l'objet d'une procédure allégée. Il faciliterait aussi leur implication nécessaire dans la vérification rigoureuse de l'exécution des engagements pris par les établissements dont la situation fait l'objet d'un examen à l'échelon national.

3 – Restaurer des marges d'action budgétaires

Le passage à la T2A dans le secteur médecine, chirurgie et obstétrique a amputé les agences régionales d'une grande partie du pouvoir conféré par la gestion des enveloppes servant à financer les budgets globaux des établissements. La création en complément des recettes de T2A de dotations forfaitaires au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), même si leur montant représente moins de 20 % des anciens budgets globaux, était supposé leur redonner, pour la partie aides à la contractualisation, des marges de manœuvre par rapport au système antérieur qui avait débouché sur une rigidification progressive de l'allocation des financements hospitaliers.

Celles-ci sont en réalité considérablement réduites par le fléchage au niveau national de plus de la moitié de ces dotations, la part restante étant composée en grande partie d'aides régionales au remboursement d'emprunts, par construction reconductibles sur une durée longue. Le levier budgétaire des aides à la contractualisation, supposé permettre à l'ARS d'engager des négociations avec les établissements de son ressort pour amplifier leurs efforts de réorganisation, a vu au surplus son efficacité entravée par le mécanisme de mise en réserve institué depuis 2010, qui les a fortement mises à contribution.

Dans certaines régions, Bourgogne ou Nord – Pas-de-Calais notamment, les enveloppes réellement disponibles, après déduction des crédits fléchés par le niveau national et des aides régionales reconductibles, représentent moins de 10 % de leur dotation au titre des MIGAC.

La possibilité donnée en 2011 aux ARS de répercuter une partie des mises en réserve sur les dotations globales de financement destinées à la psychiatrie et aux soins de suite et de rééducation s'explique ainsi par la faiblesse ou parfois l'inexistence des marges de manœuvre résiduelles sur les aides à la contractualisation. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a désormais prévu également la possibilité de reporter si nécessaire sur les recettes tarifaires les mises en réserve de précaution[275].

Alors qu'une partie des missions d'intérêt général (MIG) est gérée dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR) mis en place en

275. La loi de financement pour 2013 a modifié le mécanisme de mise en réserve en complétant la régulation des crédits MIGAC et DAF par une minoration en début d'année des tarifs par séjour à l'aide d'un coefficient pouvant être différencié par catégorie d'établissements.

2012, les agences régionales devraient de plus se voir reconnaître une pleine compétence pour arrêter à leur niveau une part plus importante des dotations MIG faisant l'objet d'une justification au premier euro. De manière à éviter une qualification d'aide d'État au sens de la réglementation européenne, le montant de ces aides est établi chaque année dans sa totalité sur la base de critères objectifs, cet examen ne se limitant pas à celui des mesures nouvelles. Les ARS décideraient du montant de ces dotations en fonction de critères et dans la limite d'une enveloppe fixés nationalement.

4 – Renforcer les capacités d'expertise technique

Les équipes chargées de suivre sur un plan financier les établissements hospitaliers dans les ARS sont relativement limitées par rapport à l'ampleur de leurs missions. Leur taille varie de 6 à 10 emplois à temps plein (ETP) dans un grand nombre de régions jusqu'à 30 ETP en Île-de-France, chaque agent suivant en moyenne plus de dix établissements sous contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Parallèlement, certains domaines, par exemple le contrôle du recours à l'emprunt ou la promotion de la performance hospitalière demandent une technicité très différente de celle qui était exigée avant le passage à la T2A pour l'allocation des ressources d'assurance-maladie.

Certaines agences régionales unissent ainsi leurs capacités d'expertise pour étudier les demandes d'emprunt présentées dans le cadre du dispositif encadrant le recours au crédit par les établissements publics de santé. Pour les dossiers les plus complexes (renégociation de crédits structurés, négociation d'emprunts au profil atypique), ce type de mutualisation, envisagé à un niveau inter-régional, voire national, pourrait compenser au moins partiellement le déficit très souvent constaté en cadres ayant une connaissance fine des opérations de crédit.

Dans le cas d'établissements en grande difficulté financière, pour lesquels il n'est pas nécessairement envisagé de recourir à une administration provisoire, certaines agences auraient besoin de renforts temporaires en compétences. À titre d'exemple, la situation du CHU de Caen pourrait justifier un suivi particulier par une équipe dédiée, à l'expérience affirmée, étant donné la technicité des problématiques à traiter (amiante, sécurité incendie notamment). Cette équipe n'est, de fait, pas disponible aujourd'hui à l'ARS Basse-Normandie qui a sollicité l'aide de différents opérateurs de l'État. La solution peut résider là encore dans la mutualisation de certains profils à un niveau inter-régional et dans un adossement mieux construit aux corps d'inspection.

B – La nécessité d'un positionnement plus clair de l'administration centrale

1 – Assortir la planification sanitaire d'objectifs explicites en termes de gains de restructuration

La persistance de déficits structurels tient en grande partie à l'usage insuffisant du levier que constitue la régulation de l'offre sanitaire pour redresser les établissements en difficulté.

La viabilité économique des structures de soins ne constitue pas en tant que telle un des objectifs de la régulation de l'offre sanitaire par les schémas régionaux d'offre de soins (SROS), désormais intégrés par la loi HPST de juillet 2009 dans les projets régionaux de santé (PRS). La circulaire de présentation de la méthodologie applicable dans le cadre des SROS-PRS, diffusée en décembre 2011, se contente d'indiquer que ces nouveaux outils visent à mieux encadrer les volumes d'activité des établissements de santé, compte tenu de l'inefficacité du mécanisme de régulation des tarifs et des volumes qui sous-tend le système de tarification à l'activité, mais n'assigne pas d'objectifs d'économies explicites liées à certaines des priorités qu'elle demande aux agences régionales de poursuivre.

Il en est ainsi en particulier de la substitution de la chirurgie ambulatoire[276] à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle, qui représente un potentiel d'économies considérables. En s'abstenant de publier les décrets fixant des seuils minimaux d'activité pour les établissements habilités à pratiquer la chirurgie, l'administration centrale ne facilite pas au surplus la tâche des agences régionales de santé, qui ne peuvent s'appuyer sur un référentiel national pour mener à bien des restructurations pourtant souhaitables d'un double point de vue sanitaire et financier.

2 – Éviter de fragiliser l'action des agences régionales

Il continue d'arriver qu'une décision de niveau central remette ponctuellement en cause les orientations d'une agence régionale, pourtant appuyées sur une approche de meilleure articulation territoriale des établissements. Il en a été notamment ainsi pour le centre hospitalier du Blanc, dont l'ARS de la région Centre a proposé de restructurer l'activité, provoquant une vive résistance locale, et une décision du ministère de

276. Voir le chapitre VIII du présent rapport : la chirurgie ambulatoire.

sursoir à ce remodelage de l'offre de soins[277]. Ce type d'intervention affaiblit nécessairement le positionnement de l'agence régionale.

Un comité des risques financiers des établissements de santé a été par ailleurs institué en 2010, avec le double objectif de suivre l'évolution de la situation des établissements présentant des indicateurs financiers particulièrement dégradés et de préconiser des actions de redressement de ces hôpitaux. Placé sous la présidence du directeur général de l'organisation des soins, ce comité, qui réunissait les représentants des administrations centrales (dont la direction du budget) et de la CNAMTS, suivait spécifiquement en août 2012 16 CHU et 17 centres hospitaliers.

Ce type de traitement, contraire en soi aux principes qui ont présidé à la création des agences régionales, peut s'avérer bénéfique s'il convainc les acteurs locaux de l'urgence de remédier aux dysfonctionnements qui pèsent sur les résultats de l'établissement. Certains établissements examinés par cette instance, tels le CHU de Nantes, ont de fait vu leur situation financière s'améliorer depuis 2010. D'autres, parmi lesquels le CHU de Caen, le CHU de Fort-de-France, le CHU d'Amiens et l'hôpital de Bastia, restent en revanche toujours confrontés à de graves difficultés malgré les actions engagées.

De manière cependant à éviter une dépossession des directeurs généraux de la compétence qui est la leur en matière de redressement des établissements en difficulté, il importe que le passage devant le comité ne se fassent qu'à la demande de l'agence régionale concernée et que tant le directeur général de celle-ci que le chef d'établissement s'engagent ensuite conjointement sur la mise en œuvre des recommandations faites.

Le remplacement début 2013 du comité des risques financiers par un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), au champ de compétence étendu aux projets d'investissement et aux mesures d'amélioration de la performance hospitalière et à la composition élargie en particulier au commissariat général à l'investissement, gagnerait à s'accompagner d'une redéfinition de ses méthodes ainsi que du rôle des agences régionales, tant en aval qu'en amont de sa saisine.

3 – N'accorder des aides d'urgence qu'en contrepartie d'efforts structurels

La dégradation de la situation financière de certains hôpitaux déjà fragiles les a amenés à solliciter en 2012 l'aide des autorités de tutelle, faute de pouvoir contracter de nouvelles lignes de trésorerie auprès des institutions bancaires. Certaines agences régionales de santé ont répondu

277. L'établissement est désormais engagé dans un projet médical de territoire.

en appuyant leurs demandes d'avances à l'assurance-maladie : le centre hospitalier d'Agen a ainsi pu recevoir par anticipation en septembre 2012, 5,7 M€ qu'il aurait dû encaisser en fin d'année.

Face aux difficultés d'un nombre croissant d'établissements, le ministère de la santé a réagi en modifiant, durant l'été 2012, le calendrier de versement des recettes d'assurance-maladie aux hôpitaux, dont les échéances mensuelles ont été avancées du 25 au 20 de chaque mois. En liaison avec le ministère de l'économie et des finances, il a par ailleurs instauré en septembre 2012 des comités régionaux de veille active sur la trésorerie des établissements publics de santé, réunissant les agences régionales de santé et les directions régionales des finances publiques.

Certains hôpitaux ont également bénéficié de l'allocation de crédits d'assurance-maladie débloqués en fin d'exercice par le ministère, qui ont également été parfois utilisés par les ARS pour négocier la consolidation de certains crédits bancaires. L'ARS Provence Côte-d'Azur est ainsi intervenue auprès des créanciers du centre hospitalier de Briançon pour apurer la ligne de trésorerie octroyée par Dexia en 2010 et obtenir le rééchelonnement et l'apurement partiel d'une seconde ligne de trésorerie consenti la même année par un autre établissement bancaire. Cette intervention a fait l'objet d'une contractualisation avec l'établissement qui a pris un certain nombre d'engagements pour rétablir sa situation financière.

La mobilisation de ressources définitives pour résoudre dans l'urgence l'impasse de trésorerie de certains hôpitaux constitue cependant une réponse peu satisfaisante au problème posé par la raréfaction des crédits proposés au secteur hospitalier. Une réponse définitive aux problèmes de trésorerie ne pourra provenir que de l'assainissement des bilans des établissements de santé, permettant de restaurer leurs fonds de roulement. L'octroi d'aides d'urgence devrait être étroitement conditionné aux engagements pris en ce sens.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Si les hôpitaux ont pu, dans leur grande majorité, renouer avec l'équilibre comptable en 2012, ce rétablissement apparaît largement circonstanciel et la persistance de déficits structurels, dans un contexte de permanence d'un lourd déficit de l'assurance-maladie, interdit de relâcher les efforts tendant à ramener sur une trajectoire positive l'ensemble des établissements. Cet impératif est d'autant plus fort que les hôpitaux resteront confrontés à des tensions financières structurelles fortes pour tenir la trajectoire de retour à l'équilibre de l'assurance maladie programmé à horizon 2017.

Il importe dans ces conditions de renforcer le rôle dévolu aux ARS, dont l'action devrait être recentrée sur les établissements présentant les

enjeux les plus importants et qui devraient être incités à piloter plus énergiquement la réorganisation de l'offre, de manière à améliorer la productivité des établissements publics de santé, leur permettre de dégager des économies durables et assainir ainsi leur situation financière. Pour cela, les agences régionales doivent ne pas hésiter à faire usage de la totalité des pouvoirs que les textes leur donnent : trop de situations de blocage de réorganisations indispensables se prolongent indûment au détriment de l'assurance maladie.

Encore faut-il que l'administration centrale adopte un positionnement plus clair en ce domaine, fixent des objectifs précis d'économies, complètent les outils à disposition des agences et évite de les fragiliser par ses interventions, qu'elles soient ponctuelles, en urgence ou inscrites dans une durée plus longue. Seule une forte responsabilisation des acteurs locaux peut en effet permettre de mener à bien des opérations réellement restructurantes, conjuguant à la fois amélioration des conditions de prise en charge des patients et gains d'efficience pour l'assurance maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

25. recentrer le dispositif contractuel unissant les agences régionales de santé aux établissements sur les hôpitaux présentant les plus forts enjeux financiers ;

26. conditionner l'attribution d'aides exceptionnelles à l'exploitation à la réalisation d'efforts structurels ;

27. supprimer le fléchage par l'administration centrale des dotations relatives aux missions d'intérêt général (MIG) justifiées au premier euro et charger les ARS d'arrêter leur montant établissement par établissement en fonction de critères et dans la limite d'une enveloppe fixés nationalement ;

28. subordonner le passage d'un établissement en difficulté financière devant le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) à une demande du directeur général d'ARS, qui doit être responsable, conjointement avec le chef d'établissement, de la mise en œuvre des recommandations du comité ;

29. définir la notion de résultat structurel par la marge brute, hors aides à l'investissement et aides exceptionnelles à l'exploitation ;

30. encourager la constitution de centres d'expertise interrégionaux notamment en matière de financements bancaires ;

31. rendre impérative l'adoption par les établissements en début d'année civile de l'état des prévisions des recettes et dépenses.

Chapitre VIII

La chirurgie ambulatoire

PRESENTATION

La chirurgie ambulatoire concerne « des actes chirurgicaux […] réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire […] permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention[278] *», tels que, pour les actes les plus courants, la chirurgie de la cataracte ou la libération du canal carpien, mais aussi des interventions plus complexes, de l'épaule par exemple. Son développement, s'il répond à des objectifs de santé publique*[279]*, d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'efficience du système de santé, est aussi un levier pour une meilleure maîtrise des dépenses de soins.*

L'introduction de la chirurgie ambulatoire en France a été plus tardive que dans d'autres pays anglo-saxons ou européens. Vingt ans après sa reconnaissance légale en 1991, quatre interventions chirurgicales sur dix sont désormais pratiquées sous cette forme. Initialement mise en place pour des interventions comme le traitement de la cataracte, des hernies, des varices et des affections de la main, la chirurgie ambulatoire s'est par la suite étendue à des pathologies plus importantes.

Le ministère de la santé a pour objectif de rendre sa part majoritaire à l'horizon 2016, ce qui reste en deçà du potentiel de huit interventions sur dix réalisées en ambulatoire dans plusieurs pays occidentaux qui nous sont comparables.

Au regard de cette perspective, la politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire menée par les pouvoirs publics paraît limitée dans ses ambitions (I), tandis que le potentiel d'économies très significatif qu'il recèle n'est encore que trop peu exploité (II).

I - Une politique volontariste aux ambitions limitées

Pratique chirurgicale de référence pour les principaux pays occidentaux, la chirurgie ambulatoire reste définie en France depuis la loi de 1991 comme une alternative à l'hospitalisation, assurée par les établissements de santé. Elle est substitutive, car « les alternatives à l'hospitalisation […] ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps

278. Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, conférence de consensus, *La chirurgie sans hospitalisation*, Paris, 22, 23 et 24 mars 1993.

279. Réduction des risques d'infections nosocomiales, de la période de récupération et facilitation du retour à la vie sociale.

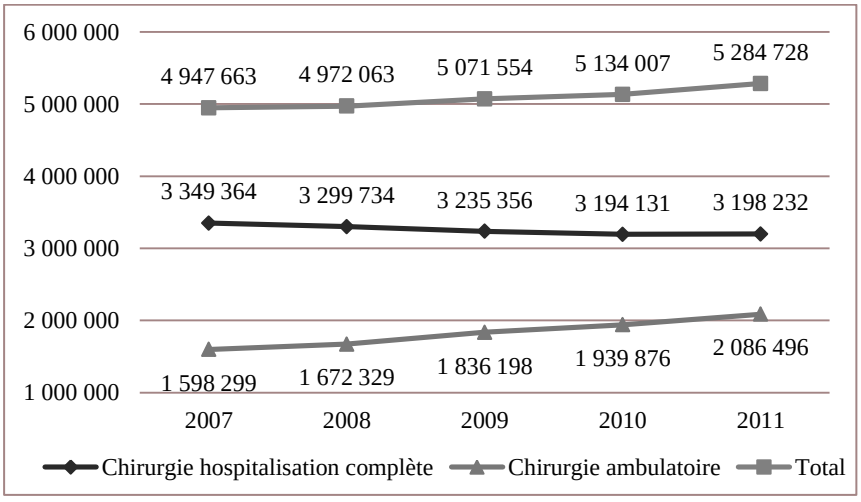
complet ou d'en diminuer la durée » et qualifiée, car « les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation complète[280] ». Son développement est inégal selon les actes, les secteurs et les territoires. Malgré les incitations constantes des pouvoirs publics, la pratique ambulatoire en France reste significativement en deçà du potentiel de substitution mis en lumière par les expériences étrangères.

A – Un développement récent et inégal

En 2011, 2,086 millions de séjours ont été pratiqués en ambulatoire sur un total de 5,284 millions de séjours chirurgicaux (39,5 %). L'accélération du développement ambulatoire (488 197 séjours) s'est traduite par une progression de sa part de 7,2 points en cinq ans entre 2007 et 2001. Sur la période, les séjours en hospitalisation complète régressent.

Graphique n° 10 : évolution des séjours chirurgicaux par mode d'intervention

Séjours



Source : données PMSI ATIH, tous secteurs confondus

Si globalement, quatre interventions chirurgicales sur dix sont désormais réalisées en ambulatoire, ce taux peut atteindre huit

280. Article D. 6124-301-1 du code de la santé publique.

interventions sur dix pour certains gestes, voire plus de neuf sur dix pour quelques interventions[281].

L'activité chirurgicale en hospitalisation complète reste cependant majoritaire: 3 198 232 séjours en 2011 contre 2 086 496 séjours ambulatoires.

1 – Une activité concentrée sur un nombre limité d'actes

La moitié des interventions effectuées en chirurgie ambulatoire concernent cinq domaines : la cataracte, la chirurgie de la main, les circoncisions, les varices et les méniscectomies. La cataracte représente à elle seule 577 122 séjours en 2011.

Au total, les douze interventions les plus pratiquées concentrent plus de 70 % des séjours ambulatoires.

Tableau n° 64 : les 12 gestes[282] les plus pratiqués en chirurgie ambulatoire

Séjours et %

Gestes	Nombre de séjours 2011	Part	Cumul
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	577 122	27,7 %	27,7 %
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	140 476	6,7 %	34,4 %
Autres interventions sur la main	93 444	4,5 %	38,9 %
Circoncision	91 279	4,4 %	43,2 %
Ligatures de veines et éveinages	89 383	4,3 %	47,5 %
Ménisectomie sous arthroscopie	89 129	4,3 %	51,8 %
Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins	72 721	3,5 %	55,3 %
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	71 881	3,4 %	58,7 %
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	71 616	3,4 %	62,2 %
Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	66 895	3,2 %	65,4 %

281. Drains tympaniques, moins de 18 ans (98,6 %), circoncision (95,5 %), drains tympaniques, plus de 18 ans (92,6 %), libérations du canal carpien (90,1 %), méniscectomie (86 %). Données PMSI 2011, ATIH.

282. Dans ce tableau, le terme « gestes » est pris comme synonyme de groupes homogènes de malades (GHM).

Gestes	Nombre de séjours 2011	Part	Cumul
Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes	62 072	3,0 %	68,3 %
Prélèvements d'ovocytes	58 372	2,8 %	71,1 %
Total de ces 12 gestes	**1 484 390**	**71,1 %**	
Total général	**2 086 496**	**100,0 %**	

Source : données PMSI ATIH, tous secteurs confondus

Sur les cinq dernières années, la croissance ambulatoire est concentrée sur trois interventions : la cataracte (45,1 %), les varices (10,8 %) et les hernies (9,2 %), qui expliquent les deux tiers de la hausse de l'activité ambulatoire totale.

Pour autant, la pratique ambulatoire s'étend progressivement à de nouvelles prises en charge et à des interventions plus lourdes telles que la chirurgie de l'épaule, de la thyroïde, de la vésicule biliaire ou de l'obésité.

Enfin, les pratiques émergentes, mises en œuvre par un nombre réduit d'équipes et représentant moins de 100 à 200 séjours, sont dynamiques[283]. Elles concentrent 1,7 % des séjours sans hospitalisation réalisées en 2011. Elles sont davantage présentes dans le secteur public - notamment à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP, 3,1 % des séjours), dans les centres hospitaliers universitaires (2,9 % des séjours) et dans les centres hospitaliers (2.3 %) - que dans le secteur privé lucratif (1,4 %).

2 – La prépondérance du secteur privé

Le secteur privé [284] réalise sept interventions sur dix en ambulatoire, avec 1 465 345 séjours en 2011, pour 621 151 interventions dans le secteur public[285]. La pratique ambulatoire s'est progressivement renforcée dans les cliniques : un tiers des interventions réalisées par le secteur privé était traité en ambulatoire en 1997 (32 %), contre près de la moitié en 2011 (48 %). Cette proportion s'élève à 81 % pour 18 gestes

283. Telles que l'ablation du colon, la pose d'une prothèse totale de hanche ou la pose d'une prothèse de genou. Source PMSI ATIH.

284 . Sous la dénomination de « secteur privé » sont également inclus les établissements à but non lucratif relevant de la même grille tarifaire que le secteur privé à but lucratif.

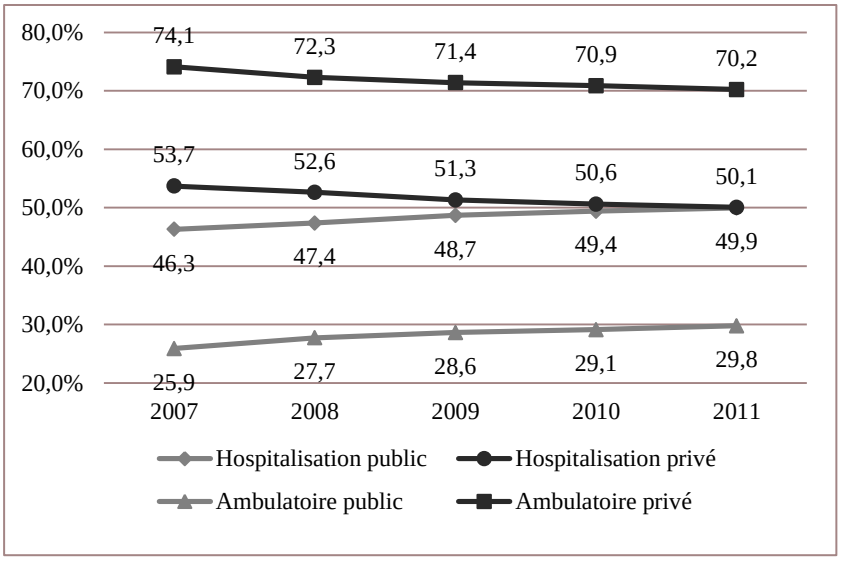
285 . Sous la dénomination de « secteur public » sont également inclus les établissements à but non lucratif relevant de la même grille tarifaire que le secteur public.

plus particulièrement suivis par l'ATIH, dont le tarif est le même qu'ils soient pratiqués en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle.

La pratique ambulatoire du secteur privé reste de fait fortement en avance sur celle des établissements publics, qui s'établissait de 22 % pour les CHU à 31 % pour les centres hospitaliers en 2011. Ces derniers, s'ils représentent globalement les deux tiers de l'activité ambulatoire publique, atteignent aujourd'hui le niveau de pratique réalisé par les cliniques à la fin des années 1990. Néanmoins, une accélération récente du secteur public est constatée sur les cinq dernières années. La croissance des séjours ambulatoires du secteur public est ainsi deux fois plus rapide que celle du secteur privé.

Graphique n° 11 : évolution des parts de marché en chirurgie

En %



Source : données ATIH

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'est longtemps heurté aux réticences des communautés hospitalières publiques, installées dans une organisation centrée sur les spécialités, le service et les lits. La pratique ambulatoire implique la réorganisation des activités autour du patient, une articulation encore plus étroite des équipes chirurgicales et des anesthésistes-réanimateurs, la mise en place de procédures transversales rigoureuses nécessaires à la maîtrise des flux, et souvent des restructurations immobilières dès lors qu'il s'agit de créer des unités spécifiques. Ces changements sont d'autant plus vécus comme des

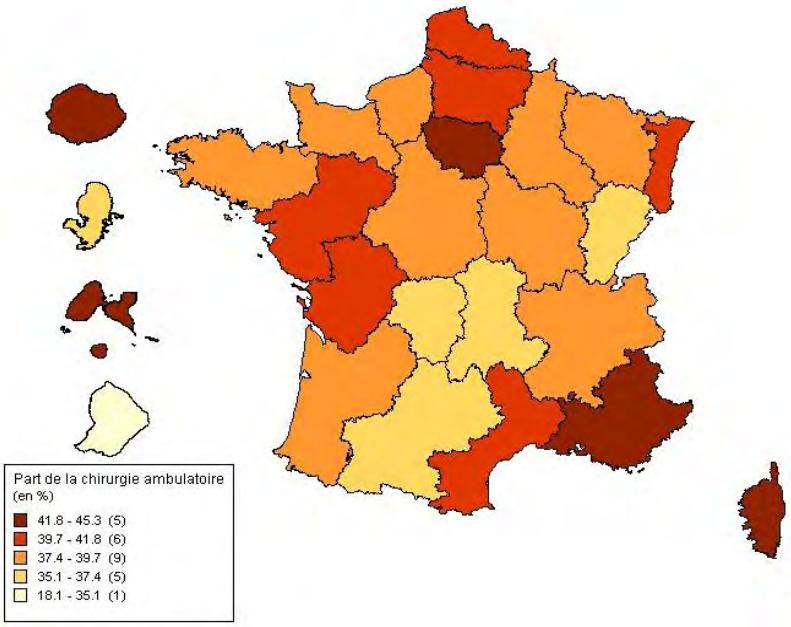
contraintes qu'ils sont censés s'accompagner d'une diminution des capacités d'hospitalisation conventionnelle.

Le desserrement des contraintes réglementaires ou financières à partir de 2003, ont participé à la mobilisation plus active des acteurs du secteur public. Cette dernière traduit également un changement de vision de la chirurgie ambulatoire, longtemps perçue comme uniquement axée sur la productivité, avec un enchaînement d'actes rémunérateurs dans un bloc opératoire, relevant davantage d'une logique lucrative que du service public. Pour autant, des freins subsistent, qu'il s'agisse de la formation des praticiens, du mode d'articulation avec la médecine de ville pour le retour à domicile, ou de l'éligibilité et de l'information des patients, sans préjudice de la lisibilité de la politique tarifaire.

3 – Une pratique inégale selon les territoires

Le taux de pratique ambulatoire varie sensiblement selon les régions, s'écartant de dix points entre La Réunion (45,3 %) et la Franche-Comté (35,1 %), pour une moyenne de 39,5 %.

Carte n° 1 : taux global de chirurgie ambulatoire par région en 2011



Source : PMSI ATIH

Sur les cinq dernières années, les dynamiques régionales varient de 4 % (Languedoc-Roussillon) à 12 % (Franche-Comté), ramenant l'écart entre les régions de seize à dix points[286].

Les taux de croissance les plus élevés (de 10 à 12%) sont constatés dans trois régions, où la pratique ambulatoire reste en-deçà de la moyenne nationale : Franche-Comté, Basse-Normandie et Champagne-Ardenne. La progression de ces trois régions a été tirée fortement par les gestes soumis à entente préalable de l'assurance-maladie[287] (cf. *infra*) dont la part en ambulatoire est passée respectivement de 46, 54,6 et 53,6 % en 2007 à 73,8, 76,1 et 77 % en 2011.

Trois régions précédemment en-deçà de la moyenne nationale sont aujourd'hui au-dessus de celle-ci : Picardie, Alsace et Pays de la Loire. En Picardie, l'effort a avant tout porté sur le secteur public, notamment les gros établissements et ceux dont la pratique ambulatoire se trouvait encore un peu en retrait dès lors que les établissements privés avaient déjà atteint un taux élevé.

Les plus faibles progressions des régions Languedoc-Roussillon (4,28 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,79 %) sont à mettre en perspective avec des taux de pratique ambulatoire déjà relativement élevés. Ils peuvent, par exemple, traduire des effets de seuil sur les gestes soumis à entente préalable (taux supérieur à 80 %). La poursuite de la dynamique implique de nouvelles actions, comme l'accélération de la chirurgie ambulatoire dans les CHU.

Les zones urbaines ayant davantage recours à la chirurgie ambulatoire que les zones rurales, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole a cherché à participer à la réduction des inégalités territoriales.

L'expérimentation de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Au niveau national, l'accès à la chirurgie ambulatoire des affiliés à la mutualité sociale agricole présente un taux global de chirurgie ambulatoire inférieur de 4,2 points à celui constaté pour l'ensemble des régimes[288]. En conséquence, la MSA met en œuvre une action expérimentale d'accompagnement des patients, sur des territoires sélectionnés pour leur retard dans la pratique de l'ambulatoire. Elle entend agir auprès des trois acteurs, les assurés, afin de les informer sur ce mode

286. Écart hors Guyane (18,2 %). La région ayant le taux de pratique ambulatoire immédiatement supérieur est la Franche-Comté (35,1 %).

287. Appelés aussi « gestes marqueurs ».

288. Pour les gestes marqueurs, données 2010, source CCMSA.

de prise en charge et lever leur appréhension, les médecins traitants, les infirmiers libéraux et les équipes hospitalières intervenant en amont et en aval de l'intervention.

Cette expérimentation prend effet dès le second semestre de l'année 2013. Les ARS et les autres régimes d'assurance maladie y sont associés.

Les différences de poids du secteur privé dans l'offre de soins régionale, l'inégale mobilisation des établissements publics, notamment des CHU, et l'accès plus ou moins aisé selon les territoires et la distance des patients aux établissements développant ce type de prise en charge contribuent à expliquer la diversité des situations régionales.

B – Des incitations diversifiées

Le développement de la chirurgie ambulatoire relève du praticien qui choisit son mode d'intervention, ambulatoire ou conventionnel. À l'instar des principaux pays occidentaux, les actes relevant de la chirurgie ambulatoire en France, ne sont pas inscrits en effet sur une liste positive : « ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient[289] », 85 % des patients remplissant au demeurant les critères d'éligibilité à la pratique ambulatoire.

De ce fait, c'est sur les établissements de santé que les pouvoirs publics agissent pour pousser les communautés hospitalières à s'engager dans la conversion ambulatoire. Les dispositifs contraignants associés à l'origine au développement de la chirurgie ambulatoire ont ainsi progressivement laissé place à la contractualisation ou l'incitation tarifaire.

1 – L'assouplissement progressif du cadre d'autorisation et d'exercice

À un dispositif d'encadrement s'est progressivement substitué un régime désormais très souple.

Jusqu'en 2003, la chirurgie ambulatoire était soumise à un strict régime d'autorisation du fait d'un « taux de change », subordonnant la création d'une place ambulatoire à la suppression de plusieurs lits de chirurgie en hospitalisation complète : de 2 à 2,25 lits au départ, puis de 3 ou 3,25 lits en 1999, ramené à 1 et 2 lits, sous condition d'activité. Ce dispositif a été supprimé par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Sauf

289. CNAMTS, *Abécédaire de la chirurgie ambulatoire*, 2009.

exceptions, les autorisations d'activité sont désormais systématiquement accordées par les ARS dans une perspective de développement de la chirurgie ambulatoire.

Les conditions techniques de fonctionnement applicable en chirurgie ambulatoire ont été fortement allégées par un décret du 20 août 2012. Les normes de personnel sont notamment supprimées au bénéfice d'un dimensionnement des équipes laissé à l'appréciation des établissements. Destinataire d'une charte de fonctionnement de chaque unité, l'agence régionale de santé (ARS) veille au respect des conditions techniques et arrête la conformité des unités.

La contractualisation pluriannuelle avec les établissements de santé constitue le principal outil à la main des agences régionales de santé. Des objectifs de développement de la pratique ambulatoire sont intégrés aux contrats signés, de manière à décliner ainsi les cibles régionales contractualisés entre l'État et les agences.

2 – Une politique tarifaire favorable

À partir de 2003, le mode de financement devient incitatif. La généralisation de la tarification à l'activité (T2A) accroît alors l'intérêt des établissements pour la chirurgie ambulatoire. Celle-ci est alors perçue par ces derniers comme un vecteur de recettes supplémentaires puisqu'elle permet de prendre en charge davantage de patients qu'un lit conventionnel.

À cette perspective d'accroissement des recettes par les volumes, s'ajoute dès 2004 une incitation par les tarifs. Sont désormais rémunérés selon un tarif identique, des gestes sans hospitalisation et des gestes avec une nuitée, de façon à favoriser un transfert vers les pratiques ambulatoires. Ce mécanisme a été par la suite progressivement étendu à de nouveaux groupes homogènes de malade (GHM)[290].

Ce tarif unique est fixé selon des règles qui ont varié dans le temps et qui diffèrent selon les actes. Ainsi, pour les pratiques dites « substituables », il s'agit de la moyenne des tarifs en hospitalisation complète et en ambulatoire, le cas échéant pondéré selon les volumes afin de permettre une convergence progressive des coûts. L'alignement du tarif en ambulatoire sur le tarif de l'hospitalisation complète est par ailleurs utilisé pour favoriser certaines pratiques dites « innovantes »[291]. Les incitations tarifaires ont été renforcées à partir de 2010, notamment

290. En 2013, 47 couples de GHM sont ainsi concernés.
291. Pour les 12 GHM créés en ambulatoire en 2012.

par une revalorisation des tarifs, tandis que des améliorations de la classification ont été régulièrement apportées.

3 – Une contrainte réglementaire par la mise sous entente préalable

Depuis la fin des années 2000, l'assurance maladie et le ministère ont franchi une nouvelle étape en remettant en cause le caractère alternatif de la chirurgie ambulatoire, pourtant inscrit dans les textes fondateurs, pour la positionner désormais en pratique de référence.

Depuis 2008, la procédure de mise sous entente préalable par l'assurance maladie[292] impose un accord du service du contrôle médical à une prise en charge en hospitalisation complète pour des gestes ciblés. Cette procédure a été un stimulant fort pour développer la pratique ambulatoire, comme l'atteste la progression de 30,6 % de la pratique opératoire pour les gestes concernés[293] (81 % en 2011). Les médecins ont en effet préféré éviter cette contrainte.

Cette action a été élargie par une instruction du 27 décembre 2010 aux ARS qui pose un « changement de paradigme ». Le mode de prise en charge ambulatoire est étendu « à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie ». Ce texte fait désormais de la chirurgie ambulatoire la pratique de référence.

C – Un objectif de développement qui reste modeste

En dépit de cette politique de plus en plus incitative, les objectifs de développement retenus à partir de 2010-2011 sont demeurés limités au regard des potentialités existantes.

1 – Un retard persistant par rapport aux autres pays

La pratique ambulatoire en France reste en décalage avec un important potentiel de développement mis en évidence par la pratique des principaux pays occidentaux.

292. Instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.
293. Cinq gestes en 2008, à 17 en 2009, puis 38 gestes en 2012. La plupart des gestes mis sous accord préalable (MSAP) font également l'objet d'une incitation tarifaire. Pour autant, les listes d'actes concernés par la MSAP et les « couples » de GHM ne se superposent pas exactement.

Les exemples étrangers

Décrite pour la première fois en Écosse en 1909, la chirurgie ambulatoire a connu un essor rapide aux États-Unis dans les années 1960. Ce pays, qui présentait déjà en 2004 des taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 80 %, est souvent cité en exemple. En Europe, la Grande-Bretagne fait figure de pionnier mais d'autres pays ont connu, à partir des années 80, un développement important comme l'Autriche, le Danemark, les pays nordiques ou la Suisse.

Dès la première étude internationale réalisée sur le développement de la chirurgie ambulatoire en 1995[294], la France figure parmi les trois pays ayant la pratique ambulatoire la plus faible au sein des pays de l'OCDE (30 %), les trois premiers étant les États-Unis (94 %), le Canada (85 %) et le Danemark (78 %).

Les objectifs assignés à la chirurgie ambulatoire diffèrent selon les pays. L'amélioration des prises en charge, une meilleure efficience, la restructuration du secteur hospitalier reviennent souvent mais la réduction des délais d'accès aux soins jugés trop importants (Danemark, Royaume-Uni, Suisse ou Australie) est un élément majeur du développement de ce nouveau mode de prise en charge.

Certains pays (États-Unis, Royaume-Uni et Allemagne) ont privilégié la création de centres indépendants pour favoriser l'activité et introduire plus de concurrence avec les hôpitaux. Si l'impact sur l'activité et la mise sous tension de ces derniers sont certains, les études réalisées dans les différents pays ne permettent toutefois pas de démontrer une efficience accrue de ces centres par rapport aux hôpitaux.

Les incitations tarifaires ont également été un vecteur puissant d'augmentation de l'activité. Dans un premier temps, la rémunération de la chirurgie ambulatoire était moindre que celle de la chirurgie conventionnelle dans la grande majorité des pays mais la tendance s'est progressivement inversée. Pour favoriser son développement, les tarifs entre les deux activités sont devenus comparables, les pays continuant à appliquer une décote sur certains actes devenant minoritaires (Allemagne, Suède, Irlande, Pologne).

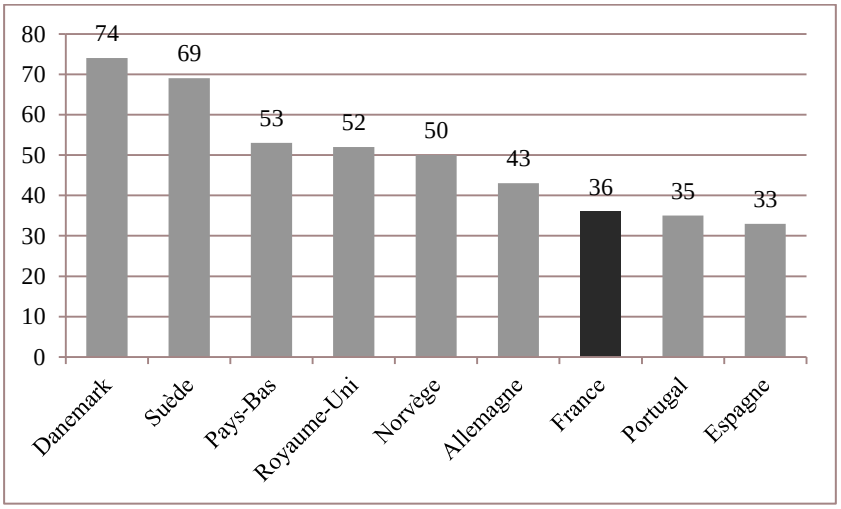
Malgré les efforts des pouvoirs publics, la dernière étude comparative publiée en 2009 [295] confirme ce retard. La pratique ambulatoire en France reste deux fois plus faible qu'au Danemark ou en Suède. Elle se démarque également de pays tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Norvège. Trois pays se situent légèrement en deçà de la pratique française : l'Italie, l'Espagne et le Portugal.

294. Ces études sont fondées sur une définition commune de la chirurgie ambulatoire. Il peut toutefois exister des différences de méthodologie dans la collecte des données.

295. International association for ambulatory surgery (IAAS). *Day surgery activities 2009*, 2011

Graphique n° 12 : pratique comparée de la chirurgie ambulatoire

En %



Source : HAS - Enquête IAAS 2009 - % de chirurgie ambulatoire/chirurgie totale

2 – Un objectif national en deçà du potentiel estimé

En novembre 2011, les pouvoirs publics ont pour la première fois fixé un objectif chiffré de développement, soit une chirurgie ambulatoire dépassant 50 % du total de l'activité chirurgicale à horizon 2016, c'est-à-dire au terme des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) issus des projets régionaux de santé (PRS). Ce taux cible, qui prolonge la tendance observée de 2007 à 2011, suppose une progression annuelle de deux points du taux global de chirurgie ambulatoire, soit de l'ordre de 5 à 600 000 séjours supplémentaires.

Cet objectif, issu d'une concertation nationale et considéré alors comme « possible et raisonnable » reste cependant très en deçà de la cible de développement acté par l'État et l'assurance maladie en octobre 2010, selon lesquels « demain, 80 % des interventions chirurgicales seront

réalisées en chirurgie ambulatoire, soit un potentiel de substitution de deux millions d'interventions »[296].

Le développement de la chirurgie ambulatoire est assuré, selon une contractualisation en cascade, par les agences régionales de santé au titre des priorités du programme de gestion des risques (PGDR) lancé en 2010[297]. Les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS et l'État précisent la cible régionale de développement de la chirurgie ambulatoire, définie à la fois sur les gestes marqueurs et sur l'ensemble des séjours. Les SROS-PRS 2011-2016 et les plans d'actions régionaux doivent décliner ce taux-cible, assorti d'un objectif de réduction des écarts interrégionaux de sept points. Au 31 décembre 2012, 17 SROS-PRS avaient intégré un objectif de développement de la chirurgie ambulatoire, chiffré pour 37 % d'entre eux.

Ces perspectives sont ensuite reprises dans les contrats conclus par les ARS avec les établissements de santé.

Alignées sur une cible nationale d'ambition limitée, ces actions restent cependant très en retrait des potentiels de substitution tels qu'estimés à partir des établissements les plus performants par l'ARS Languedoc-Roussillon.

La modélisation du potentiel ambulatoire par l'ARS Languedoc-Roussillon

L'ARS a élaboré un outil mesurant le potentiel ambulatoire par région et établissement. Pour chaque geste[298]est calculé un taux cible de séjours réalisés en ambulatoire, basé sur la médiane des dix meilleurs établissements régionaux. Une fiche analyse, entre autres, les séjours réalisés en ambulatoire et le potentiel de séjours transférables de la pratique conventionnelle vers l'ambulatoire. L'ARS met cet outil à disposition de ses homologues et identifie par région les établissements à fort potentiel.

296. Communiqué de presse publié à l'issue du séminaire restreint du 15 octobre 2010 organisé par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, la Haute Autorité de santé et l'agence française de chirurgie ambulatoire, et réunissant les trois principaux régime d'assurance maladie obligatoire, l'État (directions d'administration centrale concernées et cabinets du Président de la République, du premier ministre et du ministre de la santé et des sports) ainsi que la société française d'anesthésie réanimation.

297. Circulaire de la direction de la sécurité sociale du 19 juillet 2010, complétée par l'instruction de la direction générale de l'organisation des soins du 27 décembre 2010.

298. Le terme « gestes » est ici pris comme synonyme de groupes homogènes de malades (GHM).

À l'échelle nationale, ces travaux, réalisés sur une liste de gestes cumulant 94 % des séjours ambulatoires réalisés en 2011, font estimer que le nombre de séjours ambulatoires pourrait être augmenté de 66 % par transfert de la chirurgie conventionnelle.

Au total, l'objectif de 50 % de pratique ambulatoire à horizon 2016 ne peut que constituer une échéance intermédiaire, le taux constaté en 2011 (39,5 %) s'établissant à seulement la moitié du possible (80 %). L'amplification de la conversion ambulatoire doit ainsi constituer une priorité plus ambitieuse, assortie d'une action volontariste de mobilisation d'un potentiel d'économies très important encore trop peu dégagé au bénéfice de l'assurance maladie.

II - Un potentiel d'économies très significatif et encore trop peu exploité

Au développement de la chirurgie ambulatoire sont associées des perspectives d'économies très significatives qui n'ont jusqu'à présent été que peu dégagées effectivement du fait d'actions de restructuration des capacités insuffisantes et de l'absence d'objectifs financiers précis.

A – Des marges d'économies considérables

1 – Un potentiel d'économies estimé jusqu'à 5 Md€ par an

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)[299] a estimé globalement les gains économiques associés au développement de la chirurgie ambulatoire autour de 5 Md€ par an.

La méthode de l'ANAP

Le calcul a été fait à partir des hypothèses suivantes : 90 % des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ; 80 % des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire ; un acte par place et par jour réalisé avec une ouverture de 220 jours annuels ; une surface moyenne de 80 à 120 m² par lit et un coût unitaire de fonctionnement de 1 000 € par m².

299. ANAP, Gilles Bontemps, *Chirurgie ambulatoire : état des lieux et perspectives*, 2011.

Dans un premier temps, l'ANAP dégage un potentiel ambulatoire substituable total de 1 947 000 actes, dont 1 082 000 dans le secteur public et 865 000 actes dans le secteur privé.

Dans un deuxième temps, elle estime l'excédent de lits à 48 000 lits de chirurgie conventionnelle, dont 26 400 dans le secteur public et 21 600 dans le secteur privé.

En conclusion, elle estime les économies de fonctionnement engendrées par la suppression de ces lits entre 4,4 et 5,3 Md€, dont 2,6 à 3,2 Md€ dans le secteur public et 1,7 à 2,2 Md€ dans le secteur privé.

Sur la base des données 2011, ce potentiel est estimé entre 4,85 et 5,9 Md€, soit de l'ordre de 7 % de l'ONDAM hospitalier pour cette même année de référence.

Malgré plusieurs limites méthodologiques, qui limitent l'exactitude d'un tel chiffrage, cette estimation confirme que la chirurgie ambulatoire représente un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses hospitalières. Son intérêt réside au surplus dans le sens de la démonstration : elle met les économies liées au développement de la chirurgie ambulatoire sous condition de fermeture des lits libérés en chirurgie à temps complet.

2 – Un parc chirurgical sous utilisé

Jusqu'à présent, le développement de l'activité ambulatoire, mal maîtrisé, n'a pas permis un juste redimensionnement des capacités chirurgicales.

En 20 ans, du début des années 1990 à 2011, les capacités d'hospitalisation à temps complet ont diminué de 32 272 lits. Le rythme de cette réduction a évolué en fonction de la réglementation. Les capacités chirurgicales ont baissé de 12 % de 1992 à 2003 sous l'effet du taux de change subordonnant la création de places ambulatoire à la suppression de lits d'hospitalisation. Le rythme ralentit à moins de 1 % par an de 2004 à 2011, après la suppression de ce dispositif, pour aboutir au parc actuel de 81 679 lits.

Parallèlement, le nombre de places en chirurgie ambulatoire a plus que doublé entre 1996 et 2011 pour atteindre à cette date 14 098 places.

Ces évolutions se traduisent par de fortes surcapacités en chirurgie. Les lits d'hospitalisation à temps complet sont occupés à seulement 67 % (74 % dans le secteur public et 59 % dans le secteur privé), soit une surcapacité de 18 000 lits, en prenant pour hypothèse un taux d'occupation normal de 85 %.

Le parc ambulatoire peut également être considéré comme sous utilisé : le nombre d'interventions réalisées varie de 0,6 à 2 patients en moyenne par jour et par place[300]. Sur une base minimale d'un acte par jour et place et une ouverture de 260 jours annuels, le parc de places de chirurgie ambulatoire actuellement installé pourrait assurer, *a minima*, une progression de plus d'un million de séjours ambulatoires supplémentaires[301]. L'alignement sur la pratique anglaise de 2,5 actes par jour et place permettrait de prendre en charge intégralement le potentiel de substitution estimé à deux millions de séjours, tout en réduisant les capacités actuelles. Ces chiffres sont sans doute pour une part théorique. Ils confortent néanmoins la nécessité d'une forte restructuration des plateaux chirurgicaux, comme l'avait recommandé la Cour dès 2008[302], de manière à supprimer des surcapacités considérables.

B – Des restructurations hospitalières à amplifier

La restructuration des capacités hospitalières conventionnelles en chirurgie nécessite la mobilisation de nouveaux leviers d'efficience, venant compléter les dispositifs existants.

1 – Les leviers d'efficience à mobiliser

Deux tiers des établissements réalisent moins de 1 000 séjours par an, soit moins de 4 à 5 séjours par jour, réalisées avec quelques places ambulatoires. Le développement de la chirurgie ambulatoire dans ces conditions peut être un élément de sous productivité pour des établissements qui transforment quelques lits de chirurgie conventionnelle en places ambulatoires, sans espace dédié. La fermeture de ces places la nuit et en fin de semaine est sans impact sur les effectifs hospitaliers de l'unité de chirurgie complète, tandis qu'une équipe spécifique doit assurer le fonctionnement de la nouvelle unité, qui ne présente pas une activité suffisante pour équilibrer ses charges.

---

300. « Accompagnement pour le développement de la chirurgie ambulatoire dans vingt établissements de santé et élaboration d'un guide méthodologique », journées ANAP, partage des diagnostics, 21 et 24 septembre 2012.

301. Le taux de rotation d'un établissement résulte également de la gamme d'interventions réalisées, par exemple un acte par jour et place en chirurgie digestive et plusieurs en chirurgie ophtalmologique.

302. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre VII : les restructurations hospitalières, La Documentation française, septembre 2008, p. 263-304, disponible sur www.ccomptes.fr.

Ces établissements à faible activité et de petite capacité relèvent pour trois quart du secteur public, tandis que 60 % des structures ont une activité supérieure à 2 000 séjours dans le secteur privé. Inversement, plus de 100 établissements ont une activité supérieure à 4 000 séjours ambulatoires dans le secteur privé pour 28 dans le secteur public.

Cette dispersion d'activité est nuisible à l'efficience des structures hospitalières et ne permet pas de dégager les économies qui devraient être associées au développement de la pratique ambulatoire.

Elle résulte également des choix organisationnels non efficients par les établissements de santé. Alors que la Haute Autorité de santé (HAS) et l'ANAP considèrent que la performance de l'organisation des activités de chirurgie ambulatoire est favorisée par l'autonomisation complète des flux ambulatoires, voire de la structure en centre autonome, satellite ou indépendante, ces derniers ne représentent que 5 % des structures ambulatoires, 95 % d'entre elles étant organisées sous forme de structures intégrées dépendantes de l'hospitalisation complète.

L'optimisation des capacités chirurgicales, à temps complet et ambulatoires, impose un regroupement de l'activité dans des unités disposant d'une activité minimale qu'il incombe aux pouvoirs publics de fixer règlementairement. La double exigence d'accessibilité et de qualité des soins, ne saurait justifier le maintien de l'ensemble des capacités actuelles. Ce regroupement doit s'accompagner de la mise en place d'unités dédiées, spécialement organisées pour la prise en charge ambulatoire.

Cette réorganisation est d'autant plus pressante que ces choix organisationnels influencent directement l'architecture des établissements et leurs investissements de modernisation.

2 – Une approche globale à adopter

La progression de la chirurgie ambulatoire doit s'inscrire dans une approche globale supposant notamment la mise en œuvre d'une organisation rigoureuse, l'élaboration de parcours cliniques évalués et une articulation avec la médecine de ville pour la prise en charge des soins post-chirurgicaux.

Au-delà de l'organisation de la seule chirurgie ambulatoire, l'équilibre économique propre à chaque situation localement peut résulter d'une approche conjointe de la chirurgie conventionnelle et ambulatoire, telle qu'illustrée par la modélisation effectuée sur l'AP-HP.

Modélisation du transfert de séjours d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire : l'exemple de la chirurgie digestive à l'AP-HP[303]

Pour les interventions éligibles à une prise en charge ambulatoire en chirurgie digestive, le passage de l'hospitalisation complète au séjour ambulatoire engendre une perte de recettes évaluée à 2 % à l'AP-HP.

Selon l'étude de l'AP-HP, pour une unité de chirurgie de 30 lits, ces transferts d'activité équivalent à deux places de chirurgie ambulatoire. La capacité en hospitalisation complète est redimensionnée, de 30 à 24 lits, avec un taux d'occupation à 90 %.

Le point d'équilibre économique est en large partie lié à la qualité de l'organisation de la prise en charge qui, selon l'AP-HP, nécessite la création d'unités dédiées à l'activité ambulatoire. Dans cet établissement, la plupart des unités ont une capacité comprise entre 12 et 15 places, ce qui pourrait correspondre à une taille critique minimale.

Cet équilibre économique fait intervenir la réduction des lits d'hospitalisation complète, le rassemblement des activités ambulatoires dans des unités regroupées et dédiées et une activité de taille suffisante. Il est également fonction de la gamme des interventions réalisées. Selon les sites, l'implantation d'une unité dédiée spécialement organisée peut justifier des investissements préalables.

Jusqu'à présent, l'absence de modélisation nationale de cette équation complexe prive les établissements et les ARS des repères nécessaires à l'optimisation des organisations hospitalières, un coût unitaire du séjour ambulatoire inférieur à celui effectué en hospitalisation complète, faisant préjuger d'un gain économique pour tout transfert vers une pratique ambulatoire. L'ARS Alsace fait cependant obligation à tout établissement de santé ayant un projet de construction ou de restructuration majeure de prendre spécifiquement en compte l'incidence du développement de la chirurgie ambulatoire sur l'hospitalisation complète, notamment en termes de capacité et d'organisation des plateaux techniques et d'organisation des flux.

Sur la base de travaux engagés en 2012, la HAS et l'ANAP sont toutefois en cours d'élaboration de recommandations économiques, qui devraient notamment aboutir courant 2013 à une modélisation associée à un simulateur informatique mis à disposition des établissements. Malgré leur caractère tardif, elles devraient permettre d'éclairer les établissements dans leurs choix. Cet outil constitue une opportunité pour

303. L'étude de l'AP-HP porte sur les cinq groupes d'activités de chirurgie digestive les plus importants réalisés au sein des services de chirurgie viscérale adulte de l'AP-HP (68 % de l'activité réalisée par ces services).

que les ARS procèdent à une évaluation systématique des implantations de chirurgie ambulatoire existantes, afin, le cas échéant, d'optimiser leur fonctionnement ou de les restructurer.

C – Des objectifs financiers à fixer plus clairement

1 – Une politique tarifaire à réviser

La politique tarifaire menée privilégie la dynamique d'activité sur les gains économiques, dès lors qu'elle tend à financer les séjours ambulatoires au tarif fixé pour l'hospitalisation complète pour inciter les établissements à la substitution. Cette mécanique neutralise pour tout ou partie le différentiel de coût entre la chirurgie ambulatoire et conventionnelle, en finançant les séjours ambulatoires au-delà de leur coût, voire pour certains en les finançant sur la base du coût du séjour substituable à temps complet[304]. Parmi les douze gestes concentrant 80 % des séjours du secteur public, neuf bénéficient d'un tarif unique. Ils concentrent 72 % des séjours réalisés[305]. Ces incitations constituent un effet d'aubaine pour les gestes ayant atteint leur cible de développement, même si la démarche dite « processus de soins » lancée en 2013 par l'assurance maladie vise pour partie à maîtriser le risque d'augmentation inflationniste des actes qui peut en résulter[306].

Selon les évaluations disponibles, ces incitations, coûteuses pour l'assurance maladie, semblent au demeurant d'impact limité. Sur la période 2004-2009, la DREES[307] conclut à un « impact flou ». L'instabilité du modèle de tarification, la complexité du message incitatif, la multiplicité et la volatilité des tarifs ainsi que le développement inégal de la comptabilité analytique des établissements expliquent une « perception limitée des incitations tarifaires » par les acteurs. De 2010 à 2013, l'intelligibilité de la politique tarifaire menée ne s'est pas améliorée.

Dès lors que selon les pouvoirs publics, il s'agit désormais de « changer de paradigme » et d'affirmer la pratique ambulatoire comme pratique de référence, toutes les conséquences devraient en être tirées en

304. Cas des 12 GHM ambulatoires créés en 2012, dont les tarifs ont été alignés sur ceux d'hospitalisation complète de niveau 1.

305. Liste figurant au palmarès des douze GHM les plus pratiqués en chirurgie ambulatoire, au I, B, 2.

306. Elle porte sur cinq gestes dont deux pratiqués en chirurgie ambulatoire (hernies et varices).

307. DREES, Études et recherches n° 106, *Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires*, 2011.

matière tarifaire. Il conviendrait en ce sens de mettre fin à un dispositif désormais trop généreusement calé, qui risque de réduire la chirurgie ambulatoire à une mécanique génératrice de recettes supplémentaires pour les établissements, et de le remplacer par une incitation très forte à la fermeture des lits de chirurgie conventionnelle.

La logique tarifaire devrait être ainsi inversée. Le tarif unique ne doit plus être calculé par référence à l'activité d'hospitalisation complète mais désormais construit sur la base des coûts ambulatoires. Cette mesure concernerait, non pas uniquement les pratiques ayant atteint leurs perspectives de développement en ambulatoire comme l'envisage le ministère mais tous les actes pouvant être substitués, compte tenu notamment des critères d'éligibilité des patients. La prise en compte des coûts des établissements les plus performants constituerait au surplus une incitation puissante à l'efficience des organisations hospitalières.

2 – Des objectifs précis d'économies à programmer dans l'ONDAM

L'instruction aux ARS du 19 juillet 2010 mentionne des objectifs d'économies pour l'assurance maladie de 30 M€ en 2010 et 50 M€ en 2011 au titre de la chirurgie ambulatoire.

Limités, ces objectifs n'ont pas fait l'objet d'un suivi, contrairement aux cibles de développement d'activité fixées aux ARS. Le ministère de la santé estime que leur traduction en termes d'économies effectives est difficile à établir car elle supposerait d'établir un lien entre le développement de la chirurgie ambulatoire et la fermeture de lits au sein de chaque établissement de santé. En conséquence, l'instruction aux ARS du 13 avril 2011 n'a pas fixé de nouvel objectif d'économie associé au programme de gestion du risque « chirurgie ambulatoire ».

Ainsi, toute mention d'économies au titre de la chirurgie ambulatoire a été désormais abandonnée, réduisant le programme national de chirurgie ambulatoire à un seul objectif de développement d'activité.

L'ONDAM hospitalier est de fait construit sans que les économies attendues au titre de la chirurgie ambulatoire soient identifiées en tant que telles. Elles sont intégrées à une ligne d'économies plus large relative à l'adéquation et à l'efficience des prises en charge hospitalières. Les économies prises en compte sur cette ligne globale s'élevaient à 166 M€ en 2009, 174 M€ en 2011 et 123 M€ en 2013. À défaut de dispositif de pilotage spécifique, leur réalisation effective est suivie de manière macro-économique à travers deux indicateurs : le respect de l'ONDAM hospitalier et le niveau de déficit des établissements de santé.

Face à un potentiel d'économies considérable, le seul souci du développement de la pratique ambulatoire, sans afficher un objectif de retours importants et croissants pour l'assurance maladie, est anormal.

Il importe ainsi désormais de déterminer selon une trajectoire pluriannuelle des cibles d'économies substantielles et de mobiliser les agences régionales de santé sur leur atteinte effective.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La chirurgie ambulatoire a connu un sensible développement depuis vingt ans, d'abord dans le secteur privé à but lucratif et plus récemment dans le secteur public hospitalier. Ce mouvement qui s'est accéléré ces dernières années a néanmoins maintenu un retard très important de la France par rapport aux pays étrangers qui ont le plus recours à cette pratique et pour lesquels la chirurgie conventionnelle ne représente plus qu'une activité limitée. Malgré les gains avérés en matière de qualité de soin pour les patients, le taux de chirurgie ambulatoire de près 40 %, dans notre pays est deux fois moins élevé que celui atteint dans plusieurs pays occidentaux qui nous sont comparables.

Cet essor, incité par les pouvoirs publics, notamment par une politique tarifaire généreuse, est marqué au surplus par l'absence de volonté affichée de réaliser des économies au bénéfice de l'assurance maladie, alors même que leur potentiel à terme a pu être estimé à environ 5 Md€.

Si cette démarche a pu contribuer à l'évolution nécessaire des mentalités et à la mobilisation du secteur public, la progression de la pratique ambulatoire a été accompagnée d'une diminution très insuffisante des capacités de chirurgie conventionnelle, sans pour autant s'inscrire dans un cadre organisationnel clair ni au niveau national ni au niveau régional ni à celui des établissements, au risque désormais d'une sous-utilisation également des places de chirurgie ambulatoire installées.

Le développement de la chirurgie ambulatoire ne se situe plus aujourd'hui dans une logique d'alternative à l'hospitalisation mais dans celle d'une pratique de référence. Les conséquences devraient en être pleinement tirées.

La logique tarifaire devrait notamment être inversée et inciter par leur alignement tarifaire sur les coûts ambulatoires à la fermeture des lits conventionnels. Les unités de chirurgie ambulatoire devraient être regroupées pour dégager tous les gains d'efficience possibles. Des objectifs précis et croissants d'économies devraient être déterminés selon une programmation pluriannuelle.

Rejoignant l'intérêt du patient, cette nouvelle stratégie serait de nature à apporter une contribution déterminante au rétablissement de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

32. aligner la tarification de la chirurgie en hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficients, pour l'activité qui peut être réalisée en ambulatoire ;

33. définir réglementairement des seuils d'activité minimale en chirurgie à temps complet et en ambulatoire ;

34. fixer des objectifs d'économies associés au développement de la chirurgie ambulatoire selon une programmation pluriannuelle ;

35. supprimer parallèlement les surcapacités en chirurgie conventionnelle pour amplifier la conversion à la pratique ambulatoire.

Chapitre IX

L'hospitalisation à domicile

PRESENTATION

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge original qui permet à un malade atteint de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier chez lui de soins médicaux et paramédicaux coordonnés que seuls des établissements hospitaliers peuvent lui prodiguer.

Elle s'est développée en France à partir de 1957 en s'inspirant directement de l'expérience américaine de prise en charge à domicile de patients le plus souvent atteints de cancer[308]. L'HAD a fait l'objet d'une première reconnaissance dans les textes avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Elle est ensuite définie comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle par la loi de 1991 portant réforme hospitalière. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 en fait au contraire une modalité d'hospitalisation à part entière tandis que les structures d'HAD deviennent des établissements de santé.

Le champ de l'hospitalisation à domicile s'étend désormais aux trois secteurs de l'activité hospitalière : médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Son intervention a aussi été élargie, au-delà du domicile personnel, en 2007 aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, puis, en 2012, à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment pour les personnes en situation de handicap.

L'HAD ne constitue qu'une part minime de l'activité hospitalière. Avec 3 700 000 journées d'hospitalisation en 2011 correspondant à près de 98 000 patients et 145 000 séjours, elle ne représente que 0,6 % de l'ensemble du court séjour. En 2011, ses dépenses s'élèvent à 771 M€, soit moins de 1 % de l'ONDAM hospitalier et de 0,5 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

Pour autant, l'HAD est le premier essai d'un décloisonnement du système de santé, à la croisée du sanitaire et du médico-social et à la charnière entre le secteur hospitalier et les soins en ville. La Cour a cherché à apprécier l'apport de ce mode très spécifique de prise en charge,

308. Cette expérience est née au Montefiore Hospital de New York après la seconde guerre mondiale pour permettre à des patients de poursuivre des soins de type hospitalier à domicile.

au regard de l'enjeu qui s'attache pour les années à venir à l'organisation des parcours de soins[309].

Alors que cette offre de soins demeure encore marginale et sa spécificité mal reconnue (I), étayer sa légitimité passe par une clarification de ses missions et de ses conditions d'intervention et un approfondissement de son intérêt médico-économique (II).

I - Une place marginale et mal reconnue

L'hospitalisation à domicile se caractérise par la nature et l'intensité des soins qu'elle assure, de type hospitalier, par son rôle de coordination de multiples professionnels au chevet du patient, et par la pluridisciplinarité et la complémentarité de ces derniers. Malgré l'augmentation du nombre de structures, à partir des années 1990, puis à nouveau à partir de 2005 lors de l'introduction de la tarification à l'activité dans ce secteur, son développement reste limité et sa singularité parfois mal identifiée.

A – Des soins complexes, assurés par des structures hétérogènes

1 – Une prise en charge destinée à des soins complexes

Tous les domaines couverts par la médecine hospitalière (médecine, chirurgie en dehors des actes opératoires, obstétrique, cancérologie, soins de suite et de rééducation, psychiatrie) peuvent faire l'objet d'une prise en charge en HAD, de même que tous les établissements de santé peuvent avoir une activité d'HAD. Cette définition confère à l'HAD son caractère polyvalent et généraliste, son champ d'intervention étant seulement délimité par le fait qu'elle ne doit pas se substituer à la médecine ambulatoire.

309. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I, chapitre 3 : le médecin traitant et le parcours de soins coordonné, une réforme inaboutie, La Documentation française, février 2013, p.187-218, disponible sur www.ccomptes.fr.

Une prise en charge spécifique

Elle s'adresse à des patients nécessitant des soins ponctuels, techniques et complexes (exemple : chimiothérapie) ; des soins continus, associant des soins techniques, des soins infirmiers d'hygiène et de confort, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime ; des soins de réadaptation au domicile, après la phase aiguë d'une pathologie.

Elle s'effectue au domicile du patient c'est-à-dire à l'endroit où il réside habituellement (logement mais également établissement social et médico-social). Le domicile doit répondre à un certain nombre de conditions d'accessibilité et d'hygiène appréciées par l'équipe chargée de l'admission de même que l'environnement social et familial. La présence et la disponibilité d'aidants, le plus souvent issus de l'entourage familial, est essentielle.

Dans tous les cas, la prise en charge est prescrite par un médecin, hospitalier ou de ville ; elle fait appel à des intervenants médicaux et para médicaux - infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues - dont l'intervention est coordonnée par la structure d'HAD ; la prise en charge médicale est assurée par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD.

L'HAD se différencie d'autres modes de prise en charge à domicile principalement par l'intensité et la complexité des soins ainsi que la nécessité d'une coordination souvent complexe entre un nombre important d'intervenants.

Les motifs de prise en charge principaux sont les soins palliatifs (27,6 %), les pansements complexes (21,8 %), la nutrition entérale (7,2 %) et les soins infirmiers lourds (6,8 %)[310]. La durée moyenne de séjour est de 25,2 jours (en augmentation chaque année depuis 2007 où elle était à 22,2 jours). L'âge moyen des patients est de 63,8 ans (contre 62,3 en 2007). La part des séjours consacrés aux personnes âgées augmente de fait régulièrement et est passée de 37,9 % en 2007 à 40,1 % en 2011. La durée moyenne de séjour pour ces patients âgés, de 39,2 jours, est sensiblement à la moyenne.

Les patients admis en HAD viennent principalement des services de court séjour des hôpitaux et restent après cette prise en charge à plus de 60 % à leur domicile, ce qui fait de l'HAD un maillon important entre l'hospitalisation conventionnelle et une prise en charge par des

310. Données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir du nombre de journées d'hospitalisation en HAD en 2011. Les soins infirmiers lourds, appelés « nursing lourds » dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), sont définis comme « une prise en charge quotidienne supérieure à deux heures chez des malades dépendants ou très dépendants ».

professionnels de ville. Un peu plus d'un cinquième des patients (21,6%) ont fait plus d'un séjour en HAD dans l'année en 2010, témoignant du fait que les allers et retours entre différentes modalités de prise en charge ne sont pas rares, notamment en cancérologie et pour les personnes âgées.

Les études menées sur la satisfaction des patients, que ce soit en France ou à l'étranger, concluent que ce mode de prise en charge est très apprécié de leur part. Ce succès repose en partie sur les aidants qui doivent assurer une présence continue, ainsi qu'une partie de l'accompagnement et la participation aux soins.

2 – Des structures très diversifiées

Les structures d'HAD différent considérablement par leurs statuts, leur taille, leurs implantations, leur situation financière, leur mode d'organisation ainsi que leur profil d'activité. Deux structures, implantées en Île-de-France, l'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et santé service réalisent près de 20 % de l'activité nationale.

Le secteur public et le secteur privé non lucratif occupent désormais une place équivalente (42 %) en nombre d'établissements mais très différente en termes d'activité : le secteur privé à but non lucratif réalise 62 % du nombre de journées. Le secteur privé lucratif est beaucoup moins présent sur ce champ.

Deux modes d'organisation très différents se constatent : les établissements qui fonctionnent de manière autonome et ceux rattachés à un établissement de santé. Parmi les 293 structures recensées en 2010, les 121 HAD publiques étaient toutes rattachées à un établissement et les 43 structures privées lucratives dans près de deux tiers des cas. Les 101 structures associatives privées à but non lucratif sont en revanche majoritairement autonomes, à l'instar de « santé service » (Île-de-France) et « soins et santé » (Lyon). D'autres, parmi lesquelles la Croix Saint-Simon (Paris), Nice et région et Bagatelle (Bordeaux) sont rattachées à un établissement de santé privé d'intérêt collectif.

a) Les HAD autonomes

Si la majorité des HAD sont de petite taille (moins de 30 places) et rattachées à un établissement de santé, les HAD « autonomes » créées et portées par une association, une fondation ou une mutuelle sont souvent de taille plus importante.

Une structure autonome : santé service

Santé service, avec 1 200 places et 440 812 journées d'hospitalisation en 2012 occupe, avec 11 % de l'activité nationale, la première place en France et couvre l'ensemble de l'Île-de-France. À titre de comparaison, cette activité est plus de deux fois supérieure à l'activité de médecine réalisée par le groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière à Paris.

Les pansements complexes, les soins palliatifs et la chimiothérapie sont les trois activités principales de cet établissement (respectivement de 28,5 %, 22,4 % et 15,1 % des journées). 800 salariés, majoritairement du personnel soignant, ainsi que la collaboration de 1 210 infirmières libérales sont nécessaires à la réalisation de l'activité, ainsi qu'au fonctionnement du centre de formation et des trois services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de l'établissement.

Si l'HAD autonome bénéficie d'une plus grande souplesse dans son organisation et pour la mise en œuvre d'une coordination médico-sociale, elle doit construire des liens avec les établissements de santé et les médecins prescripteurs et gagner la reconnaissance de la qualité hospitalière des soins qu'elle assure et de sa réactivité.

b) Les HAD hospitalières.

La création d'une HAD rattachée à un établissement de santé trouve souvent son origine dans la nécessité de faciliter la sortie des patients hospitalisés dans des services hospitaliers conventionnels. Une HAD hospitalière tire avantage de sa proximité avec l'établissement de rattachement en termes de relations avec les médecins hospitaliers et de mutualisation des fonctions support.

Une structure rattachée à un CHU : hopidom à Lille

Hopidom est une HAD de création relativement récente (2009), rattachée au CHU de Lille. Avec 58 places ouvertes actuellement (30 places adultes, 20 places en périnatalité, 8 places en pédiatrie/néonatologie et 18 204 journées en 2012), elle a une activité fortement marquée par son rattachement hospitalier, en lien étroit avec la maternité Jeanne de Flandre et le service de néonatologie. L'HAD accueille deux internes en médecine générale de dernier semestre, et bientôt un interne en pédiatrie.

B – Un développement limité

Bien que l'HAD n'ait pas vocation à se substituer de manière importante à l'hospitalisation avec hébergement, les expériences étrangères les plus abouties montrent qu'elle peut représenter jusqu'à 5 % des hospitalisations[311].

Les expériences étrangères

L'analyse des exemples étrangers met en évidence des pratiques variables d'un pays à l'autre.

En Europe, c'est au Royaume-Uni que les soins à domicile ont été développés le plus précocement, dans le contexte des années 1985-1995, qui ont vu une réduction des capacités et de la durée moyenne de séjour en soins aigus de près de moitié (de 9,3 à 5 jours). La notion de soins de type hospitalier n'est pas complètement comparable au dispositif français car elle recouvre aussi bien ce qui est désigné sous le nom de « soins intermédiaires » (« *intermediate care* »), plutôt rattachés au système de santé primaire, que des soins spécialisés au cours d'une hospitalisation conventionnelle. Dans le premier cas, le médecin référent est le généraliste (« GP »), dans le second cas, le spécialiste hospitalier (« consultant »). En Espagne, des activités hospitalières à domicile se sont également mises en place, ainsi à l'hôpital universitaire de Barcelone pour des patients hospitalisés aux urgences et en gériatrie.

Ailleurs, c'est en Australie, que l'offre de soins alternative à l'hospitalisation classique occupe dans certains États une part importante, notamment dans l'État de Victoria. En 2001, le pourcentage d'hospitalisations à domicile y représentait 4,6 % du nombre total d'hospitalisations ; en 2008, 5 %. Au Canada, deux provinces ont développé une prise en charge de type hospitalier à domicile, le Nouveau Brunswick et la Nouvelle Écosse. Aux États-Unis, les expériences développées dans le cadre du système de santé des Vétérans, s'adressent essentiellement à des patients aigus passés par les urgences. Dans ce modèle, l'hospitalisation à domicile se met en place à partir des « lits d'accueil aux urgences», une fois le patient stabilisé, et permet d'éviter l'hospitalisation.

De ces expériences étrangères, on peut retenir :

- une démarche tendant à différencier les patients aigus et les patients chroniques, les premiers étant plutôt pris en charge par des structures qui sont une émanation de l'hôpital, avec du personnel dédié, et en particulier des interventions en aval des urgences, mode d'entrée qui n'est pas développé en France ;

311. Ces comparaisons doivent toutefois être interprétées avec une certaine prudence. L'organisation de l'hospitalisation à domicile et le degré de spécialisation de ses prises en charge peuvent varier selon les pays.

- une distinction moins nette entre les différents niveaux de soins à domicile, favorable à une approche fondée sur une graduation des soins.

Parmi les différences notables avec la France, le développement des soins à domicile dans les contextes anglo-saxons s'appuie sur une intégration forte avec le système de santé primaire et repose sur des répartitions de compétences entre professionnels faisant une plus large part aux infirmières.

En France, à partir des années 2000, plusieurs instructions du ministère de la santé ont encouragé le développement de l'HAD sans toutefois s'appuyer sur une estimation documentée des besoins ou une stratégie à moyen terme. Les larges possibilités de recours ouverts par les textes et les mesures incitatives des pouvoirs publics, avec notamment la suppression, en 2003, du « taux de change » qui imposait la transformation de deux lits d'hospitalisation avec hébergement pour toute ouverture de place en HAD, n'ont cependant permis qu'un développement plus modeste que celui parfois constaté à l'étranger.

De 2005 à 2007, le secteur a connu sa croissance la plus importante, avec une augmentation de 47 % pour atteindre 8 000[312] places fin 2007. Puis son expansion s'est progressivement ralentie. Entre 2008 et 2010, sa progression globale est encore nettement supérieure à 15% mais elle n'atteint plus que de 7 % entre 2010 et 2011.

En 2011 le nombre de places effectivement opérationnelles en HAD se situe autour de 12 000, encore loin de l'objectif de 15 000 places ouvertes prévu en 2006 par les pouvoirs publics pour 2010[313]. Cette situation résulte de plusieurs causes.

1 – Un défaut de pilotage d'ensemble

Le ministère de la santé a estimé les besoins à 30 ou 35 patients par jour pour 100 000 habitants en se fondant pour l'essentiel sur les retours d'expérience de territoires dans lesquels l'offre en HAD semble la plus structurée et la mieux coordonnée avec le tissu hospitalier. Cette cible proposée, considérée comme réaliste, est celle d'un doublement de

312. La lettre de l'observatoire économique, social et financier, n° 9, *L'essor de l'hospitalisation à domicile*, mars avril 2009, fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

313. Si les données de la statistique d'activité des établissements font état de 17 000 places autorisées, dont une centaine en psychiatrie, le nombre de places considérées comme opérationnelles est très inférieur. Selon l'IGAS, en 2009 près de 20 % des autorisations n'avaient pas été mises en œuvre.

l'activité sur la période 2011 - 2018, ce qui permettrait d'atteindre 1,2 % du nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète.

L'effort proposé qui paraît volontariste ne se fonde cependant pas sur une analyse assez documentée des possibilités de substitution à l'hospitalisation complète. Comme en témoigne la révision de ces objectifs, l'HAD s'est développée sans stratégie globale et sans cadrage national suffisamment rigoureux.

En attestent aussi les disparités régionales importantes qui se constatent. Le taux de recours à l'HAD varie considérablement d'une région à l'autre. S'il se situe en moyenne autour de 5 800 journées par 100 000 habitants au niveau national, il reste inférieur à 4 000 dans cinq régions (Lorraine, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne et Haute-Normandie) tandis qu'il dépasse 10 000 en Corse. À l'intérieur d'une même région, les disparités entre départements peuvent être marquées. Certaines zones du territoire, notamment rurales, sont, dans la pratique, peu desservies. Cette hétérogénéité s'explique notamment par l'inégale importance des structures d'HAD et leur implantation encore très récente dans certains départements, à la fois cause et conséquence de différences de prescription significatives.

Les directives relatives à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins-projets régionaux de santé (SROS-PRS) qui ont été adressées aux agences régionales de santé sont demeurées cependant assez générales en ce domaine et n'ont pas fixé d'objectifs de diminution de ces écarts. Dans ce contexte, les ARS développent leur stratégie propre.

Des stratégies différentes pour les ARS

L'ARS Île-de-France se donne pour objectif la création de places supplémentaires pour atteindre un taux de recours de 24 patients par jour et pour 100 000 habitants en cinq ans, sur la base d'une évaluation des besoins croissants, en particulier pour les malades chroniques et les personnes âgées. Elle cible plus spécifiquement le développement de l'HAD dans certains domaines : la rééducation, la pédiatrie, l'ouverture au champ médico-social et la psychiatrie.

L'ARS Rhône-Alpes met l'accent sur le développement de la couverture territoriale sans création de nouvelles structures, en s'appuyant sur la télémédecine, l'amélioration de la fluidité des parcours patients, et la communication vis-à-vis des professionnels libéraux et hospitaliers.

L'ARS Pays de la Loire a fait un choix différent, sans volet spécifique à l'HAD dans son SROS, mais en intégrant cette prise en charge dans les différents thèmes, privilégiant ainsi une approche intégrée.

L'ARS Nord – Pas-de-Calais a établi des orientations pour le SROS couvrant l'ensemble des champs d'intervention de l'HAD : soutien aux prises en charge innovantes (rééducation, psychiatrie, télémédecine), développement de l'HAD dans les établissements médico-sociaux et élaboration d'outils destinée à faciliter la coordination entre HAD et structures médico-sociales.

2 – Une position souvent en retrait des professionnels de santé

La prise en charge d'un patient en HAD est la résultante d'interactions entre plusieurs acteurs de santé au niveau de la prescription, de la prise en charge et du suivi.

a) Des professionnels de santé libéraux trop peu mobilisés

Les professionnels libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes…) sont impliqués à plusieurs titres pendant une hospitalisation à domicile et souvent après. C'est sur les médecins généralistes que reposent en grande partie le choix et la réussite de la prise en charge. En pratique, ils se révèlent difficiles à mobiliser.

Si la prescription d'une hospitalisation à domicile, initialement réservée aux médecins hospitaliers, a été élargie aux médecins libéraux en 1992[314], ces derniers prescrivent de fait encore trop rarement sa mise en place. Malgré l'augmentation du nombre de prescriptions des médecins généralistes, ce mode d'entrée reste minoritaire en proportion. Leur part a même diminué, passant entre 2007 et 2011 de plus de 39 % à 29 %, même s'il est légèrement supérieur pour les patients de plus de 75 ans (34,16 % en 2011 contre 39,11 % en 2007).

Lorsque l'HAD est prescrite par un praticien hospitalier, l'hospitalisation ne peut aboutir que si le médecin traitant accepte d'assurer la prise en charge médicale, rôle que selon les textes il est le seul à pouvoir assurer. En pratique, les médecins traitants sont souvent réticents à s'engager dans une HAD, par méconnaissance du dispositif, scepticisme par rapport à sa valeur ajoutée et crainte des contraintes

314 . Décret du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins.

associées selon les rares études sur ce point[315]. La question de la rémunération, actuellement le tarif d'une visite, apparaît également comme un frein : elle est considérée comme insuffisante au regard du temps passé, plus important que pour les autres patients (visites à domicile plus fréquentes et plus longues, temps de coordination avec les autres intervenants, etc.). La mise en place de nouveaux modes de rémunérations dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention médicale[316] pourrait cependant permettre une meilleure prise en compte de la participation des médecins traitants à la prise en charge en HAD.

b) Des praticiens hospitaliers souvent mal informés

La prescription hospitalière reste le mode d'entrée dominant en HAD (67 % des entrées en 2011), essentiellement depuis le court séjour, seules 2,6 % des entrées étant en provenance de services de soins de suite et de réadaptation. Les médecins hospitaliers connaissent pourtant souvent mal l'HAD et cette prescription reste très liée à certains praticiens : peu de services hospitaliers ont systématiquement intégré la sortie en HAD parmi les possibilités d'aval, à l'exception des régions qui ont déployé des outils d'aide à l'orientation des patients intégrant ce mode de prise en charge[317].

c) Des établissements médico-sociaux confrontés à des difficultés

Les admissions à partir d'établissements médico-sociaux ont connu une montée en charge régulière mais lente. Initié en 2008 avec 748 patients et plus 34 000 journées d'activité, ce mode d'entrée a concerné en 2011 4 170 patients provenant de 229 établissements et généré près de

315. Thèse pour le doctorat en médecine, Ioana Cucuteanu Muller, faculté de médecine de Nancy, *Implication des médecins généralistes dans l'HAD dans l'ouest vosgien*, 12 décembre 2011. Etude effectuée par Kantar Health pour le compte de santé service *Freins et motivations des médecins généralistes à l'HAD*, décembre 2009. Ministère de la santé et des sports et SANESCO, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, 2011

316. Avenant du 26 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, du 26 juillet 2011.

317. L'outil d'aide à l'orientation des patients le plus utilisé est « Trajectoire ». Initialement développé dans la région Rhône-Alpes, il a pour objectif de faciliter le circuit des patients entre les services de court séjour et les services de SSR. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de rééducation, La Documentation française, septembre 2012, p. 339-369, disponible sur www.ccomptes.fr.

137 000 journées (soit 3,5 % du total des journées en 2011 et moins de 9 % des journées dédiées à la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus).

Il est difficile en l'état actuel de mesurer la part d'hospitalisations raccourcies ou évitées, ce qui devrait constituer un des principaux objectifs de l'HAD dans ce contexte : outre les faibles nombres de patients concernés, on ne dispose pas de données sur les taux et les motifs d'hospitalisation propres aux résidents provenant d'un EHPAD[318]. Les différents acteurs mettent en avant plusieurs obstacles au développement de cette prise en charge : la liste limitative des indications[319], la minoration de la tarification[320], la complexité administrative et des freins de nature culturelle tenant notamment à la méconnaissance de ce type de prise en charge par les médecins coordonnateurs.

La mise en place de l'HAD en établissement accueillant des personnes handicapées suscite des attentes fortes, notamment dans le domaine de l'accompagnement de personnes, qui, outre des handicaps lourds, sont également atteintes de pathologies chroniques, et dont la prise en charge de la fin de vie gagne à être organisée dans le cadre de leur environnement habituel[321]. Une évaluation nationale relative à ce mode d'intervention au sein des établissements à caractère social ou médico-social doit être organisée à l'initiative du ministère.

C – Un périmètre d'intervention mal reconnu

En l'absence de référentiels précis en matière de recours à l'HAD, il existe des risques de recouvrement de champ avec d'autres modes d'intervention à domicile, d'autant que la définition des différents types de soins en HAD telle qu'établie par une circulaire du 1er décembre 2006 reste floue.

---

318. Un outil, « RESID-EHPAD », est déployé depuis 2012 par la CNAMTS afin d'homogénéiser, systématiser et consolider la transmission d'informations relatives aux consommations de « soins » des résidents, mais les premières analyses sur les coût des soins des établissements ne sont pas encore connues.

319. Arrêté du 24 mars 2009 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD de résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

320. Une minoration de 13 % des tarifs est appliquée pour les interventions en EHPAD pour tenir compte du « forfait soins ».

321. Cf. Pascal Jacob, *Pour la personne handicapée : un parcours de soins sans rupture d'accompagnement, l'hospitalisation au domicile social ou médico-social*, février 2012 (rapport remis au secrétariat d'État en charge de la santé et au secrétariat d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale).

1 – Des zones frontières avec les services de soins infirmiers à domicile

Dans le développement des prises en charge à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)[322] tiennent une place considérable, avec plus de 2 000 structures correspondant à plus de 100 000 places installées.[323]

En principe, les prises en charge en HAD - structures sanitaires - et en SSIAD - structures médico-sociales - sont destinées à des patients différents par leurs besoins en soins. Les pathologies sont le plus souvent chroniques et l'objectif des SSIAD est d'apporter des soins infirmiers, sans actes techniques d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, et de maintenir l'autonomie des personnes en situation de dépendance à leur domicile. Cette distinction est cohérente avec les différences de coût observées : le coût moyen journalier d'une place en HAD est évalué entre 140 et 145 € contre 70 € pour les patients les plus lourds accueillis dans les SSIAD[324].

Dans la réalité, pour certains patients, en faible nombre toutefois, les frontières entre HAD et SSIAD sont parfois floues. S'agissant des personnes âgées, les deux types de prises en charge peuvent être amenés à se succéder, tandis que certains patients se retrouvent dans une zone non « couverte » (les patients dits « trop lourds » pour le SSIAD et « trop légers » pour l'HAD).

2 – Les programmes de retour à domicile de la CNAMTS

La CNAMTS a mis en place à titre expérimental en 2010 un programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) sur le champ de la maternité, pour les accouchements physiologiques, en réponse à la tendance générale d'un raccourcissement des durées

322. Les services de soins infirmiers à domicile sont définis comme des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base.

323. Une enquête de la DREES publiée en septembre 2010 fait état pour 2008 de 2 095 SSIAD disposant de 106 000 places prenant en charge annuellement 98 000 personnes.

324. Les patients en service de soins infirmiers à domicile : le coût de leur prise en charge et ses déterminants, sous la direction de Karine Chevreul, Unité de Recherche en Economie de la santé Île de France, DGCS, 2009.

d'hospitalisation. Cette prise en charge avait pendant un temps été développée par certaines HAD. En développant son programme, la CNAMTS estime que ce service permet de proposer aux mères une prise en charge à domicile moins coûteuse que l'HAD (370 € par séjour contre environ 107 € pour les deux visites de sages-femmes)[325].

Il existe cependant un consensus pour considérer désormais que le post-partum physiologique ne relève pas de l'HAD, cette prise en charge ne nécessitant pas des soins techniques complexes. Elle est d'ailleurs marginale aujourd'hui puisqu'elle représente moins de 1 % (0,78 %) de l'activité, mais a pu créer un certain doute sur le degré réel de complexité des actes dispensés en HAD.

Le développement par la CNAMTS de nouveaux programmes, dans le domaine de la rééducation orthopédique en particulier, pourrait, à défaut de référentiels délimitant les frontières entre les prises en charge, venir se superposer à des prises en charge également en développement par les HAD.

3 – Les prestataires de santé à domicile

Les prestataires de santé à domicile, qui sont des entreprises commerciales[326], se positionnent depuis quelques années sur des prises en charge plus complexes que la simple fourniture de matériels médicaux. Ils s'attribuent également un rôle de coordination des différents professionnels autour de la prise en charge des patients, comme au demeurant aussi les infirmiers libéraux. Si les intervenants de ce secteur en forte expansion ont un rôle à jouer dans les prises en charge à domicile en lien avec la médecine de ville, ils peuvent cependant difficilement prétendre à une prise en charge coordonnée pour des patients atteints de pathologies sévères nécessitant des soins lourds et une coordination médicale et paramédicale intensive. Là encore, l'absence de référentiel d'activité pour l'hospitalisation à domicile facilite la contestation de son positionnement et la mise en cause de ses coûts à partir d'études parfois méthodologiquement peu rigoureuses. La place et les missions des prestataires par rapport aux autres intervenants à domicile, ainsi que leur degré de professionnalisation, mériteraient d'être précisée.

*
* *

325. 48 000 femmes ont bénéficié du PRADO entre janvier 2010 et janvier 2013.
326. Ces entreprises peuvent bénéficient d'un agrément afin d'assurer des services d'assistance médicotechnique (fourniture de matériel médical - assistance respiratoire, matériel de perfusion -), mais également maintenance et assistance technique.

La prise en charge en HAD permet de soigner des patients nécessitant des soins techniques et complexes à leur domicile. Plébiscitée par les patients, elle répond à des attentes fortes. Toutefois son lent développement a fragilisé son positionnement alors que dans le même temps la prise en charge au domicile des patients s'est considérablement développée selon des modalités très diverses. La définition de référentiels d'activité et la réalisation d'évaluations médico-économiques sont aujourd'hui nécessaires pour mieux étayer sa légitimité.

II - Une légitimité à encore mieux étayer

L'hétérogénéité des structures, le déploiement inégal de l'offre, les difficultés à définir précisément son champ d'intervention appellent une clarification du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile.

A – Renforcer la capacité des structures à assumer leurs missions

1 – Définir une taille critique pour respecter les impératifs qui s'imposent à un établissement de santé

En 2009, la loi HPST a fait des HAD des établissements de santé. Ce choix impose des contraintes fortes qui ne peuvent toujours être respectées.

Ainsi les structures de HAD doivent répondre, comme les autres établissements de santé, aux procédures de certification. La Haute Autorité de santé (HAS) a ainsi adapté son manuel de certification et construit un guide spécifique à l'HAD à l'intention des experts visiteurs. Les résultats de la certification analysés par la HAS pour 18 structures autonomes et 22 rattachées à d'autres établissements de santé, mettent en évidence plusieurs difficultés.

Le développement de systèmes d'information adaptés à l'hospitalisation à domicile a fait l'objet d'efforts insuffisants alors qu'ils sont une condition indispensable pour disposer de dossiers des patients partagés et accessibles aux différents intervenants.

Le circuit du médicament en HAD est très spécifique puisqu'il intègre le domicile des patients. Il fait intervenir des acteurs extérieurs

(pharmacies d'officine, personnel libéral, ainsi que le patient[327] et son entourage), ce qui nécessite une adaptation permettant de concilier les impératifs de qualité, de sécurité et de traçabilité de la dispensation pharmaceutique et les réalités de la prise en charge à domicile.

Les structures d'hospitalisation à domicile sont tenues d'assurer une continuité des soins 24 heures sur 24 et un passage des personnels soignants 7 jours sur 7. Une circulaire de 2006 indique que « ni le SAMU, ni le centre 15 n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la permanence des soins ». Les médecins traitants n'assurent cependant qu'exceptionnellement la permanence des soins dans le cadre de l'HAD. Si la plupart des structures de grande taille disposent d'une astreinte téléphonique infirmière, souvent doublée d'une astreinte par un médecin coordonnateur, ce n'est pas le cas pour les plus petites, épisodiquement confrontées à des appels de nuit. Dans la pratique, dès lors que les procédures sont formalisées, et à titre dérogatoire, les ARS font généralement preuve d'une une certaine souplesse, notamment pour le recours au centre 15 qui est informé préalablement des patients en HAD et dont le nombre d'interventions dans ce contexte reste très faible.

Ainsi, les exigences qui s'imposent aux structures d'hospitalisation à domicile en tant qu'établissements de santé requièrent un niveau d'organisation et de professionnalisme qui est difficilement compatible avec une trop faible dimension. La définition de critères de taille et d'activité minimale paraît souhaitable, même si elle ne fait pas consensus. La taille critique d'une structure était estimée, en 2006, par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins à 9 000 journées par an mais ce seuil indicatif n'a pas été redéfini depuis[328]. Par rapport à ce taux, deux tiers des structures avaient en 2010 une activité inférieure à 9 000 journées, ce qui pose la question de la viabilité d'un certain nombre d'entre elles.

2 – Diversifier la prise en charge médicale

Qu'il soit ou non le prescripteur de l'HAD, le médecin traitant[329], formellement, est le « pivot » de la prise en charge : sollicité par le médecin coordonnateur pour l'admission, il assure le suivi médical, la

327. La Haute Autorité de santé indique que l'administration du médicament par le patient lui-même se fonde uniquement sur la circulaire du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et n'a donc pour l'instant pas de base légale.

328. Circulaire DHOS du 1er décembre 2006, relatif à l'hospitalisation à domicile.

329. La circulaire DHOS du 1er décembre 2006, relative à l'hospitalisation à domicile, précise que le médecin traitant est librement choisi par le malade.

surveillance des soins, et fait appel si besoin à un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur, référent médical de la structure, émet un avis médical pour toute admission et sortie, et, sur la base d'un protocole de soins, assure la coordination avec les médecins libéraux et hospitaliers ainsi qu'avec les équipes soignantes et les services sociaux. En principe il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf « en cas d'urgence absolue ».

Dans les faits, le partage des rôles entre médecin coordonnateur et médecin traitant est variable selon les patients, les médecins, et d'un établissement à l'autre. Le cadre réglementaire gagnerait à être assoupli pour en tenir compte, en particulier pour les prises en charge très spécialisées ou particulièrement complexes ainsi qu'en raison de la démographie médicale défavorable sur certains territoires. De nombreuses structures et notamment les plus importantes se sont dotées en effet de compétences spécialisées en soins palliatifs, en prise en charge de la douleur, en plaies et cicatrisations, en gériatrie ou en pédiatrie, en rééducation etc. La place du médecin traitant doit en revanche rester centrale dans les processus d'admission et de sortie d'HAD, d'autant que près de deux sorties sur trois se fait vers le domicile.

B – Clarifier les champs d'intervention

1 – Développer des référentiels d'activité

Disposer de référentiels définissant plus précisément les critères et les modalités de prise en charge en HAD constitue un préalable à une évolution des pratiques en faveur d'un recours plus systématique à cette dernière de la part des professionnels de santé.

Le seul référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé n'a cependant porté que sur la prise en charge périnatale. Le recours à l'HAD dans le domaine de la cancérologie reste en particulier peu formalisé : or cette pathologie représente, selon les diagnostics principaux, 33 % des journées d'hospitalisation, 37 % des séjours et 28 % des patients en HAD[330]. Ils font l'objet de prise en charge liées à la chimiothérapie, mais également aux soins palliatifs, à la prise en charge de la douleur, ou à la nutrition parentérale. L'institut national du cancer (INCA) a réalisé en 2010 un état des lieux mettant en évidence un faible pourcentage de chimiothérapies intraveineuses en HAD, la plupart des traitements étant

330. Ces chiffres sont comparables sur la période 2007-2011, avec un tiers des journées et près de 38 % des séjours en lien avec le diagnostic principal « tumeurs ».

d'administration simple et plutôt dans le cadre de prises en charge en relais qu'initiales, mais les pratiques sont hétérogènes.

Le cas particulier de l'HAD en psychiatrie

La possibilité de recourir à l'HAD en psychiatrie est reconnue depuis la circulaire du 4 février 2004, mais peu développée, alors même que comme le soulignait la Cour, se constate un poids excessif de l'hospitalisation complète et une augmentation trop modeste des alternatives à l'hospitalisation complète.

Selon le ministère, 13 établissements sont titulaires d'une autorisation d'HAD en psychiatrie. Un certain nombre d'ARS sont engagées dans des expérimentations ou sont en passe de le faire. La région Rhône-Alpes finance depuis l'automne 2011 une activité d'HAD en psychiatrie, portée par l'association « santé mentale et communautés » ; le Nord – Pas-de-Calais, et les Pays de la Loire ont lancé un appel à projets et sont en cours de sélection des opérateurs. L'Île-de-France a également prévu à titre expérimental « d'étudier l'opportunité et la faisabilité d'un développement de la prise en charge dans le champ de la psychiatrie ».

Les expérimentations d'HAD en psychiatrie mériteraient d'être mieux recensées et évaluées au niveau national : si elles apportent la démonstration de leur valeur ajoutée par rapport aux équipes mobiles de secteur, elles sont susceptibles d'apporter des réponses adaptées à des patients qui seraient sinon hospitalisés.

L'absence de référentiels peut expliquer que l'HAD est peu prise en compte dans les plans de santé publique, qu'il s'agisse du plan cancer (2009-2013), du plan accidents vasculaires cérébraux (2010-2014), du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques (2007-2011) ou du plan Alzheimer (2008-2012). Seul le plan soins palliatifs 2008-2012 fait explicitement référence à l'HAD, « acteur essentiel de l'organisation des soins palliatifs au domicile ».

2 – Mieux inscrire l'HAD dans les parcours de soins

La valorisation des atouts de l'HAD dans le parcours de soins est de nature à la distinguer d'autres démarches cherchant à la concurrencer.

La volonté des pouvoirs publics de faire évoluer le système de santé vers un modèle mieux intégré et coordonné sous forme de parcours de soins est de nature à renforcer la place de l'HAD, par définition à l'interface entre soins hospitaliers et médecine de ville.

En effet, la coordination constitue le cœur de métier de l'HAD : coordination médicale entre différents médecins (hospitalier, traitant, coordonnateur d'HAD, d'EPHAD), différents professionnels paramédicaux, articulation entre prise en charge sanitaire, médico-sociale et

services de maintien à domicile, combinaison de la logistique propre à l'HAD avec celle déployée par des prestataires externes. Cette expertise de la coordination devrait faire de l'HAD un maillon systématique des projets axés sur le parcours de soins.

Ainsi plusieurs ARS ont élaboré des appels à projets en vue du parcours des personnes âgées dépendantes qui intègrent les structures d'hospitalisation à domicile (Pays de la Loire, Île-de-France et Languedoc-Roussillon).

L'HAD se prête en outre particulièrement aux pratiques innovantes dont les pouvoirs publics souhaitent encourager le développement, notamment les coopérations entre professionnels prévues par l'article 51 de la loi HPST, encore que la lourdeur du dispositif prévu pour l'organisation de délégations de tâches puisse apparaître particulièrement dissuasive.

C – Un intérêt financier à approfondir

En dépit de difficultés méthodologiques, des études médico-économiques ont mis en évidence l'intérêt de l'HAD dès lors que les comparaisons portent sur des patients qui, faute de cette prise en charge, relèveraient d'une hospitalisation complète. Ces études, réalisées avant la mise en place de la tarification à l'activité, devraient être actualisées sur la base d'une nouvelle étude de coûts constituant le préalable à la révision de la tarification.

1 – Une tarification à l'activité obsolète

Depuis 2006, après une brève période d'expérimentation, les structures d'hospitalisation à domicile, qu'elles aient été auparavant sous dotation globale ou sous objectif quantifié national, sont financées par un mécanisme de tarification à l'activité.

Un modèle tarifaire spécifique à l'HAD

La mise en place du PMSI-HAD et de la T2A-HAD depuis 2005 se sont faites sur la base de l'étude de coûts réalisée à la demande du ministère de la santé et de la CNAMTS entre 1999 et 2000 par le centre de recherche et documentation en économie de la santé (CREDES) et publiée en 2003[331]. Le modèle repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT) destiné à couvrir l'essentiel des moyens humains, matériels, techniques mobilisés pour prendre en charge un patient. Le forfait journalier varie en fonction de la pondération de quatre variables recueillies dans le PMSI : les modes de prise en charge principal et associé éventuel, le degré de dépendance du patient et la durée de prise en charge. Les tarifs sont pratiquement identiques aux coûts établis par le CREDES en 2003.

Les médicaments très onéreux peuvent être facturés « en sus »[332] dès lors qu'ils font partie de la liste définie pour les établissements de court séjour. Or certains médicaments coûteux utilisés en HAD ne font pas partie de cette liste ou en ont été supprimés[333]. Ce surcoût est difficile à supporter pour certaines structures, ce qui peut les amener à refuser ces patients. Le ministère ne prévoit pas cependant de modification de la liste en sus des molécules onéreuses prescrites en HAD. Celles sorties de la liste et non réintégrées ont été regroupées dans une enveloppe d'aide à la contractualisation pour 2013.

Ce nouveau mode de rémunération a eu dans un premier temps un effet incitatif pour bon nombre de structures, ce qui explique en grande partie le développement de l'activité constaté les années suivantes[334]. Toutefois les tarifs n'ont jamais été réactualisés, tandis que de nouvelles obligations réglementaires, l'augmentation de certaines charges représentant une part importante des dépenses (personnel, transports, logistique, carburants…), ainsi que les tarifs des partenaires libéraux des HAD (infirmiers libéraux) ont accru les coûts de fonctionnement des structures.

La tarification à l'activité de l'HAD souffre de fait de nombreuses limites. La classification des groupes homogènes de prises en charge (GHPC) apparaît en particulier sommaire, incomplète et établie en

331. Anne Alignon, Laure Com-Ruelle, Thomas Renaud, série analyse, CREDES *Evaluation du coût de la prise en charge en HAD*, juin 2003. Les données émanaient pour l'essentiel des trois structures d'HAD les plus anciennes et de grande dimension (santé service et l'HAD de l'AP-HP en Île-de-France, soins et santé à Lyon).
332. Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
333. Il s'agit généralement d'antibiotiques ou d'antiviraux de la réserve hospitalière, de chimiothérapies orales, d'immunosuppresseurs.
334. Cf. *infra*.

fonction de simples considérations tarifaires, contrairement à celles relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

L'absence de révision des tarifs ou de la classification a ainsi conduit les établissements à s'adapter en optimisant leurs activités. Certaines structures présentent cependant des difficultés financières qui peuvent aussi être attribuées à l'évolution des types de séjours des établissements, à une progression de leurs charges ou à un durcissement des règles de facturation.

La révision du modèle tarifaire de l'hospitalisation à domicile apparaît ainsi comme une nécessité, conditionnée cependant par la réalisation de nouvelles évaluations médico-économiques de son apport à la maîtrise de la dépense de soins, qui s'avèrent indispensables. Ces études devraient prendre en compte les champs de développement potentiels de l'HAD, en particulier les hospitalisations évitables, notamment pour les personnes âgées dépendantes.

2 – La nécessité de nouvelles évaluations médico-économiques

La question de l'efficience de la prise en charge en HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (médecine, chirurgie et obstétrique puis les activités de soins de suite et réadaptation) a été posée très tôt pour répondre à l'objectif initial d'économies sur les dépenses hospitalières conventionnelles.

Dans son étude du coût de la prise en charge en HAD de 2003[335], le CREDES concluait à un coût moindre en HAD qu'en hospitalisation complète en court séjour (140 à 145 € contre un coût moyen journalier reconstitué de 450 € en hospitalisation de jour et de 300 à 750 € en hospitalisation conventionnelle avec hébergement), soit une économie pouvant aller jusqu'à 80 % par rapport à certaines prises en charge en établissements.

Dans une analyse comparée de la chimiothérapie réalisée à l'hôpital et au domicile, publiée en 2005[336], la HAS estimait, en concordance avec la littérature médico-internationale, que globalement, la prise en charge en HAD est moins coûteuse qu'une hospitalisation avec

335. CREDES, *Evaluation du coût de la prise en charge en HAD,* 2003.

336. HAS, *Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels, 2005*.

hébergement malgré des difficultés méthodologiques (coût des molécules onéreuses notamment)[337].

En ce qui concerne les activités de soins de suite et de réadaptation, une étude du CREDES, publiée en 2008, a comparé la prise en charge en HAD et SSR, pour des patients ayant le même profil médical et présentant une forte homogénéité, à partir de données collectées en 2005 et 2006. Tout en soulignant des problèmes méthodologiques, elle conclut à des coûts de fonctionnement moyens systématiquement plus faibles en HAD, avec une différence particulièrement marquée chez les personnes âgées dépendantes (coût journalier, pour une activité de même type, de 262 € en SSR contre 169 € en HAD), soit un différentiel de 40 %.

Ces travaux, qui reposent toutefois sur des données recueillies avant la mise en place de la tarification à l'activité et devraient être actualisés, sont convergents pour souligner le potentiel d'économies considérable que génèrerait un développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'il s'accompagnerait à due proportion de la suppression effective de lits d'hospitalisation conventionnelle.

Cependant, le champ de la comparaison reste intra-hospitalier alors qu'avec la multiplication des intervenants et des modes de prises en charge au domicile, se pose plus largement désormais la question de mesurer si certains de ces dispositifs seraient susceptibles d'apporter à moindre coût que l'HAD - en intégrant le reste à charge - une même qualité et une même technicité de prise en charge pour des patients strictement comparables au regard de la lourdeur de leurs pathologies. L'HAD doit en effet supporter des coûts de structure importants.

Une évaluation méthodologiquement rigoureuse s'impose en particulier entre prises en charge en HAD et en SSIAD pour des patients qui sont à la frontière de ces deux types d'institutions, l'étude la plus récente sur les coûts des SSIAD[338] ne concernant pas la prise en charge de patients nécessitant des soins très techniques et impliquant une coordination intensive qui sont spécifiquement du domaine de l'HAD.

---

337. La Haute Autorité de santé a été saisie par la DGOS dans le cadre de son programme de travail 2013 de deux demandes, l'une d'évaluation médico-économiques de la chimiothérapie en HAD, et l'autre de production de grille d'analyse de la pertinence du point de vue médico-économique des demandes de transferts en HAD.

338. Unité de recherche en économie de la santé Ile de France – DGAS 2009 – Les patients en services de soins infirmiers à domicile : le coût des prises en charge et ses déterminants.

3 – L'objectif d'une tarification révisée

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) travaille sur la réactualisation de l'étude nationale des coûts propre à l'HAD, mais se heurte au faible nombre d'établissements participants à l'enquête et à la qualité inégale des données PMSI recueillies, sans préjudice de diverses difficultés méthodologiques.

Les résultats intermédiaires pour l'année 2011 montrent que les activités les plus coûteuses sont en particulier associées à la prise charge des transfusions sanguine (295 €), aux traitements intra veineux et à la nutrition parentérale (269 et 254 €), tandis que les moins coûteuses sont celles associées à l'éducation du patient ou la périnatalité (101 à 129 €). L'imprécision de certains modes de prise en charge accroît la difficulté à s'appuyer sur la classification actuelle pour établir des coûts réels et confirme la nécessité d'évoluer vers une description plus fine des patients pris en charge.

Les résultats des travaux exploratoires sont attendus pour mi 2014, aucun calendrier n'étant toutefois encore fixé pour l'achèvement de l'ensemble du processus de révision du modèle tarifaire, alors même qu'il est indispensable à la fiabilité des résultats de nouvelles études médico-économiques et à une meilleure définition des prises en charge en hospitalisation à domicile.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans le contexte de la mise en place d'un parcours de soins visant à assurer aux patients des soins mieux coordonnés au meilleur coût, l'hospitalisation à domicile peut représenter un levier pour faciliter une prise en charge graduée et coordonnée des soins, à l'interface de la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Elle trouve cependant aujourd'hui encore difficilement sa place entre ces deux secteurs, en raison certes d'un développement resté plus marginal que dans nombre de pays étrangers, mais aussi du fait d'un positionnement mal connu des prescripteurs, hospitaliers comme libéraux, d'un pilotage par le ministère de la santé insuffisamment construit et d'un périmètre d'activité mal précisé.

Consolider sa place suppose ainsi d'encore mieux étayer sa légitimité, qu'il s'agisse de la nécessité de définir une taille critique à même de permettre aux structures de respecter les obligations qui leur incombent en tant qu'établissements de santé à part entière, d'actualiser et d'élargir les évaluations médico-économiques de ses activités, en particulier au regard de nouveaux modes de prise en charge en ville qui

peuvent la concurrencer, et de rénover en conséquence un modèle tarifaire obsolète.

C'est à ces conditions que l'hospitalisation à domicile pourrait progressivement atteindre en France la part qui est la sienne dans certains pays étrangers, quatre fois supérieure à l'objectif fixé par les pouvoirs publics pour 2018, en faisant encore davantage coïncider intérêt des patients et économies, potentiellement importantes, pour l'assurance maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

36. élaborer des référentiels d'activités de l'hospitalisation à domicile ;

37. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;

38. mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD.

Chapitre X

La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif

PRESENTATION

Alors que dans plusieurs pays de l'OCDE, l'hospitalisation privée non lucrative est soit dominante (Pays Bas, États-Unis), soit plus importante que le secteur privé à but lucratif (Luxembourg, Allemagne, Autriche), elle occupe en France dans le champ sanitaire une place moindre. En effet, avec un peu plus de 65 000 lits et places - hors centres de lutte contre le cancer[339] *- elle représente 14 % des capacités d'hospitalisation, loin derrière l'hospitalisation publique (62 % des lits et places), mais également les cliniques commerciales (23 %). Ces établissements mobilisent 6 Md€ de recettes en provenance de l'assurance-maladie, soit plus de 8 % de l'ONDAM hospitalier*[340].

S'ils n'occupent globalement qu'une troisième place, les établissements de santé privés à but non lucratif, qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, constituent un modèle original : gérés par des institutions très diverses, souvent reconnues d'utilité publique, ils sont soumis aux règles du droit privé pour leur fonctionnement mais leur financement et leur tutelle sont analogues pour l'essentiel à ceux des établissements publics dès lors qu'ils sont pour la plupart liés au service public hospitalier. Ils pèsent d'un poids significatif dans l'offre de soins de suite et de rééducation (SSR) et dans l'accueil de jour en psychiatrie, et comptent en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) certains services qui font référence dans leur spécialité.

Fortement hétérogène, car composé de nombreuses structures à la taille et aux résultats inégaux, l'hospitalisation non lucrative est confrontée à la nécessité de relever le défi de la modernisation du secteur hospitalier.

La Cour a examiné pour la première fois le positionnement de ces établissements[341] *d'un type particulier. Après avoir apprécié la spécificité*

339. Bien qu'appartenant à cette catégorie, les 19 centres de lutte contre le cancer selon la statistique annuelle des établissements de santé 2010 (SAE) ne sont pas inclus dans le champ de la présente enquête en raison de leur spécificité. Ils représentent une dépense d'assurance-maladie de 1,5 Md€.

340. En 2011, les établissements publics de santé (EPS) représentent en exécution près de 72 % de l'ONDAM hospitalier, et les établissements privés lucratifs – hors honoraires inclus dans l'ONDAM soins de ville - plus de 17 % de cette enveloppe.

341. La présente enquête s'est fondée sur l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières qui habilite la Cour à recueillir auprès des établissements privés des informations, dans le cadre d'évaluations comparatives des coûts et des modes de gestion, mais qui ne lui confère pas un pouvoir de contrôle à leur égard.

de leur modèle de fonctionnement et leur place dans l'offre de soins (I), elle analyse leur situation financière, qui se révèle fragile (II) et évalue les atouts dont bénéficie ce secteur pour assurer sa pérennité (III).

I - Des établissements privés intégrés au service public et présents dans toutes les activités de soins

Les établissements de santé privés à but non lucratif sont les héritiers d'initiatives privées d'inspiration confessionnelle, laïque et sociale qui impriment à ce secteur sa diversité et sa spécificité, même si ce dernier s'est structuré depuis plus de 40 ans dans son rattachement au service public hospitalier. Il en résulte un fonctionnement original.

A – Un modèle hybride

1 – Une participation au service public moins privilégiée depuis 2009

Avant l'entrée en vigueur de la loi HPST de 2009, les établissements à but non lucratif pouvaient être classés en plusieurs catégories à partir de deux critères : d'une part, leur participation ou non-participation au service public hospitalier, d'autre part, leur mode de financement, les uns percevant une dotation globale (DG) comme les établissements publics, et les autres un prix de journée dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN) comme les cliniques commerciales.

Le statut de participant au service public hospitalier

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, créatrice de la notion de « service public hospitalier », distingue les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif, qu'elle autorise à participer à l'exécution dudit service, sous réserve que soient respectées les conditions d'égalité d'accès aux soins, d'égalité de traitement et de continuité du service. Le statut de « participant au service public hospitalier » (PSPH), issu de cette loi faisait de ses détenteurs une composante à part entière du service public hospitalier. Il permettait aux établissements concernés de bénéficier sur certains points d'un traitement équivalent à celui des établissements publics.

Ces éléments ont été confirmés par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, qui présente le service public hospitalier comme comprenant les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif (PSPH), ainsi que les autres établissements privés signataires d'un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

En faisant prévaloir la définition des missions de service public sur le statut des établissements, la loi HPST a rendu celles-ci accessibles à l'ensemble des établissements de santé, ce qui a induit la suppression de la catégorie d'« établissements participant au service public hospitalier ».

Cependant, à la suite d'une mobilisation des professionnels du secteur, a été instituée la catégorie des « établissements de santé privés d'intérêt collectif » (ESPIC)[342]. Les établissements issus du régime antérieur des PSPH sont devenus automatiquement des ESPIC[343], et bénéficient de la grille tarifaire publique ; ceux qui ne participaient pas au service public hospitalier peuvent choisir de se déclarer comme d'intérêt collectif auprès de leur agence régionale de santé (ARS).

Ce choix a été fait dans une très large mesure par les structures de dialyse hors centre et dans une moindre mesure par les structures d'hospitalisation à domicile. Dans le domaine médecine, obstétrique, chirurgie (MCO), la situation est moins claire pour le secteur anciennement sous dotation globale. En effet, plusieurs établissements employant des équipes médicales libérales restent en attente d'une clarification de leurs obligations en matière de tarifs imposés aux patients.

Les dépassements d'honoraires pratiqués dans certains ESPIC

La loi n° 2011-940 du 10 août 2011, dite loi Fourcade, a précisé les conditions d'intervention des médecins libéraux dans les établissements de santé non lucratif : ces professionnels doivent être rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires conventionnels sans dépassements, minorés d'une redevance. Cette loi fixait au 10 août 2013 la date limite de mise en conformité des contrats passés entre les établissements et ces praticiens.

Cette obligation de mise en conformité ne concerne qu'un nombre limité de structures[344], la norme étant le salariat des équipes médicales et l'exception du recours à des médecins libéraux s'accompagnant le plus souvent d'une pratique en tarifs opposables. Un certain nombre d'entorses au principe de l'application des tarifs de la sécurité sociale pouvaient cependant être observées début 2013 :

- perception par certains praticiens de dépassements d'honoraires, pris en charge directement par l'établissement et neutres pour les patients, ou partagés entre l'établissement et le patient, ou enfin intégralement répercutés sur le patient ;

342. Article L. 6161-5 du code de santé publique.

343. C'est également le cas des centres de lutte contre le cancer.

344. 11 établissements, représentant toutefois au total 500 M€ en termes de chiffre d'affaires.

- dépassements parfois perçus en dehors des murs de l'hôpital, avant ou après l'épisode d'hospitalisation, échappant ainsi en théorie au contrôle et à la responsabilité de l'établissement.

Plusieurs des établissements concernés mettent davantage l'accent sur leur attachement au principe du « zéro reste à charge » pour le patient que sur une application stricte de la réglementation des dépassements d'honoraires. L'affirmation d'un tel principe pose cependant la question du report de charge sur les assurances complémentaires et de l'effectivité des contrôles effectués sur l'absence réelle de reste à charge pour le patient.

Si le nombre d'établissements concernés est faible, l'existence de modes de fonctionnement permettant de contourner de manière plus ou moins directe l'interdiction de percevoir des dépassements d'honoraires dans les ESPIC est anormale. Le ministère comme l'assurance maladie ont la responsabilité de faire respecter les textes, sauf à les faire évoluer si besoin.

Le secteur privé non lucratif n'a pas vu cependant dans les faits son fonctionnement bouleversé depuis 2009 : l'ouverture à la concurrence des missions de service public prévue par la loi HPST, qu'il redoutait comme une remise en cause de son positionnement historique, a été en définitive réservée aux cas de carence de l'offre locale.

Toutefois il s'est senti fragilisé par les dernières évolutions législatives qui ont fait naître une période d'incertitude. Il a éprouvé comme distendue par sa nouvelle dénomination sa relation privilégiée avec le service public hospitalier, d'autant que le statut d'établissement de santé d'intérêt collectif avait initialement un caractère provisoire. Il devait en effet disparaître en principe avec l'aboutissement du processus de convergence tarifaire alignant les modes de financement des établissements de santé publics et privés. Celui-ci a cependant été supprimé par l'article 59 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Ces diverses évolutions accentuent la complexité de ce secteur, dont le mode de fonctionnement et l'offre de soins se situent à mi-chemin des modèles public et privé.

2 – Un modèle qui emprunte au public et au privé

Soumis aux règles de droit privé pour leur fonctionnement, les ESPIC conservent en réalité la proximité avec le secteur public qui caractérisait les établissements PSPH.

a) Une plus grande souplesse de gestion que l'hospitalisation publique

Les ESPIC sont des institutions de droit privé. Par de nombreux aspects, leur gestion apparaît plus souple que celle des établissements publics.

Ainsi, les lois hospitalières ne leur ont pas étendu les règles régissant le fonctionnement médical du secteur public (organisation en pôles). Leurs agents sont de droit privé, ce qui leur confère une plus grande souplesse pour les mesures d'embauche, de reconnaissance d'atteinte des objectifs, de sanction, ou de licenciement. Leurs achats sont encadrés par des procédures issues du droit européen, moins rigides que celles du code des marchés publics.

Si les ESPIC ne sont pas soumis aux règles de la comptabilité publique, ils doivent en revanche disposer de comptes certifiés, transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle (article L. 6161-3 du code de la santé publique).

b) Une proximité avec la sphère publique

La surveillance financière

Le code de santé publique confie aux agences régionales de santé une mission de surveillance financière à l'égard des ESPIC identique à celle exercée vis-à-vis des établissements publics de santé (approbation des états de prévision de recettes et de dépenses, plans de redressement, possibilités d'administration provisoire etc.).

De fait, les établissements privés à but non lucratif ne sont pas en situation de supporter des déficits d'exploitation persistants. Si des établissements très déficitaires ont pu survivre, aidés par leurs structures gestionnaires et par les pouvoirs publics, leur assise financière (à l'exception de ceux relevant des mutuelles, qui limitent cependant leur soutien) est un facteur de fragilité en cas de déséquilibre budgétaire.

La responsabilité particulière des ARS à l'égard des ESPIC conduit certaines d'entre elles à intégrer ces établissements dans leur dispositif de veille financière des établissements de santé, principalement tourné vers les établissements publics. Au niveau national, le comité d'examen des risques hospitaliers mis en place en février 2010, transformé en comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en décembre 2012, a examiné depuis sa création la situation financière d'établissements anciennement PSPH, notamment parisiens.

L'accueil dans les ESPIC de praticiens hospitaliers

La possibilité pour les PSPH, puis pour les ESPIC, d'accueillir en détachement des praticiens hospitaliers a longtemps été présentée comme un des avantages dont bénéficiait le secteur privé non lucratif. Malgré une menace de suppression, cette possibilité a été préservée, sous réserve d'une période probatoire d'un an que les nouveaux praticiens hospitaliers doivent obligatoirement réaliser dans un établissement public.

Les établissements de santé privés à but non lucratif partagent en outre avec les hôpitaux publics l'autorisation d'employer des médecins étrangers diplômés de pays extérieurs à l'Union européenne. Après une période d'incertitude sur le maintien de cette dérogation, la loi n° 2012-157 du 1er février 2012 a prolongé jusqu'en 2016 ce dispositif.

Un certain nombre de grands ESPIC parisiens bénéficient enfin de postes hospitalo-universitaires, dont plus d'une vingtaine de postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers[345], ce qui leur permet d'attirer un personnel médical au rôle important pour l'attractivité et la renommée de l'établissement.

B – Un ensemble composite d'établissements couvrant toute l'offre sanitaire

1 – Une place plus importante en psychiatrie et soins de suite qu'en court séjour

Dans le domaine sanitaire, avec un peu plus de 55 000 lits et un peu moins de 11 000 places[346], les capacités du secteur privé non lucratif représentent, hors centres de lutte contre le cancer, 13 % de l'offre de soins en hospitalisation complète et 17 % en hospitalisation partielle[347].

345. Ces postes sont répartis entre les hôpitaux suivants : hôpital Foch, institut mutualiste Montsouris, groupement hospitalier Diaconesses-Croix Saint-Simon, groupement hospitalier Paris-Saint Joseph, centre chirurgical Marie Lannelongue, fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild.

346. On distingue la notion de lits en cas d'hospitalisation complète et la notion de places en cas d'hospitalisation de jour.

347. Hospitalisation de jour, nuit, chirurgie ambulatoire.

Tableau n° 65 : part des ESPIC dans l'offre de soins

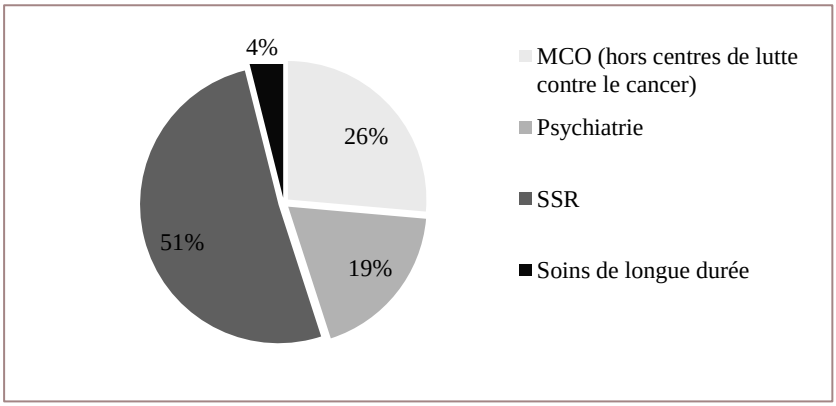
	Entités	Lits		Places		% lits et places
Etablissements public de santé	956	260 642	63 %	37 761	60 %	62 %
ESPIC ***(hors centres de lutte contre le cancer)***	**688**	**55 518**	**13 %**	**10 622**	**17 %**	**14 %**
Centres de lutte contre le cancer	19	2 918	1 %	737	1 %	1 %
Etablissements privé lucratif	1 047	97 632	23 %	13 995	22 %	23 %
Total	2 710	416 710	100 %	63 115	100 %	100 %

Source : statistiques d'activité des établissements de santé (SAE) 2010

Le poids du secteur privé non lucratif dans l'offre nationale de soins varie selon les activités concernées. Les ESPIC gèrent 31 % des lits et places en SSR, 15 % en psychiatrie, 7 % en MCO et 8 % pour les soins de longue durée. La représentation de ces établissements est plus forte en hospitalisation partielle et à domicile : les ESPIC assurent ainsi 45 % des journées d'hospitalisation partielle en SSR et 56 % des séjours d'hospitalisation à domicile. Ils sont également très présents dans la prise en charge de l'insuffisance rénale.

Le graphique suivant présente la répartition des capacités des ESPIC en lits et places entre les différents types d'activités sanitaires. Les soins de suite et de réadaptation occupent la place la plus importante, à 51 %, avant l'activité médecine, chirurgie et obstétrique à 26 % (hors centres de lutte contre le cancer).

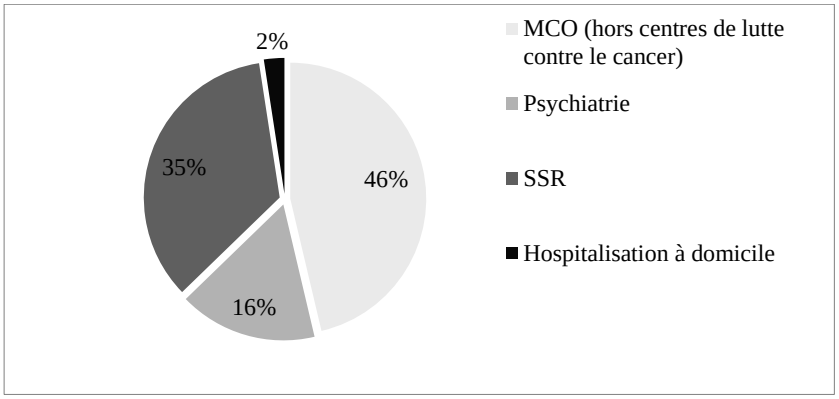
Graphique n° 13 : répartition des capacités des ESPIC par type d'activités



Source : statistique d'activité des établissements de santé (SAE) 2010

Si les données manquent pour ventiler les recettes par type d'activité, l'examen des charges des établissements auparavant sous dotation globale [348] révèle toutefois une répartition du poids des différentes activités sensiblement différente. Bien que minoritaire en termes de capacités, la médecine, chirurgie et obstétrique génère les charges les plus importantes (46 %), suivies par les SSR (35 %) et par la psychiatrie (16 %). L'hospitalisation à domicile représente 2,5 % des charges supportées par les ESPIC.

Graphique n° 14 : répartition des différentes activités dans les charges des ESPIC



Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

2 – Un éventail de soins en court séjour plus proche du secteur public que de l'hospitalisation à but lucratif

L'activité des services de MCO des ESPIC apparaît diversifiée et plus proche de celles des hôpitaux publics que des cliniques commerciales qui concentrent leur activité sur un nombre plus restreint de types de prise en charge. Ainsi, les ESPIC réalisent 50% de l'activité avec 20 types de prises en charge différentes.

348. Cet examen est réalisé à partir des retraitements comptables réalisés par les établissements auparavant financés par dotation globale et centralisés par l'agence technique d'information hospitalière (ATIH).

Tableau n° 66 : concentration des séjours[349]

Caractéristiques de l'activité de séjours	Centres hospitaliers	ESPIC	Cliniques commerciales
Types de prise en charge qui représentent 50 % des séjours	24	20	15
Types de prise en charge qui représentent 80 % des séjours	118	114	83

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

La répartition des séjours par catégories majeures de diagnostic fait ressortir de nombreuses similitudes entre l'éventail des cas pris en charge par les établissements publics de santé et les ESPIC, les distinguant nettement des cliniques privées :

- les affections de l'œil (dont la cataracte), qui représentent 4,3 % des séjours des ESPIC, et 2,7 % des séjours des établissements publics, comptent pour 9,9 % dans les séjours des cliniques ;
- les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique totalisent 9,3 % des séjours des ESPIC, et 9,4 % des séjours des EPS, tandis que leur poids dans les séjours des cliniques est de 13,9 % ;
- les affections du tube digestif (dont les endoscopies) totalisent 15,8 % des séjours des ESPIC, et 10,1 % de ceux des EPS, alors qu'elles représentent près du quart des séjours des cliniques commerciales (23,7 %) ;
- les ESPIC consacrent enfin une part de leur activité à des domaines dans lesquels les cliniques commerciales sont pratiquement absentes. Il en est ainsi par exemple des maladies infectieuses et parasitaires, qui représentent 0,1 % des séjours en clinique commerciale, contre 0,5 % dans les ESPIC et 1,1 % pour les établissements publics.

Le caractère plus diversifié de l'offre de soins des ESPIC, leur présence dans leurs activités de médecine sur de nombreux segments souvent peu rémunérateurs et dans certains cas leur implantation géographique dans des zones isolées les apparentent à l'hospitalisation publique avec laquelle ils partagent la même grille tarifaire.

349. La concentration est appréciée par les racines de groupes homogènes de malades (GHM) qui regroupent un même type de prise en charge, définie par les diagnostics et les actes (opératoires ou non) réalisés au cours d'un séjour hospitalier.

3 – Une offre éclatée entre de nombreuses structures

En dehors de leur vocation commune non lucrative, les ESPIC présentent une image composite.

En 2010, les 688 ESPIC du champ sanitaire proposaient une offre diversifiée, tout à la fois de court séjour, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et de soins psychiatriques. La diversité des structures gestionnaires, qui sont constituées dans la majorité des cas par des associations, mais qui comprennent également des fondations et des mutuelles, transparaît dans le tableau suivant, relatif aux seules activités de court séjour, réalisées dans 142 établissements.

Tableau n° 67 : gestionnaires des ESPIC pour l'activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

%

	Nombre de gestionnaires	%
Associations loi de 1901	65	46
Fondations	25	17,5
Mutuelles	25	17,5
Associations de droit local Alsace Moselle	18	13
Congrégations	5	3
Organismes de sécurité sociale	4	3
Total	142	100

Source : DREES, statistiques d'activité des établissements de santé (SAE) 2011

La taille des ESPIC est très variable. Pour le court séjour, une vingtaine d'établissements au budget supérieur à 70 M€ perçoit plus de la moitié des recettes de court séjour, tandis que les petits établissements (budget inférieur à 20 M€), majoritaires en nombre, perçoivent seulement 13 % de celles-ci. Pour les soins de suite et la psychiatrie, la configuration est différente : les petits établissements, dont le chiffre d'affaire est inférieur à 20 M€, sont à la fois majoritaires par leur nombre (91 % des structures SSR et psychiatrie), mais également par leur part (56 %) dans les recettes du secteur privé non lucratif pour ce type d'activités.

4 – Une implantation géographique et une notoriété inégales

Pour des raisons essentiellement historiques, les ESPIC exerçant une activité en MCO sont très présents dans les régions Île-de-France, Alsace, Lorraine, Rhône-Alpes et Bretagne (plus de 30 % de l'offre sur certains territoires de santé) et totalement absents d'autres régions, telles que Poitou-Charentes, Picardie, Centre, Basse ou Haute-Normandie. Les

structures non lucratives d'hospitalisation à domicile, de dialyse hors centre et de soins de suite et de rééducation bénéficient en revanche d'une large diffusion dans toutes les régions.

En court séjour, des structures assurant des soins de proximité dans des zones isolées côtoient des établissements plus importants au rayonnement régional (Alsace, Pays de la Loire, Rhône-Alpes) et des hôpitaux, souvent parisiens, se classant dans les premiers rangs des palmarès nationaux pour certaines spécialités telles que le traitement de l'adénome de prostate, les prothèses de hanche, l'anévrisme cérébral, le glaucome et le cancer du poumon.

La notoriété des ESPIC est également liée au rôle moteur de certains établissements pour le développement de prises en charge aux limites de l'hospitalisation traditionnelle et requérant une coordination de différents acteurs.

Les établissement à but non lucratif ont ainsi joué un rôle de premier plan dans l'essor des soins palliatifs, que cette activité se situe dans le cadre d'une hospitalisation complète en MCO mais également en SSR, en hospitalisation à domicile, ou, débordant le strict champ sanitaire, en services de soins infirmiers à domicile[350]. En matière psychiatrique, certains établissements ont également été à l'origine de nombreuses innovations, en initiant par exemple les expérimentations préalables à la sectorisation psychiatrique, ou en intégrant aujourd'hui la psychiatrie aux centres de santé.

II - Une situation financière fragile

A – Des déficits concentrés sur le court séjour

À la fin 2011, les ESPIC avaient un résultat cumulé déficitaire à hauteur de -24,2 M€, représentant 0,33 % de leurs produits globaux. Ce résultat recouvrait des situations très contrastées selon les secteurs d'activité.

350. Les services de soins infirmiers à domicile, relevant du secteur social et médico-social, partagent avec les services d'hospitalisation à domicile certains objectifs communs (prévenir ou différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement, et raccourcir, lorsque cela est possible, les séjours hospitaliers) dirigés vers des populations plus marquées par la dépendance que par une pathologie spécifique.

La situation des établissements spécialisés en MCO, soumis à la tarification à l'activité, s'est détériorée en 2010 et 2011, suivant une évolution semblable à celle des centres hospitaliers. Selon l'analyse par l'ATIH de l'évolution des résultats des différentes catégories d'établissements anciennement financés par dotation globale, ces ESPIC affichaient fin 2011 un déficit cumulé de -44,9 M€, représentant 1,06 % de leurs produits globaux. Tout en rappelant que contrairement aux établissements publics, les comptes des établissements à but non lucratif sont déjà certifiés[351], ce taux de déficit était le plus défavorable de ceux constatés dans les autres catégories d'établissements, celui des centres hospitaliers et universitaires s'établissant à 0,92 % et celui des centres hospitaliers à 0,48 %.

Les établissements assurant une activité de psychiatrie ou de soins de suite présentaient en revanche fin 2011, à +20,7 M€, un résultat positif légèrement supérieur à celui observé en 2008.

Tableau n° 68 : évolution 2008-2011 du résultat global des ESPIC

En M€

Catégorie	2008	2009	2010	2011
Centres hospitaliers et universitaires	-341,0	-329,4	-233,9	-239,8
Centres hospitaliers	-95,3	-1,6	-45,8	-165,4
ESPIC	**-13,6**	**-11,9**	**-36,9**	**-24,2**
dont médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	***-32,5***	***-23,8***	***-40,4***	***-44,9***
dont non MCO	***18,9***	***11,9***	***3,5***	***20,7***
Autres	85	95	78	67
TOTAL établissements ex-dotations globales	**-364,8**	**-248,4**	**-239,0**	**-362,4**

Champ : Résultats établis à partir d'un échantillon représentant 1 351 établissements pour lesquels des données homogènes sont disponibles sur l'ensemble de la période (il représente 95 % des recettes de titre 1 des 1 552 établissements attendus).

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

D'après les résultats provisoires disponibles en mai 2013[352], la situation financière des établissements publics à but non lucratif a peu évolué entre 2011 et 2012. Alors que les établissements publics renouent

351. Voir les problèmes de fiabilité des comptes des hôpitaux publics évoqués dans le chapitre VII du présent rapport « les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics ».

352. Les données prévisionnelles pour 2012 sont issues des troisièmes rapports infra-annuels collectés par l'agence technique de l'information hospitalière. Ces résultats sont traditionnellement assez proches des résultats définitifs des comptes financiers.

pour la première fois avec l'équilibre depuis 2006[353], le déficit global des ESPIC reste sensiblement identique sur la période avec une amélioration légèrement inférieure à 2 %.

Rapportée aux produits globaux, la capacité d'autofinancement des ESPIC restait également à la fin 2012 la plus faible de l'ensemble des établissements auparavant sous dotation globale. Selon les mêmes données provisoires, son taux est fin 2012 inférieur au pourcentage de 5 % généralement considéré comme minimal pour pouvoir investir[354] sans dégrader la situation financière. L'investissement des ESPIC a ainsi été financé, en partie, par un prélèvement sur le fond de roulement, en raison de l'incapacité de l'exploitation à assurer un autofinancement satisfaisant et par emprunt.

Les données de bilan se caractérisaient par la croissance rapide de la dette financière, en augmentation de 41 % de 2008 à 2011 (+51 % pour les ESPIC MCO), pour s'établir en fin de période à un montant cumulé de plus de 2 Md€. Les dépenses liées aux investissements augmentent néanmoins à un rythme moindre que dans les établissements publics[355], alors même que leurs installations se caractérisent par une relative vétusté : leur progression a été limitée à 10,7 % de 2008 à 2011. Cette croissance est notamment sans commune mesure avec celle constatée pour les centres hospitaliers et universitaires (+ 49,6 %), dont les investissements et l'endettement ont fortement crû durant cette période.

B – Des charges de structure voisines de celles des hôpitaux publics

La situation financière difficile que connaissent de nombreux ESPIC du fait de leurs activités de court séjour est fréquemment imputée à des charges de structure supposées plus élevées que dans les autres catégories d'établissement.

L'analyse des données pour 2010 rassemblées dans le cadre de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique fait cependant apparaître un coût

353. Voir chapitre VII du présent rapport « les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics ».

354. Le taux de CAF (capacité d'autofinancement/produits globaux) des ESPIC s'établissait à 4,2 % à la fin 2012, contre 5,5 % pour l'ensemble des établissements ex DG.

355. Le taux d'investissement, mesuré par le rapport entre les immobilisations et les produits globaux, se situait en 2011 à 7,8 % pour les ESPIC, contre 8,7 % pour l'ensemble des établissements (ex DG).

moyen par séjour légèrement inférieur (-3,4 %) à celui observé dans les établissements de santé publics toutes catégories confondues[356]. Ces résultats, à considérer avec prudence[357], infirment néanmoins la thèse selon laquelle le secteur privé non lucratif serait davantage pénalisé que les autres centres hospitaliers par ses charges de structure.

Entre 2008 et 2011, les charges des ESPIC progressent certes légèrement plus rapidement que celles des établissements publics de santé (11,4 % contre 9,9 %) : celles de personnel augmentent de 9,1 %, les charges à caractère médical de près de 18 % et les charges hôtelières et générales de 19 %. Cette progression, qui peut apparaître préoccupante, doit cependant être rapprochée de l'évolution de l'activité constatée ces dernières années. Avec une croissance de 14 % du nombre de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique entre 2008 et 2011, l'activité des établissements privés à but non lucratif est celle qui a été la plus dynamique en volume toutes catégories confondues.

Ces constats soulignent que cette catégorie d'établissements est confrontée aux mêmes difficultés que les établissements publics de santé en matière de maîtrise de la progression des charges d'exploitation, et de résorption de certaines poches de sous-productivité.

C – Une évolution défavorable des recettes de l'assurance maladie

1 – Une progression des versements inférieure à celle de l'activité

La dégradation des résultats des ESPIC est intervenue en dépit de la progression des recettes en provenance de l'assurance-maladie.

356. L'échelle nationale de coûts à méthodologie commune publiée par l'ATIH en avril 2012 est fondée sur les données de coûts de l'exercice 2010.

357. L'étude se limite aux groupes homogènes de malades (GHM) pour lesquels il est statistiquement possible d'examiner les coûts d'un sous-échantillon d'établissements composé uniquement d'ESPIC (ces GHM comptant pour 63 % dans l'activité nationale de ces ESPIC à activité MCO).

Tableau n° 69 : évolution 2008-2011 des recettes en provenance de l'assurance maladie

En M€

Catégorie	2008	2009	2010	2011	Évolution 2008-2011
Centres hospitaliers et universitaires	17 820	18 417	18 862	19 223	7,9 %
Centres hospitaliers	21 216	22 109	22 656	23 158	9,2 %
ESPIC	**5 499**	**5 767**	**5 861**	**6 005**	**9,2 %**
dont médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	***3 042***	***3 226***	***3 291***	***3 380***	***11,1 %***
dont non MCO	***2 457***	***2 541***	***2 570***	***2 625***	***6,9 %***
Autres	6 434	6 626	6 732	6 849	6,4 %
TOTAL établissements ex-dotations globales	**50 969**	**52 919**	**54 111**	**55 235**	**8,4 %**

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Sur la période 2008-2011, la progression de 11,1 % des recettes d'assurance maladie des ESPIC au titre de leur activité en MCO, ne reflète cependant pas pleinement le dynamisme de celle-ci, dont le nombre de séjours a augmenté de 14 % sur la même période.

Les ESPIC semblent ainsi dans une situation atypique puisque pour l'ensemble des établissements anciennement sous dotation globale, les recettes d'assurance maladie ont progressé de 8,4 %, c'est à dire plus rapidement que le nombre de séjours qui n'a augmenté que de 6,4 %. Une redistribution des recettes d'assurance-maladie s'est donc opérée au sein des différentes catégories d'établissements, en défaveur des ESPIC.

Sur l'ensemble de la période, la croissance des recettes de ces derniers pour leur activité de court séjour a davantage été tirée par la progression du nombre de séjours que par l'amélioration de la qualité du codage ou par l'évolution de la gravité des cas traités. Ce phénomène est particulièrement marqué en 2011, année au cours de laquelle la croissance de 4,6 % de l'activité valorisée repose exclusivement sur l'augmentation du nombre de séjours réalisés (+5 %), l'évolution de la structure de l'activité et de sa valorisation en fonction de la grille tarifaire exerçant pour sa part un effet négatif (-0,4 %).

2 – Des pertes tarifaires imparfaitement compensées par les financements forfaitaires

Comme la Cour l'a déjà souligné[358], la construction de la grille tarifaire a donné lieu à des ajustements incessants qui ont eu pour effet mécanique de redistribuer des produits entre établissements. En raison de différences de structure d'activité, ces établissements ont subi à chaque ajustement des effets de recettes à la hausse ou à la baisse, malgré une activité inchangée.

Globalement, les établissements privés à but non lucratif ont été touchés de manière négative par ces modifications de la classification des séjours et par les mécanismes de convergence tarifaire entre établissements. Ils n'ont pas compensé au travers de financements complémentaires pérennes les recettes qu'ils ont perdues depuis 2009 du fait du passage à la tarification à l'activité.

a) Une évolution tarifaire défavorable[359]

Toutes choses égales par ailleurs, le mécanisme de convergence intra-sectorielle, mis en œuvre de 2008 à 2011 pour l'activité de MCO et qui avait pour objectif de permettre aux établissements anciennement financés sous dotation globale de progressivement s'aligner sur une même grille tarifaire, a eu un impact négatif sur les recettes des ESPIC, de l'ordre sur l'ensemble de la période de 18 M€[360].

Ces établissements ont de plus supporté une part significative de l'effort de convergence réalisé entre les tarifs publics et privés de 2010 à 2012 (convergence intersectorielle). Selon la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), qui a étudié

358. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VII : la mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours, La Documentation française, septembre 2009, p. 171-212, disponible sur www.ccomptes.fr et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 199-228, disponible sur www.ccomptes.fr.

359. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VII : la mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours, La Documentation française, septembre 2009, p. 171-212, disponible sur www.ccomptes.fr.

360. Source ATIH : ce montant fait abstraction de l'avantage qu'ont pu tirer deux groupements hospitaliers mutualistes du passage à la grille publique pour certains de leurs membres relevant auparavant de la grille tarifaire privée (cf. *infra*).

la répartition des efforts demandés au titre de la convergence intersectorielle entre les différentes catégories d'établissements du secteur auparavant sous dotation globale[361], les ESPIC qu'elle regroupe ont supporté 10,2 % des efforts de convergence en 2010 et 10,0 % en 2011, alors qu'ils représentent 7,8 % des recettes de l'ensemble des établissements concernés.

Par ailleurs, bien que le secteur privé non lucratif compte dans ses rangs des établissements jouant un rôle de recours sur des pathologies lourdes, il n'a pas été favorisé globalement par le passage en 2009 à la version 11 de la classification des GHM, destinée à mieux refléter la gravité des cas traités.

L'analyse du financement perçu par ces établissements par rapport à une situation où les tarifs auraient respecté strictement la hiérarchie de l'échelle nationale des coûts[362] montre que la distorsion de la grille tarifaire par rapport aux coûts a pour les ESPIC une incidence de 15,1 M€, soit un montant équivalant à 0,7 % de leurs recettes tarifaires. Ils sont particulièrement touchés par le sous-financement relatif des séjours de gravité légère (niveau 1), partiellement compensé par le « surfinancement » des séjours à fort niveau de gravité (niveaux 3 et 4).

b) Le financement au titre de missions d'intérêt général

Au titre des dotations pour missions d'intérêt général (MIG), les ESPIC bénéficient de financements révélateurs de leur implication dans la gériatrie et les soins palliatifs : les 12,7 M€ perçus en 2011 concernent à hauteur de 2,9 M€ le financement d'équipes mobiles de gériatrie (sur un total de 67,5 M€ pour l'ensemble des établissements de soins), et 8,7 M€ le financement d'équipes mobiles de soins palliatifs (sur un total de 118,9 M€).

361. *Revue n° 223*, Perspectives sanitaires et sociales de juillet-août 2012.

362. Il s'agit ici de la notion de neutralité tarifaire, explicitée par l'IGAS dans un rapport de mars 2012 sur l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, et qui correspond au respect par les tarifs de la hiérarchie des coûts moyens de production des séjours établie par l'Echelle nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC). À la demande de la Cour, l'ATIH a analysé les écarts entre les tarifs 2012 appliqués aux ESPIC ex DG pour leur activité de court séjour et les recettes qui auraient été perçues par ces établissements dans le cas où la hiérarchie des tarifs aurait été strictement calquée celle de l'échelle nationale des coûts.

Le financement de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES[363]) initialement en ligne avec la part des ESPIC dans l'offre de soins de court séjour a connu une réduction en 2011 dans le cadre de la réorganisation du dispositif de permanence des soins engagée par les agences régionales de santé. Alors que cette dotation, d'un montant de 57 M€ en 2010, représentait plus du tiers des concours aux ESPIC au titre des missions d'intérêt général, la baisse observée en 2011 (-5,9 %) est deux fois plus importante que celle qui a affecté l'ensemble des établissements de santé (-2,8 %). La dotation perçue au titre de la précarité représente 4,3 % du total attribué à l'ensemble des établissements de santé, cette sous-représentation pouvant tenir à un effet et à la volonté de ne pas disperser ces financements entre des établissements de petite taille.

Les ESPIC ont ainsi été affectés par la réfaction de la masse tarifaire nécessaire à la création, en 2009, des dotations d'intérêt général au titre de la précarité et de la permanence des soins et ont contribué significativement à la réallocation des ressources entre établissements de soins.

Dotations pour missions d'intérêt général et prise en compte du différentiel de charges sociales

Les ESPIC se sont vu attribuer en 2011 un financement au titre des missions d'intérêt général de 35 M€, intitulé « soutien financier aux établissements ex privés ex DG », qui a été porté à 70 M€ en 2012. Ce financement constitue la réponse du ministère à la demande de prise en charge du différentiel de charges sociales entre la fonction publique et le secteur privé, présentée depuis plusieurs années par les responsables du secteur privé non lucratif. Considérant notamment que le surcoût lié du différentiel de charges sociales, estimé par l'IGAS et la DREES à un montant compris entre 79 M€ et 139 M€, est en partie compensé par la souplesse de gestion dont bénéficient les ESPIC, le ministère a jusqu'à présent refusé de donner un caractère pérenne à la compensation accordée au privé non lucratif qui tient compte de la situation des établissements.

Les ESPIC sont faiblement concernés par les aides au maintien d'activités jugées prioritaires dans les schémas régionaux d'organisation des soins mais générant des déficits (1,1 M€ sur un total national de 34,2 M€), alors qu'ils sont dans certains cas appelés par la tutelle régionale à soutenir une offre défaillante (cf. *infra*), dont l'équation financière apparaît particulièrement déséquilibrée.

363. Cf. chapitre XII du présent rapport « la permanence des soins ».

Le cas de la clinique Saint-Luc à Schirmek

Le groupe hospitalier Saint-Vincent de Strasbourg est gestionnaire de la clinique Saint-Luc, à Schirmeck, dans la région isolée de la vallée de la Bruche et ne maintient cet établissement déficitaire qu'à la demande de l'ARS qui ne veut pas voir disparaître cet établissement de proximité.

C'est le seul établissement de proximité de la vallée, par ailleurs éloignée à 45 minutes de route de Strasbourg. Cet établissement assure une présence médicale 24 heures sur 24, 365 jours par an (de 8h00 à 22h00 par une présence sur place puis par des astreintes assurées par quatre médecins). Cette activité (dénommée polyclinique) s'apparente à celle d'un service d'urgences et génère un déficit annuel de plus de 800 000 €, sur un déficit de 1,2 M€ au total.

Après avoir octroyé une aide exceptionnelle de 200 000 € pour cette activité à la fin 2011, l'ARS a porté ce montant à 800 000 € à la fin 2012 dans le cadre d'une aide annuelle présentée comme pérenne.

Afin de conserver une offre de soins de proximité, une solution pérenne est cependant à trouver pour ces établissements. Cette problématique, qui concerne également un certain nombre d'hôpitaux publics[364], prend une acuité particulière dans le cas des ESPIC qui ne peuvent accumuler les déficits sans mettre en péril leur survie.

*
* *

La situation financière de ce secteur apparaît ainsi fragilisée, en particulier par les évolutions tarifaires en cours. Les travaux du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), installé en décembre 2012 par la ministre de la santé, devraient permettre une meilleure prise en compte de cette problématique. Toutefois le passage à un financement à l'activité des soins de suite et de réadaptation[365], à partir de 2016, le mettra à nouveau sous forte contrainte. L'hospitalisation à but non lucratif doit ainsi intensifier les efforts de restructuration qu'elle a déjà engagés pour retrouver le chemin de l'équilibre financier.

364. Cf. chapitre XI du présent rapport « l'avenir des hôpitaux locaux ».

365. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de réadaptation, La Documentation française, septembre 2012, p. 339-369, disponible sur www.ccomptes.fr.

III - Des atouts à mieux exploiter

Pour assurer sa pérennité, le secteur privé non lucratif dispose d'un certain nombre d'atouts, dont pourront bénéficier les établissements qui auront su maîtriser leurs charges et restructurer leur offre de soins.

A – Tirer profit d'une tradition d'innovation

Toutes activités confondues, le secteur privé non lucratif aura des perspectives de développement d'autant plus favorables qu'il saura utiliser ses compétences en matière d'animation de réseaux et de mise en œuvre d'actions transversales, permettant d'organiser le cheminement du malade dans le système de soins.

1 – Un savoir-faire en termes de parcours de soins

Certaines actions développées par les ESPIC s'inscrivent déjà dans une logique transverse : pour l'accompagnement de la fin de vie, le secteur privé non lucratif a su promouvoir les partenariats entre des établissements sanitaires disposant d'une équipe mobile de soins palliatifs et des établissements médico-sociaux, permettant par exemple l'intervention de l'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. De nombreux établissements de petite taille assurent à la fois des services d'hospitalisation à domicile et gèrent des services de soins infirmiers à domicile, sans se limiter à une prise en charge en soins palliatifs .Plus généralement, la proximité de ces structures avec les différents intervenants du secteur médical, médico-social et social ou du secteur des services à la personne constitue également un atout en termes de constitution de réseaux autour de certaines pathologies.

Les ESPIC intervenant dans le domaine de la psychiatrie bénéficient d'une expérience reconnue en matière de coordination territoriale, 7 % des secteurs psychiatriques leur étant aujourd'hui rattachés. Cette position de tête de réseau les amène à nouer des liens avec l'ensemble des intervenants sur un territoire (établissements sanitaires, médico-sociaux et domicile), en assurant un principe de continuité entre prévention, soins ambulatoires, hospitalisation et orientation éventuelle vers une structure médico-sociale.

Certains ESPIC de taille moyenne, situés dans des régions de forte implantation pour le secteur privé non lucratif (Alsace, Aquitaine), disposent de services d'aval leur permettant de suivre l'ensemble d'une filière, telle la filière gériatrique en articulant notamment médecine

gériatrique, soins de suite et rééducation spécialisée dans l'optique du retour à domicile.

2 – Une nécessaire approche fédérative

Ce positionnement central, à la confluence du sanitaire et du médico-social, ne peut constituer un avantage que si les ESPIC parviennent à fédérer leurs efforts, en établissant des liens entre des structures distinctes par leur taille et par leur vocation actuelle. Ils devraient alors être capables de promouvoir encore davantage et de manière mieux chaînée une approche transversale de la prise en charge des patients, bénéficiant de la souplesse de leurs modalités de gestion, et de leur connaissance de leur environnement, conformément aux orientations du rapport[366] remis au ministre de la santé en mars 2013.

Pour le développement de nouvelles pratiques (tel le suivi du parcours des patients diabétiques), le secteur privé non lucratif est à certains égards mieux positionné que l'hôpital public, qui voit ses capacités d'action entravées par de forts cloisonnements institutionnels, et par les différences de culture entre court et moyen séjour, hospitalisation traditionnelle et hospitalisation à domicile. Ce rôle d'expérimentateur est par ailleurs plus adapté à la démarche des établissements à but non lucratif qu'à celle des établissements privés de statut commercial, à qui il est difficile de s'engager, en raison des exigences de retour sur investissement posées par leurs actionnaires.

Pour assurer efficacement le suivi du parcours du patient sur les différents segments de l'offre de soins, les structures plus petites devront cependant être capables de s'insérer dans un dispositif plus vaste, assurant la fluidité des parcours et une forme de mutualisation des équipements et des équipes.

B – Dégager des marges de manœuvre

1 – Dynamiser la gestion des ressources humaines

La tension sur les charges de personnel met en lumière les enjeux attachés à la renégociation de la convention collective de 1951, qui régit les relations sociales des établissements ressortissants de la FEHAP. La renégociation en cours pourrait redonner des marges de manœuvre aux

366. *Rapport du groupe de pilotage* le « Pacte de confiance pour l'hôpital », présidé par M. Edouard Couty – ministère des affaires sociales et de la santé - mars 2013.

établissements et leur fournir l'opportunité d'accélérer leur modernisation.

Dans un certain nombre de spécialités, la convention de 1951 s'avère en particulier largement obsolète pour les recrutements de personnel médical. Différents moyens sont employés par les établissements pour renforcer l'attractivité de certains postes : majorations de rémunérations, octroi de primes sur objectifs, limitation du nombre de gardes, intéressement à l'activité pour attirer ou conserver des profils médicaux rares, les médecins des ESPIC ne bénéficiant pas de la possibilité d'exercer une activité privée dans l'établissement en sus de leur activité salariée, ou inciter les professionnels à accroître leur activité. Pour éviter tout dérapage, ces contrats d'intéressement doivent néanmoins être encadrés.

2 – Des restructurations indispensables

L'amélioration des résultats des établissements les plus déficitaires peut imposer des restructurations de grande ampleur. Soucieux de préserver l'originalité de leur modèle, qui allie gestion privée et souci revendiqué de l'intérêt général, les ESPIC doivent savoir être à l'initiative pour se réorganiser collectivement en fonction des évolutions de l'offre territoriale de soins et anticiper l'alourdissement des contraintes financières que la situation de l'assurance maladie impose à l'ensemble du système de soins.

Le regroupement d'ESPIC parisiens au sein du groupe Paris Saint-Joseph

La situation financière dégradée des hôpitaux à but non lucratif du sud parisien a imposé une restructuration de la carte sanitaire, fortement encouragée par l'autorité sanitaire régionale.

La constitution en 2006 du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, par fusion des hôpitaux Saint-Joseph, Saint-Michel et de la maternité Notre Dame de Bon Secours sur le site de l'hôpital Saint-Joseph, a eu pour corollaire l'arrêt des activités de SSR, maladies infectieuses, pédiatrie, réanimation néonatale, chirurgie cardiaque [367] et l'arrêt des activités sanitaires des deux autres sites.

Elle s'est accompagnée de deux plans sociaux, mis en œuvre en 2006 et 2008, auquel s'est ajouté sur la période 2010-2012 un plan d'adaptation des emplois et des compétences, qui a concerné 600 personnes (fonctions support) et entraîné une diminution de 87 ETP.

367. L'équipe de chirurgie cardiaque de Saint Joseph a intégré le centre médico-chirurgical Marie Lannelongue, qui est également un ESPIC.

Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph indique que l'équilibre financier a été atteint en 2011 et 2012 avec des volumes d'activité supérieurs à ceux des trois hôpitaux d'origine.

Les groupements de coopération sanitaire (GCS), expérimentés dans plusieurs régions pour rapprocher des établissements publics et privés non lucratifs et conforter leurs positions respectives, se révèlent parfois extrêmement fragiles et complexes à mettre en œuvre. Aux difficultés financières initiales s'ajoutent souvent les tensions liées aux différences de statut ou au partage de la gouvernance, qui en font une solution peu opérationnelle.

Le groupement de coopération sanitaire fondation Hôtel-Dieu du Creusot/hôpital de Montceau-les-Mines

La décision prise par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, après l'échec de la concertation, de créer un GCS fin 2009 entre la fondation Hôtel-Dieu du Creusot, établissement privé non lucratif (ESPIC), et le centre hospitalier de Montceau-les-Mines, établissement public, tous les deux fortement déficitaires, n'a pas résolu les difficultés de ces deux structures.

Ce GCS n'a jamais fonctionné et fait l'objet d'une procédure contentieuse d'un des établissements devant le tribunal administratif de Dijon. Alors que la fondation Hôtel-Dieu a été placée en redressement judiciaire en janvier 2011 et a fait l'objet d'un plan de continuation en juin 2012, une administration provisoire a été mise en place en 2011 au CH de Montceau les Mines, débouchant sur une amélioration des résultats du centre hospitalier. Finalement les problèmes posés par la répartition de l'offre médicale entre ces deux établissements[368] demeurent. Le projet de fusion est abandonné et le programme régional de santé de l'agence régionale de santé de Bourgogne, arrêté en février 2012, invitent toujours à une plus grande coopération entre ces deux établissements.

Dans les processus de restructuration impliquant des établissements privés certains à but non lucratif d'autres à caractère commercial, il convient par ailleurs de mieux mesurer ex ante le coût pour l'assurance-maladie de ces rapprochements aux grilles tarifaires différentes. Ainsi, l'application en 2009 de la tarification publique à deux nouvelles structures (le groupement hospitalier mutualiste de Grenoble et le groupement hospitalier mutualiste Les Portes du Sud de Vénissieux), nées chacune du regroupement d'un établissement PSPH et d'une clinique commerciale, a-t-elle entraîné pour ces dernières un gain annuel de plus de 3 M€, entièrement à la charge de l'assurance-maladie.

368. Rapport de l'inspection général des affaires sociales 2012 -*L'hôpital.*

*
* *

Il appartient ainsi au premier chef aux établissements privés sans but lucratif de s'inscrire pleinement dans la dynamique de recomposition de l'offre de soins sans exciper pour chercher à s'y soustraire de l'ancienneté de leur histoire ou de la spécificité de leur statut.

Les pouvoir publics doivent être attentifs à accompagner des mutations indispensables, de manière notamment, conformément au principe de neutralité tarifaire qui a guidé certaines modifications apportées en 2012 à la tarification à l'activité, qu'ils ne soient pas, par principe ou par défaut, systématiquement défavorisés dans l'allocation des ressources d'assurance-maladie entre les différentes catégories d'établissements.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les objectifs et la nature de l'activité des établissements privés à but non lucratif ont été à l'origine de leur lien privilégié avec le service public hospitalier. Le financement par dotation globale dont ils ont pu bénéficier de ce fait a été protecteur de leur spécificité et de leur diversité.

Le passage à la tarification à l'activité pour le court séjour a fragilisé leur situation financière. Leur avenir est d'autant moins assuré que la mise en œuvre prochaine de ce mode de financement dans le secteur des soins de suite et de réadaptation, qui constitue une part très importante de leur offre sanitaire, aura une incidence très sensible sur les conditions de leur équilibre.

Dans ce contexte, l'hospitalisation privée à but non lucratif doit activement et pleinement s'insérer dans le mouvement de réformes engagé dans l'ensemble du secteur hospitalier. Elle dispose pour cela de réels atouts : sa plus grande souplesse de fonctionnement, des activités qui se prêtent à l'articulation d'une prise en charge coordonnée, une tradition reconnue d'innovation, en matière notamment d'alternatives à l'hospitalisation complète, un ancrage territorial ancien qui leur confère une forte légitimité et les inscrit tout naturellement dans une dimension d'accessibilité des soins. Inversement, une modernisation inégale, une taille souvent modeste, une offre de soins parfois dispersée, des difficultés de recrutements médical, des charges de structure qui ne sont pas moins élevées que le secteur public, obèrent leur capacité à relever tous les défis de la reconfiguration du système de soins.

L'originalité du modèle qu'ils incarnent ne doit pas être pour autant considérée comme une survivance d'un passé révolu. Il appartient au premier chef aux établissements privés à but non lucratif de démontrer leur

capacité à se réinventer dans la fidélité aux principes qui le fondent. Les pouvoirs publics doivent quant à eux être attentifs à accompagner leurs efforts pour une indispensable mutation, seule à même de leur permettre d'attester qu'il peut être aussi fécond pour l'avenir.

La Cour formule les recommandations suivantes :

39. accélérer les restructurations en cours des établissements privés à but non lucratif pour un retour rapide à l'équilibre financier ;

40. veiller à une plus grande neutralité des mécanismes tarifaires au regard de cette catégorie d'établissements, qu'il s'agisse des ajustements à la grille de tarification du court séjour ou lors du passage à une tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation ;

41. compenser par redéploiement et par un complément de financement au titre des missions d'intérêt général les surcoûts liés à un éloignement géographique justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

42. inciter les établissements de santé privés d'intérêt collectif à s'inscrire dans les expérimentations de mise en place de parcours de soins des patients ;

43. mettre fin aux dépassements perçus par les praticiens libéraux exerçant dans certains de ces établissements.

Chapitre XI

L'avenir des hôpitaux locaux

PRESENTATION

Aux côtés des centres hospitaliers généraux, près de 320 petits établissements publics de santé, anciennement dénommés hôpitaux locaux, assurent une prise en charge sanitaire de proximité.

Ces hôpitaux, qui représentent pas moins du tiers des établissements de santé publics, ne comptent que 13 000 lits de médecine, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'unités de soins de longue durée (USLD) et gèrent en parallèle 46 000 places médico-sociales, essentiellement en tant qu'établissements d'hébergement pour personnes âgée dépendantes (EPHAD). De très petite taille, ils disposent en moyenne de 14 lits en médecine, 23 lits en SSR et 36 lits en USLD ainsi que d'une capacité de 145 lits d'EHPAD[369]. Ils assurent 3 % de l'activité publique en médecine et 15 % en SSR pour un financement à ce titre d'environ 690 M€ en 2011. Leur poids dans les soins de soins de longue durée est plus élevé, mais reste modeste.

Ces établissements ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire et n'assurent pas tous les mêmes activités. Ils ont cependant en commun de ne pas posséder de plateau technique, ce qui les différencie des petits centres hospitaliers, dès lors en particulier qu'ils ne peuvent notamment exercer d'accouchements ou d'activités chirurgicales. Leur fonctionnement repose, majoritairement, sur l'intervention de médecins libéraux agréés, ce qui là aussi les singularise fortement par rapport aux autres établissements publics dont le corps médical est formé pour l'essentiel de praticiens hospitaliers.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) les a soumis au droit commun des établissements publics de santé[370]. Avant qu'il ne devienne de ce fait impossible de les individualiser au sein de la catégorie plus large des hôpitaux de proximité, la Cour a examiné leur positionnement dans l'offre

369. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*.

370. Jusque-là ils constituaient une catégorie particulière au sein des établissements publics de santé.

de soins[371]*, dans la continuité de ses précédents travaux sur les problématiques d'accessibilité aux soins*[372].

La Cour a constaté l'ampleur des mutations qu'a connues ce type d'établissement sous l'effet conjugué des recompositions régionales de l'offre de soins, des difficultés de recrutement de praticiens libéraux ou du projet de réforme du financement de leurs activités (I). La préservation de leurs atouts, comme le caractère mixte de leur prise en charge, sanitaire et médico-sociale, et le support qu'ils peuvent constituer pour l'exercice des médecins libéraux dans des territoires en risque de désertification médicale, suppose dorénavant que soit mise en place une politique cohérente à leur égard (II).

I - Une offre de proximité au fonctionnement original mais fragile

Les anciens hôpitaux locaux sont très inégalement répartis sur le territoire. Près de 27 % des départements n'ont pas d'hôpital local ou n'en comptent qu'un seul. Au sein d'une même région, les disparités d'implantation sont très fortes :

- la Lorraine compte ainsi 14 établissements de ce type dont 11 dans les Vosges (aucun dans la Meuse, un en Moselle, deux en Meurthe et Moselle) ;
- la Bourgogne en compte 18 dont 9 en Saône-et-Loire et 7 en Côte d'Or ;
- en Rhône-Alpes (45 anciens hôpitaux locaux), trois départements concentrent 60 % des établissements : l'Ardèche (12), le Rhône (8) et la Loire (7).

Originellement dénommés hôpitaux ruraux, près de 63 % d'entre eux sont implantés dans des bassins de vie à dominante rurale, dont un quart en zones de montagne.

371. Trois régions ont été plus particulièrement examinées : la Bourgogne, la Lorraine et Rhône-Alpes ainsi que les hôpitaux locaux de Condrieu, Seurre, Tournon sur Rhône, Villeneuve sur Yonne et la maison de santé pluridisciplinaire de Cluny.

372. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre V : la répartition territoriale des médecins libéraux, La Documentation française, septembre 2011, p. 147-171, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les activités prises en charge peuvent varier aussi d'une région à l'autre. Ainsi aucun de ceux de la région Alsace ne dispose de lits de médecine.

Ces établissements ont cependant pour spécificité d'accueillir majoritairement une population âgée dont l'hospitalisation est rendue moins traumatisante par l'intervention de généralistes libéraux pour assurer l'ensemble de la séquence de soins. Ils ont été confrontés au fil des années à d'importantes restructurations qui posent la question de l'avenir de ce modèle original.

A – Une prise en charge de patients âgés par des praticiens libéraux

Afin de comparer l'activité des anciens hôpitaux locaux à celle d'autres établissements publics de santé sur les même types de prises en charge, l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) a réalisé pour le compte de la Cour une extraction de données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettant d'apprécier leur positionnement tant en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO -) qu'en SSR[373].

1 – En médecine, des patients âgés souvent hospitalisés pour des soins palliatifs

Le mode d'entrée habituel dans les hôpitaux locaux est l'orientation par le médecin traitant. Le transfert en provenance de services hospitaliers plus importants et souvent plus éloignés du domicile et de l'entourage familial est également fréquent.

L'âge des patients accueillis est notablement plus élevé, en moyenne, que celui de ceux reçus dans les services de médecine des autres centres hospitaliers, à l'exception de ceux de courts séjours gériatriques. L'âge moyen des personnes hospitalisées y est en effet supérieur à 77 ans. La place des 81-90 ans est même prépondérante : ils représentent à eux seuls 44,6 % des séjours.

373. En médecine, les anciens hôpitaux locaux ont été comparés aux services de médecine des centres hospitaliers répartis en différentes classes en fonction du nombre de séjours ainsi qu'aux services ayant obtenu une reconnaissance « court séjour gériatrique ». En soins de suite et de réadaptation, ils ont été comparés aux autres établissements publics ainsi qu'aux établissements privés lucratifs et non lucratifs.

La durée moyenne de séjour (hors soins palliatifs) est trois fois plus longue dans les anciens hôpitaux locaux, même par comparaison avec les centres hospitaliers de petite taille.

Tableau n° 70 : durée moyenne de séjour hors soins palliatifs

Catégorie d'établissement	Nb de jours
Courts séjours gériatriques	8,43
Anciens hôpitaux locaux	**13,76**
CH <=5500 RSA*	5,6
CH de 5501 à 10000 RSA	4,47
CH de 10001 à 16000 RSA	4,18
CH >16000 RSA	4,11
Ensemble	4,48

**RSA : résumé de sortie anonyme*
Source : ATIH à partir du PMSI 2011

Le mélange d'activités de médecine et de soins de suite peut constituer un premier élément d'explication. Le poids, important, des transferts en SSR s'explique par l'organisation de ces hôpitaux qui assurent fréquemment les deux activités (ou qui, lorsqu'ils se sont spécialisés en médecine, ont souvent noué des liens étroits avec des établissements de moyen séjour à proximité).

La sévérité des cas traités est souvent évoquée mais reste pour l'instant assez peu documentée et mériterait d'être analysée plus précisément. L'importance du taux des décès au sein des anciens hôpitaux locaux les situe cependant en très net décalage avec les autres structures hospitalières. Ce taux (11 % des séjours contre 6 % dans les courts séjours gériatriques et 4 % dans les plus petits des centres hospitaliers) s'explique en grande partie par la fréquence des séjours pour soins palliatifs dans ces établissements.

Près d'un patient sur deux est toutefois en mesure de retourner à son domicile (individuel ou collectif) après son hospitalisation, résultat qu'il convient d'apprécier en tenant compte de l'âge moyen des personnes hospitalisées.

2 – En soins de suite et de réadaptation, une patientèle encore plus âgée et dépendante[374]

Les anciens hôpitaux locaux ont accueilli 6 % des patients hospitalisés en SSR en 2011. Il s'agit d'un recrutement très local, la quasi-totalité des personnes prises en charge étant originaires de la région d'implantation de l'établissement.

Comme pour l'activité de médecine, l'âge moyen des patients y est plus élevé qu'ailleurs (78,8 ans contre 67,8 ans). Les personnes de plus de 80 ans en constituent 56 % de la patientèle contre un peu moins d'un tiers dans les autres structures.

Les caractéristiques médicales des patients sont très liées à l'âge. C'est ainsi qu'une majorité a besoin d'une assistance pour l'habillage (63 %), pour le déplacement (53 %) et la moitié pour la continence. Le score de dépendance physique moyen[375] est le plus élevé des différentes catégories d'établissements (9,76).

À la différence de ce qui est constaté en médecine, la durée moyenne de séjour en services de soins et de rééducation en hospitalisation complète (qui représente l'activité quasi exclusive de SSR de ces établissements) est analogue, voire légèrement plus basse, à la moyenne constatée dans les autres structures et avoisine les 30 jours. Cela s'explique par le type d'activité réalisée, plus polyvalente que dans d'autres établissements et orientée essentiellement vers le traitement des affections courantes de l'appareil locomoteur et des polypathologies des personnes âgées.

Le retour des patients à leur domicile représente 69 % des sorties, soit un peu moins que dans les autres catégories d'établissements (75 %). Les transferts vers des services de court séjour y sont en revanche plus

374. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de réadaptation, La Documentation française, septembre 2012, p. 339-369, disponible sur www.ccomptes.fr.

375. La dépendance est appréciée au regard de six évènements de la vie quotidienne : quatre pour la dépendance physique (l'habillage, le déplacement, l'alimentation, la continence) et deux pour la dépendance cognitive (le comportement et la relation). Pour chacun de ces évènements, la mesure de la dépendance est caractérisée par quatre scores possibles selon l'importance de la charge en soins : 1 = indépendance complète, 2 = supervision ou arrangement, 3 = assistance partielle, 4 = assistance totale. L'échelle des scores s'étale de 4 (patient non dépendant) à 16 (patient très dépendant) pour la dépendance physique et de 2 à 8 pour la dépendance cognitive.

nombreux. Le taux des décès (5 %) est pratiquement équivalent à celui des autres établissements publics de santé (4 %).

3 – Une place prépondérante donnée à la médecine libérale

Il s'agit de la principale caractéristique de ces établissements. L'hôpital rural puis local s'est traditionnellement appuyé pour la prise en soins sur les médecins libéraux. Si ces derniers ne sont désormais plus les seuls praticiens à intervenir, ils restent cependant le socle du fonctionnement médical de ces établissements.

Les médecins généralistes qui participent au fonctionnement d'un hôpital local exercent dans la commune de l'établissement ou dans les cantons voisins. Ainsi, pour une grande partie des patients, le suivi médical pendant l'hospitalisation est directement assuré par leur médecin traitant.

Leur rémunération est réglementée et reste fondée sur le tarif d'une consultation (lettre-clef « C »). Le tableau ci-après récapitule les différentes rémunérations ou honoraires qu'ils sont susceptibles de percevoir à ce titre, étant précisé que le montant en est minoré d'une redevance de 10 % au bénéfice de l'établissement.

Tableau n° 71 : mode de rémunération des praticiens libéraux dans les anciens hôpitaux locaux

Types de prise en charge	Mode de rémunération
Médecine	Au maximum 1 C par jour et par patient pendant 14 jours puis ensuite 4 C par semaine
SSR	3 C par semaine et par patient
USLD	2 C par mois et par patient
Actions de formation	5 C par ½ journée dans la limite de 10 ½ journées par an et par médecin
Coordination[376]	Rémunération fixée par contrat avec le directeur d'établissement
Astreintes	1 C par demi-journée, 2 C par journée + 2 C par nuit les samedis après-midi, dimanches et fériés (dédommagement non cumulable avec celui des gardes de ville)

Source : Cour des comptes

Ce mode de rémunération n'est pas toujours adapté aux pathologies prises en charge (ainsi par exemple des patients en soins palliatifs au-delà de 14 jours) et ne prend pas en compte la participation des médecins à différentes instances ou commissions que le passage des

376. Rôle du médecin coordonnateur des activités médicales, de l'organisation de la continuité des soins de jour et de nuit et de l'évaluation des soins.

hôpitaux locaux au statut de droit commun des établissements publics de santé a multipliées. Une part de forfaitisation contribuerait à maintenir l'implication des médecins libéraux dans le bon fonctionnement de ces établissements dans le contexte d'une démographie médicale déclinante qui les oblige déjà à recourir de plus en plus à des médecins salariés.

Les textes ont en effet progressivement autorisé aussi l'intervention de praticiens hospitaliers salariés dans les anciens hôpitaux locaux. En 2010, ces derniers comptaient 685 postes équivalents temps plein de médecins salariés[377] et faisaient intervenir 2 128 médecins libéraux. Mais en raison de modes de suivi différents et à défaut de comptabilisation du temps médical effectué dans les établissements, il n'est pas possible de comparer ce nombre de praticiens salariés (calculé en ETP) à celui des libéraux (décompté en effectifs).

La plupart du temps, les praticiens salariés sont employés pour des quotités extrêmement réduites mais ils sont présents dans presque tous les établissements. Ils interviennent essentiellement dans les unités d'hébergement des personnes âgées, puis dans les SSR, mais relativement peu dans les services de médecine.

Dans quelques régions, en Rhône Alpes notamment, le recrutement de praticiens hospitaliers a été privilégié. Certains établissements n'y fonctionnent d'ailleurs que selon ce mode.

L'association de médecins salariés est diversement appréciée par les praticiens libéraux qui exercent au sein des établissements. Certains apparaissent hostiles à un fonctionnement mixte craignant qu'une présence accrue de salariés ne les cantonnent à des tâches secondaires, moins intéressantes, et à pallier les manques lors de la permanence des soins. Dans l'un des établissements examinés par la Cour qui comprend 15 lits de médecine et 15 lits de SSR, les soins sont assurés par quatre médecins libéraux pour un temps d'intervention total, permanence des soins comprise, évalué à un ETP environ. Un ETP salarié ne pourrait pas assurer à lui seul la même charge ainsi que la même amplitude horaire tout au long de l'année. Dans ce contexte, un tel recrutement, à activité constante, bouleverserait profondément le projet médical de l'établissement et le rôle des médecins libéraux.

S'agissant des effectifs non médicaux, les infirmiers sont proportionnellement moins nombreux dans les anciens hôpitaux locaux que dans le reste des établissements publics (13 % des personnels non médicaux contre 28 %). En revanche, la part des personnels moins

377. Statistique annuelle des établissements (SAE) 2010.

qualifiés, aides-soignants et agents de services hospitaliers, y est plus élevée, respectivement 36 % et 25 % contre 25 % et 11 %.

B – Une recomposition largement entamée

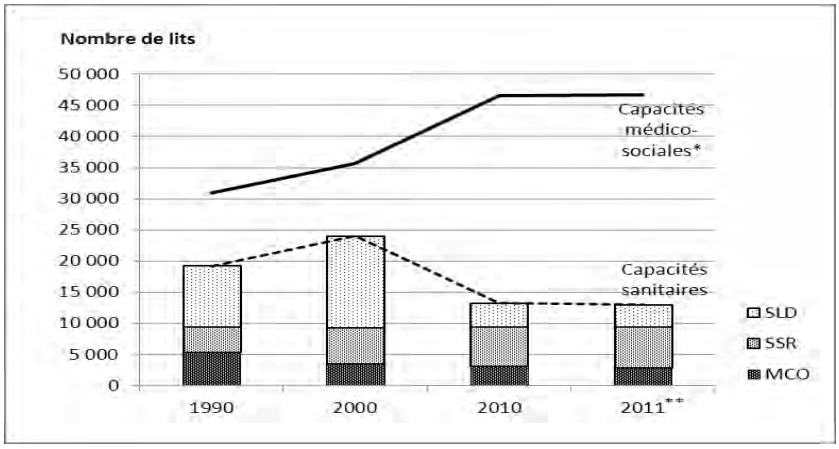
1 – Une importante transformation des activités depuis vingt ans

Les anciens hôpitaux locaux se sont profondément restructurés depuis 20 ans.

En passant de 319 à 367 établissements, leur nombre avait connu une croissance importante entre 1990 et 2000 en raison, notamment, du choix de petits centres hospitaliers d'opter pour le statut d'hôpital local. Ce mouvement a cessé au début des années 2000 et leur effectif a décru pour revenir, en 2011, à 319[378] établissements.

Le graphique ci-dessous montre de quelle façon leurs capacités ont évolué entre 1990 et 2011.

Graphique n° 15 : évolution des capacités des anciens hôpitaux locaux



Champ : France métropolitaine ; SLD : soins de longue durée ; SSR : soins de suite et de réadaptation, MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

** définition retenu par Eurostat (« Nursing beds »), c'est à dire un champ un peu plus large que les seuls EHPAD.*

***Y compris les 40 établissements classés comme hôpitaux locaux en 2010 et comme centres hospitaliers en 2011.*

Source : DREES document statistique n°154 « Les hôpitaux publics en 1990 » et SAE 2000, 2010, 2011.

378. Y compris 40 établissements classés comme hôpitaux locaux en 2010 et comme centres hospitaliers en 2011.

Sur une période de 20 ans, les capacités des hôpitaux locaux (sanitaires et médico-sociales confondues) ont connu une augmentation globale de de 19 %, indépendamment des mouvements contrastés qui ont affecté le nombre même d'établissements. Cette croissance s'est accompagnée d'une profonde recomposition des activités : les places en médico-social ont progressé de 51% sur la période quand les lits d'hospitalisation diminuaient de 32 %.

Jusqu'en 2000, les capacités sanitaires ont continué à croître, tirées par le développement des activités de soins de suite et de rééducation et des soins de longue durée pour personnes âgées, les lits de médecine ayant alors déjà amorcé un mouvement de repli. Sur les dix dernières années, les lits et places en soins de suite et de réadaptation ont augmenté de 15 % au détriment de ceux de médecine qui ont décru de 20 %. Mais l'évolution la plus forte a concerné les lits de long séjour, du fait en particulier de leur répartition entre soins de longue durée à caractère sanitaire[379] et hébergement de personnes âgées dépendantes de nature médico-sociale. Les trois quarts des capacités des hôpitaux locaux en long séjour ont disparu. Leur offre en soins de longue durée représente maintenant 12 % de celle de l'ensemble des établissements publics et ils perçoivent à ce titre moins de 10 % de la dotation annuelle globale versées aux établissements de santé.

2 – Une accélération récente sous l'effet du projet de réforme du financement

La situation financière des hôpitaux locaux est globalement positive. En 2010, selon l'analyse des comptes financiers réalisée par l'ATIH, 237 des 285 hôpitaux locaux examinés étaient excédentaires (pour un excédent total de 21,5 M€) et 48 déficitaires (à hauteur, globalement, de 6,2 M€). Les résultats 2011 font cependant apparaître une dégradation. Si la catégorie reste globalement excédentaire (à hauteur de 34,4 M€), le nombre d'hôpitaux déficitaires (62) a progressé.

Ces résultats pourraient évoluer fortement avec le basculement du financement traditionnel de ces établissements par dotation globale (DAF) vers une tarification à l'activité (T2A), conséquence de la suppression de la catégorie des hôpitaux locaux par la loi HPST.

379. L'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu le recentrage des USLD par répartition des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social en fonction de la lourdeur des cas traités et l'importance des soins dispensés aux patients.

Les anciens hôpitaux locaux devaient passer à un financement à la T2A dès le 1er janvier 2010 pour leur activité de médecine. Cette réforme a été reportée à trois reprises et devrait intervenir en principe en 2015[380]. Le secteur des soins de suite et de réadaptation devrait quant à lui basculer en T2A en 2016 comme pour l'ensemble des établissements exerçant cette activité.

a) Une fragilisation très forte

Les simulations de recettes attendues au titre de la T2A à activité constante réalisées par les agences régionales de santé (ARS) comme par l'ATIH mettent en lumière que seule une minorité d'établissements maintiendraient leur niveau de recettes.

Ainsi, en Bourgogne, sur les neuf hôpitaux locaux pour lesquels la simulation a pu être faite, un seul percevrait la même recette en T2A qu'en dotation annuelle de financement. Tous les autres seraient perdants, dans des proportions variables (entre -8 et -61 %). La même simulation sur l'activité SSR[381] faisait ressortir deux établissements en sur-dotation par rapport aux recettes T2A : les deux établissements en question se trouvaient ainsi perdants dans les deux activités (médecine et SSR).

En Lorraine également, les travaux de simulation réalisés par l'ARS ont montré le décalage entre le financement attendu au titre de la T2A (5,1 M€) et la dotation perçue à l'heure actuelle (8,5 M€) au titre de l'activité de médecine. Sur les 11 anciens hôpitaux locaux ayant une activité de médecine, un seul serait gagnant avec le passage à la T2A, les dix autres apparaissant surdotés (le plus concerné ne percevrait que 28 % de sa dotation actuelle après basculement en T2A).

Différents facteurs expliquent cette incidence très forte d'un changement de mode de financement pour ces établissements :

- l'éventail des cas traités dans les anciens hôpitaux locaux est moins large que dans les autres établissements : l'analyse de la classification de leur activité dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information fait ressortir qu'ils n'ont recours en moyenne

380. La loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) 2010 a repoussé l'échéance au 1er janvier 2012, puis celle pour 2012 au 1er mars 2013. Enfin, la LFSS pour 2013 a fixé une nouvelle échéance au 1er mars 2015.

381. À partir du modèle transitoire de valorisation de l'activité (IVA). Le modèle définitif est en cours de construction. Les résultats réels pourraient donc varier dans un sens plus favorable à ces établissements si notamment la lourdeur des prises en charge ou les contraintes inhérentes aux missions spécifiques exercées par certains d'entre eux étaient bien prises en compte dans l'outil de tarification.

qu'à 10 % des catégories d'activités envisageables[382]. Les séjours pour soins palliatifs sont les plus nombreux. L'activité de ces établissements est moins rémunératrice que dans les autres centres hospitaliers ;

- la durée moyenne de séjour y reste, en médecine, en très net décalage avec celle des autres établissements publics. Sa maîtrise et sa réduction est complexe pour des établissements qui sont dans une position de dépendance vis-à-vis des structures d'aval. En outre, le retour à domicile est plus difficile à organiser pour les personnes âgées et nécessite souvent la mise en place d'évaluations et d'aides supplémentaires. Des marges de progrès existent certes puisque certaines structures présentent des durées de séjour similaires à la moyenne des autres centres hospitaliers, mais la réduction de la durée moyenne de séjour ne peut suffire à régler la difficulté du financement en cas de passage à la T2A ;
- le faible nombre de séjours et la taille critique des unités jouent un rôle important : selon l'ATIH, 90 % des établissements ont réalisé moins de 445 séjours (ou séances) en court séjour en 2010. Or les ARS évoquent généralement un seuil compris entre 20 et 30 lits de médecine en deçà duquel l'hôpital ne peut supporter le passage à la T2A. Comparé au nombre moyen de lits de médecine des anciens hôpitaux locaux (13,36 lits en 2009) ce seuil, pourtant faible, apparaît inaccessible à la plupart d'entre eux.

En effet, selon une étude portant sur 241 établissements, seuls 49 ont une capacité en lits de médecine supérieure ou égale à 20 lits, soit 20 %, ceux dépassant les 30 lits n'étant que 14 (6 %).

382. Les hôpitaux locaux utilisent 61 racines de codage d'activité sur les 600 possibles.

Tableau n° 72 : répartition des anciens hôpitaux locaux selon leur capacité en médecine

Lits de médecine	Nombre d'hôpitaux locaux	Répartition
1<5	14	5,8 %
5<10	71	29,5 %
10<15	64	26,6 %
15<20	43	17,8 %
20<25	21	8,7 %
25<30	14	5,8 %
30<40	8	3,3 %
40<50	5	2,1 %
50<60	1	0,4 %
Total	241	100 %

Source : association nationale des hôpitaux locaux octobre 2010

b) Une réforme aux conséquences anticipées

L'une des conséquences des réflexions sur la taille optimale des services de médecine et des annonces successives sur la T2A a été, dans de nombreux endroits, l'abandon de cette activité au profit des soins de suite et de réadaptation, voire un abandon de toute activité sanitaire pour certains établissements.

Ce phénomène a été notamment constaté par la Cour dans les régions qu'elle a plus particulièrement examinées. Ainsi le département des Vosges compte 11 anciens hôpitaux locaux. Huit disposaient encore de lits de médecine en 2011 mais pour cinq d'entre eux, la suppression de ces lits était déjà actée. Les deux établissements de Meurthe-et-Moselle devaient également cesser leur activité de médecine en 2012.

La notion de taille critique dans les programmes régionaux de santé

Certaines agences régionales de santé ont introduit des seuils d'activité pour les activités de médecine ou de SSR dans les projets régionaux de santé (PRS) récemment adoptés.

Ainsi, en région Lorraine est notamment envisagée la restructuration des services dont la capacité totale en lits de médecine est inférieure à 30 lits par un repositionnement en tant que services de proximité pour répondre aux besoins de la population au-delà du champ hospitalier (consultation avancées, maison médicale de garde, …), en lien avec les partenaires des champs médico-social et ambulatoire.

En SSR l'objectif est de même nature. Il s'agit de réorganiser l'offre en redéployant vers les territoires déficitaires, en l'augmentant là où c'est nécessaire, avec une taille critique de 30 lits environ.

Le PRS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur aborde assez longuement la question des anciens hôpitaux locaux et du devenir de leurs activités sanitaires. Si, dans l'attente d'études plus approfondies, toutes les implantations sont maintenues en médecine, en matière de SSR l'objectif de restructuration de l'ARS apparaît clairement dans le document. Elle juge nécessaire de tendre vers des tailles critiques minimales de l'ordre de 30 lits et places si les secteurs de SSR sont « adossés » à d'autres services ou 60 lits et places si l'établissement exerce une activité de SSR exclusive. Par exception et uniquement en cas d'isolement géographique, une offre de proximité pourra être maintenue dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

En région Pays de la Loire le PRS indique que la prise en charge de proximité, qui concerne la médecine polyvalente et, possiblement, le court séjour gériatrique, « repose sur des unités qui doivent tendre vers une taille minimale de 20 lits afin d'assurer un véritable projet en médecine avec une équipe dédiée ».

En Bourgogne, 46 établissements disposaient d'une autorisation en médecine, en janvier 2012. Ils devraient encore être 44 dans le schéma cible même s'il est précisé que cette cible « est susceptible d'être modifiée en fonction des projets de fusion-regroupement-transfert et des conséquences de la mise en œuvre de la T2A sur les ex hôpitaux locaux ». Dans l'attente, l'ARS incite les anciens HL qui souhaitent maintenir une activité sanitaire (de médecine ou de SSR) à travailler leur projet médical pour définir précisément quelle activité ils peuvent conserver.

La recomposition est donc déjà très largement amorcée dans les régions en application d'un projet qui n'a pas généralement pris en compte, dans sa conception, le cas particulier du service rendu par les anciens hôpitaux locaux et qui aboutirait mécaniquement à les éliminer avant même que leur modèle n'ait été expressément qualifié d'obsolète.

II - Des atouts à faire valoir

Les anciens hôpitaux locaux ne sauraient rester par principe à l'écart de la recomposition indispensable de l'offre de soins. Comme l'ensemble des établissements, ils doivent savoir s'inscrire avec dynamisme et anticipation dans les réorganisations en cours. Certains établissements, confrontés notamment à de graves difficultés de recrutement médical, ne pourront pas continuer à assurer une prise en charge en court séjour ni même en soins de suite et de réadaptation et leur transformation en structure médico-sociale, sinon leur fermeture complète, peut s'avérer nécessaire.

Pour autant, une partie d'entre eux peut apporter une contribution utile à l'organisation de l'offre de soins de proximité. Ils offrent en effet un type de prise en charge qui s'inscrivent en cohérence avec les préconisations formulées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie[383] selon lequel il est préférable que les populations plus fragiles évitent autant que possible le passage par les urgences ou les grands établissements de santé. Ils proposent en effet une médecine de proximité, spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées, qui développe des liens privilégiés avec la médecine de ville et qui allie prise en charge sanitaire et médico-sociale dans la logique d'un parcours de soins articulé.

Leur maintien sur certains territoires peut à cet égard apparaître judicieux, mais suppose cependant que soient réunies plusieurs conditions :

- en premier lieu, une action résolue pour trouver des solutions à la principale difficulté de ces établissements, qui tient au désengagement des médecins libéraux ;
- un pilotage ministériel plus cohérent qui fixe des orientations claires aux ARS et simplifie les objectifs assignés aux établissements.

A – Conforter la présence des médecins libéraux

La participation des médecins libéraux à l'activité des anciens hôpitaux locaux constitue un élément essentiel de leur pérennité, cette dernière étant elle-même un outil dans la lutte contre les déserts médicaux.

1 – Un mode de fonctionnement médical remis en question

En raison de leur mode de fonctionnement particulier, reposant majoritairement sur les médecins libéraux, les hôpitaux locaux subissent au premier chef les effets de la diminution du nombre des médecins généralistes en exercice dans certains territoires.

Les médecins généralistes en exercice au 1er janvier 2012 étaient au nombre de 101 896[384]. Parmi eux, 41 % avaient plus de 55 ans. Seulement 14 290 médecins généralistes exercent dans des communes rurales ou des unités urbaines de moins de 5 000 habitants. Dans ces territoires, où l'on trouve bon nombre des anciens hôpitaux locaux, la

383. Note d'avril 2010 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - *« Vieillissement, longévité et assurance maladie »*.

384. Source : DREES série stat n° 167 : *Les médecins en exercice au 1er janvier 2012*.

proportion de praticiens ayant atteint ou dépassé l'âge de 55 ans y est élevée (48 %). Mais certains départements affichent des taux beaucoup plus forts.

Le tableau ci-dessous présente les départements où la proportion de médecins généralistes d'exercice libéral ou mixte de 55 ans et plus est la plus importante. Il permet de préfigurer l'impact à court terme des départs en retraite, s'ils ne sont pas remplacés, sur le fonctionnement des hôpitaux locaux qui y sont implantés.

Tableau n° 73 : départements dans lesquels les médecins généralistes de plus de 55 ans sont majoritaires

Départements	Médecins généralistes âgés de + de 55 ans	Nombre d'hôpitaux locaux
Alpes de Haute-Provence	78 %	9
Tarn et Garonne	76 %	3
Vaucluse	70 %	4
Savoie	67 %	3
Vendée	58 %	5
Vosges	54 %	11
Pyrénées Orientales	51 %	1
TOTAL		36 (soit 10 % du total)

Source : Conseil national de l'ordre des médecins 2011 et Cour des comptes

Comme la Cour l'a souligné en 2011, la croissance attendue de la démographie médicale à partir de 2020 ne résoudra pas spontanément les inégalités de répartition territoriale des médecins libéraux au détriment en particulier des zones rurales. Seul un médecin sur dix s'établit en exercice libéral (hors remplaçants) à la sortie de ses études et les généralistes sont devenus minoritaires dans l'effectif total des médecins libéraux.

L'exercice en hôpital local n'est par ailleurs pas dépourvu de contraintes qui peuvent affaiblir son attractivité : la continuité des soins impose l'organisation de gardes et astreintes pas toujours facilement compatibles avec les aspirations des nouvelles générations de médecins plus désireuses de libérer du temps pour leur famille ou d'autres activités personnelles. Par ailleurs, comme la réglementation le prévoit, les médecins atteignant 60 ans se font parfois exempter de leurs astreintes en établissement, ce qui fragilise encore un peu plus les établissements. Le système actuel de rémunération des médecins travaillant en hôpital local, fondé sur une rémunération à l'acte, est par ailleurs déconnecté de

l'évolution générale de celle des médecins de ville vers davantage de forfaitisation[385].

Or un travail croissant est requis pour répondre à l'ensemble des contraintes de fonctionnement qui s'imposent aux anciens hôpitaux locaux à l'identique de tous les établissements publics quelle que modeste que soit leur taille[386]. Dès lors, l'emploi de praticiens hospitaliers finit par s'avérer incontournable.

Un nouveau modèle de fonctionnement de l'hôpital local qui en fait l'établissement d'aval d'un centre hospitalier plus important, a émergé ainsi au fil des transformations d'activités et de capacités. Un ou plusieurs praticiens hospitaliers ou contractuels peuvent alors gérer la partie sanitaire de l'activité. Ce changement peut conduire à terme à la disparition dans les anciens hôpitaux locaux des praticiens libéraux au profit de praticiens salariés. En effet, il peut être plus simple dans une organisation en filière, dans le cadre d'une convention de coopération et à plus forte raison en cas de fusion, qu'un même praticien hospitalier exerce pour une part de son temps dans l'hôpital de référence et pour l'autre dans l'hôpital local. Ce mode de fonctionnement modifie le type de prise en charge et à terme le recrutement au sein de l'hôpital local. L'expérience montre en effet que les médecins libéraux se désengagent alors d'un établissement dont ils ne maîtrisent plus, ou moins, le recrutement des patients.

2 – Un point d'ancrage pour conforter la présence de professionnels libéraux de santé sur des territoires fragiles

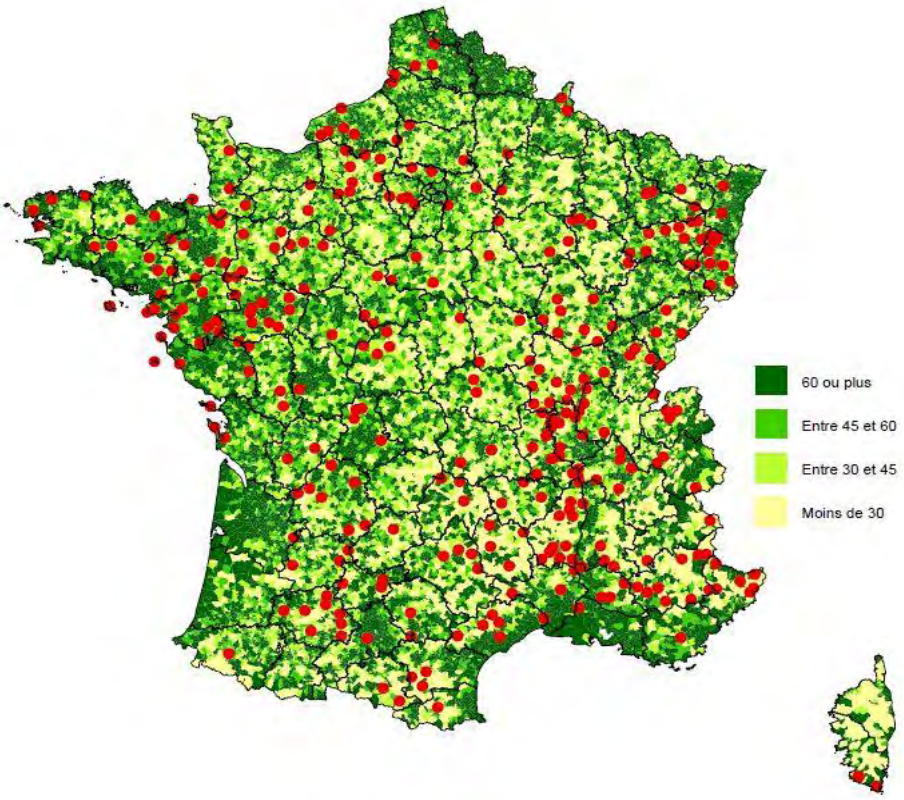
A contrario, les anciens hôpitaux locaux peuvent constituer un point d'ancrage pour les professionnels libéraux médicaux mais aussi paramédicaux dans des zones où l'accessibilité aux soins, et notamment aux médecins généralistes, est faible.

385. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013* : Tome I, chapitre 3 : le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, La Documentation française, février 2013, p. 187-218, disponible sur www.ccomptes.fr.

386. Notamment, développement des règles d'hygiène et de sécurité des soins qui suppose la constitution d'une équipe opérationnelle d'hygiène dans chaque établissement ; respect de la démarche de certification par la Haute Autorité de santé qui demande un investissement important pour des équipes médicales et soignantes réduites ; superposition de commissions : conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, etc.

La carte ci-dessous croise à cet égard deux données : la localisation géographique des hôpitaux locaux d'une part et l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée[387] des médecins généralistes libéraux d'autre part.

Carte n° 2 : implantation des anciens hôpitaux locaux et accessibilité aux médecins généralistes libéraux



Note de lecture : les zones de couleur représentent le nombre d'ETP de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. Les points rouges représentent les communes d'implantation des hôpitaux locaux.

Source : DREES à la demande de la Cour

387. Ce nouveau mode de mesure de l'accessibilité aux médecins développée par la DREES (Etudes et résultats n° 795) affine les résultats obtenus avec les indicateurs traditionnels que sont la densité médicale ou la distance d'accès aux soins. Il intègre notamment l'activité réelle des praticiens et la structure par âge de la population pouvant recourir à des soins.

Cette approche, nouvelle, confirme, ainsi que la Cour le soulignait en 2011 dans son analyse précitée sur la répartition territoriale des médecins libéraux, qu'il est indispensable de considérer les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine d'avoir une vision faussée. Elle montre par ailleurs clairement que dans un certain nombre de départements, l'hôpital local est ainsi situé au sein d'une zone de faible accessibilité médicale : c'est le cas, notamment, en Ardèche, Aude, Corrèze, Haute-Loire, Lozère, Haute-Marne, Saône et Loire…

D'autres zones, en Bourgogne, Champagne-Ardenne, Centre, Limousin, Corse ou dans les Pyrénées cumulent absence d'hôpitaux locaux et faible présence médicale. Inversement, certains établissements se situent sur des territoires à forte densité médicale et ne constituent pas de ce point de vue une structure d'adossement aussi indispensable que parfois ailleurs.

La Cour notait aussi en 2011 que le dynamisme de la démographie médicale attendu dans les prochaines années en raison de l'augmentation du numerus clausus ne résoudrait pas spontanément les inégalités de répartition de médecins. Dans ces conditions, la présence d'un hôpital local peut constituer un atout. Elle signifie qu'il existe encore un potentiel médical, même faible, sur la commune d'implantation ou à proximité. Son confortement peut être ainsi une composante importante de la lutte contre les déserts médicaux. Cette donnée doit être intégrée dans les réflexions en cours sur l'organisation de l'offre de soins de premier niveau, d'autant plus nécessairement qu'un tel établissement peut constituer le point d'adossement indispensable pour faciliter la constitution de structures telles que les maisons de santé pluridisciplinaires permettant un exercice professionnel coordonné des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux).

3 – Un adossement réciproque aux maisons de santé pluridisciplinaires à privilégier

Pour remédier à la pénurie médicale, la constitution d'une maison de santé pluridisciplinaire est souvent considérée comme une solution de nature à offrir des conditions de travail et de vie plus attractives pour les professionnels libéraux et par là même constituer une offre de professionnels pour l'hôpital local.

Elles peuvent en effet apporter une réponse à la désaffection des jeunes praticiens pour la médecine générale et à la désertification médicale. On perçoit l'intérêt pour les établissements d'une telle collaboration qui fixe un potentiel médical et paramédical sur le territoire, voire attire de nouveaux praticiens.

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont le fruit d'initiatives locales de professionnels ou d'élus et plus rarement des directions des hôpitaux locaux eux-mêmes[388]. Elles sont de fait fréquemment installées dans des localités dépourvues de toute structure hospitalière. Il existe cependant des exemples très aboutis d'une telle collaboration, même si de tels projets ne se révèlent pas toujours aisés à mettre en œuvre.

Maisons de santé pluridisciplinaires et hôpitaux locaux, quelques cas concrets

À Cluny, la création récente d'une maison de santé pluridisciplinaire adossée à l'hôpital local a permis d'attirer de jeunes médecins. En 2013, sept médecins généralistes devraient exercer dans cette nouvelle structure. Cette présence devrait conforter le fonctionnement de l'établissement et en outre permettre de mettre en œuvre d'autres projets tels que les consultations avancées de cardiologie, de dermatologie, voire de la télémédecine.

L'ancien hôpital local de Villeneuve-sur-Yonne est dans une situation plus délicate. Au printemps 2012, huit médecins libéraux installés dans le canton d'implantation ou dans les cantons voisins intervenaient dans l'établissement. La grande majorité a déjà atteint ou dépassé les 65 ans. Dans cinq ans, si aucun renouvellement n'est assuré, l'hôpital n'aura plus une équipe médicale suffisante pour fonctionner. Le projet de maison de santé pluri-professionnelle que souhaitait développer l'établissement n'a pas pour l'instant abouti.

L'ancien hôpital local de Condrieu est confronté à des difficultés similaires. Les praticiens libéraux se désengagent progressivement de la structure. L'établissement dispose de 0,6 ETP de praticien hospitalier et d'un médecin libéral seulement pour faire fonctionner 25 lits de médecine dont 3 lits de soins palliatifs ainsi que 30 lits de SSR. Un projet de maison de santé pluridisciplinaire pourrait cependant voir prochainement le jour.

L'hôpital de Tournon-sur-Rhône est un bon exemple de la difficulté d'intégrer des médecins libéraux lorsque l'hôpital fonctionne avec des praticiens hospitaliers. En 2010, les médecins généralistes de Tournon ont choisi d'intégrer la maison médicale de garde d'un autre établissement (à Saint Vallier) et se seraient montrés réticents à toute initiative sur le site de Tournon. La création d'une maison de santé pluridisciplinaire sur le même site de Saint Vallier est programmée pour 2013.

Les intérêts des divers protagonistes ne sont de fait pas systématiquement convergents. Tantôt les établissements n'arrivent pas à

388. Les aides pour financer les maisons de santé pluridisciplinaires proviennent des ARS via le fonds d'intervention régional (FIR) selon un cahier des charges national, des caisses primaires d'assurance maladie dans le cadre de la convention nationale des médecins de 2011 en cas d'exercice en zones fragiles et des collectivités territoriales et locales.

motiver et mobiliser les professionnels de santé, tantôt ces derniers prennent des initiatives avec d'autres partenaires (notamment en fonction de projets immobiliers proposés par les communes).

Par ailleurs, il semble que les projets les plus aboutis soient réalisés dans des territoires où la densité médicale n'est pas encore problématique mais risque de le devenir dans les prochaines années. Sans doute est-ce en effet en amont du départ prévisible des médecins généralistes que la question de leur remplacement doit être anticipée.

La question de l'avenir de l'hôpital local n'est donc pas seulement une problématique purement hospitalière, qui le ferait considérer comme le maillon faible des établissements publics de par sa taille réduite et, à ce titre, le désignerait tout naturellement pour une fermeture de ses activités sanitaires à terme rapproché pour le réduire à sa seule dimension médico-sociale. Dès lors qu'il peut conditionner le maintien de la présence de professionnels libéraux de santé sur les territoires les plus fragiles, s'imposent une clarification des objectifs et des règles applicables à ce type d'établissements.

B – Rendre le pilotage ministériel plus cohérent et clarifier le financement

La position des pouvoirs publics sur le rôle que doivent jouer ces petits hôpitaux et l'analyse de leur place dans l'offre de soins ont varié au fil des années. L'administration centrale du ministère de la santé est passée d'une vision très dynamique de leur rôle à une approche qui se veut pragmatique, préconisant des solutions sur mesure, à l'initiative des ARS, pour, semble-t-il, revenir récemment à une perspective plus globale.

1 – Des objectifs fluctuants

La circulaire du 28 mai 2003, élaboré à l'occasion de la révision des schémas régionaux d'organisation des soins, détaillait les missions et les activités de l'hôpital local. Elle se situait encore dans une perspective de maintien des moyens d'hospitalisation complète et même de promotion du court séjour en médecine et de développement du SSR. La création ou la réintroduction de lits de médecine polyvalente était même envisagée. Enfin, l'ouverture de lits en SSR ne devait pas se faire au détriment des lits de médecine.

En 2007, les hôpitaux locaux ont été invités à intégrer les filières gériatriques hospitalières en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques.

Le résultat de ces actions a priori volontaristes est décevant. La circulaire de 2003 notamment n'a pas entraîné les transformations annoncées. Elle énumérait une série de mesures dont certaines ont été difficiles à mettre en œuvre dans un contexte de désengagement de la médecine libérale[389]. Par ailleurs, l'augmentation des lits de médecine ou l'ouverture d'établissements supplémentaires n'ont pas rencontré l'adhésion des agences régionales d'hospitalisation et ne correspondaient pas toujours à des besoins repérés localement.

Depuis la loi HPST, il appartient aux agences régionales de santé de déterminer, au cas par cas, la solution la plus adaptée à chacun des établissements, après analyse de l'offre de proximité, des besoins de la population et de l'activité réalisée. La direction générale de l'offre de soins estime cependant que leur place reste particulière en matière de médecine de premier recours. Elle récuse un modèle unique et invite les ARS à s'inspirer des orientations contenues dans le guide d'élaboration des SROS.

Les orientations de ce dernier traduisent cependant l'absence de vision claire de l'administration sur l'avenir de ces hôpitaux. D'un côté, il fait valoir que les anciens hôpitaux locaux constituent un modèle pour l'ensemble des établissements de proximité du fait de leur expérience pratique de l'articulation entre la ville et l'hôpital mais aussi de la prévention et de la prise en charge médico-sociale, et qu'ils peuvent aussi constituer des points d'appui pour structurer l'offre de premier recours. D'un autre côté, il invite les agences régionales à couvrir une partie du besoin de développement du SSR par des opérations de reconversion d'établissements de santé de court séjour, au premier rang desquels les anciens hôpitaux locaux.

Le « pacte territoire-santé », plan global de lutte contre les déserts médicaux annoncé par la ministre de la santé le 13 décembre 2012, semble cependant annoncer un changement de cap. L'engagement n°11 vise de fait à adapter les hôpitaux de proximité et à identifier les leviers aptes à conforter leur place, comme le développement des vacations de spécialistes ou des stages de deuxième cycle en médecine générale. Dès

389. Par exemple en matière de prévention et d'éducation à la santé pour lesquelles, selon le texte, les actions suivantes pouvaient trouver place dans les hôpitaux locaux : ateliers d'éducation alimentaire, aide au sevrage tabagique, consultations d'alcoologie et de soutien au sevrage, mise en place de cellule d'écoute pour les suicides et les conduites addictives, mise en place des examens de santé gratuits pour les précaires, campagnes de dépistage de masse des cancers.

2013, deux cents praticiens territoriaux de médecine générale [390] devraient s'installer dans les territoires isolés. Au printemps 2013, les ARS ont initié des concertations régionales visant à définir les mesures les plus adaptées au contexte local. Les propositions qui en seront issues doivent être intégrées dès cette année dans un pacte régional territoire santé.

Plus fondamentalement cependant, leur renforcement est lié à la clarification nécessaire de leur mode de financement.

2 – La persistance des incertitudes autour du modèle tarifaire

L'administration a lancé au printemps 2012, des travaux d'adaptation du modèle de tarification à l'activité au cas particulier des hôpitaux locaux.

La décision a été toutefois prise dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 de repousser une nouvelle fois la date du basculement en T2A au motif que le faible volume de leur activité rend difficile d'atteindre un équilibre entre les charges et les produits dans le cadre de la T2A. L'évolution du financement des hôpitaux locaux devrait faire l'objet, selon l'administration, d'un traitement coordonné entre l'activité de court séjour et de celle de SSR compte tenu des enjeux transversaux et des effets de seuils entre activités[391].

Cette nouvelle période de transition doit être l'occasion d'examiner comment prendre en compte certaines spécificités de ces établissements et de leurs activités. Leur diversité géographique doit être ainsi intégrée en évaluant les incidences de la localisation sur le coût ou la durée des séjours et en recensant précisément les établissements isolés, ceux qui ont une activité saisonnière et en valorisant les surcoûts que cela représenterait.

Par ailleurs, les établissements doivent être appréhendés dans la totalité de leurs activités pour tenir compte de la prépondérance des activités médico-sociales et du fait que dans la majorité des anciens hôpitaux locaux les activités de médecine et de SSR sont assurées dans la même unité fonctionnelle.

---

390. Ce statut, introduit dans le code de la santé publique par la loi de financement de la sécurité sociale 2013, prévoit une rémunération complémentaire aux revenus tirés de l'activité libérale.

391 . Pour l'ensemble des établissements de santé, deux dates de basculement différentes sont prévues pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (2015) et celles de soins de suite et de réadaptation (2016).

La question reste posée néanmoins, au-delà des études en cours, du modèle tarifaire de ces établissements. S'il est normal qu'une partie de leur financement soit liée à leur activité et à leurs coûts, il serait également logique de leur reconnaître une part de financement forfaitaire au titre de leur rôle spécifique. Seul un financement mixte paraîtrait à cet égard de nature à les conforter là où leur présence demeure nécessaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La situation des anciens hôpitaux locaux apparaît comme très hétérogène selon leur lieu d'implantation, la proximité ou l'éloignement de centres hospitaliers de référence, le dynamisme de la direction, la démographie médicale des médecins généralistes du territoire, leur plus ou moins grande implication dans le fonctionnement de l'établissement, le soutien plus ou moins actif des collectivités locales. Mais, globalement, leur activité de médecine est menacée.

Le modèle de l'hôpital local fonctionnant grâce à l'association de la médecine de ville est fort de multiples avantages pour les patients. Il est cependant très vulnérable dans le contexte d'une démographie médicale déclinante et du creusement des inégalités de répartition territoriale des médecins

L'ensemble des établissements de santé doit s'inscrire activement dans la démarche de réorganisation, et les anciens hôpitaux locaux ne sauraient rester par principe à l'écart de cette recomposition de l'offre de soins. Cependant, leur fonctionnement original présente un double intérêt. D'une part, il permet une offre de proximité capable notamment d'éviter une partie des passages aux urgences des hôpitaux généraux. D'autre part, il facilite le maintien d'une présence libérale dans des zones de sous-densité médicale actuelle ou future.

Faire valoir ces atouts spécifiques au bénéfice de certains territoires fragiles et en voie de désertification médicale suppose un pilotage plus dynamique et cohérent. Dans les zones sous denses en particulier, les ARS doivent plus finement intégrer les anciens hôpitaux locaux dans l'organisation du parcours de soins et s'appuyer sur ces structures pour conforter l'exercice médical libéral. Cela implique aussi de mettre en place un financement adapté. Si les surcoûts constatés ne peuvent être couverts par une tarification à l'activité, la création d'une mission d'intérêt général spécifique doit être envisagée dès lors que ces établissements permettent de lutter contre les déserts médicaux.

La Cour formule les recommandations suivantes :

44. mettre en œuvre pour les hôpitaux locaux un financement mixte articulant, à titre principal, une tarification à l'activité pour les soins de court séjour, de suite et de réadaptation et un financement forfaitaire destiné à reconnaître leur rôle spécifique dans des zones médicalement fragiles lorsqu'il peut être justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

45. introduire plus de forfaitisation dans la rémunération des médecins libéraux exerçant dans les hôpitaux locaux, en complément de la rémunération actuelle fondée sur le tarif de consultation, parfois inadaptée aux situations cliniques prises en charge ;

46. inciter à l'adossement aux hôpitaux locaux de maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons médicales de garde, en y conditionnant l'attribution des aides financières prévues pour développer ce mode de prise en charge coordonnée.

TROISIÈME PARTIE

L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS

Chapitre XII

La permanence des soins

PRESENTATION

La mission de service public de la permanence des soins permet de répondre aux demandes de soins la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant certains ponts. Elle est assurée par des médecins exerçant en cabinet, par des associations de praticiens constituées spécialement à cet effet, mais également, dans certaines conditions, par les établissements de santé.

Des services de garde et d'urgence, obéissant à des règles différentes, sont également mis en place pour les pharmacies et les transports en ambulance.

Longtemps assurée par un tour de garde des médecins libéraux qui constituait pour eux une obligation déontologique, la permanence des soins ambulatoire s'est trouvée profondément bouleversée lorsque, à la suite d'une grève des gardes, la décision a été prise en 2002 de fonder dorénavant le système sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfaits d'astreinte. Un tel ébranlement rendait nécessaire une nouvelle organisation. Elle s'est progressivement dégagée d'une succession de réformes poursuivies jusqu'à aujourd'hui et s'est traduite en 2012 par près de 700 M€ de dépenses directes de l'assurance maladie, soit un quasi-triplement depuis 2001, indépendamment des frais engagés par les hôpitaux.

L'enquête conduite par la Cour[392]*, centrée principalement sur la permanence des soins assurée par les médecins libéraux, montre que le brusque changement de modèle intervenu en 2002 n'a pas fini de faire sentir ses effets, que ce soit par l'instabilité et la fragilité des systèmes en place aujourd'hui (I) ou par l'explosion des dépenses qui en résulte (II). Ce constat exige que tous les leviers, organisation de la présence médicale sur le terrain, information du public, surveillance et régulation du système soient mobilisés pour améliorer l'efficience d'un dispositif essentiel pour la population (III).*

392. Appuyées notamment sur des investigations de terrain dans trois régions, le Nord – Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et la Bourgogne, ainsi que sur l'examen des cahiers des charges régionaux disponibles au moment de l'enquête. Par ailleurs, la Cour des comptes a abordé dans son *Rapport public annuel 2007* la question des urgences médicales, La Documentation française, février 2007, p. 313-412, disponible sur www.ccomptes.fr et, dans un *Rapport public thématique* : les services départements d'incendie et de secours, La Documentation française, novembre 2011, 304 p., disponible sur www.ccomptes.fr, consacré à la concurrence entre les centres 15 des SAMU et le 18 (SDIS).

I - Une organisation durablement fragilisée

A – Un changement de modèle

1 – L'abandon de l'obligation de garde

C'est un mouvement de grève des gardes, lancé en 2001, qui aboutit, après un conflit long et sévère, au retrait, au second semestre 2002 de l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale et son remplacement par un système collectif fondé sur le volontariat.

Ce changement radical, dont les racines sont à rechercher dans l'explosion de la demande de soins, l'inégalité entre médecins généralistes, sur qui la garde, non rémunérée, reposait de fait exclusivement, et médecins spécialistes, les différences de situation entre les villes et les campagnes et l'aspiration, chez les nouvelles générations de médecins, à moins de contraintes, a marqué le départ d'une succession de réformes s'ajoutant les unes aux autres, dans un cycle qui s'est poursuivi jusqu'à aujourd'hui. Deux lois, en 2002 et 2009[393], quatre décrets, en 2003, 2005, 2006 et 2010, plusieurs conventions médicales et deux campagnes complètes de déclinaison territoriale du dispositif, dont la dernière s'achève à peine, sont tour à tour revenus sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA)[394].

2 – Un volontariat rémunéré avec régulation des appels

Ce sont désormais les agences régionales de santé (ARS) qui encadrent l'organisation locale des tours de garde volontaires entre les médecins[395]. Elles découpent à cet effet des « territoires de la permanence des soins », secteurs au sein desquels la rotation des volontaires se met en place et elles rédigent les « cahiers des charges » définissant dans tous ses détails la PDSA dans leur région. Ce sont les

393. Il s'agit de la loi de financement de la sécurité sociale du 20 décembre 2002 et de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

394. Ces textes ont notamment défini avec précision les horaires de la permanence des soins : les nuits entre 20h et 8h, les dimanches et jours fériés, les lundis veille de jour férié, les vendredis et samedis lendemain de jour férié, les samedis après-midi de façon optionnelle.

395. Elles se sont substituées dans la quasi-totalité de leurs attributions aux préfets de département depuis la loi HPST de 2009.

ARS qui demandent aux préfets de procéder à la réquisition du praticien si les tableaux de garde ne sont pas remplis en dépit du rôle de facilitateur que jouent les conseils départementaux de l'ordre des médecins[396]. Elles déterminent aussi les conditions dans lesquelles les hôpitaux, par l'intermédiaire de leurs services d'urgence, participent au dispositif.

Une notion nouvelle et essentielle a été introduite dès 2003 dans les textes et s'est progressivement développée dans les faits : la régulation médicale des appels. Pour le patient, l'accès au médecin de permanence ne se fait en effet plus directement, mais au travers d'un appel téléphonique au centre 15, qui filtre, donne des conseils médicaux[397] et oriente le cas échéant vers le moyen d'« effection », c'est-à-dire de mise en œuvre, le plus approprié (visite d'un médecin, transport en urgence, etc.). Cet appel peut également être adressé à la plateforme téléphonique d'une association de permanence des soins.

Les gardes, ainsi que la participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique, sont désormais rémunérées par des forfaits d'astreinte, ce qui n'était pas le cas avant 2002. Dans le nouveau système issu de la loi HPST, leur montant est déterminé par les ARS, alors qu'il relevait jusque-là du domaine de la convention médicale conclue au niveau national entre l'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins. En revanche, les majorations pour les consultations et les visites réalisées pendant les horaires de PDSA, qui sont plus importantes si l'acte médical a été précédé d'une régulation, relèvent toujours du champ conventionnel et ne peuvent donc pas être modulées localement[398].

Pour prendre en charge et adapter les forfaits à la diversité des situations locales, les ARS disposent d'enveloppes globalisées, qui ont récemment[399] été rendues fongibles au sein d'un « fonds d'intervention régional » (FIR) avec d'autres dépenses de leur ressort, comme celles de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), les aides à l'investissement hospitalier ou à la qualité du réseau de santé.

---

396. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre IX : le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale, La Documentation française, septembre 2012, p. 26--270, disponible sur www.ccomptes.fr.

397. Elle peut désormais également établir des ordonnances téléphoniques permettant, dans certains cas, la délivrance de médicaments.

398. Une visite régulée effectuée le dimanche pendant la journée est ainsi rémunérée 51 €. Le tarif passe à 76 € en milieu de nuit.

399. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et décret du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des ARS.

La permanence des soins en établissements de santé

La permanence des soins ambulatoire, qui peut mobiliser les établissements de santé, doit être distinguée de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), qui organise la permanence des soins hospitaliers (et non ambulatoires). Celle-ci concerne le seul champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) et vise à garantir la présence d'un médecin pour assurer des soins hospitaliers qui ne peuvent être assurés par les services d'urgences ou attendre la fin de la période de permanence des soins.

Jusqu'en 2009, l'organisation de ces gardes et astreintes était laissée à l'initiative de chaque établissement et les dépenses afférentes étaient prises en compte dans les tarifs des hôpitaux. Comme pour la PDSA, la décennie 2000 a vu une forte augmentation des coûts de la PDSES, en raison notamment de l'évolution de la réglementation sur le temps de travail.

En 2009, la création, dans le cadre de la tarification à l'activité, de la mission d'intérêt général « permanence des soins hospitalière » a permis d'isoler dans chaque région une enveloppe financière (étendue en 2012 aux établissements privés) avec des marges de modulation confiées aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) puis aux agences régionales de santé (ARS). La loi HPST du 21 juillet 2009 a ensuite érigé la PDSES en mission de service public et donné aux ARS la mission de mettre en place des « schémas-cibles » de PDSES afin de restructurer la permanence des soins en établissements de santé dans une logique de territoire et non plus d'établissement.

Leur mise en place n'étant pas achevée, il n'est pas encore possible d'évaluer les économies qu'ils auront entraînées et d'estimer dans quelle mesure ils auront permis de maintenir ou d'améliorer la qualité des soins.

3 – L'extension des forfaits d'astreinte aux pharmacies et aux transports sanitaires

Les bouleversements de l'organisation des gardes des médecins, et en particulier la rémunération des astreintes, ne pouvaient pas rester sans conséquences sur les autres systèmes de permanence qui leur étaient proches.

Dès 2003[400], le système des gardes des transports sanitaires était modifié, en s'inspirant de certains principes de la PDSA. Des forfaits d'astreinte de 346 € par période de 12 heures étaient introduits au profit

400. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, décret et arrêté du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

des ambulanciers, avec en contrepartie une diminution des tarifs de transport.

Pour les pharmacies, des forfaits d'astreinte, qui n'existaient pas auparavant, furent institués en janvier 2006 par un protocole d'accord entre l'assurance maladie et la profession, au niveau de 75 € par nuit, par jour férié ou par dimanche. Les honoraires pour les ordonnances exécutées pendant les périodes de garde et d'urgence, qui avaient été introduits, à un niveau faible, dès 1968, puis revalorisés en 1984, étaient quadruplés en moyenne[401]. La convention pharmaceutique de 2012 a aligné les forfaits des pharmaciens sur ceux des médecins au niveau de 150 € par nuit, soit encore un doublement.

Les syndicats de pharmaciens font valoir que ces derniers continuent tous, à l'inverse des médecins, à prendre leur tour de garde et que ce rattrapage est donc justifié. Il n'en reste pas moins très lourd pour les finances sociales, puisque le coût du service de garde pharmaceutique, presque nul il y a huit ans, s'approchera de 100 M€ en 2013.

B – Une construction fragile

Malgré les efforts engagés, de nombreuses fragilités caractérisent toujours la permanence des soins, qu'il s'agisse de régulation ou de mise en œuvre des moyens d'intervention.

1 – La baisse du nombre de généralistes volontaires

La diminution tendancielle du nombre de médecins généralistes, qui constituent toujours l'essentiel des médecins susceptibles de participer à la PDSA, est visible dans les chiffres depuis 2010. Selon les plus récentes prévisions, ce mouvement ne s'inversera que dans une dizaine d'années.

À ce handicap structurel, s'ajoute, depuis 2009, un lent déclin du volontariat, qui concerne, selon les statistiques de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 47 % du total des omnipraticiens en 2011. L'érosion du nombre de médecins participant effectivement à la garde dépasse 5 % depuis 2008, soit une diminution de 1 600 praticiens.

Si ces évolutions ne remettent pas encore en question, dans la majorité des cas, la capacité des autorités de santé à organiser des tours de

401. Ils sont ainsi par exemple passés, pour le dimanche, de 7 F en 1984 à 4 € en 2006.

garde, on constate cependant déjà, dans un nombre croissant de régions, l'apparition de « zones blanches », où la permanence des soins n'est plus assurée. Dans l'Yonne, par exemple, seuls 89 des 298 médecins généralistes, soit moins de 30 %, participent aux tours de permanence : les tableaux de garde ne sont donc pas remplis. D'après une étude de l'ARS, un médecin n'y était disponible, en 2011, que dans 61 % des cas le week-end, 57 % des cas en première partie de nuit et 45 % des cas en nuit profonde. Ailleurs, des « zones grises » où les moyens affichés ne sont pas toujours effectivement disponibles, sont également signalées.

Pour faire face à cette situation, les tentatives faites pour développer le nombre de médecins participant à la permanence des soins n'ont eu jusqu'ici qu'une efficacité limitée.

Le mécanisme principal, mis en place dès le démarrage du nouveau système de participation volontaire, était le droit de réquisition des préfets. Il leur permet, sous réserve de rapports et d'avis préalables, de désigner d'office un médecin pour assurer la garde. Le bilan que l'on peut en tirer dix ans après montre qu'il est inefficace[402]. La procédure très lourde de consultations qui préside à son déclenchement -signalement au conseil départemental de l'ordre des médecins, rapport de cette structure à l'ARS après consultation de l'union régionale des professionnels de santé, transmission de la demande assortie de noms par l'ARS au préfet- est en effet peu adaptée à une réaction rapide en cas d'empêchement imprévu d'un médecin. Par ailleurs, les préfets n'ont pas utilisé leurs pouvoirs pour compléter les tableaux lorsque des manques apparaissaient dès leur constitution initiale.

Les nouvelles perspectives ouvertes par les textes d'application de la loi HPST (extension des médecins pouvant participer à la permanence des soins aux remplaçants et aux retraités notamment) n'ont encore reçu à ce jour qu'un début d'application.

Les pratiques inégales des conseils départementaux de l'ordre des médecins quant aux exemptions qu'ils accordent viennent en outre réduire en partie l'efficacité de ces dispositifs. Ainsi une fraction significative du corps médical peut parfois échapper aux obligations, comme dans l'Yonne où le taux d'exemption atteint 14 %.

402 . En 2004 les préfets avaient utilisés leur pouvoir de réquisition dans 44 départements, mais cela n'a été le cas que dans seulement 19 en 2011.

2 – L'implication croissante de l'hôpital dans la permanence des soins ambulatoires

Les services d'urgence des hôpitaux participent aujourd'hui selon deux modalités à la permanence des soins.

En premier lieu, de façon organisée et précisée dans les cahiers des charges des ARS, ils remplacent de plus en plus souvent la garde libérale après minuit, du moins hors des grandes agglomérations. Dans certains cas, cette substitution est plus large encore, comme dans le cas de Montbard où l'hôpital assure à lui seul l'ensemble de la mission.

En second lieu, même quand des tours de garde existent, les hôpitaux continuent à accueillir des patients qui se présentent spontanément à leurs portes pour des cas qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence.

Cette participation assure, certes, que même en cas de défaillance de la garde libérale, une réponse peut toujours être apportée à la population, puisque le maillage des services d'urgence sur le territoire est serré. Elle ne constitue pas cependant un mode de prise en charge toujours adéquat, notamment pour les personnes âgées, ainsi que la Cour l'a déjà relevé[403].

3 – Les difficultés persistantes de la régulation

a) Les limites de la régulation libérale exercée dans les centres 15

Le développement de la participation des médecins libéraux aux centres 15, dénommée « régulation libérale », a été l'un des objectifs constants des autorités de santé. De fait, selon le conseil national de l'ordre des médecins, 98 départements sur 100 disposaient d'une façon ou d'une autre d'une régulation libérale des appels début 2012. Dans certains départements, toutefois, on constate encore, comme dans le Nord, un arrêt de la régulation libérale à minuit.

Les statistiques de la CNAMTS indiquent que près de 40 %[404] des actes médicaux réalisés pendant les périodes de PDSA sont cependant encore effectués sans qu'il y ait eu de régulation préalable.

---

403. Cour des comptes *Rapport public annuel 2012*, Tome II, chapitre I-4 – La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents, La Documentation française, février 2012, p. 179-191, disponible sur www.ccomptes.fr.

404. Soit parce que des patients sont reçus par leur médecin traitant hors garde, soit faute de régulation.

En outre, les réponses apportées par la régulation libérale, bien que marquées par la prépondérance du conseil téléphonique, sont variables d'un département à l'autre. Elles témoignent de modes de fonctionnement hétérogènes, propres à la composante libérale des centres de régulation ou liés aux conditions de collaboration entre cette dernière et le SAMU qui l'héberge. Deux lignes de réponse distinctes, l'une constituée des médecins libéraux, l'autre des urgentistes de l'hôpital, coexistent souvent sans communication suffisante. En dépit des recommandations de la Haute Autorité de santé, il n'y a pas toujours un protocole commun permettant de traiter les appels.

L'insuffisance des équipements de certains SAMU a été relevée par certaines enquêtes[405]. L'inadéquation du matériel, qui entraîne des pannes fréquentes[406], n'est pas compensée par une mise en réseau permettant à la fois de suppléer aux interruptions et d'optimiser la gestion de l'ensemble. Les logiciels du SAMU, conçus pour les besoins des hôpitaux et des urgences, ne sont pas toujours adaptés à ceux de la régulation libérale et aux échanges entre les deux composantes du système[407].

La régulation « déportée », permise depuis 2010 par la règlementation, consiste à autoriser un médecin libéral à réguler depuis son domicile ou son cabinet. Cette dérogation, qui peut s'avérer nécessaire dans les cas où les distances ou les conditions d'accès au siège du SAMU depuis le lieu d'exercice du médecin volontaire sont des obstacles, requiert cependant des conditions minimales. Les communications entre les deux pôles de la régulation, SAMU et antenne déportée, doivent en particulier permettre l'échange d'informations sur plusieurs supports simultanés, les conférences téléphoniques ou la création de files d'attente, ce qui n'est pas toujours le cas.

Le suivi de la régulation, la vérification d'une mise en œuvre adaptée des moyens d'intervention, la mise à jour du dossier ouvert du patient, ne sont pas la règle, ce qui peut poser des problèmes sérieux en cas d'incident.

Quant aux mutualisations, qui peuvent être la réponse à plusieurs de ces difficultés, elles ne se mettent en place que lentement.

---

405. Agence des systèmes d'information partagés de santé, 2010, *« Le renforcement des centres 15, bilan et préconisations »* et Margedan, « *Rapport relatif à la modernisation des SAMU* ».

406. Cinq centres ont des pannes bloquantes tous les mois, 26 seulement n'en ont jamais.

407. Selon la DGOS, un projet national de modernisation du fonctionnement des SAMU initié par le ministère devrait répondre à ces dysfonctionnements.

b) Des modes de régulation différents entre associations de permanence des soins et centres 15

Ces associations, dont les plus connues sont regroupées dans le réseau SOS médecins[408], rassemblent des praticiens volontaires. La plupart ont pour caractéristique principale de disposer de leurs propres plateformes téléphoniques qui reçoivent les appels des patients et déclenchent l'intervention appropriée. Il s'agit souvent dans ce cas de visites de médecins mobiles, mais les centres de consultation se sont développés. L'appel est, le cas échéant, renvoyé au SAMU.

Elles rendent un service apprécié de la population, comme en témoigne l'augmentation régulière de leur activité. Elles suivent toutefois des règles spécifiques, différentes de celles appliquées dans les centres 15, puisqu'aucun cadre juridique contraignant ne discipline la régulation des appels.

En effet, si la loi de 2009 dispose que la régulation téléphonique du 15 est également accessible « par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels », il n'a été donné aucune traduction règlementaire à cette « régulation médicale ». La Haute Autorité de santé a certes publié en mars 2011 des recommandations à ce sujet, mais elles ne sont pas consensuelles et elles n'ont pas force obligatoire. Elles indiquent que la régulation « est un acte médical pratiqué par un médecin régulateur » et que la fonction de médecin régulateur « est, pendant toute la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction ».

La régulation faite par les centres d'appel téléphoniques de SOS médecins ne répond pas, au contraire des centres 15, à cette définition, puisque les médecins régulateurs ne se consacrent pas toujours exclusivement à cette fonction et que les décisions sont souvent prises par des « non médecins » sur la base de protocoles.

Si la règlementation n'a pas cherché à établir un cadre de référence commun, elle a demandé que des conventions d'interconnexion soient établies entre les centres 15 et les associations de permanence des soins. Celles-ci n'ont pas toujours bien fonctionné. Les indicateurs prévus n'ont pas vu le jour ou n'ont pas été renseignés, les commissions mixtes qu'elles organisaient ne se sont pas toujours réunies.

---

408. Au nombre de 64, elles couvrent les principales villes de France, rassemblent plus de 1 000 médecins et ont reçu en 2011 six millions d'appels. Elles exercent leur activité 24 heures sur 24 et 365 jours par an.

Le fonctionnement concret de cette interconnexion n'a au demeurant jamais été expertisé de façon indépendante. Une enquête de SAMU-Urgences de France tendrait à montrer que la garantie d'un délai court d'intervention ou même de l'existence d'une réaction, dans tous les cas, de SOS médecins n'est pas toujours apportée. Ses résultats sont toutefois contestés par SOS médecins.

II - Une explosion des dépenses

Une conséquence du remplacement de l'obligation de garde par un système volontaire et rémunéré est la très forte dynamique d'augmentation des coûts supportés directement ou indirectement par l'assurance maladie.

Les dépenses liées à la permanence des soins recouvrent celles des services de permanence, de garde et d'urgence de la médecine de ville, des pharmacies et des transports sanitaires, que la CNAMTS recense avec précision, mais aussi les frais engagés pour la participation des hôpitaux à la PDSA, qui sont, eux, beaucoup plus mal connus.

A – L'envolée des dépenses des services de garde et d'urgence

Une étude réalisée spécifiquement par la CNAMTS à la demande de la Cour permet de dresser le tableau suivant, qui récapitule l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des trois secteurs (ambulatoire, transports sanitaires et pharmacies) depuis 2001[409].

409. Dernière année d'existence du système antérieur de gardes obligatoires pour les médecins mais non rémunérées.

Tableau n° 74 : évolution des dépenses de permanence des soins pour la France entière

En M€

Année		2001	2003	2005	2006	2011
Permanence des soins ambulatoire	Forfaits d'astreinte	0	56	66,4	143,6	141,6
	Actes remboursés	216,1	238,8	211,9	214,3	237,1
	Subventions diverses[410]	4,4	19,4	22,5	13,7	n.d.
	Dépenses totales PDSA	**220,5**	**314,2**	**300,8**	**370,6**	**393,5**
Services de garde et d'urgence des pharmacies[411]	Forfaits d'astreinte	0	0	0	8,9	38,8
	Actes remboursés	8,5	8,7	7,9	9,3	15,7
	Dépenses totales pharmacies	**8,5**	**8,7**	**7,9**	**18,2**	**54,5**
Total dépenses hors transports		**229**	**322,9**	**308,7**	**388,8**	**448**
Garde des transports sanitaires	Forfaits d'astreinte	0	0	143,4	144,6	146,9
	Sorties remboursées	n.d.	n.d.	21,1	23,4	34,6
	Total transports	n.d.	n.d.	**164,5**	**168,0**	**181,5**
Total général		n.d.	n.d.	**473,2**	**557,8**	**629,5**

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Les dépenses hors transports sanitaires ont ainsi doublé en une décennie. Si l'on ajoute les dépenses de garde des transports sanitaires et si l'on tient compte du doublement décidé en 2012 des forfaits pharmaceutiques, on peut estimer que les dépenses totales ont quasiment triplé entre 2001 et 2012, passant d'environ 250 M€ à près de 700 M€. Cette considérable augmentation est intervenue alors même que l'activité a baissé entre ces deux dates, diminuant de 7,34 à 5,3 millions d'actes (consultations et visites). Ces dépenses ne prennent en compte ni celles résultant de la participation des urgences à la PDSA, ni celles concernant la PDSES.

410. Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, dotation nationale de développement des réseaux, fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins, fonds d'intervention régionale.

411. Les données 2000 à 2006 ont été redressées pour passer du régime général à l'ensemble des régimes.

B – Les facteurs explicatifs : les revalorisations tarifaires et une insuffisante efficience

1 – L'augmentation des tarifs

Le quasi triplement des dépenses est d'abord une conséquence de la fin des gardes obligatoires des médecins et de leur remplacement par un service rémunéré. L'introduction d'un forfait d'astreinte de 50 € par période de 12 heures et la mise en place de majorations plus élevées (jusqu'à +60 % pour les actes réalisés pendant les périodes de PDSA) en ont constitué dès février 2002 la première étape. Des augmentations tarifaires (+50 % à +100 % selon les plages horaires pour les forfaits d'« effection », c'est-à-dire d'intervention) sont ensuite intervenues en 2005. Enfin, l'extension du champ couvert par la PDSA (création en 2005 de forfaits d'astreinte pour régulation et de majorations plus élevées des actes en cas de régulation préalable, couverture du samedi et de certains ponts en 2008) a complété le dispositif.

La très vive dynamique des dépenses découle également de l'extension du principe de la rémunération des astreintes aux transports sanitaires et aux pharmacies d'officine, ainsi que de la progression desdits forfaits et des honoraires précédemment évoquée.

2 – La combinaison sous-optimale des moyens

Plusieurs traits récurrents traduisant une efficience insuffisante ressortent de la mise en œuvre sur le terrain de la permanence des soins.

Le nombre de secteurs de permanence des soins demeure élevé, et surtout très inégal selon les régions, alors même que la qualité des communications permettrait de le réduire sans dégrader le temps d'accès aux soins en deçà de l'acceptable. On compte ainsi 28 secteurs en Basse-Normandie, pour une population de 1,46 million d'habitants, et 51 en Poitou-Charentes, qui est à peine plus peuplée (1,76 million d'habitants) et guère moins dense (68 contre 84 habitants/km²).

Cette situation entraîne le maintien de nombreux tours de garde qui ont parfois du mal à être remplis et qui pèsent sur les finances de l'assurance maladie. Ainsi, pendant la « nuit profonde », mais parfois aussi en première partie de nuit, la rareté des demandes de soin fait ressortir, dans de nombreux secteurs, le coût de revient de l'acte à des niveaux très élevés. À titre d'exemple, dans le secteur du Grand Lucé, dans la Sarthe, où durant toute l'année 2009, il n'y a eu que dix actes en « nuit profonde » (deux consultations et huit visites), les coûts qui en résultent pour l'assurance maladie se sont élevés à 3 723 € par

consultation et 3 727 € par visite. Ils sont très supérieurs à la dépense qui aurait été occasionnée par le passage aux urgences, même en prenant en compte le coût d'un transport sanitaire.

Des remarques analogues peuvent être faites sur la sectorisation des transports sanitaires[412] et des pharmacies.

3 – Des incertitudes sur l'efficience comparée des modes de régulation

À la différence de la régulation des centres 15, qui mettent l'accent sur le conseil médical et ne font appel à l'intervention d'un médecin que dans les cas où elle l'estime indispensable, l'organisation de SOS médecins continue de reposer majoritairement sur la visite au domicile du patient et en deuxième lieu sur des centres de consultation propres : les deux tiers des appels adressés aux plateformes de ces associations ont abouti en 2011 à une visite ou à une consultation.

Il serait donc utile, pour la bonne organisation de la PDSA, de mesurer l'impact de l'insertion de SOS médecins, et plus largement de toute autre association de permanence des soins fonctionnant sur les mêmes principes, non seulement sur le service médical rendu à la population, mais également sur le coût de fonctionnement du système. Or, très peu d'études utiles existent sur ce sujet. Certaines, très locales, ne peuvent prétendre à une validité générale, d'autres au contraire, fondées sur des moyennes nationales, sont difficilement utilisables pour articuler des moyens d'action qui se mettent en place au plus près du terrain.

La Cour a donc tenté, en s'appuyant sur des travaux réalisés à sa demande par la CNAMTS et sur des statistiques fournies par le ministère de la santé, de poser les jalons d'une telle évaluation. À cet effet, elle a comparé, pour des communes où SOS médecins est présent et d'autres où il ne l'est pas, les dépenses directes rapportées à l'habitant d'actes médicaux (visites et consultations) et de forfaits d'« effection » en cas d'intervention facturés à l'assurance maladie dans le cadre de la permanence des soins.

Les résultats de cette comparaison ne prétendent pas à l'exhaustivité, puisqu'ils s'appuient seulement sur un petit nombre de villes ou d'agglomérations. Ils mettent toutefois en évidence un net surcoût des dépenses directes de PDSA dans les communes où SOS

412. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour* 2012, chapitre XI : les transports de patients à la charge de l'assurance maladie, La Documentation française, septembre 2012, p.327-330, disponible sur www.ccomptes.fr.

médecins est présent par rapport à celles où il ne l'est pas, comme le montre le tableau ci-après, qui rejoint les constatations faites dans certaines régions visitées par la Cour.

Tableau n° 75 : actes et dépenses de permanence des soins ambulatoire pour quatre communes où SOS médecins est présent et quatre communes où elle ne l'est pas[413]

Commune	Population municipale (x 1000)	Nombre d'actes (consultations, visites, régulées et non régulées) réalisés pendant la PDS (x 1000)	Dépenses associées (x 1000 €)	Nombre d'actes par habitant	Dépense par habitant (€)
Toulon	166	52,5	2 551	0,32	15
Grenoble	156	27	1 233	0,17	8
Reims	181	17,7	796	0,10	4
Nîmes	141	26,5	1 182	0,19	8
Communes SOS médecins	**644**	**123,7**	**5 763**	**0,19**	**9**
Le Havre	177	18,1	788	0 ,10	4
Angers	147	9,5	406	0,06	3
Metz	122	10,7	503	0,09	4
Le Mans	142	10,3	431	0,07	3
Communes sans association SOS médecins reconnue	**588**	**48,7**	**2 128**	**0,08**	**4**

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Cette seule approche par les coûts directs est cependant insuffisante, car le service apporté par SOS médecins, qui est susceptible de répondre à des demandes urgentes, peut conduire, dans les zones où il s'exerce, à diminuer le recours aux autres dispositifs concourant à la prise en charge : urgences, transports sanitaires, services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), pompiers. Des études complémentaires devraient donc être menées pour comparer, de la même façon, le coût et l'activité de ces derniers dans les agglomérations où SOS médecins est présent et dans celles où il ne l'est pas. L'insuffisance des données actuellement disponibles, en particulier sur l'activité des urgences, mais aussi des transports sanitaires, aux horaires de la PDSA, n'ont permis à la

413. Ce tableau ne tient pas compte des dépenses de régulation, au demeurant modérées par rapport à celles d'effection (en particulier, les dépenses totales de forfait de régulation ne se montent qu'à 10% des dépenses directes d'effection, d'après les statistiques de la CNAMTS). Les colonnes 3 et 4 correspondent aux actes de PDSA consommés par les bénéficiaires de chacune des villes mentionnées et non pas aux actes réalisés par les omnipraticiens de ces zones.

Cour que de premières analyses. Certes partielles, ce qui ne peut permettre d'en tirer des conclusions définitives et générales, elles tendent toutefois à montrer que la situation n'est pas univoque. Si, dans certaines agglomérations importantes comme Toulon ou Grenoble, la présence de SOS médecins semblerait s'accompagner d'une moindre fréquentation des urgences, ce n'est pas le cas dans d'autres. Par ailleurs, les constatations faites en région sur les transports sanitaires ou les SMUR montrent qu'au moins en Bourgogne, la présence de l'association de permanence des soins n'entraîne pas de moindre recours à ces services.

Une meilleure évaluation de l'efficience des divers moyens mis en œuvre dans la permanence des soins s'avère ainsi impérative.

C – La difficile évaluation de la participation des urgences à la PDSA

Alors que l'hôpital tient, sur tout le territoire, une place de plus en plus importante dans la mission de permanence des soins, l'évaluation précise de sa contribution se heurte aujourd'hui à des obstacles sérieux.

En particulier, l'insuffisance des données centralisées sur les activités des services d'urgence des hôpitaux ne permet pas d'isoler celles qui sont réalisées aux horaires de la PDSA.

Sur la base d'une enquête malheureusement partielle réalisée par la direction générale de l'offre de soins sur les années 2009 et 2010, on peut néanmoins estimer le nombre de passages aux urgences non immédiatement suivis d'hospitalisation aux horaires de PDSA à 2,55 millions en 2009 et 2,78 millions en 2010, soit, dans l'hypothèse d'un coût moyen de passage de 191 €[414], une dépense de 530 M€ environ en 2010. Elle est à mettre en perspective avec la croissance ininterrompue de l'activité des urgences, qui a augmenté de 36 % entre 2000 et 2009.

La détermination de la proportion de ces passages qui relève de la PDSA par rapport à celle qui correspond à l'activité normale des services d'urgence soulève des difficultés d'une autre nature. Elle demanderait en effet une expertise de nature médicale. Or, aucun accord ne règne à ce sujet. Les organisations d'urgentistes estiment que l'hôpital est là pour lever des risques potentiels et que la plus ou moins grande gravité des cas constatée ex post n'est pas un indice à prendre en compte : cela

414. Estimation établie par la Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre V : l'organisation de l'hôpital, La Documentation française, septembre 2009, p. 113-142, disponible sur www.ccomptes.fr.

signifierait que tous les passages sont justifiés. Pour de nombreux généralistes, au contraire, une proportion considérable des passages aux urgences est inutile et devrait revenir vers le système libéral, moins onéreux en règle générale et bien placé pour déterminer si un passage à l'hôpital est indispensable.

Il est regrettable que le ministère de la santé n'ait pas jusqu'à ce jour mené d'étude approfondie sur cette question. Cette lacune est une source de conflits constants entre médecins libéraux et urgentistes. Elle interdit aux autorités de santé d'organiser une régulation plus efficace dans le double intérêt des usagers et de l'assurance maladie.

III - Un dispositif à consolider et à mieux réguler

L'enquête menée par la Cour fait apparaître la diversité des situations sur le territoire. Suivant que l'on se situe en zone urbaine ou rurale, dans une grande ou une petite agglomération, selon la région, l'histoire ou les types d'organisation mises en place, la physionomie de la permanence des soins, la place et la performance de ses acteurs varient considérablement.

Tous les leviers doivent donc être mobilisés pour mieux organiser la présence médicale sur le territoire, informer le public et développer le rôle de surveillance et de régulation du ministère de la santé.

A – Mieux organiser la présence médicale

1 – Encourager de nouvelles formes d'organisation

Un meilleur déploiement de la PDSA sur le terrain exige un effort d'adaptation et l'encouragement à de nouvelles formes d'organisation, qu'il s'agisse du redécoupage des territoires de la permanence des soins, du développement des maisons médicales de garde, ou encore de la mise en place de moyens d'intervention adaptés aux besoins spécifiques de certaines catégories de la population.

Ces pistes ont déjà été en partie suivies, quoiqu'insuffisamment et inégalement. La forte implication des ARS dans la rédaction des nouveaux cahiers des charges a depuis peu accéléré le mouvement. Elles doivent être approfondies et étendues.

a) La restructuration des secteurs de garde

Les autorités de santé se sont attachées depuis plusieurs années à réduire le nombre de secteurs, sans que le temps d'accès au praticien de garde, généralement compris entre 30 et 40 minutes, n'en souffre trop. On est ainsi passé de 3 370 secteurs en 2003 à 1 910 début 2013, soit une baisse de plus de 40 %[415].

Leurs regroupements temporaires ou saisonniers se sont développés, permettant de mieux s'adapter à la réalité des besoins. L'arrêt de la garde des médecins après minuit s'est largement diffusé dans les cahiers des charges. Il s'observe aujourd'hui dans plus de la moitié des territoires de permanence des soins. Il permet de réduire les surcoûts découlant du financement de deux lignes de soins (la PDSA libérale et les services des urgences) dans des périodes où la demande est faible. Au total, la proportion des tours de garde comportant moins de dix médecins, les plus fragiles, a diminué (32,4 % en 2013 contre 46,5 % en 2008[416]).

L'examen des cahiers des charges montre cependant que les performances des régions sont inégales pour ce qui concerne le redécoupage des territoires de garde. Les coûts importants que représentent le maintien d'un système de permanence traditionnel après minuit - puisque des forfaits d'astreintes doivent être payés à tous les médecins participants - alors que les services d'urgence sont accessibles pour la plupart en moins de 30 minutes par la population, plaident pour l'accélération, où cela apparaît nécessaire, de la mise en place de solutions alternatives.

b) Le développement des maisons médicales de garde et les nouveaux moyens d'intervention

Les maisons médicales de garde (MMG) sont « des lieux fixes déterminés de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée[417] ».

Cette forme d'organisation présente beaucoup d'avantages par rapport à la traditionnelle astreinte réalisée en cabinet médical. Elle permet de disposer d'un minimum d'infrastructures et d'équipements, qui assurent une meilleure prise en charge du patient. La localisation dans un

415. Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

416. Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

417. Circulaire DGOS du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

point fixe permet une articulation avec les autres maillons du dispositif de santé. Elles peuvent également jouer un rôle lors d'événements exceptionnels (pandémies par exemple).

Les maisons de garde sont un des moyens les plus efficaces pour réaliser l'élargissement des secteurs de garde. Si elles sont convenablement situées à un nœud de communications locales, elles permettent de desservir un territoire plus vaste sans dégrader le temps d'accès.

Ces deux atouts en entraînent un troisième, celui de contribuer à créer une dynamique de mobilisation des médecins pour la permanence des soins. Ceux-ci sont en effet assurés d'un tour de garde moins fréquent et d'une activité plus importante pendant la garde, dans un cadre mieux équipé et relié aux autres acteurs.

Grâce, notamment, aux incitations des financements publics[418], leur nombre est passé de 98 en 2003 à 369 aujourd'hui, couvrant environ le quart (23 %) des secteurs de garde.

Le poids de plus en plus important de la population âgée faisant appel à la permanence des soins a par ailleurs conduit, depuis peu et dans certaines régions, à développer des formules qui leur sont mieux adaptées : « effecteurs mobiles » qui, dans les zones rurales, peuvent se déplacer et éviter le recours à l'hôpital, intervention des transports sanitaires pour rejoindre la maison médicale de garde, liens améliorés avec les établissements accueillant des personnes âgées.

La poursuite du développement de ces modes d'organisation est souhaitable, en veillant toutefois à ce que leurs spécifications et leurs tarifs ne risquent pas de déstabiliser les solutions trouvées dans les autres régions. Leur bonne articulation avec les hôpitaux doit en outre être recherchée, en particulier dans le cas des maisons de garde. L'expérience confirme qu'elles auraient en effet tout avantage à être localisées, à l'avenir encore plus qu'aujourd'hui, à proximité ou dans les locaux mêmes des établissements de santé.

2 – Elargir les compétences des ARS dans les domaines des pharmacies et des transports sanitaires

Les pouvoirs nouveaux d'organisation des ARS ont été jusqu'ici strictement limités à la permanence des soins médicaux. Ils n'ont pas été étendus aux gardes des pharmacies et des transports sanitaires, dont les

418. Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) puis le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

principaux paramètres (montant des forfaits de garde, tarif des transports ou des honoraires d'exécution d'ordonnance) continuent de relever du champ conventionnel ou de textes règlementaires nationaux. L'organisation concrète de la garde dans le secteur des pharmacies relève d'ailleurs principalement des syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Bien que les quelques pouvoirs que détenaient antérieurement les préfets dans ces domaines aient été transférés en 2010[419] aux directeurs généraux des ARS, l'examen des nouveaux cahiers des charges découlant de la loi du 29 juillet 2009 montre que ces derniers n'en n'ont fait que peu usage et que les organisations antérieures n'ont été que minoritairement remises en cause.

De ce fait, la cohérence du service global apporté à la population peut en souffrir. Il n'y a pas de coordination entre les lieux de mise en œuvre des moyens d'intervention, de sorte que la distance peut être grande entre le cabinet du médecin de permanence et la pharmacie de garde, ce qui occasionne des désagréments pour l'usager. Les règles que le code de la sécurité sociale fixe à la prise en charge des frais de transport sanitaire excluent les « sorties blanches » (non suivies du transfert du patient vers l'hôpital) et les transports vers le cabinet du médecin de garde, alors que dans certains cas, ces solutions, qui éviteraient les frais de passage à l'hôpital, seraient à la fois mieux adaptées pour le patient et plus économes pour l'assurance maladie. L'étanchéité des circuits de financement des trois systèmes nuit enfin à la définition par l'ARS d'une stratégie globale et cohérente sur son territoire de compétence.

3 – Articuler plus efficacement l'hôpital et la médecine libérale

La préoccupation d'une meilleure articulation de la PDSA avec les établissements de santé suppose au-delà de la localisation des maisons médicales de garde de repenser les modes d'accès, la tarification et l'organisation des urgences elles-mêmes. L'efficacité de la réponse médicale, mais aussi le coût de l'ensemble du système en dépendent.

419. Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

a) L'organisation de l'accès aux urgences

Le principe de la régulation préalable des moyens mis en œuvre, élément essentiel de la PDSA, ne s'applique pas aux urgences, dont l'accès est libre.

Il n'a pas été systématiquement défini, pour pallier cette particularité, de cadre général pour faciliter la réorientation des patients entre les composantes médecine de ville et hôpital de la PDSA. Quelques initiatives locales montrent cependant que des progrès importants pourraient être réalisés. Ainsi, à Dijon, un protocole de renvoi de patients conclu entre le service des urgences du centre hospitalier et universitaire et une maison médicale de garde installée à sa proximité immédiate, dans l'hôpital, a-t-il pu aboutir en quelques mois à apporter à celle-ci 40 % de son activité, une proportion équivalente lui arrivant par la régulation téléphonique. Des exemples analogues ont été relevés par la Cour dans le département du Nord.

La généralisation progressive de ces systèmes, pourrait permettre à la fois de rationaliser les flux de patients, en soulageant les urgences aux moments où elles sont surchargées, et d'orienter une part de la demande de soins vers le mode de prise en charge le plus adapté et le moins coûteux.

b) La tarification et l'organisation des urgences

Les urgences présentent une singularité dans le système de tarification de l'activité hospitalière. Leur financement repose en effet depuis 2004 sur une combinaison d'une dotation fixe et uniforme entre les établissements de santé (dénommée « forfait annuel urgences » - FAU -), d'un tarif par passage (dénommé « accueil et traitement des urgences » - ATU -) et de la rémunération des actes effectués.

Ce tarif, qui fait ressortir la somme du forfait annuel et du tarif par passage (FAU + ATU) hors actes en sus à environ 95 € par acte, est à la fois plus cher qu'une visite ou une consultation réalisée par un médecin de ville dans le cadre de la PDSA[420], et avantageux pour l'hôpital s'il ne met en œuvre que des actes simples. De plus, cette configuration pousse à un accroissement de l'activité des services d'urgences dans le créneau d'actes qui seraient traités pour moins cher par la médecine de ville.

420. Sauf dans le cas d'une très faible activité, comme dans les exemples de nuit profonde cités supra.

La révision de l'organisation et de la tarification des services d'urgence, dont la Cour a plusieurs fois relevé la nécessité, est indispensable. Cinq ans après la recommandation de la Cour à ce sujet[421], le ministère de la santé indique seulement qu'une réflexion est en cours à ce sujet[422] et n'a pas encore engagé de réforme.

c) Une meilleure utilisation de l'effet de levier du fonds d'intervention régional

Le fonds d'intervention régional, qui réunit depuis 2012 la plupart des moyens financiers destinés, non seulement à la PDSA et à la PDSES, mais également à la modernisation de l'offre de soins et à la politique de prévention[423], a été institué afin de constituer le levier d'une stratégie globale pour améliorer la qualité des soins, notamment par une meilleure articulation entre la médecine de ville, les urgences et l'organisation des lignes de garde à l'hôpital. Or, les orientations retenues par les agences régionales de santé pour 2012 montrent que les redéploiements ont été très inégaux selon les régions[424].

Il est essentiel que les ARS soient incitées par le ministère de la santé à utiliser mieux la souplesse dans l'allocation des moyens qui leur est désormais permise pour régler plus efficacement des dépenses qui approchent désormais globalement au titre de la permanence des soins 1 900 M€, en ajoutant la PDSA, les frais liés aux pharmacies et aux transports sanitaires (630 M€), les urgences (jusqu'à 530 M€) et la PDSES (723 M€).

B – Informer et sensibiliser le public

Les réformes qui se sont succédé à partir de 2002 se sont traduites, pour la population, par un changement du mode d'accès aux soins. Le point d'entrée du système était avant cette date le médecin de garde, il est désormais la régulation téléphonique.

---

421. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2007*, Les urgences médicales : constat et évolution récente, La Documentation française, février 2007, p. 313-412, disponible sur www.ccomptes.fr.

422. Une enquête nationale de la DREES sur les urgences hospitalières est en cours.

423. Son montant a été porté de 1,5 Md€ en 2012 à 3,3 Md€ en 2013.

424. C'est dans l'enveloppe de la PDSES que les économies les plus significatives devraient être dégagées, celles-ci devant être redéployées vers les missions de modernisation des soins et de prévention. L'enveloppe de la PDSA devrait être, pour sa part, quasiment stable.

À cette modification profonde du fonctionnement du système, qui a fait disparaître les listes de médecins de garde qui étaient publiées dans la presse locale, n'a pas correspondu une communication claire et globale. C'est elle qui doit être conduite à présent.

1 – Des informations fragmentées

C'est le fonctionnement de la régulation médicale qui est le plus opaque pour la population, alors qu'elle conditionne l'accès aux soins aujourd'hui.

Trois raisons au moins expliquent cette situation. En l'absence de messages clairs et généraux, l'information du public repose souvent sur les consignes ou répondeurs des médecins libéraux. Or, ceux-ci donnent des conseils variables. Par ailleurs, la régulation du 15 est en concurrence avec les numéros d'appels des associations de permanence des soins du type de SOS médecins, mais aussi avec le 18, numéro des services départementaux d'incendie et de secours, lorsqu'il s'agit d'aide médicale urgente. Cette juxtaposition d'acteurs intervenant en partie dans le même domaine avec des doctrines et des numéros d'appels différents crée en tout cas une confusion et peu de suites ont encore été apportées à la recommandation de la Cour de regrouper les plateformes des SDIS et des SAMU.

Enfin, la régulation médicale organisée par le SAMU et les médecins libéraux est elle-même mal identifiée. En complément du 15, numéro accessible partout sur le territoire, les médecins libéraux qui y participent ont souvent tenu à disposer du leur, qui les distingue du monde de l'hôpital. Ces numéros spécifiques à la régulation libérale sont au demeurant différents d'un département à l'autre et ont tantôt quatre, tantôt dix chiffres. Des associations de médecins font parfois localement leur promotion, en concurrence avec le 15. Dans certains cas, des numéros d'appels directs à des médecins de garde sont publiés par la presse locale. Dans ces conditions, il est bien difficile pour l'usager de retenir la bonne formule.

L'accès à la pharmacie de garde n'est pas non plus aisé. Le système traditionnel des affichettes posées sur la vitrine de l'officine connait des défaillances. Les modalités d'accès protégé, via la police ou la gendarmerie, ne sont pas toujours comprises. Les systèmes de renseignement par téléphone ou internet ne sont ni universels, ni gratuits.

2 – Des dispositions pour accompagner les nouveaux cahiers des charges qui risquent d'accroître la confusion

Les agences régionales de santé sont désormais responsables de la communication sur la PDSA. Les nouveaux cahiers des charges prévoient d'ailleurs souvent des dispositions spécifiques à ce sujet. Leur étude permet de constater que des stratégies et des actions particulières sont envisagées dans chaque région.

Cette prolifération de messages locaux (certaines ARS, comme celle d'Auvergne, prévoient même des déclinaisons départementales de leurs actions de communication), qui tendront naturellement à reproduire les particularités de l'organisation de chaque région, leurs numéros d'appel différents, leurs modes de mise en œuvre particuliers, risque de masquer les grands principes de la PDSA, comme le passage préalable par la régulation et l'usage du 15, du fait de messages complexes, difficiles à retenir et différents suivant le lieu où ils se trouvent. Elle ne tient pas compte du fait que les Français ne résident pas toute l'année au même endroit et que les périodes où ils se déplacent le plus, les week-ends, les jours fériés, les ponts, correspondent précisément aux pics d'activité de la PDSA. Aucune action nationale n'est pourtant pour le moment envisagée pour sensibiliser la population aux nouveaux modes d'organisation générale de la permanence des soins.

3 – Organiser une campagne d'information nationale sur le bon usage de la PDSA

Une telle action pourrait avoir pour but de présenter et de faire comprendre les grandes lignes et la logique de la permanence des soins, indépendamment de ses déclinaisons territoriales. Elle devrait également s'accompagner d'une campagne pédagogique destinée à combattre le consumérisme médical, à permettre un recours plus pertinent aux urgences et à responsabiliser les citoyens sur le bon usage du système de soins.

C – Le recentrage du ministère de la santé sur un rôle de surveillance et de régulation

Le mouvement de déconcentration renforcé par la loi HPST a été largement mis profit par les agences régionales de santé, qui ont bénéficié d'un cadre où les acteurs locaux étaient responsabilisés par l'existence d'enveloppes budgétaires contraignantes mais où des marges d'adaptation aux réalités locales étaient du même coup ménagées.

Ces évolutions font cependant également apparaître la nécessité de recentrer, en contrepartie, l'action du ministère de la santé pour une régulation plus efficace et plus exigeante du dispositif.

1 – Une gestion par enveloppe plus équitable et plus efficace

a) Une répartition des enveloppes à revoir

Plutôt que de fonder la distribution des moyens sur une analyse des besoins objectifs des régions, le ministère de la santé a donné la préférence à la continuité avec la situation antérieure, en décidant que les enveloppes des ARS ne pourraient pas être inférieures de plus de 4 % aux dépenses constatées précédemment.

Ce choix, qui a permis la consolidation des situations acquises dans les régions où peu de réformes productrices d'économies avaient été conduites jusque-là, engendre des inégalités entre régions au détriment des plus vertueuses. Dans celles qui disposent de ressources comparativement plus élevées, il est une incitation à l'immobilisme ou à l'augmentation excessive des tarifs des astreintes. De ce fait, des économies possibles échappent à l'assurance maladie et de fortes disparités dans les montants des forfaits apparaissent, porteuses d'instabilités futures. L'analyse des premiers cahiers de charges montre ainsi que les forfaits de régulation s'étagent entre 70 et 120 €, tandis que les forfaits d'« effection » en nuit profonde, fixés à 150 € dans de nombreuses régions, atteignent 300 € en Midi-Pyrénées ou en Aquitaine dans quelques secteurs étendus, sans même prendre en compte les formules beaucoup plus onéreuses souvent mises en place pour les effecteurs mobiles (828 € en Loire-Atlantique, dans le cadre d'une expérimentation spécifique[425]).

b) Un champ à élargir

Seules les dépenses de forfaits d'astreinte sont incluses dans les enveloppes des ARS. Les majorations spécifiques aux tarifs des visites et consultations ne le sont pas. Elles continuent de relever du champ conventionnel national.

Cette situation réduit la portée de la stabilisation globale des dépenses puisqu'y échappent près des deux tiers d'entre elles. Elle empêche en outre que la logique de responsabilisation des médecins ne

425. Ce montant se décompose en une astreinte fixe de 450 € et d'une garantie de paiement d'actes, réalisés ou non, pour le solde.

s'étende aux actes médicaux effectués dans le cadre de la PDSA. Pourtant, l'exemple d'une expérimentation mise en place dans la région Pays de la Loire, où l'ARS gère une enveloppe qui couvre aussi bien les forfaits d'astreinte que les majorations spécifiques d'actes, montre que des changements de comportement peuvent apparaître à la faveur d'un dispositif plus englobant[426].

Il convient donc de tirer les enseignements de cette expérience, en examinant les conditions dans lesquelles ses aspects positifs peuvent être transposés au niveau national, dans le cadre d'enveloppes assurant une maîtrise rigoureuse de la dépense.

2 – Un cadre plus strict pour la régulation des appels

Pour ce qui concerne les associations de permanence des soins, il n'est pas possible de se satisfaire de la situation actuelle, où aucun cadre de règle ne s'applique en définitive à leurs plateformes téléphoniques. Une nouvelle tentative pour définir un cadre qui soit commun avec les centres 15 n'aurait de sens que si les choix de base des deux systèmes étaient remis en question, en s'inspirant le cas échéant des exemples étrangers, qui font souvent plus de place aux protocoles et aux infirmiers. Elle pourrait donc conduire à des remises en cause importantes dans le fonctionnement des deux organisations. Une voie plus modeste consisterait à se contenter de définir, à côté des recommandations actuelles de la HAS, qui ne s'appliquent de fait qu'aux centres 15, une nouvelle série de principes normatifs propres aux associations de permanence des soins. Quelle que soit la solution retenue, l'attribution de la majoration spécifique pour régulation, aujourd'hui appliquée sans discrimination à tous les actes réalisés par ces associations, serait à l'avenir subordonnée au respect de ce corps de règles.

3 – Développer le pilotage et l'évaluation

En complément, le ministère de la santé devrait centrer son action sur plusieurs priorités aujourd'hui insuffisamment prises en compte.

Il doit renforcer la surveillance du système, en détectant rapidement les dérives financières ou tarifaires qui peuvent survenir dans

426. En Loire-Atlantique, la première année de l'expérimentation a amené à une réduction de 40 % environ des actes médicaux.

telle ou telle région[427] ; il lui revient encore, par la production ou la commande d'études spécifiques, de contribuer à une meilleure connaissance des moyens mis en œuvre lorsque, comme le montrent les exemples des urgences et des associations de permanence des soins, l'ignorance des coûts et des conditions de bonne utilisation porte préjudice à leur bonne organisation ; il aurait enfin avantage à développer l'étalonnage des moyens d'intervention, notamment lorsqu'ils sont nouveaux, à diffuser les bonnes pratiques et à fournir un cadre à l'évaluation des dispositifs locaux qui permette la comparabilité des travaux menés à ce titre par les agences régionales de santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'abandon brutal de l'obligation déontologique des médecins libéraux d'effectuer la garde s'est traduit par un transfert de responsabilité de la profession à l'État et par une explosion des dépenses de l'assurance maladie qui ont triplé depuis 2001.

Après une décennie de profonds changements, la permanence des soins aborde, avec la mise en place effective de la nouvelle architecture instituée par la loi « hôpital, patients, santé et territoires », une étape décisive.

Elle dispose pour ce faire d'atouts originaux : une organisation déconcentrée sur les agences régionales de santé, qui peut adapter la mise en œuvre des moyens d'action au contexte local tout en responsabilisant les acteurs dans le cadre d'enveloppes budgétaires limitatives, le développement progressif de formules d'intervention plus efficientes et adaptées, l'amorce de l'intégration de la permanence des soins dans une approche plus large de la politique de santé locale dans le cadre du fonds d'intervention régional.

Mais les choix faits à l'occasion de l'élaboration des nouveaux cahiers des charges laissent encore apparaître un dispositif instable, qui peut conduire à la poursuite du cycle de frictions et de déséquilibres qui gouverne la permanence des soins depuis les années 2000.

La mauvaise répartition des enveloppes régionales, la persistance de règles différentes régissant les secteurs des transports sanitaires et des pharmacies, l'insuffisante précision du cadre appliqué aux associations de permanence des soins, la survivance de mécanismes trop lourds pour déclencher les réquisitions, l'articulation trop faible entre la médecine

427. L'expérimentation menée en Pays de la Loire, intéressante par certains aspects, pourrait aboutir à un accroissement de près de 30 % des dépenses si aucune mesure n'est prise pour les contenir, car la réduction de l'activité constatée s'est faite au prix d'une augmentation considérable des tarifs.

libérale et les établissements de soins, l'évolution de la démographie médicale sont porteurs de difficultés futures. La rareté, l'obscurité et la confusion de l'information apportée au public compromettent le bon usage qu'il fera du système et donc l'efficience de celui-ci.

Face à ces multiples fragilités, les autorités de santé ne doivent pas laisser seulement s'organiser les initiatives locales. Elles ont à faire des choix structurants pour préparer l'avenir.

Mais ce dernier dépend au premier chef de l'implication plus active encore des médecins et de leurs instances pour assurer la continuité d'un service essentiel à la population. S'ils n'ont plus de devoir déontologique, leur responsabilité reste entière à son égard.

La Cour formule les recommandations suivantes :

47. recentrer l'action du ministère de la santé sur le pilotage global et la régulation du système, notamment en définissant sans délai les modalités d'une meilleure articulation des urgences et de la permanence des soins ambulatoires ;

48. confier aux agences régionales de santé la responsabilité générale de l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé (permanence des soins ambulatoires, gardes pharmaceutiques, gardes ambulancières) et de leur financement dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des dépenses, y compris de rémunération des actes médicaux, calculées sur des bases objectives ;

49. transférer le pouvoir de réquisition du préfet au directeur général de l'agence régionale de santé ;

50. subordonner le versement de la majoration spécifique aux actes médicaux effectués dans le cadre de la permanence des soins au respect par les associations de permanence des soins d'un corps de règles garantissant l'homogénéité et la qualité de leur mode de régulation ;

51. engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins.

Chapitre XIII

Les dépenses de biologie médicale

PRESENTATION

Les dépenses supportées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie au titre des examens de biologie médicale effectués en ville ont atteint 3,4 Md€ en 2012, dont 2,9 Md€ pour le seul régime général. Le coût de la biologie hospitalière a pu être évalué pour sa part à 2,4 Md€ en 2011. Au total, le coût de la biologie médicale pour l'assurance maladie s'élève ainsi à environ 6 Md€.

Ces dépenses ont connu une croissance particulièrement vive au cours de la décennie écoulée. En 2005 déjà[428]*, ce constat avait conduit la Cour à recommander de favoriser le regroupement de laboratoires très dispersés et la rationalisation de leurs activités, et d'abaisser régulièrement la cotation des actes pour lesquels les progrès techniques très rapides dans ce secteur permettaient des économies d'échelle. Elle avait été amenée à réitérer ses recommandations en 2009*[429]*.*

Une ordonnance de janvier 2010, confirmée par la loi du 30 mai 2013[430] *qui lui a apporté des ajustements limités, a depuis lors rendu obligatoire l'accréditation des laboratoires de ville et hospitaliers et renforcé la médicalisation de la discipline. Cette réforme importante a pour objectif l'amélioration des pratiques de manière à augmenter la qualité des actes. Elle vise aussi à renforcer l'efficience de ce secteur, de façon à permettre selon les termes du rapport de présentation de l'ordonnance, une adaptation des prix des actes à la réalité de leur coût et une adaptation des volumes.*

La Cour a toutefois constaté[431] *que les dépenses de biologie médicale restaient très mal maîtrisées (I). La réorganisation des laboratoires, voulue par la réforme et dont elle est une des conséquences, est encore bien trop timide pour faire baisser les coûts (II). Une action beaucoup plus déterminée est ainsi nécessaire pour faire effectivement et rapidement bénéficier l'assurance maladie des économies très importantes que les gains de productivité de ce secteur autorisent (III).*

---

428. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2005*, chapitre I : les dépenses de la sécurité sociale, La Documentation française, septembre 2005, p. 53-66, disponible sur www.ccomptes.fr.

429. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour2009*, chapitre XVI : le suivi des recommandations formulées par la Cour, La Documentation française, septembre 2009, p. 441-451, disponible sur www.ccomptes.fr.

430. Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, ratifiée par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

431. Cette enquête s'est inscrite dans le cadre d'une demande de la commission des affaires sociales du Sénat, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières.

I - Des dépenses non maîtrisées

A – Un secteur particulièrement mal suivi

La condition première de la maîtrise des dépenses de biologie réside dans la capacité à analyser finement leur évolution, leurs déterminants et les modalités de leur réalisation. La vive croissance des années récentes n'a pourtant pas conduit à approfondir la connaissance de ce secteur, qui reste particulièrement lacunaire.

1 – La biologie hospitalière : une ignorance complète des coûts et de la nature des actes

Les dépenses de biologie médicale hospitalière sont incluses dans la tarification des séjours et leur coût n'est pas isolé. En effet, dans les établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif soumis à la tarification à l'activité, les frais d'hospitalisation du patient font l'objet d'une prise en charge globale par groupe homogène de séjour (GHS). La facturation d'actes de biologie aux caisses d'assurance maladie en supplément du GHS n'est pas possible si ces actes sont en relation avec l'hospitalisation.

En l'absence d'un suivi régulier des dépenses de biologie médicale hospitalière, la Cour a dû demander à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), comme lors de sa précédente enquête, d'effectuer un retraitement des données comptables des hôpitaux pour connaître ce coût consolidé au niveau national. Il en ressort une dépense estimée à 2,4 Md€ en 2011, année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.

La méthodologie de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Le montant des dépenses calculé par l'ATIH à partir des données comptables des hôpitaux correspond à un coût complet comprenant les dépenses de personnels médicaux et non médicaux rattachés aux unités fonctionnelles des laboratoires, les dépenses à caractère médical, les dépenses de logistique imputables aux laboratoires et les charges d'amortissement et de provision. Les dépenses retracées au titre de l'année

2011 portent sur un peu moins de 95 % du total des établissements, mais les plus importants sont inclus.

Aux un peu plus de 2 Md€ de dépenses de biologie médicale pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique s'ajoutent deux types d'activités spécifiques : les actes hors nomenclature[432] (pour 250 M€), les actes des laboratoires spécialisés d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique (pour 127 M€).

La connaissance des volumes d'activités en biologie médicale pour les hospitalisations se heurte aux mêmes difficultés. Le ministère chargé de la santé en donne certes une approche à travers la statistique annuelle des établissements, mais les données, déclaratives, se révèlent fluctuantes et ne donnent pas lieu à exploitation. *A fortiori*, il n'est pas mené d'analyse sur la prescription et la nature des actes et leur évolution.

La Cour avait recommandé en 2005 d'assurer un suivi annuel des dépenses de biologie hospitalière. La mise en œuvre de l'ordonnance de 2010, qui promeut une approche unifiée de la biologie médicale, justifie encore davantage un suivi consolidé de toutes les dépenses, qu'elles soient de ville ou bien à l'hôpital.

2 – La biologie de ville : une méconnaissance de données essentielles

Pour les laboratoires de ville, le montant des dépenses et la nature des actes sont précisément connus grâce aux systèmes d'information que l'assurance-maladie utilise en vue du remboursement de ces actes.

La prise en charge des examens de biologie médicale en soins de ville

Un examen de biologie médicale se déroule en trois phases : la phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur le patient, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon prélevé ; la phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ; la phase post-analytique, qui comprend la validation et l'interprétation du résultat ainsi que sa communication appropriée au prescripteur et au patient.

432. C'est-à-dire les actes qui ne sont pas inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale, et qui relèvent normalement de l'innovation, mais avec une utilité clinique qui reste à préciser.

Le remboursement d'un examen par l'assurance-maladie est subordonné à son inscription à la nomenclature des actes de biologie médicale. Celle-ci comprend environ 1 000 actes répartis en 18 chapitres. Chaque acte est défini par un code, un libellé, un coefficient, et diverses conditions de prise en charge, qui peuvent être de nature médicale ou technique.

Le tarif de l'acte, qui sera facturé par le laboratoire, est défini par un prix de base unitaire correspondant à une lettre-clé (le B, fixé à 0,27 €) multiplié par un coefficient propre à l'acte qui en donne la valeur (par exemple, acte 1104 Hémogramme y compris plaquettes, B31, soit 0,27 X 31 = 8,37 €). S'y ajoutent des forfaits relevant des actes dits de « dispositions générales », comme le forfait de sécurité pour le traitement d'un échantillon sanguin ou le forfait de prise en charge pré-analytique du patient : ce groupe composite comprend 22 actes inscrits à la nomenclature.

Le montant total des honoraires de biologie médicale libérale, qui constitue l'assiette à partir de laquelle les remboursements sont calculés, s'est élevé à 4,3 Md€ en 2012, soit environ 9,5 % des soins de ville[433]. À ce montant s'ajoutent, pour avoir une vision globale des dépenses de biologie médicale libérale remboursées à l'acte, 453 M€ correspondant aux examens réalisés dans les laboratoires de cliniques privées.

Plus de 8 prescriptions sur 10 de biologie médicale sont le fait des médecins généralistes (68,5 %) et de trois spécialités : les gynécologues (9,4 %), les anesthésistes (3,5 %) et les cardiologues (3 %). La consommation de biologie médicale est en outre croissante avec l'âge des patients : les personnes âgées de 60 ans et plus ont été à l'origine de 46,8 % des dépenses de biologie médicale remboursées par la CNAMTS en 2011 alors qu'elles représentaient à cette date 25,3 % de la population. Environ deux tiers des dépenses de biologie concernent les femmes, ceci tenant d'une part à la place de la biologie dans le suivi gynécologique, d'autre part à leur nombre plus important parmi les personnes âgées.

Le secteur reste toutefois très insuffisamment suivi pour permettre une analyse fine de la formation des coûts. Au moment de l'enquête de la Cour, ni le ministère chargé de la santé ni la CNAMTS ne disposent d'études sur les charges du secteur, les gains de productivité réalisés et à venir grâce aux progrès très rapides des automates de traitement en termes de capacité et de vitesse d'exécution.

433. Selon la consommation de soins et biens médicaux retracés dans les comptes nationaux de la santé.

La biologie médicale : une discipline en évolution rapide

Les laboratoires de biologie médicale réalisent depuis longtemps des gains de productivité sur la phase analytique des examens grâce à l'automatisation des procédures. La CNAMTS notait ainsi en 2010 qu'à l'exception de l'examen microbiologique des urines, des selles et des prélèvements gynécologiques, le plus souvent encore réalisés par des techniques manuelles, les autres principaux actes, parmi les 20 premiers en volume et les 20 premiers en dépenses, étaient tous des actes automatisés.

Des cycles d'innovation successifs permettent de réduire les coûts et les temps d'analyse, à la fois en étendant le champ de l'automatisation et en développant les techniques utilisées pour certains examens déjà automatisés. Ils impliquent des cycles d'investissement et poussent à la réorganisation des laboratoires, leur regroupement permettant le développement et la modernisation des plateaux techniques ainsi que la mise en œuvre de procédés plus industriels.

Le marché de l'instrumentation s'est notablement transformé au cours des années récentes. La mise à disposition a gagné du terrain pour tous les types d'automates. Elle permet aux laboratoires de réduire l'investissement initial, avec une évolution vers des systèmes plus automatisés et de plus fortes cadences et l'installation de systèmes entièrement robotisés.

Le modèle traditionnel du laboratoire négociant directement avec un industriel du diagnostic in vitro est en voie de disparition. Un nombre croissant de laboratoires ont rejoint des structures d'achat centralisées afin de négocier des conditions plus favorables permettant de maintenir leur profitabilité. Les prix de vente des industriels ont baissé de manière notable : sur 14 tests significatifs, la baisse de prix a oscillé en 2010 entre 4,4 % et 28 %[434].

Les comparaisons internationales sont pour la plupart anciennes et incomplètes. Les quelques études disponibles mettent cependant en relief un coût unitaire des actes particulièrement élevé en France. Même si ces données doivent être interprétées avec prudence en raison des différences de périmètre de l'examen de biologie médicale et d'organisation des soins entre les différents pays, selon la CNAMTS, une comparaison entre la France, l'Allemagne et la Belgique portant sur dix ordonnances et couvrant environ 40 actes parmi les plus fréquemment prescrits, fait apparaître ainsi un coût unitaire des actes en France de 2 à 10 fois supérieur à celui de la Belgique et de l'Allemagne. Le coût de la numération formule sanguine, premier acte en nombre et en montant

434. Source : *Chiffres clés de l'industrie du diagnostic in vitro 2011*, syndicat de l'industrie du diagnostic *in vitro*. Le marché français du diagnostic *in vitro* représente 16,8 % du marché européen : il se situe à la seconde place derrière l'Allemagne (20,5 %).

d'honoraires, serait, selon la CNAMTS, en France 10 fois plus élevé que celui de l'Allemagne[435].

La connaissance des revenus des biologistes est également très imprécise.

Les revenus des biologistes

Les revenus des biologistes et leur évolution sont mal suivis, comme l'avait déjà montré un rapport de l'inspection générale des affaires sociales en 2006[436]. Selon les données transmises à la Cour par la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens, le revenu moyen des pharmaciens biologistes cotisants s'il connaît une certaine stagnation depuis 2009 après une période de forte hausse, reste très nettement supérieur à celui des pharmaciens d'officine, avec en 2011, 149 961 € contre 91 989 €.

La direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, qui héberge un observatoire des activités libérales, a pour sa part indiqué que selon les données des associations fiscales agréées, sur un échantillon de 545 biologistes, le revenu moyen avait été estimé à 186 000 € en 2010, ce qui en faisait la profession de santé la mieux rémunérée.

En tout état de cause, le montant des prix de cession des laboratoires, qui s'établit désormais à environ 150 % de chiffre d'affaires annuel, voire 200 % et plus, démontre une rentabilité élevée.

De même, certains déterminants de la dépense restent insuffisamment explorés. La consommation d'actes de biologie médicale, mesurée en dépenses remboursables par patient, apparaît notamment plus forte sur le pourtour méditerranéen et dans le Nord-Est. Différents facteurs explicatifs, difficiles à isoler les uns des autres, peuvent être avancés, notamment les caractéristiques démographiques des régions. Il existe toutefois une forte corrélation entre la densité des prescripteurs, le nombre de laboratoires et les dépenses de biologie, qui mériterait d'être approfondie dans ses relations de cause à effet.

435. *Rapport charges et produits*, CNAMTS, juillet 2013.

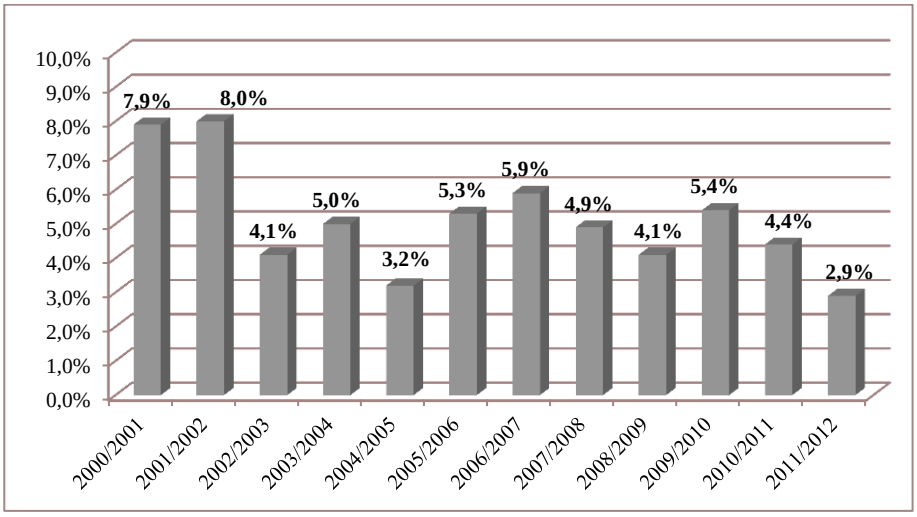
436. Inspection générale des affaires sociales, *La biologie libérale en France : bilan et perspectives*, avril 2006. Selon ce rapport, les revenus des biologistes variaient en 2004, suivant les sources et les périmètres traités, de 140 000 € par an selon leur caisse d'assurance maladie de rattachement à 194 000 € pour un échantillon de l'union nationale des associations agréées correspondant à des biologistes déclarant des revenus non commerciaux.

B – Une très forte hausse des actes de biologie libérale

1 – Une croissance considérable et continue du nombre d'actes

La progression du nombre d'actes de biologie pris en charge par le régime général de la sécurité sociale depuis la fin des années 1990 a été très vive. Selon les données de la CNAMTS, la consommation d'actes de biologie médicale, calculée en nombre de B, est passée de 8,789 milliards en 1998 à 15,835 milliards en 2012, soit +80 % en 15 ans. Le nombre d'actes a progressé de 4,6 % en moyenne depuis 2006. Si un infléchissement se note en 2012, avec une augmentation de 2,9 %, la chronique des années antérieures que retrace le graphique ci-après laisse penser qu'il s'agit plus d'un phénomène conjoncturel, ainsi que le relève le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2013, que d'un ralentissement structurel.

Graphique n° 16 : évolution annuelle du nombre d'actes de biologie 2000-2012 (actes de dispositions générales exclus)



Champ : régime général France métropolitaine et hors sections mutualistes
Source : Biolam CNAMTS

Les comptes annuels de la santé donnent une autre illustration de cette progression des volumes : l'indice de volume des analyses de biologie médicale en soins de ville a progressé de 63,2 % entre 2000 et 2011 alors que celui de l'ensemble des soins de ville n'a augmenté sur la même période que de 35 %.

Les dépenses de biologie sont pour l'essentiel concentrées sur un petit nombre d'actes : sur environ mille actes figurant à la nomenclature, les vingt premiers en montant remboursable représentent en 2011 un peu plus de la moitié (50,2 %) des dépenses de biologie médicale. À eux seuls, les cinq premiers examens représentent près du quart des dépenses : il s'agit de la numération formule sanguine (9,4 % des dépenses), de l'exploration d'une anomalie lipidique, de l'exploration microbiologique urinaire, des dosages de la thyréostimuline et du dosage de la vitamine D.

2 – Des remboursements en forte progression depuis dix ans

La vive progression du nombre d'actes a entraîné une forte augmentation des dépenses de l'assurance-maladie.

Cette dernière les prend au total en charge à hauteur de 69,7 %, 25,3 % étant pris en charge par les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance, et 3,2 % directement par les ménages, le solde correspondant aux remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide médicale d'État. Ce taux de prise en charge global recouvre toutefois des situations différentes : si les actes de biologie médicale non exonérés de ticket modérateur sont remboursés à 60 % par l'assurance maladie obligatoire, la part des prises en charge à 100 % est importante : elle était de 42,1 % en 2009, les dépenses liées aux affections de longue durée ayant nettement augmenté.

L'augmentation des dépenses remboursées par l'assurance maladie a été particulièrement importante au début des années 2000 (plus de 7,3 % en euros constants), puis s'est nettement ralentie en euros constants à partir de 2004 pour atteindre 2,9 Md€ en 2012 pour le régime général et 3,43 Md€ pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Tableau n° 76 : évolution du montant remboursé d'actes en biologie (régime général France métropolitaine et hors sections mutualistes)[437]

En Md€

Années	Montant[438]	Evolution en euros courants	Evolution en euros constants
2000	1,52		
2001	1,62	6,9 %	5,2 %
2002	1,81	11,4 %	9,5 %
2003	1,98	9,4 %	7,3 %
2004	2,08	5,0 %	2,9 %
2005	2,15	3,3 %	1,5 %
2006	2,23	3,8 %	2,2 %
2007	2,30	2,8 %	1,3 %
2008	2,35	2,4 %	-0,4 %
2009	2,40	2,2 %	2,1 %
2010	2,46	2,5 %	1,0 %
2011	2,51	1,9 %	-0,2 %
2012	2,49	-0,9 %	-2,9 %

Source : Cour des comptes d'après données Biolam, INSEE, commission des comptes de la sécurité sociale.

L'union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) a pratiqué depuis 2006 une politique annuelle de baisse du coefficient de certains actes qui a permis de maintenir l'augmentation des dépenses en-deçà de celle du nombre d'actes. En 2012, la conjonction d'une moindre progression des volumes d'une part et de la mise en œuvre d'un nouveau train de baisse de tarifs d'autre part, a entraîné une légère diminution en valeur absolue du montant des dépenses remboursées par rapport à l'année précédente.

Cette baisse semble toutefois de nature essentiellement conjoncturelle. En effet, même si la progression des dépenses s'est infléchie depuis le milieu des années 2000, elle reste importante sur une longue période et le nombre d'actes continue à augmenter. La biologie médicale serait de fait à l'origine de 60 à 70 % de l'élaboration des

437. Le taux d'évolution annuel du montant remboursé diffère de celui du volume des actes notamment pour les raisons suivantes : taux de prise en charge diffèrent selon la situation de l'assuré, modifications annuelles du tarif de certains actes, participation forfaitaire plafonnée restant à la charge des patients.

438. Les données ci-dessous se situent sur le seul champ de la base de données Biolam, c'est-à dire hors facturation de prélèvements et de déplacements.

diagnostics. Le développement de la médecine prédictive[439], les perspectives offertes par certains secteurs comme la biologie moléculaire, le vieillissement de la population sont autant de facteurs qui pèsent et vont peser sur les évolutions à venir susceptibles de renforcer cette place.

La place grandissante qu'occupe la biologie médicale dans le parcours de soins justifie les efforts importants qui restent à consentir pour qu'elle s'exerce dans les conditions les plus efficientes pour les assurés et les plus économes pour l'assurance-maladie.

II - Une réorganisation trop timide pour faire baisser les coûts

L'ordonnance du 13 janvier 2010, précisée et ratifiée par la loi du 30 mai 2013, induit de profonds changements dans les conditions d'exercice de la biologie médicale, en raison notamment de l'accréditation obligatoire des laboratoires. La réorganisation qui en découle est toutefois à amplifier pour qu'en soient dégagés les gains d'efficience que l'on peut légitimement en attendre.

A – L'accréditation : un choix exigeant

1 – Un dispositif ambitieux favorisant les regroupements

L'accréditation vise à reconnaître, sur la base d'une norme internationale[440], la compétence d'un laboratoire de biologie médicale à réaliser des examens.

L'ordonnance de 2010 prévoyait que tous les laboratoires, libéraux et hospitaliers, devaient obligatoirement être accrédités au plus tard au 1er novembre 2016. Ce calendrier a été revu et précisé par la loi du 30 mai 2013 : les laboratoires ne pourront fonctionner à compter du 1er novembre 2016 sans disposer d'une accréditation portant sur 50 % des examens qu'ils réalisent, 80 % à compter du 1er novembre 2018, et 100 % à compter du 1er novembre 2020. Ces paliers portent sur chacune des

439. La médecine prédictive désigne les capacités nouvelles de la médecine, et notamment de la génétique, à déterminer la probabilité pour un individu de développer une maladie donnée.
440. Intitulée « NF EN ISO 15189 ».

familles d'examens de biologie médicale[441]. En outre, pour être accrédités, les laboratoires doivent répondre à des exigences spécifiques résultant de la réglementation nationale[442]. Les modalités ambitieuses d'accréditation ainsi définies singularisent la France en Europe où l'accréditation reste encore le plus souvent une démarche volontaire et qui ne porte pas sur la totalité des actes.

L'accréditation est du fait même de ses exigences un puissant levier de regroupement et de réorganisation des laboratoires, en raison de la révision des procédures et de l'organisation du travail qu'elle implique, ainsi que de son coût, qui concerne principalement la mise à niveau des équipements et du fonctionnement[443]. Ce dernier coût est toutefois variable dans la mesure où il est inversement proportionnel au degré de respect antérieur des exigences du guide de bonne pratique des analyses de biologie médicale, dont les dispositions ont été rendues obligatoires dès 1994 mais qui sont restées d'application inégale.

2 – Des difficultés de mise en œuvre à anticiper

L'accréditation des laboratoires de biologie médicale est délivrée par le comité français d'accréditation (COFRAC), association désignée par décret du 19 décembre 2008[444] comme instance nationale unique d'accréditation en conformité avec la réglementation européenne, qui a créé en son sein à cet effet une section « santé humaine ».

Toutefois, à la fin de l'année 2012, seuls 206 laboratoires étaient déjà accrédités, dont seulement 13 laboratoires hospitaliers, alors que l'on comptait environ 1 500 laboratoires privés et plus de 500 laboratoires en établissements de santé. Au 31 mai 2013, date limite de dépôt des

441. Les familles d'examens sont des sous-ensembles de compétences cohérentes en biologie médicale, qui ont été établis avec l'ensemble des parties intéressées. Six sous-domaines (biochimie, hématologie, immunologie, microbiologie, génétique et biologie de la reproduction) regroupent 16 familles.

442. Réunies dans un document particulier, distinct de la norme internationale, intitulé « SH REF 02 »

443. Le coût de l'accréditation fait l'objet d'évaluations différentes. La direction générale de la santé l'a évalué entre 1 et 1,5 % du chiffre d'affaires des laboratoires. Dans le cadre de son enquête, la Cour a pu connaître l'exemple d'un laboratoire de taille moyenne en fin de procédure, où l'accréditation initiale a représenté 3,66 % du chiffre d'affaires et où son maintien est estimé à 3,34 % du chiffre d'affaires, et d'un laboratoire hospitalier où l'accréditation initiale a représenté 4,8 % du budget et le maintien estimé à 0,8 %, mais hors valorisation des ressources humaines.

444. Décret n° 2008-1401 du 19 décembre 2008 relatif à l'accréditation et à l'évaluation de conformité.

demandes d'accréditation, seuls 80 % des laboratoires privés et 90 % des laboratoires publics avaient déposé dans les délais leur dossier d'engagement dans la procédure.

Si la phase d'examen administratif des demandes, qui doivent donner lieu à décision au plus tard le 31 octobre 2013, est déjà lourde, c'est surtout la programmation des évaluations qui risque de s'avérer problématique. Le principe de l'accréditation reposant en effet sur l'évaluation par les pairs, le COFRAC doit, pour travailler en collaboration avec ses qualiticiens, recruter comme évaluateurs techniques des biologistes médicaux spécialisés dans le domaine évalué. Disposant d'un vivier de 130 évaluateurs, il lui faut pour faire face aux besoins, en recruter au moins 50 supplémentaires en 2013, 100 en 2014 et encore 120 de plus en 2015. De plus, il éprouve des difficultés particulières à recruter des évaluateurs pour certaines familles d'examens, dans les sous-domaines de la microbiologie, de l'immunologie et de la génétique.

Le retard accumulé par les laboratoires pour entrer dans la démarche d'accréditation, en partie lié à l'incertitude dans laquelle ont été tenus les biologistes entre 2010 et 2013 sur les modalités d'application de la réforme, risque ainsi de déboucher sur une saturation des capacités d'évaluation du COFRAC à l'approche de chaque palier. Le premier d'entre eux, où l'accréditation doit porter sur au moins 50 % des examens de chaque famille, est sans doute le plus exigeant.

Les laboratoires qui ne répondront pas aux conditions d'entrée dans la démarche d'accréditation au 1er novembre 2013 ou qui ne respecteront pas les paliers définis par la loi ne seront plus autorisés à exercer leur activité. Les retards actuels doivent être rapidement résorbés, sauf à compromettre le succès de la réforme, avec le risque réel pour le ministère de la santé de devoir recourir, au regard des besoins de santé, à des dérogations pour éviter la fermeture de laboratoires, soit retardataires de leur fait soit en raison de files d'attente liées aux difficultés du COFRAC. Ces risques sont à évaluer et à anticiper par le ministère chargé de la santé et par le COFRAC à travers un tableau de bord précis de l'avancée de la démarche.

B – Une restructuration inaboutie

1 – Un regroupement des laboratoires de ville de nature essentiellement juridique

Avant l'introduction de la réforme de la biologie médicale, la situation française se caractérisait par un morcellement considérable de

l'offre (environ 3 800 laboratoires privés en 2008), la dispersion des laboratoires constituant un frein pour les gains de productivité.

La réforme de 2010 a eu parmi ses objectifs de favoriser les regroupements. De fait, la situation a évolué rapidement : d'après la CNAMTS, le nombre de laboratoires a diminué de plus de moitié. Sur environ 1 500 laboratoires privés fin 2012, il y avait 1 000 laboratoires « mono-site » et 500 « multi-sites » (avec un minimum de 2 sites et un maximum de 60). Ce regroupement a été en effet facilité par la révision du cadre juridique, qui prévoit qu'un laboratoire peut être implanté sur plusieurs sites. Il est également corrélé au développement des sociétés d'exercice libéral, forme juridique qui couvrait 77 % des sites de biologie médicale en 2011, soit deux fois plus qu'en 2000.

Cette réorganisation n'a toutefois pas encore débouché sur une véritable restructuration du réseau. Les laboratoires de moins de 5 M€ de chiffre d'affaires conservaient encore 36 % de parts de marché en 2011. Surtout, ce regroupement touche essentiellement aux structures juridiques et ne se traduit pas, à l'heure actuelle, par une diminution du nombre de sites. Au contraire, selon les statistiques de la CNAMTS, le nombre de ceux-ci reste stable et a même légèrement augmenté depuis 2008.

Tableau n° 77 : nombre de sites de laboratoires privés

1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
3 745	3 800	3 742	3 724	3 698	3 671	3 633	3 630	3 602	3 602	3 611	3 614	3 625

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Selon la direction de la sécurité sociale, si la phase analytique des examens a été largement automatisée, ce qui a permis d'améliorer la rentabilité, les phases pré et post-analytiques n'ont pour leur part pas été optimisées. La part des frais de personnel dans le chiffre d'affaires a augmenté, passant de 43 % en 2005 à 47,1 % en 2012. Selon un syndicat professionnel, chaque site emploierait ainsi en moyenne dix personnes.

Il existe donc encore des gains potentiels d'efficience et de productivité importants à dégager grâce au regroupement plus poussé des plateaux de traitement et à une optimisation des modalités de prélèvement permettant la rationalisation des sites, qui reste largement à conduire.

2 – Une biologie hospitalière en retard

L'ordonnance de 2010 prévoit qu'il ne doit subsister qu'un laboratoire par établissement de santé avec des exceptions possibles pour Paris, Lyon et Marseille ainsi que pour les établissements publics

nationaux[445]. Les laboratoires peuvent toutefois être multi-sites. Par ailleurs, tous les hôpitaux ne disposent pas d'un laboratoire. La direction générale de l'offre de soins, s'appuyant sur la statistique annuelle des établissements, dénombrait 529 laboratoires en établissements de santé fin 2011.

La restructuration de l'offre peut s'appuyer sur des coopérations inter-hospitalières dans le cadre d'une organisation de la biologie hospitalière « de territoire ». L'outil privilégié par la réforme en est le groupement de coopération sanitaire, qui peut soit mutualiser les moyens de plusieurs laboratoires restant juridiquement distincts, soit emporter la constitution d'un laboratoire inter-hospitalier unique.

La restructuration de la biologie hospitalière n'en est toutefois à cet égard qu'à ses débuts. Selon une enquête menée par le syndicat national des biologistes des hôpitaux en 2012, sur 251 réponses obtenues, seulement 33 établissements faisaient état d'une restructuration effectuée, et 95 ne l'envisageaient même pas. La direction générale de l'offre de soins ne recensait début 2013 que quatre groupements de coopération sanitaire, la fédération hospitalière de France recensant quant à elle huit coopérations et projets de coopération en groupement de coopération sanitaire.

Le mouvement de modernisation apparaît ainsi moins marqué au sein des établissements hospitaliers qu'en biologie de ville. La mise en œuvre de la réforme nécessite à cet endroit, comme sur d'autres aspects, un effort soutenu de la part de l'administration centrale, des agences régionales de santé (ARS) et des directions d'établissements.

C – Un pilotage de la réforme à mettre en place

1 – Un défaut d'encadrement et de suivi

La réforme a souffert de l'absence prolongée de ratification de l'ordonnance de 2010 et des incertitudes sur sa modification voire, à un moment donné, sur son avenir même. Ces difficultés ont été aggravées par l'absence corrélative de publication des textes d'application.

Cette situation a fortement entravé la mise en œuvre des nouvelles dispositions. Elle a généré des difficultés d'interprétation, notamment pour les agences régionales de santé, s'agissant par exemple des conditions de réalisation des examens, des modalités de travail des

445. Les hospices civils de Lyon et l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille ont toutefois fait le choix de n'avoir chacun qu'un seul laboratoire multi-sites.

biologistes, ou des décisions à prendre sur les dossiers de transformation ou de regroupement des laboratoires. Elle a également pu favoriser des postures attentistes, de la part des professionnels et des établissements de santé notamment.

La mise en œuvre de la réforme manque plus généralement d'un cadre national, portant sur des objectifs et des modalités clarifiés, dans lequel les acteurs locaux puissent s'inscrire.

2 – Des agences régionales de santé insuffisamment armées

a) Des schémas d'organisation des soins peu structurants

L'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) conformément aux dispositions de la loi du 21 juillet 2009[446] a, pour la première fois, donné lieu à l'intégration d'un volet consacré à la biologie médicale. Toutefois, les agences régionales de santé, qui ont élaboré ce volet en 2011 et 2012, ont été confrontées à des difficultés tenant notamment à la fragilité des données déclaratives recueillies auprès des professionnels et au défaut d'exhaustivité des réponses : plusieurs agences ont cité des taux situés entre 70 et 75 %[447].

Les volets biologie des SROS se révèlent inégaux dans leur contenu. Ils sont essentiellement consacrés à l'analyse de l'offre. Les besoins de la population n'ont été appréhendés que par la quantification des prélèvements effectués : il ne s'agit donc que d'une photographie de l'existant. Une approche plus analytique et plus dynamique était pourtant indispensable pour rechercher une meilleure efficience dans l'organisation des soins. Les schémas s'en tiennent parfois à des déclarations d'intention générales relatives à l'incitation aux regroupements, à la surveillance de la mise en place de l'accréditation, et à l'accès aux soins. Seuls quelques-uns, comme en Midi-Pyrénées ou en Île-de-France, comportent des orientations précises adaptées aux spécificités régionales.

La portée du volet biologie des SROS reste en tout état de cause limitée dans la mesure où il a valeur indicative et n'est pas opposable.

446. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

447. La mise en place fin 2013 d'une première version du système d'information « BIOMED » a pour objectif de faciliter le suivi de l'activité des laboratoires de biologie médicale.

b) Des pouvoirs de régulation difficiles à utiliser

L'ordonnance du 13 janvier 2010 prévoit cependant l'application de règles prudentielles visant à réguler l'offre de biologie médicale dans les territoires de santé et à réduire les risques en cas de défaillance d'un laboratoire. Toutefois, les ARS, chargées de l'application de ces règles, sont très insuffisamment armées pour assumer cette nouvelle mission consistant à contrôler le caractère licite de sociétés commerciales et les « parts de marché » des laboratoires. Leurs agents ne disposent pas de l'expertise nécessaire pour analyser des montages financiers parfois très complexes.

Il en est de même pour les mesures visant à réguler le degré de couverture de l'offre de soins : l'article L. 6222-2 du code de la santé publique donne la possibilité au directeur général de l'ARS de s'opposer à l'ouverture d'un site qui porterait, sur un territoire de santé, l'offre de soins à un niveau supérieur de 25 % aux besoins définis par le SROS ; l'article L. 6222-3 lui permet de même de s'opposer à des opérations de fusions qui porteraient l'activité du laboratoire fusionné à plus de 25 % du total de l'activité réalisée sur le territoire de santé. Or l'absence de fiabilité des données transmises et la difficulté pour les ARS, dont les effectifs de pharmaciens inspecteurs affectés à des missions de contrôle en biologie médicale sont très faibles, de les vérifier, rendent peu opérantes ces dispositions.

La réorganisation de la biologie médicale, ainsi encore largement inaboutie, ne permet pas de dégager des gains d'efficience à hauteur de ce qui serait possible et de réduire à due concurrence les charges de l'assurance maladie à un niveau qui la fasse sortir d'une économie de rente.

III - Un effort impératif d'économies

A – Une action insuffisante sur les tarifs et sur le volume des actes

1 – Des ajustements tardifs et limités des tarifs

Au regard de l'évolution des dépenses de biologie médicale au cours des années 2000, la mise en place d'actions tarifaires visant à maîtriser leur progression a été tardive.

Le prix unitaire de la lettre-clé B n'a pas été revu à la baisse depuis la fin des années 90[448]: il a même augmenté en juillet 2002, passant de 0,26 € à 0,27 €. S'il est depuis lors resté inchangé, ce qui compte tenu de l'inflation équivaut à une réduction de 19 % en termes relatifs de 2002 à 2012, c'est essentiellement en révisant chaque année, mais depuis 2006 seulement, la tarification de certains actes que l'assurance maladie a cherché à peser sur la progression des dépenses.

Ces mesures auraient débouché, selon la CNAMTS, sur un total d'économies estimé à 697 M€ entre 2006 à 2012. Une économie supplémentaire en année pleine de 96 M€ est attendue des ajustements supplémentaires décidés début 2013. Certains actes ont été revus à la baisse plusieurs fois, comme par exemple la numération formule sanguine (code 1104, premier acte en montant total annuel), passée en quatre étapes de B 40 à B 31, soit, en coût unitaire, de 10,80 € à 8,37 €.

Si ces baisses tarifaires ont contribué à modérer la progression des dépenses depuis 2006, elles sont intervenues dans un contexte de croissance très dynamique du nombre d'actes. Elles ont par ailleurs plus correspondu à des gains d'efficience déjà obtenus liés à la modernisation des équipements qu'à une mise sous tension de productivité des laboratoires. Ces derniers ont de fait pu les absorber sans difficultés majeures.

Par ailleurs, les diminutions de cotation ont été tempérées par des mesures en sens inverse, consistant à augmenter la part des actes de dispositions générales, dont le montant a atteint 392 M€ en 2012. Cette augmentation est principalement liée à la création en février 2009 d'un forfait de prise en charge pré-analytique du patient, passé de B 3 (0,81 €) en 2009 à B 14 (3,78 €) en 2013. Au final, si le coût moyen d'un dossier de biologie a diminué de 42,42 € en 2007 à 40,21 € en 2012, la part des actes de dispositions générales est dans le même temps passée de 1,49 € à 5,33 €, soit une multiplication par 3,5 en cinq ans, la faisant représenter désormais 13,2 % du coût moyen d'un dossier contre 3,5 % alors. Cette progression, qui n'est appuyée par aucune analyse de la structure et de l'évolution des coûts des laboratoires, a en réalité constitué une variable de négociation des baisses annuelles de cotation.

448. La valeur de la lettre-clé B était alors passée, en trois baisses successives, de 1,80 F (0,27 €) en 1998 à 1,72 F (0,26 €) en 2000.

2 – Une action trop peu déterminée sur les prescriptions

Dans un rapport récent, l'académie nationale de médecine[449] a relevé que les examens biologiques ne sont souvent pas correctement formulés et hiérarchisés et que leur choix n'est pas toujours judicieux ni leur répétition utile. Les actions sur le volume et la nature des prescriptions constituent de fait un levier essentiel de la maîtrise des dépenses.

a) Des indications à encadrer plus strictement

Le nombre de référentiels de biologie médicale et notamment de fiches de bon usage établies par la Haute Autorité de santé (HAS)[450], qui permettent de guider les prescripteurs et les biologistes dans le choix des examens nécessaires et suffisants, est très faible. De même, très peu d'actions de maîtrise médicalisée, s'appuyant le cas échéant sur ces référentiels, sont menées par la CNAMTS. L'impact des quelques mesures prises est resté inférieur aux objectifs affichés eux-mêmes très peu ambitieux : sur la période 2006-2013, trois actions seulement ont été menées[451] pour un objectif total d'économies de 25 M€ et une réalisation estimée à 11,6 M€.

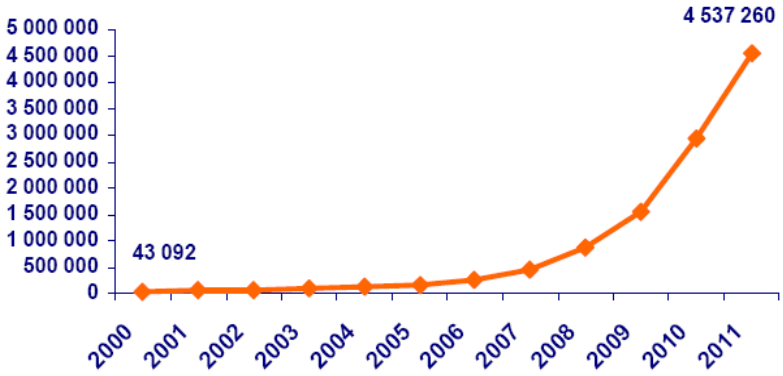
Le temps de réaction par rapport à la constatation de certaines dérives de prescription est en outre trop long. Par exemple, la prescription du dosage de la vitamine D a augmenté de façon fulgurante au cours des années récentes, sans que cette évolution soit adossée à des recommandations de santé publique ou à des nécessités médicales précisément identifiées. En montant remboursable, le coût global de cet examen est passé de 13 M€ en 2007 à 92,7 M€ en 2011, soit une multiplication par sept malgré une baisse du prix unitaire de l'acte. La CNAMTS n'a demandé à la HAS d'émettre une recommandation sur cette prescription qu'en 2010. L'évaluation de l'utilité clinique de ce dosage est toujours en cours.

449. MORNEX, René. *Améliorer la pertinence des stratégies médicales*. Académie nationale de médecine, 8 avril 2013.

450. La HAS distingue les « *recommandations de bonne pratique* » qui déclinent l'ensemble des interventions diagnostiques ou thérapeutiques à envisager pour une pathologie et les « *recommandations de bon usage* » qui sont centrées sur un acte ou un produit de santé.

451. Dosage d'hormones thyroïdiennes en 2008, examens lipidiques et marqueurs pancréatiques en 2010, marqueurs cardiaques en 2011.

Graphique n° 17 : évolution au niveau national du dosage de la vitamine D (code 1139) en nombre d'actes



Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, direction régionale du service médical Provence Alpes-Côte d'Azur - Corse

Une accélération du rythme de production des référentiels est indispensable. Elle pourrait être facilitée par une meilleure identification des priorités en amont et par une hiérarchisation entre ceux des actes qui nécessitent une évaluation lourde de la HAS et ceux dont la recommandation de bon usage pourrait être préparée par la CNAMTS en collaboration avec les sociétés savantes et les professionnels, et simplement validée par la HAS, comme prévu par l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale pour l'établissement de référentiels de pratique médicale : dans ce cas, la HAS rend un avis dans un délai de deux mois, l'avis étant réputé favorable au-delà de ce délai.

L'ordonnance de 2010 a donné un rôle accru aux biologistes sur le choix des actes à exécuter. Cependant, selon la CNAMTS, certains d'entre eux s'orientent plutôt vers un ajout systématique d'actes en complément à ceux prescrits, alors qu'ils sont normalement tenus d'effectuer les analyses et examens en observant la plus stricte économie compatible avec l'exacte exécution des prescriptions[452].

La maîtrise des volumes nécessite en conséquence un encadrement plus rigoureux des indications des examens figurant à la nomenclature, en fonction de leur finalité. Aux termes de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, l'inscription d'un acte à la nomenclature peut en effet être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte.

452. Article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale.

L'action de maîtrise médicalisée sur le diagnostic de la pancréatite aiguë en donne un exemple, qui malgré les lenteurs des procédures, devrait être plus systématiquement suivi. Dès 2001, il avait été préconisé de remplacer le dosage de l'amylasémie par celui de la lipasémie. Devant la persistance des prescriptions de dosage de l'amylasémie, une fiche de bon usage a été rédigée par la HAS en 2009. La nomenclature des actes a été finalement modifiée en janvier 2010 : les cotations des dosages de l'amylasémie et de la lipasémie ne sont plus cumulables, et en cas de prescription combinée ou de prescription de l'amylasémie seule, le biologiste doit réaliser en lieu et place le dosage de la lipasémie.

b) Des actions à mener plus envers les prescripteurs

Les actions visant à l'efficience des prescriptions de biologie médicale en soins de ville sont quasi-absentes des relations de la CNAMTS avec les médecins prescripteurs. La rémunération sur objectif de santé publique mise en place dans la convention médicale signée le 26 juillet 2011 comporte certes quelques dispositions relatives à la surveillance biologique de certaines catégories de patients, mais ces dispositions incitent à la consommation d'actes et non à leur maîtrise. À l'avenir, les prescriptions d'examens de biologie médicale devraient donner lieu à des indicateurs précis, dont le suivi devrait être intégré à la rémunération à la performance mise en place par la convention.

Dans le secteur hospitalier, les établissements ont tout intérêt à maîtriser les volumes d'actes, puisque le coût de la biologie est compris dans les tarifications par groupes homogènes de séjour et que s'éloigner à la hausse du coût national est générateur de risque financier pour l'hôpital. Les outils et méthodes permettant cette maîtrise sont toutefois insuffisamment développés. Ainsi, la prescription connectée, qui suppose un chaînage informatique visant à mettre en place un outil partagé entre cliniciens, biologistes, auxiliaires de soins et gestionnaires, n'existe que dans une minorité d'établissements. Dans le cadre du programme « Hôpital numérique » lancé en novembre 2011, la biologie figure cependant parmi les domaines prioritaires. Parmi les indicateurs retenus, la cible 2017 pour les taux de séjours disposant de prescriptions informatisées a été néanmoins fixée à 40 %, ce qui paraît peu ambitieux.

La prescription connectée ne permet certes pas en soi de réduire le volume d'actes, mais elle facilite une approche plus intégrée des soins et le développement d'actions sur la pertinence des prescriptions (tableaux de bord, actions ciblées sur certains services gros consommateurs,

établissement de fiches de bon usage)[453]. Globalement, et sans préjudice d'une adaptation à la situation spécifique de chaque établissement de santé et à l'évolution de son activité globale, un objectif moyen de réduction de 10 % à 15 % du nombre d'actes à champ constant semble possible, ce qui générerait une économie de 200 à 300 M€.

B – Une politique conventionnelle à redéfinir

1 – Un bilan conventionnel faible

a) Des dispositions sur l'efficience des actes restées lettre morte

Les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés de biologie médicale font l'objet d'une convention nationale signée le 26 juillet 1994, et modifiée de façon substantielle par voie d'avenant en janvier 2004. Le titre IV de cette convention est consacré à l'optimisation des dépenses et de l'efficience des actes de biologie, dont le principe est affirmé dans le préambule. Or ces dispositions, au registre limité dès le départ, ont été mal appliquées et sont aujourd'hui dépassées.

Elles concernaient quatre instruments : un accord de bon usage des soins, des contrats de bonne pratique, des contrats de santé publique et l'établissement de référentiels de prescription. L'application de l'accord de bon usage des soins, relatif à l'amélioration du dépistage des insuffisants rénaux, n'a pas été suivie et aucune étude n'a été menée pour en mesurer l'impact. Les contrats de santé publique, qui concernaient la surveillance biologique des patients sous traitement par anti-vitamine K (soit une dépense afférente de seulement 3,6 M€ en 2011), n'a pas non plus fait l'objet d'une évaluation médico-économique, contrairement à ce que prévoyait la convention. Les contrats de bonne pratique, qui visaient à encourager les démarches qualité contre le versement d'un forfait de 400 € annuel à chaque laboratoire concerné (soit un coût de 222 200 € en 2011), ont été rendus obsolètes par l'instauration de l'accréditation obligatoire. Enfin, s'agissant des référentiels, une seule fiche, concernant la dysthyroïdie, a fait l'objet d'une diffusion auprès des professionnels.

453. Certains établissements ont pris des initiatives en ce sens, comme par exemple l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP) avec la création d'un comité traitant de la juste prescription en biologie, ou le centre hospitalier de la région d'Annecy dans le cadre du « groupe des examens de laboratoire » réunissant cliniciens, biologistes, informaticiens et gestionnaires.

Les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique ont pris fin au 31 décembre 2012. Faute de base juridique, aucun nouveau dispositif n'a été élaboré.

Le bilan de la politique conventionnelle en matière de maîtrise médicalisée des dépenses est donc particulièrement indigent. Les instances paritaires ne se réunissent plus depuis fin 2011. Les tentatives de la CNAMTS visant à réunir un groupe de travail sur les bonnes pratiques et un comité de suivi de la biologie médicale n'ont pas abouti.

b) Le blocage de la révision de la nomenclature

Les dysfonctionnements du dispositif conventionnel font également obstacle à une nécessaire révision de la nomenclature.

Il revient à l'UNCAM de décider de l'inscription, de la radiation ou de la modification des actes après avis de la Haute Autorité de santé et de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, ainsi que de la commission de hiérarchisation des actes de biologie. La décision de l'UNCAM est transmise au ministère de la santé qui dispose d'un délai de 45 jours pour s'y opposer.

La procédure est toutefois totalement bloquée depuis mars 2011. En réaction à la baisse de cotation de certains actes, les représentants des syndicats de biologistes ne siègent que très occasionnellement à la commission de hiérarchisation, la rédaction actuelle du règlement intérieur de cette commission ne permettant pas de passer outre à cette carence.

Le besoin est pourtant important. La maîtrise des dépenses de biologie dépend pour beaucoup de la prise en compte des avancées scientifiques et technologiques et des économies d'échelle qu'elles permettent le cas échéant de dégager. Elle suppose en conséquence l'inscription régulière de nouveaux actes et la radiation parallèle d'actes obsolètes.

Le défaut d'adaptation de la nomenclature est illustré par l'importance prise par les actes hors nomenclature, ou « BHN ». Ces derniers correspondent théoriquement à des actes innovants en cours de validation : ils concernent avant tout l'activité hospitalière, même si la phase analytique peut être conduite par des laboratoires privés. Or, le recueil des actes hors nomenclature contient à l'heure actuelle près de 1 600 actes, de nature très hétérogène, y compris des actes devenus de pratique courante. Il apparaît indispensable de revoir ce référentiel et de le recentrer sur sa vocation première. La direction générale de l'offre de

soins a constitué en juin 2012 un groupe de travail pour piloter cette remise à plat, les travaux ne devant toutefois pas aboutir avant fin 2013.

La révision des actes figurant à la nomenclature et de ceux hors nomenclature devrait en outre être menée de façon coordonnée entre le ministère chargé de la santé et la CNAMTS, ce qui n'est pas le cas pour l'instant. Par ailleurs, au-delà d'une simple actualisation des actes, la structuration même de la nomenclature mériterait d'être réétudiée afin de faciliter les analyses médico-économiques, ce que sa configuration actuelle permet difficilement : la CNAMTS a été amenée à concevoir, afin de mener ses analyses, une typologie différente des actes, en les regroupant en trente « groupes physiopathologiques ».

2 – Un dispositif à rebâtir sur de nouvelles bases

Dans les conditions actuelles de blocage, c'est le dispositif conventionnel lui-même qu'il convient de remettre à plat. L'occasion en est donnée à court terme puisque la convention arrive à échéance en juillet 2014. L'opportunité de sa dénonciation dans les délais contractuels, soit au moins six mois avant son expiration, soit en l'occurrence janvier 2014, doit être saisie, de manière à éviter qu'elle ne se reconduise par tacite reconduction pour cinq nouvelles années.

Sa renégociation permettrait d'inscrire la nouvelle convention dans le contexte de la récente réforme de la biologie médicale et d'en tirer les conséquences.

Elle devrait en outre s'attacher à régler les conditions de la révision de la nomenclature des actes et de son adaptation régulière, en faisant en sorte d'éviter que la situation de blocage actuelle ne puisse se reproduire. Dans l'intérêt même de l'évolution de la discipline et donc de celui des patients, il conviendrait *a minima* de prévoir que la commission de hiérarchisation des actes de biologie siège valablement dans tous les cas à l'issue d'une deuxième convocation, comme il est d'usage pour de nombreuses instances consultatives ou délibérantes.

L'intégration d'actions fortes et suivies touchant à l'efficience des actes et à la maîtrise de leur volume, en relation avec les actions de maîtrise médicalisée à l'adresse des prescripteurs, apparaît en outre indispensable.

Enfin, le nouveau cadre conventionnel doit permettre d'intensifier les adaptations tarifaires. Les mesures d'économie annuelles, qui ont principalement visé à répondre à des soucis d'ajustements conjoncturels, souffrent de ne pas s'inscrire dans une vision structurante de l'évolution de la biologie médicale, en lien avec la réforme en cours du secteur et ses

effets sur l'organisation des laboratoires. Les évolutions du secteur, les progrès techniques et les cycles d'investissement doivent ainsi impérativement être mieux suivis pour bâtir une politique de moyen terme de baisse des tarifs stimulant le dégagement d'économies supplémentaires.

Le coût du B à l'hôpital et le prix du B en soins de ville

Le coût du B a pu être estimé en milieu hospitalier à 0,19 €, selon deux approches concordantes de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation et du référentiel de la base d'Angers[454].

Les deux valeurs du B - 0,19 € pour le coût du B hospitalier, 0,27 € pour le prix du B en biologie libérale - correspondent à deux notions différentes et ne sont donc pas directement comparables. Notamment, le calcul du coût du B hospitalier (qui, dans le cadre du référentiel de la base d'Angers, se veut un outil de comparaison entre hôpitaux) ne prend pas en compte la phase pré-analytique (accueil du patient et prélèvement), généralement réalisée hors du laboratoire, ainsi que certains éléments de la phase post-analytique. Les laboratoires de ville doivent par ailleurs assumer des charges administratives et financière spécifiques. Enfin, s'agissant d'un prix et non d'un coût, le B intègre en biologie libérale la marge du laboratoire.

L'analyse de la différence, qui reste importante, mériterait toutefois d'être approfondie.

Dans l'immédiat, une baisse significative de la valeur de la lettre du B en biologie de ville est souhaitable, afin de rendre à l'assurance maladie une part plus importante des marges que génère l'accélération du progrès technique dans ce secteur et de pousser à une réorganisation en profondeur du réseau, pour réduire durablement le montant des dépenses remboursées de biologie. La dénonciation de la convention permettrait d'intégrer cette baisse dans le cadre du règlement arbitral qui serait alors mis en place dans l'attente de la signature d'une nouvelle convention, si aucun progrès ne pouvait aboutir rapidement dans le cadre des discussions actuellement engagées.

Sur la base du nombre de B constaté en 2012, une baisse d'au moins 0,02 € permettrait une réduction des dépenses d'honoraires de 316 M€. Par application du taux de remboursement moyen des actes de biologie médicale de 69,7 % constaté dans les comptes nationaux de la santé, l'économie annuelle pour l'assurance-maladie serait de l'ordre de 220 M€.

454. Ce référentiel est maintenu par le CHU d'Angers avec la participation d'environ 80 établissements de santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le secteur de la biologie médicale doit gagner très fortement en efficience, dans un contexte de rééquilibrage des comptes sociaux qui exige de l'assurance maladie de mobiliser rapidement toutes les marges d'économies possibles au-delà des actions déjà engagées.

À cet égard, la réforme initiée en 2010 par voie d'ordonnance, récemment confirmée et précisée par le législateur, n'a pas encore porté ses fruits. La réorganisation de la biologie médicale reste inaboutie et n'a pas débouché sur une restructuration suffisante du réseau de proximité, qui représente, selon les données mêmes de la profession, les deux tiers des coûts, la partie proprement analytique des examens en représentant un tiers.

La mise en œuvre de la réforme suppose un suivi exigeant, passant par une publication diligente d'ici fin 2013 de l'ensemble des textes d'application, ainsi que par un pilotage plus actif de la part du ministère chargé de la santé et des agences régionales de santé. Elle implique également une surveillance particulière du processus, exigeant, d'accréditation des laboratoires, afin que les étapes successives fixées par le législateur soient respectées.

Au-delà, la politique de réduction des dépenses doit être repensée et conduite de manière beaucoup plus déterminée, en agissant sur la tarification des actes comme sur leur nombre. Une économie de l'ordre de 500 M€, moitié sur la biologie de ville, moitié sur la biologie hospitalière, pourrait résulter rapidement d'actions résolues dans cette double direction, Le blocage de la révision de la nomenclature des actes de biologie médicale ne peut perdurer. L'adaptation des tarifs est à compléter par une baisse significative de la valeur du B. Dans le même temps, les actions sur le volume des actes et la maîtrise des prescriptions, indigentes, doivent être considérablement amplifiées, en biologie libérale comme à l'hôpital, en multipliant les référentiels, en encadrant plus strictement les indications des actes et en développant une politique active de sensibilisation et d'incitation des prescripteurs.

Ces différentes actions supposent, en milieu hospitalier, un pilotage beaucoup plus ferme de la part de l'administration centrale, des agences régionales de santé et au sein de chaque établissement. Pour la biologie libérale, au regard du blocage des relations conventionnelles, elles appellent une dénonciation avant sa toute prochaine échéance, c'est-à-dire avant le 26 janvier 2014, de la convention signée il y a près de vingt ans entre les caisses d'assurance-maladie et les directeurs de laboratoires privé. Une nouvelle convention est en effet indispensable pour redéfinir un cadre modernisé à même d'intégrer les conséquences de la réforme de la

biologie médicale, de permettre la révision de la nomenclature, d'instaurer une véritable gestion du risque et de conduire une politique tarifaire plus étroitement en cohérence avec les gains de productivité du secteur, passés et à venir, de manière à mettre fin à une économie de rente.

La Cour formule les recommandations suivantes :

52. assurer un pilotage national de la réforme mettant les agences régionales de santé en situation d'assurer une régulation effective de l'activité de biologie médicale et permettant de suivre l'avancée de la démarche d'accréditation des laboratoires ainsi que leur réorganisation ;

53. développer les recommandations de bonne pratique dans le champ de la biologie médicale et encadrer plus strictement les indications des examens ;

54. au sein des établissements hospitaliers, définir un objectif de réduction de 10 à 15 % du volume d'actes à champ constant, dans le cadre de la mise en œuvre de la prescription connectée et d'actions de maîtrise de la prescription ;

55. dénoncer avant fin janvier 2014 la convention entre l'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés qui arrive à échéance en juillet 2014 et négocier sur des bases actualisées une nouvelle convention permettant de maîtriser rigoureusement la dépense ;

56. baisser dans ce cadre sans délai d'au moins 0,02 € la valeur de l'unité de tarification des actes de biologie médicale (lettre-clé B), actuellement fixé à 0,27 € ;

57. relancer la procédure de révision de la nomenclature des actes de biologie médicale.

Chapitre XIV

La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses

PRESENTATION

Deux Français sur trois ont des problèmes de vue et, au-delà de 55 ans, la moitié a des troubles de l'audition, proportion qui tend à s'accroître avec le vieillissement de la population.

L'optique correctrice et les audioprothèses représentent ainsi un marché annuel total évalué en 2011 à 6,1 Md€ environ, dont 5,3 Md€ pour la seule optique, soit le tiers environ de la dépense globale en dispositifs médicaux[455].

Ces produits ne sont que très peu pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : la dépense de remboursement supportée par celle-ci n'a atteint en 2011 que 313 M€ (199 M€ pour l'optique et 114 M€ pour les audioprothèses). Inversement, il s'agit d'un domaine d'intervention très important pour les institutions d'assurance maladie complémentaire qui ont, en particulier, acquitté en 2011 une charge de 3,65 Md€ au titre de l'optique et de 246 M€ au titre des audioprothèses[456].

Dans le prolongement de précédents travaux sur le partage des dépenses de santé entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire[457]*, la Cour a examiné les conditions dans lesquelles les organismes de protection sociale prenaient en charge ces dépenses.*

Elle a constaté que le marché de l'optique et des audioprothèses, en croissance rapide, était opaque et peu concurrentiel (I). Les prix élevés qui en résultent pèsent d'autant plus sur les assurances maladies complémentaires et les assurés sociaux que la participation de l'assurance maladie obligatoire, traditionnellement faible, ne cesse de s'éroder (II). Dès lors, de nouveaux modes de régulation devront être mise en place pour remédier à cette situation (III).

455. Selon le code de la santé publique, les dispositifs médicaux sont des objets utilisés à des fins médicales et qui ne sont ni des médicaments ni des produits biologiques.

456. Source : avis et rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2013.

457. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, La Documentation française, septembre 2011, p. 289-320, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Des marchés dynamiques mais opaques et peu concurrentiels

A – Des dépenses en croissance forte et régulière

Les dépenses d'optique connaissent depuis des années une croissance soutenue et qui devrait perdurer. Celles d'audioprothèses, nettement plus modestes certes et peu aisées à appréhender, s'inscrivent dans la même tendance.

L'ensemble des dépenses de dispositifs médicaux en ambulatoire a connu une croissance très soutenue puisque ces dernières ont crû de 69 % en volume entre 2000 et 2011.

Si le marché de l'optique a crû de 36 % en volume, celui des prothèses (incluant les audioprothèses), orthèses[458] et véhicules pour personnes handicapées a progressé de 62 %.

Une connaissance insuffisamment précise des dépenses de produits médicaux

La dépense des dispositifs médicaux consommés en ambulatoire est appréhendée annuellement par les comptes de la santé.

Tableau n° 78 : dépenses de biens médicaux dans les comptes nationaux de la santé - dépenses en ville

En M€ constants 2011

Année	Optique	Prothèses, orthèses, VHP*	Matériels et Pansements	TOTAL
2000	3 914	1 384	1 931	7 227
2002	4 366	1 567	2 504	8 438
2004	4 597	1 667	3 016	9 280
2006	4 810	1 820	3 471	10 101
2008	4 962	2004	4 100	11 065
2010	5 238	2 167	4 433	11 838
2011	5 329	2 248	4 603	12 180

**véhicules pour personnes handicapées*

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, comptes de la santé

458. Appareil orthopédique destiné à soutenir une fonction locomotrice déficiente et fixé contre la partie atteinte (attelle, gouttière ou corset).

Si les comptes de la santé distinguent l'optique (5,33 Md€), vu sa masse, ils ne retracent par ailleurs que deux grands postes de dépenses de dispositifs médicaux : les matériels et pansements (4,6 Md€ en 2011) d'une part, les prothèses, orthèses et véhicules pour personnes handicapés (2,25 Md€) de l'autre. Ils n'individualisent notamment pas, au sein de ce dernier poste, les dépenses correspondant aux audioprothèses.

Le comité économique des produits de santé, qui est chargé d'établir les tarifs de remboursement et les prix limites de vente des dispositifs médicaux, ne dispose pas, quant à lui, de statistiques sur les ventes de dispositifs médicaux. Le projet d'élaboration d'une base de données avec les fabricants n'a pas abouti.

Ces rythmes d'augmentation sont très supérieurs sur la même période à la fois à ceux de la population française (+7,3 %) et de la population âgée de 60 ans (+21,3 %). Le vieillissement de la population entretiendra cette dynamique, toutes choses égales par ailleurs.

Bien que des études épidémiologiques précises fassent étonnamment défaut pour notre pays, l'accroissement de la presbytie, due à l'allongement de la durée de vie, et celle de la myopie, en particulier chez les jeunes, sont des tendances longues constatées mondialement. La population connaissant des troubles de l'audition, dont les estimations varient entre 6,2 et 10,2 millions de personnes selon les enquêtes, devrait aussi continuer à progresser de manière significative, du fait, pour l'essentiel, de l'augmentation de la population âgée et très âgée. La prévalence des troubles de l'audition commence à se constater dès 55 ans et la faiblesse du taux d'équipement laisse augurer une forte croissance de ce marché.

B – Des marchés peu concurrentiels, opaques et chers

Chacun de ces deux secteurs est dominé par quelques très gros fabricants. La société Essilor représenterait avec ses filiales les deux-tiers des verres correcteurs vendus en France. Les montures des lunettes sont fabriquées à plus de 40 % par trois fabricants italiens de taille internationale. Le marché des audioprothèses est tenu par les six fabricants qui se partagent l'essentiel du marché mondial[459].

459. Il s'agit de Sonova, Siemens, William Demant, Starkey, GN Resound et Widex.

1 – Des prix élevés

Le niveau des prix de l'optique correctrice et des audioprothèses demeure élevé[460] alors même qu'on pourrait logiquement s'attendre à une tendance significative à la baisse du prix de ces équipements, les audioprothèses étant des produits électroniques produits en série et les lunettes étant faites de résines dont le coût de production tend structurellement à diminuer.

Ces prix élevés sont notamment expliqués par le rôle prescripteur des distributeurs. Le patient n'est très généralement pas en mesure de choisir son équipement en toute connaissance de cause. Le distributeur (opticien ou audioprothésiste) oriente notablement son choix. Comme l'a considéré l'Autorité de la concurrence, les opticiens « ont une grande influence sur le choix des consommateurs »[461], le rôle de l'opticien « est décisif dans le choix par le patient de ses montures, de ses verres correcteurs ou de ses lentilles de contact »[462] et l'optique se distingue « par la forte asymétrie d'information en défaveur des consommateurs »[463].

De même, en l'absence – fréquente -, de prescription précise de la part du médecin, qui n'est pas nécessairement un oto-rhino-laryngologiste (ORL), un audioprothésiste peut conseiller préférentiellement le recours à un produit haut de gamme, ce qui expliquerait qu'en France, à plus de 90 %, ce sont les audioprothèses relevant de la classe la plus chère qui sont vendues[464].

---

460. C'est aussi le constat fait par l'étude économique « l'optique en France », David Martimort et Jérome Pouyet, cabinet *Altermind*, avril 2013, qui relève que « le niveau des prix de l'optique apparait élevé, dans un secteur assez opaque ».

461. Décision n° 02-D-36 du 14 juin 2002 relative à des pratiques relevées dans le secteur de la distribution des lunettes d'optique sur le marché de l'agglomération lyonnaise ».

462. Avis n° 10-A-11 du 7 juin 2010 relatif au conseil interprofessionnel de l'optique.

463. Avis n° 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés.

464. Les audioprothèses sont classées pour leur prise en charge en quatre catégories, de A à D. La classe A est destinée aux patients ayant une surdité dite « simple » « avec un type de perte homogène en fréquences, vivant dans un environnement sonore calme et ayant une activité sociale simple et/ou réduite » ; la classe D, la plus sophistiquée, correspond aux sourds « ayant un profil audiométrique complexe » et « vivant dans un environnement sonore fluctuant ». Au sein de la « classe D », le prix moyen d'une prothèse de haut de gamme se situe, selon les réseaux, autour de 1 900 € (1 836 € en 2011 selon le réseau de soins *Kalivia*, 1 952 € selon le réseau *Santéclair)*.

Par ailleurs certaines modalités de vente moins coûteuses pour les assurés ne sont guère diffusées en France. L'absence de mention obligatoire sur les ordonnances des ophtalmologues de l'écart pupillaire constitue à cet égard une difficulté souvent évoquée.

C'est particulièrement le cas pour la vente de lunettes sur Internet[465] qui est plus élevée dans plusieurs pays comparables[466], sans problème majeur, et en a fait chuter le prix[467]. De même la part des ventes faites dans les grandes surfaces par rapport à l'ensemble des canaux de distribution de l'optique [468] tend à baisser alors qu'elle augmente plutôt dans d'autres pays occidentaux à partir certes d'un pourcentage encore faible : cette part était en 2009 de 7 % environ en France (7,7 % en 2004), 8 % en Espagne (7 % en 2004), 4,9 % aux États-Unis (4,4 % en 2004), 3,7 % au Royaume-Uni (3,1 % en 2004).

S'agissant des audioprothèses, des pratiques d'achat groupé permettent, en Allemagne ou en Suède par exemple, des prix réels pour le patient très inférieurs aux prix constatés en France.

De fait, sur les marchés français de l'optique et de l'audioprothèse, les critères de détermination des prix sont opaques, la comparaison des prix est très malaisée et la concurrence entre les principaux producteurs apparaît limitée[469] : ce manque de transparence peut faire craindre que le patient français ne « surpaye » ces équipements. En tout état de cause, pour l'optique, le « panier » français est plus de deux fois supérieur à la moyenne des quatre grands pays voisins, comme le montre le tableau ci-après. Cet écart s'expliquerait pour partie par des différences de taux de TVA, par la préférence française pour des montures haut de gamme et par un taux d'équipement plus élevé en verres progressifs.

465. La part de la vente en ligne sur le chiffre d'affaires de l'ensemble du secteur est estimée selon les sources entre 0,1 % et 1 %. L'institut GFK estime le chiffre d'affaires sur Internet autour de 50 M€ (0,9 % du marché).

466. La vente en ligne représenterait 10 % du secteur aux États-Unis et 5 % en Allemagne.

467. Sont évoqués à cet égard l'Allemagne, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada ; dans ce dernier pays, le prix des lunettes est trois fois moins cher sur internet qu'en magasin. Cf. André Babeau, « le prix trop élevé des lunettes en France n'est pas une fatalité », *Les Echos*, 9 novembre 2012.

468. Y compris l'optique solaire. Source : étude de la Financière de la Cité, 2011.

469. Voire très limitée. L'étude précitée sur l'optique considère à cet égard que sont mises en œuvre dans ce marché des stratégies anticoncurrentielles de « forclusion » (« l'exercice par une firme dominante sur un marché amont de pratiques cherchant à contraindre certaine firmes ou certains consommateurs du marché aval dans leur accès à un produit essentiel et difficilement reproductible »).

Tableau n° 79 : le marché de l'optique dans quelques pays en 2010

Rubrique	France	Royaume-Uni	Espagne	Italie	Allemagne	États-Unis
Pourcentage de porteurs de lunettes sur l'ensemble de la population	64 %	61 %	60 %	ND	ND	64 %
Nombre de points de vente d'optique	11 170	6 980	9 090	10 650	11 960	20 000
Nombre d'habitants par point de vente	5 800	8 900	5 170	5 680	6 830	15 000
Dépense d'optique/habitant en €	88	49	30	36	54	
CA/point de vente en K€	511	438	155	205	366	
Satisfaction des clients (2011)[470]	16ème	15ème	2ème	1ère	4ème	SO

Source : Bien Vu/L'observatoire de l'optique, février 2012.

2 – Des marges importantes

Dans les deux secteurs, le niveau des prix s'explique dans une large mesure par celui des marges des intervenants de la filière[471].

Les prix de vente des verres correcteurs par les fabricants connaissent, selon des études récentes, une dispersion considérable, entre un verre unifocal dit « de stock » (autour de 1 €) et un verre progressif personnalisé avec options (autour de 180 € hors taxes). À ces montants, pour un verre avec options (soit les ¾ des verres), l'opticien appliquerait, selon les mêmes études, une marge brute variant entre 40 € et 240 €. Les prix des montures sont également très variables : de 1 € à 2 € pour les montures fabriquées en Extrême Orient mais jusqu'à 150 € pour des montures « de créateur », prix auxquels est appliqué un coefficient multiplicateur moyen qui serait proche de trois pour le haut de gamme et de six en moyenne pour les produits bas de gamme.

470. La satisfaction des clients mesure, selon le tableau de bord des marchés de consommation de la Commission européenne (6ème édition, octobre 2011), le classement de la satisfaction des consommateurs des pays membres de l'Union à l'égard des biens d'optique, sur un total de 21 classes de biens de consommation. La place moyenne de l'optique en Europe est la 3ème.

471. En 2002, l'Autorité de la concurrence avait relevé que, s'agissant de l'optique, « les marges dans le secteur sont élevées » (décision du 14 juin 2002 mentionnée ci-dessus).

Une part non négligeable de la marge est constituée par le jeu des options[472], inégalement utiles et dont certaines sont vendues sans pouvoir être dissociées des verres. Au total, pour une paire de lunettes, la marge brute moyenne serait supérieure à 300 € mais pourrait excéder 600 € pour une monture « de créateur » avec verres progressifs à options.

80 % de la valeur du secteur de l'optique et de celui des aides auditives seraient créés à la phase de la distribution (distributeurs en gros et détaillants)[473].

La pratique de l'« ajustement »

Une pratique très fréquente des distributeurs, dite de « l'ajustement[474] », consiste à conduire le client à faire converger son panier d'achat vers le remboursement maximum prévu par son contrat d'assurance maladie complémentaire (voire à surfacturer les verres, fréquemment mieux remboursés que les montures) ; cette pratique permet aussi de faire profiter les clients d'avantages divers, présentés comme des « cadeaux ». À cette fin, il lui est souvent demandé, dès le premier contact, d'indiquer l'identité de son assureur.

Ce comportement conduit, comme l'Autorité de la concurrence l'a relevé en 2009[475], à « une relative indifférence de l'assuré aux prix pratiqués ». *In fine*, il contribue à « une augmentation du niveau des primes d'assurance complémentaire » ainsi qu'au niveau élevé des prix de l'optique.

Une autre pratique contestable consiste à rappeler au client qu'il peut se faire rembourser un équipement d'optique chaque année, en lui suggérant de « revenir au mois de janvier » pour un renouvellement alors qu'il n'y a pas de nouveau besoin médical ou pour faire prendre en charge le coût de lunettes de soleil.

472. Les nombreuses options proposées (anti rayures, anti reflets, anti buée…) conduisent à une augmentation rapide du prix moyen des lunettes : à titre d'exemple, les traitements antireflets peuvent atteindre 85 €, les traitements antibuée, 45 € par verre. Les options sont notablement concernées par la pratique de « l'ajustement » (cf. ci-dessous).

473. La Financière de la Cité, *Le secteur de l'optique-lunetterie*, avril 2011.

474. Pratique également dénommée « optimisation de facture ».

475. Avis précité. Il observe que ce schéma peut être « positivement perturbé » par la mise en place de réseaux de professionnels agréés (réseaux de soins, cf. *infra*).

La Cour de cassation a eu l'occasion de juger des pratiques abusives, voire des fraudes, dont des organismes d'assurance maladie ont été victimes[476].

Sur de telles bases, l'équilibre économique d'un point de vente serait ainsi atteint par la vente de deux à trois paires de lunettes par jour ouvré en moyenne.

Ces marges expliquent l'évolution très dynamique du nombre des magasins et points de vente d'optique, qui s'est accru de près de moitié en 11 ans pour atteindre 11 344 au 1er janvier 2011 et 11 400 environ en juin 2012. Ce dynamisme est d'autant plus notable si on compare la densité respective de la France et des pays étrangers. La France dispose ainsi pratiquement du même nombre de distributeurs que l'Allemagne pour une population inférieure de 20 % et de 5 000 points de vente de plus que le Royaume-Uni, pour une population équivalente.

Tableau n° 80 : évolution du nombre et du chiffre d'affaires des opticiens

	2000	2005	2007	2009	2010	2011	2011/2000
Nombre d'opticiens	10 012	15 363	17 389	19 893	21 055	23 675	+136 %
Chiffre d'affaire moyen par point de vente en milliers d'€ HT	NC	543	529	525	520[477]	514	SO
Nombre de points de vente	7 910	8 902	9 889	11 139	11 168	11 344	+43 %

Source : L'opticien/lunetier/GFK

L'accroissement rapide du nombre de points de vente (+43 % entre 2000 et 2011) conduit chaque opticien à répercuter ses frais fixes sur un volume de ventes moins élevé, ce qui augmente le prix unitaire du bien vendu[478].

476. Cass. crim., 23 septembre 2009, Xavier X et SARL Hadex : fausses ordonnances et feuilles de soins destinées au remboursement de lunettes de soleil et surfacturations. La Cour mentionne à cet égard un « système de fraude généralisée qui s'inscrivait dans le cadre d'une véritable politique commerciale ».

477. Le léger écart avec la valeur retracée pour 2010 par le tableau précédent s'explique par la différence de sources.

478. Dans son avis précité, l'Autorité de la concurrence observe que « le bon fonctionnement de la concurrence n'est pas toujours proportionnel au nombre d'opérateurs présents sur le marché (…). L'autorité est conduite à s'interroger sur « l'existence d'un excès d'offre ».

Pour les audioprothèses, serait appliqué selon certaines études un coefficient multiplicateur moyen de 3 à 3,5 sur le prix d'achat, soit une marge brute de 2 500 € pour une paire d' « oreilles » haut de gamme, les plus vendues. La vente d'un équipement par jour suffirait au distributeur pour être rentable.

Les différentes enquêtes qui ont pu être réalisées convergent ainsi sur le fait que le niveau des prix de l'optique et des audioprothèses apparaît dans l'ensemble élevé dans notre pays. Parallèlement, leur prise en charge est limitée.

II - Une très faible prise en charge par l'assurance maladie obligatoire qui pèse sur les assurances maladie complémentaires et les assurés

A – Une participation de plus en plus symbolique de l'assurance maladie obligatoire

La base de remboursement, dénommée « tarif de responsabilité », varie, pour un adulte, entre 2,29 € pour le verre correcteur le plus simple[479] et 24,54 € pour un verre progressif[480] ; pour un jeune de moins de 18 ans, les tarifs correspondants sont de 12,04 € et 66,62 €. Le tarif des montures est de 2,84 € pour un adulte, de 30,49 € pour un jeune. Ces montants n'ont fait l'objet d'aucune revalorisation depuis des décennies[481].

À ces tarifs s'applique un taux de remboursement, qui a été réduit de 65 à 60 % en mai 2011.

Dès lors, les lunettes dont la correction des verres est la plus simple (plus de 2,1 millions de paires vendues en 2011) sont remboursées 4,44 €[482] à un adulte et 32,73 € à un jeune. La classe de lunettes la plus vendue[483] (près de quatre millions de paires en 2011) est remboursée 9,20 € à un adulte et 36,21 € à un jeune. Les lunettes à verres progressifs

479. Verre simple, sphère de -6 à +6.
480. Verre multifocal, sphère de -8,00 à +8,00.
481. Ni la direction de la sécurité sociale ni la CNAMTS ne sont au demeurant en mesure d'indiquer la date de la dernière modification de la base de remboursement.
482. Soit (1,37 € x 2) + 1,70 €.
483. Paire de lunettes à sphère de -6,00 à +6,00.

de correction élevée (2,6 millions de paires vendues en 2011) sont remboursées 14,14 € pour un adulte et 70,61 € pour un jeune.

Compte tenu du prix d'acquisition moyen des lunettes avec des verres unifocaux, options comprises (amincissement, « antireflets » en particulier) ou avec des verres progressifs, qui était en 2011 respectivement de 304 € et de 589 € selon les données de la CNAMTS[484], le taux de remboursement moyen par l'assurance maladie obligatoire pour les adultes sur le prix réel d'une paire de lunettes est de 1,5 % pour des verres unifocaux de correction simple, de 3 % environ pour des verres plus complexes, de 1,7 % pour une paire munie de verres progressifs, soit des taux absolument dérisoires[485] .

Selon les données transmises, à la demande de la Cour, par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie obligatoire des assurés sociaux ayant effectué un achat d'optique correctrice, tous produits confondus, était en 2010 de 394 €.

Sur le plan macro-économique, le désengagement rampant de l'assurance maladie obligatoire est confirmé par les comptes de la santé : comme le montre le tableau ci-après, elle finançait en 2006 3,9 % de la dépense d'optique correctrice mais 3,6 % seulement en 2011

484. Selon une moyenne d'autres sources (institut GFK, *Que Choisir ?* et données issues des réseaux de soins sur les prix « hors réseaux »), le prix d'acquisition moyen, hors options, était en 2011/début 2012 de 299 € pour des lunettes avec verres unifocaux et 621 € pour une paire avec verres progressifs. Tous ces prix sont TVA comprise (19,6 %). Ces moyennes recouvrent toutefois des écarts importants selon les enseignes.

485. L'autorité de la concurrence évaluait en 2009 la prise en charge moyenne d'une paire de lunettes pour adulte par l'assurance maladie obligatoire à 8 € et celle d'un enfant à 38 €.

Tableau n° 81 : la prise en charge des dépenses d'optique (2006 – 2011)

En M€ courants

	AMO	État et CMUC[486]	Mutuelles	Assurance	Instituts de prévoyance	Total AMC	Ménages	Total
2006	175	60	1 350	557	619	2 526	1 682	4 444
Part du total	*3,9 %*	*1,4 %*				*56,8 %*	*37,8 %*	*100 %*
2008	184	62	1 483	729	754	2 966	1 572	4 783
Part du total	*3,9 %*	*1,3 %*				*62 %*	*32,9 %*	*100 %*
2010	195	67	1 627	914	868	3 409	1 459	5 130
Part du total	*3,8 %*	*1,3 %*				*66,5 %*	*28,4 %*	*100 %*
2011	193	76	1 736	957	952	3 645	1 416	5 329
Part du total	*3,6 %*	*1,4 %*				*68,4 %*	*26,6 %*	*100 %*

Source : Cour des comptes/comptes nationaux de la santé.

Les audioprothèses ne sont guère mieux prises en charge. Pour les patients au-delà de 20 ans, la base de remboursement est de 199,71 € par oreille. Comme pour l'optique, le taux de remboursement a été diminué en 2011, passant de 65 à 60 %. Dans ces conditions, l'assurance maladie obligatoire rembourse 120 € environ par oreille adulte, quelle que soit la catégorie de l'appareil, ce qui inclut la prestation de l'audioprothésiste (adaptation de l'appareil et suivi) et la TVA (à 5,5 % au lieu de 19,6 % pour l'optique). Pour les jeunes de moins de 20 ans[487], le montant remboursé varie de 540 € pour la classe A à 840 € pour la classe D.

Les frais d'entretien et de réparation bénéficient aussi d'un remboursement partiel.

Compte tenu d'un prix d'acquisition moyen de 1 535 € en 2011 selon la CNAMTS, le montant moyen de reste à charge par oreille après intervention de l'assurance maladie obligatoire s'élevait en 2011 à 1 400 € environ pour un adulte, soit un taux moyen de reste à charge de 91 %. Ce taux monte en réalité à 94 % pour l'acquisition, hors réseau de soins, d'une prothèse de gamme supérieure. Les jeunes et les personnes aveugles (5 % des usagers) bénéficient d'un taux de reste à charge sensiblement moindre, entre 54 % et 59 % selon le type d'appareil.

486. Comprend notamment les prestations relatives à l'aide médicale d'État, certains soins d'urgences et les prestations versées aux bénéficiaires de la CMUC affiliés aux régimes de base.

487. Ainsi que pour les personnes qui sont à la fois aveugles et malentendantes.

De manière générale, l'optique et les aides auditives font ainsi partie pour l'AMO des « petits risques » dont elle s'est presque totalement désormais désengagée.

La paralysie de la révision des « lignes génériques »

Un décret du 23 décembre 2004 a prolongé, « à titre transitoire », au plus tard, jusqu'au 31 juillet 2015, la durée de validité de l'inscription au remboursement des produits et des prestations définis sous forme de description générique. Il a prévu que, pour chaque année à compter de 2005, un arrêté précise, après avis de la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP)[488], les descriptions génériques dont l'inscription arriverait en fin de validité au 31 juillet de l'année suivante et qui feraient l'objet d'un examen en vue d'un renouvellement d'inscription.

S'agissant de l'optique, un arrêté intervenu en mars 2009 a prévu qu'elle figurerait parmi les descriptions génériques à examiner au titre de 2011. Depuis lors, rien ne s'est passé.

Pour les audioprothèses, un arrêté de juillet 2005 avait fixé leur examen au titre de l'année 2006. Mais c'est en avril 2008 seulement que la commission a rendu son avis, qui proposait une nouvelle nomenclature et l'actualisation des prescriptions techniques. Depuis lors, les choses sont restées en l'état.

Cet enlisement de l'action publique a pour effet de pénaliser nombre de patients ainsi que des fabricants qui proposent des solutions innovantes.

Davantage encore que pour les soins dentaires, le financement de l'optique et des audioprothèses par l'assurance maladie n'a plus qu'un caractère résiduel : pour les adultes, 2 % environ du coût des lunettes, 6 % à 8 % de celui des audioprothèses. Pour les jeunes, sa participation est plus élevée mais demeure modeste et, pour les audioprothèses, en pratique marginale étant donné le très faible effectif concerné. Le montant total des remboursements par l'AMO était en 2011 de 199 M€ (175 M€ en 2006) pour l'optique et de 114 M€ pour les audioprothèses.

Ne représentant pour elle qu'un enjeu financier très secondaire, l'assurance maladie obligatoire s'est complètement désintéressée de ces domaines. Malgré quelques velléités exprimées dans son rapport sur les

488. La CEPP était une commission de la Haute Autorité de santé chargée, en application du code de la santé, de donner un avis sur l'inscription sur la « liste des produits et prestations remboursables » des dispositifs médicaux à usage individuel. Elle a été remplacée en 2009 par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS).

risques et charges pour 2012[489], elle ne procède à aucune gestion active du risque dans ces secteurs et abandonne totalement ses responsabilités aux institutions d'assurance maladie complémentaire, sans stratégie d'ensemble, comme déjà constaté par la Cour en matière dentaire.

B – Une prise en charge importante par l'assurance maladie complémentaire

La quasi-disparition de l'assurance maladie obligatoire du champ de la prise en charge, qui signe un grave échec au regard des principes mêmes qui la fondent, a conduit les organismes d'assurance maladie complémentaire à se comporter en acteurs de substitution, conduisant à certaines dérives dans les contrats.

1 – Une place essentielle et croissante dans le financement de l'optique

Selon les comptes nationaux de la santé, les institutions d'assurance maladie complémentaire assurent dans le financement de l'optique correctrice une part considérable : 68,4 % du total en 2011 (3,65 Md€)[490], soit près de 20 fois la part de l'assurance maladie obligatoire et plus de 2,5 fois le montant du reste à charge final pour les ménages (1,42 Md€).

Cette prise en charge est en croissance rapide : elle a augmenté de près de 12 points depuis 2006, corrélativement à la baisse, du même ordre de grandeur, de la part des ménages, même si ceux-ci n'en ont pas toujours conscience.

Ces données sont à rapprocher de la dernière enquête annuelle menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des organismes d'assurance maladie

489. La CNAMTS avait alors proposé de définir un label « qualité » qui comprenait l'engagement pour l'opticien d'offrir à toutes les personnes à la CMUC un choix plus large, dans le cadre du « panier de soins CMUC », par exemple des verres antireflet ou une gamme plus variée de montures. Il était aussi envisagé que l'opticien s'engage sur un montant maximum de reste à charge. En contrepartie, il aurait pu faire état de ce label.

490. Pour 2012, les données provisoires des comptes de la santé font état d'un montant de remboursements de l'ordre de 4 Md€, soit un taux de prise en charge qui a crû de trois points en un an pour atteindre 71,5%, la part des ménages baissant de 26,6 % à 24,4 % et celle de l'Etat et de la CMUC de 1,4 % à 0,5 %. La part de l'assurance maladie obligatoire est restée quasiment stable à 3,5 %.

complémentaire[491] : ces derniers déclaraient en moyenne rembourser, en 2009, 74 % du prix d'une paire de lunettes à verres unifocaux supposée coûter 200 € et 55 % d'une paire à verres progressifs supposée coûter 500 €.

Comme généralement constaté[492], les contrats collectifs assurent un meilleur niveau de remboursement que les contrats individuels (85 % en moyenne de prise en charge contre 65 % pour une paire à verres unifocaux, 69 % contre 44 %[493] pour une paire à verres progressifs).

Tableau n° 82 : remboursement moyen en 2009 selon la famille d'organisme et le type de contrat (individuel ou collectif)

	Mutuelles		Instituts de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble		
	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	Total
Optique simple	130,0	173,7	129,5	162,6	134,2	176,8	130,8	169,9	148,1
Optique complexe	230,9	362,7	222,8	313,3	175,6	364,3	220,2	345,0	275,4

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, enquête statistique 2009 auprès des organismes d'assurance maladie. complémentaire. optique « simple » (lunettes à verres unifocaux : prix de référence = 200 € (100 € de monture et 50 € par verre). Optique « complexe » (lunettes à verres progressifs) : prix de référence = 500 € (100 € de monture et 200 € par verre).

La couverture des frais d'optique apparaît très hétérogène, que ce soit entre l'optique simple et l'optique complexe, entre les trois catégories d'institutions d'assurance maladie complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance), mais aussi à l'intérieur de chacune de ces catégories et selon les contrats. Certains assurés qui bénéficient de contrats « haut de gamme », collectifs ou individuels, sont

491. Enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des assurances complémentaires santé (« contrats modaux ») – février 2011.

492. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-346, disponible sur www.ccomptes.fr.

493. Taux très proche du taux moyen de 43 % constaté en 2011 par une association de consommateurs pour des contrats individuels de gamme intermédiaire (le taux moyen étant de 20 % pour les contrats d'entrée de gamme et des deux-tiers pour le « haut de gamme »). On ne dispose pas d'une étude équivalente pour le financement des lunettes à verres unifocaux.

remboursés intégralement tandis que d'autres ne bénéficient que d'une prise en charge complémentaire faible voire parfois nulle[494].

Selon l'enquête de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) intitulée « protection sociale complémentaire d'entreprise » pour 2009, publiée en novembre 2012, les salariés bénéficiant d'une protection complémentaire santé collective considéraient alors à 68 % que leurs dépenses d'optique étaient bien prises en charge ; seuls 12 % estimaient que le niveau de remboursement n'était pas satisfaisant, 18 % ne se prononçant pas. Ce constat vaut au demeurant aussi pour les autres postes de dépenses observés, qu'il s'agisse des frais dentaires (62 % de satisfaits), des dépassements d'honoraires de spécialiste (67 %), du forfait hospitalier (74 %) ou de frais de pharmacie (89 %).

2 – Une prise en charge très variable des audioprothèses

L'enquête de la DREES, qui s'est fondée sur un prix de référence de 3000 € pour deux oreilles, fait apparaître un taux de remboursement déclaré moyen par les organismes complémentaires de 31 % en 2009, tous contrats étudiés confondus. Ici aussi, les contrats collectifs assurent une couverture bien meilleure que les contrats individuels (40 % contre 23 %), alors même que les besoins en audioprothèses des populations couvertes par les premiers, qui sont pour la plupart des actifs, sont limités.

Tableau n° 83 : remboursements moyens en 2009 selon la famille d'organisme et le type de contrat (individuel ou collectif) pour deux prothèses auditives

	Mutuelles		Instituts de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble		
	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	Total
Rembt moyen	772,4	1 114,4	930,5	1 336,9	336,4	1 210,6	696,2	1 202,2	920,0

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé ». Le prix de référence est de 3 000 €.

L'enquête déjà mentionnée d'une association de consommateurs fait ressortir pour sa part un taux de remboursement moyen de 6 % pour les contrats individuels d'entrée de gamme, 18 % pour les contrats intermédiaires et de l'ordre du tiers pour les contrats de haut de gamme.

494. Cette situation est certes relativement rare, mais pas exceptionnelle, selon une enquête réalisée en septembre 2011 par l'association UFC-*Que Choisir ?*

Les taux de couverture moyens apparaissent ainsi faibles, comparés à ceux des lunettes à verres progressifs. Enfin, selon les données du Haut conseil pour l'assurance maladie (HCAAM) de juillet 2013, le taux de remboursement moyen était de 30% en 2011.

Des contrats insatisfaisants

Depuis des années, les organismes d'assurance maladie complémentaire (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance) ont fait de l'optique un élément de leur attractivité. C'est notamment l'un des premiers points négociés avec une entreprise lors du choix d'un contrat d'assurance collectif. Ce positionnement a conduit à une certaine dérive, telle la prise en charge des montures par certains contrats dans des conditions très avantageuses.

Ces pratiques ont été favorisées par la quasi absence d'encadrement des « contrats responsables », mis en place en 2005, qui devaient pourtant responsabiliser les patients et les organismes d'assurance maladie complémentaire. Ces contrats doivent respecter un certain nombre de conditions, mais celles-ci ne sont guère contraignantes : interdiction de prendre en charge le forfait de 1 € sur les actes médicaux, interdiction de rembourser, dans la limite de 8 € par consultation, les dépassements d'honoraires demandés par des spécialistes consultés directement sans passer par le médecin traitant, nécessité de prendre en charge deux prestations de prévention. À l'inverse, aucune limite supérieure[495] n'a été fixée en matière de taux ou de montant de remboursement, ce qui a encouragé un niveau élevé de prix dans les deux domaines examinés.

La quasi-totalité des contrats d'assurance maladie complémentaire (98 %) bénéficie dès lors de la qualification de contrat responsable, alors même que certains d'entre eux permettent un remboursement à 100 % du coût réel.

La redéfinition de la notion de « contrat responsable » pour lui donner tout son sens apparaît ainsi d'autant plus souhaitable qu'ils donnent droit, pour les contrats collectifs, à d'importants avantages fiscaux et sociaux dont ne disposent pas les contrats individuels[496].

495. L'absence de données sur le nombre et les caractéristiques des contrats haut de gamme qui prennent en charge l'intégralité de dépenses faites par les assurés est vivement regrettable eu égard au montant des aides publiques dont bénéficient les contrats collectifs.

496. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-346, disponible sur www.ccomptes.fr.

C – Pour les assurés sociaux, un reste à charge final très inégal

1 – L'optique : un reste à charge globalement en baisse mais qui recouvre des situations très variables

Le reste à charge final moyen supporté par les ménages, contrairement à une idée reçue, a très sensiblement diminué dans la période récente. Il est passé en cinq ans de de 37% à 26% du cout total entre 2006 et 2011 du fait de l'intervention accrue des assurances maladie complémentaires, comme le montrent les comptes de la santé.

S'agissant des paires à verres unifocaux, tous types de contrats confondus et à partir des données de la DREES, le reste à charge final moyen pour un assuré adulte variait en 2009 de 71 € à 94 € selon la complexité du verre ; le taux de reste à charge s'étageait alors de 24 % pour des verres simples à 30 % pour une paire munie de verres unifocaux plus complexes. L'Autorité de la concurrence estimait alors la fourchette du reste à charge final entre 26 % et 42 % du prix d'achat[497].

Pour des lunettes à verres progressifs, tous types de contrats confondus, le montant moyen de reste à charge final pour un adulte était évalué en 2009 à 267 €, soit 43 % du prix de référence retenu par la DREES ; l'Autorité de la concurrence retenait alors une fourchette entre 53 % et 70 %. Pour les contrats individuels, le reste à charge moyen atteignait en 335 € en 2009 (54 % du prix total) selon les données de la DREES et 342 € en 2011 (55 %) à partir de celles d'une association de consommateurs.

Le reste à charge final après intervention des organismes de protection sociale- assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire- varie ainsi notablement selon le type de verre, comme selon le type de contrat. Il est bien entendu considérablement plus élevé pour un assuré qui ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire santé.

2 – Les audioprothèses : un reste à charge élevé

Après prise en compte de l'assurance maladie obligatoire (9 %) et de l'assurance maladie complémentaire (31 %), le taux de reste à charge pesant sur l'assuré était de l'ordre de 60 % en 2009 selon la DREES. Ce taux est plus élevé pour les contrats individuels : selon l'enquête

497. Avis n° 09-A-32 du 26 juin 2009.

mentionnée ci-dessus d'une association de consommateurs, il variait en 2011 entre 86 % pour les contrats individuels d'entrée de gamme et 59 % pour ceux de haut de gamme. Les autres études montrent un reste à charge du même ordre de grandeur.

3 – Une bonne prise en charge par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

Pour ses bénéficiaires (5 millions de personnes à mi-2013), les contrats complémentaires proposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle prennent en charge une paire de lunette par an[498] pour un montant qui varie, selon la correction des verres, de 50,13 € à 95,63 €, voire 109,77 € pour un jeune et qui n'a pas été revalorisé depuis 1999. Les opticiens ont l'obligation de proposer au moins une paire de lunettes à un prix n'excédant pas ces montants[499]. Si l'assuré s'en tient à ces produits, il n'a rien à payer ; dans le cas inverse, il ne règle que la différence.

Selon une étude de 2011, 520 000 bénéficiaires de la CMUC environ effectueraient chaque année un achat d'optique correctrice[500] ; 62 % de ces bénéficiaires ont déclaré avoir été entièrement remboursés ; les autres ont eu un reste à charge élevé (165 € en moyenne par achat, 300 € pour 5 % des acheteurs) car ils ont choisi de ne pas s'en tenir aux offres proposées dans le cadre de la CMUC[501].

Les bénéficiaires de la CMUC ont droit, tous les deux ans, à un appareil auditif pour lequel elles sont remboursées 443,63 €. L'audioprothésiste a l'obligation d'être en mesure de leur fournir un appareil à ce prix. Dans le cas de l'acquisition d'un appareil plus cher, le supplément est à la charge de la personne. Si un second appareil est acquis avant le délai de deux ans, il ne bénéficie que du remboursement de droit commun.

Dès lors, le reste à charge est nul pour les personnes qui se contentent d'un « appareil CMU ». Il en résulte une pratique fréquente consistant à ne s'équiper que d'une oreille dans un premier temps et à faire l'acquisition du second appareil deux ans plus tard, lorsqu'un remboursement à 100 % est à nouveau accordé.

498. Sauf modification de la correction visuelle en cours d'année.

499. Pour les verres, un seul indice est prévu.

500. Estimation du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie – CREDOC - (enquête réalisée en 2011 pour la CNAMTS).

501. Selon l'enquête ci-dessus, les principaux motifs du reste à charge tenaient aux options (anti-rayures, verres incassables) ou au choix de verres progressifs.

Un phénomène de renoncement à s'équiper se constate cependant en optique correctrice parmi les bénéficiaires de la CMUC : selon une enquête de l'IRDES datant de 2010, il concernait 6,3 % de cette population.

Sur l'ensemble de la population, un adulte sur six déclarait alors avoir renoncé à des soins pour des motifs financiers au cours des 12 derniers mois : 12 % de ces renoncements concernaient l'optique, soit 2 % des adultes. Cette donnée est à rapprocher des moins de 5 % de la population qui ne sont pas couverts par une assurance complémentaire santé[502].

*
* *

Parallèlement au désengagement presqu'intégral de l'assurance maladie obligatoire, n'a cessé ainsi de se renforcer l'intervention, globalement très importante mais inégale et inégalitaire, des assurances maladie complémentaires, qui agissent encore dans une large mesure en payeurs aveugles, en raison en particulier du caractère opaque de ces marchés et de l'éclatement de la prise en charge entre de nombreux acteurs. Pour autant subsistent des restes à charge finaux qui demeurent conséquents et ont pour conséquence un phénomène de renoncement à s'équiper, surtout pour la fraction de la population qui ne bénéficie pas d'une couverture complémentaire.

Cette situation pose clairement la question de nouveaux modes de régulation de ces deux secteurs.

III - La nécessité de nouveaux modes de régulation

A – Rendre le marché plus transparent et plus concurrentiel

1 – Développer de nouveaux modes d'acquisition

Les procédures d'achats groupés auprès des fabricants, par les caisses d'assurance maladie notamment, à l'instar de pays voisins[503], ou

502. Enquêtes de l'IRDES 2012, *La santé et la protection sociale 2010*, p. 55, et *La protection sociale complémentaire d'entreprise 2009*, p. 7.
503. L'Allemagne, la Grande-Bretagne, la Suède, l'Espagne notamment.

le développement du commerce en ligne[504] pour le choix de la monture, la commande des verres et des lentilles correctrices pourraient utilement contribuer au renforcement de la concurrence pour la majeure partie des assurés. La commission européenne avait enjoint à la France, en septembre 2008, par un avis motivé, de ne pas porter atteinte à la liberté de circulation et à la liberté d'établissement de la vente en ligne. En conséquence, l'assurance maladie obligatoire rembourse les achats d'optique en ligne depuis 2010. Un projet de loi, adopté à la fin 2011 en première lecture par les deux assemblées, autorise expressément et encadre la vente de lunettes et de lentilles en ligne. Il prévoit notamment que la délivrance de verres correcteurs et de lentilles correctrices est réservée à un opticien associé au site Internet et qu'elle est soumise à la vérification, par ses soins, de l'existence d'une ordonnance en cours de validité.

La question des modalités d'une plus large diffusion en grande surface pourrait être examinée, en garantissant la qualité de la prestation rendue.

2 – Dissocier le coût de la prestation de celui du produit

Pour l'achat de lunettes, l'assuré acquitte une somme globale qui couvre à la fois le coût du produit et celui de la prestation de pose et de réglage[505].

La dissociation de ces différents éléments, ainsi que l'amélioration du contenu des devis notamment sur les traitements appliqués aux verres, permettraient une transparence accrue et serait de nature à renforcer la concurrence entre les différents canaux de distribution. Elle faciliterait pour les organismes financeurs une différenciation des taux de remboursement selon chaque élément de coût.

504. Selon l'étude précitée de 2013, une progression de la part de la distribution par Internet jusqu'à 10 % entraînerait une baisse globale des prix variant entre 8 % et 30 % voire davantage, ce qui, pour ses auteurs, « devrait logiquement conduire à une diminution des frais pris en charge par les complémentaires et justifier dès lors une baisse de leurs cotisations ».

505. Pour les audioprothèses, le code de la sécurité sociale dans son article L. 165-9 prévoit, depuis 2008, l'établissement d'un devis préalable comportant également le coût de la prestation.

B – Renforcer la gestion du risque par les assurances maladie complémentaires

Il importe de tirer toutes les conséquences du rôle primordial désormais assuré par les organismes d'assurance maladie complémentaire et de la responsabilité qui est ainsi la leur, en améliorant leur légitimité et leur capacité à gérer le risque.

1 – Renforcer l'action des réseaux de soins

a) Faciliter l'intervention des réseaux de soins

Nombre d'organismes d'assurances maladie complémentaire ont développé, depuis une quinzaine d'années mais surtout depuis quatre ou cinq ans, des « réseaux de soins » regroupant des professionnels de santé, en particulier dans les domaines de l'optique et des audioprothèses mais aussi des soins dentaires prothétiques, pour pouvoir peser sur les prix et par là même le montant des remboursements, en rendant plus transparentes et encadrées les pratiques de vente. Ces réseaux sont gérés par des filiales d'une ou plusieurs institutions, souvent dénommées « plateformes ». La pression pour une modération des prix assurée par les réseaux de soins et leurs efforts pour moraliser les pratiques des distributeurs[506] avaient conduit en 2010 la Cour à préconiser de modifier le code de la mutualité pour légaliser [507] la différenciation des remboursements par les mutuelles selon que les distributeurs font ou non partie des réseaux qu'elles promeuvent. Y faisant suite, après une première tentative en 2011[508], une proposition de loi a été adoptée, en première lecture, à l'Assemblée nationale en novembre 2012 et par le Sénat en juillet 2013. Elle tend à permettre aux mutuelles, à l'instar des deux autres familles d'assurance maladie complémentaire que sont les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, d'établir des prestations différenciées lorsque l'assuré choisit de recourir à un

506 . Dans un avis de 2009, l'Autorité de la concurrence a considéré que le développement de ces réseaux est de nature à engendrer un fonctionnement plus concurrentiel du marché.

507. À la suite d'une plainte envers une mutuelle, la Cour de cassation avait jugé ces pratiques illégales car contraires au code de la mutualité.

508. Article 54 de la proposition de loi déposée au Sénat en juin 2011, modifiant la loi « hôpital, patient, santé et territoires », disjoint par le Conseil constitutionnel le 4 août 2011 pour défaut de lien (« cavalier ») avec l'objet du texte.

professionnel ou un établissement de santé avec lequel les mutuelles ont conclu une convention[509].

Pour autant, bien que l'on ne dispose que de données fragmentaires, le recours des assurés à ces réseaux est encore minoritaire. De fait, leur rôle régulateur est inégal et leur contribution à une modération des prix encore insuffisante.

b) Accroître la participation des réseaux de soins à la gestion du risque

Les réseaux de soins n'apportent encore qu'une contribution limitée à la gestion du risque. La très grande majorité des opticiens - seuls 1 000 sur plus de 11 000 n'y seraient pas rattachés - et des audioprothésistes[510] participent à un ou plusieurs réseaux, à la sélectivité inégale, sans que l'on puisse toujours constater de baisse de prix significative, et leurs pratiques de vente, pour la plupart, ne se distinguent pas sensiblement des autres distributeurs.

Les organismes d'assurance maladie complémentaires doivent ainsi se mettre en mesure de s'assurer que les détaillants qu'ils sélectionnent pratiquent des gammes de prix réellement inférieures à celles constatées dans les magasins « hors réseaux » pour un nombre de produits significatif et non seulement sur quelques « prix d'appel » et qu'ils ne reportent pas sur d'autres articles (montures, en particulier) les baisses consenties notamment sur les verres de lunettes. De manière générale, les réseaux doivent effectuer un véritable suivi des pratiques des distributeurs. À cette fin et pour permettre une vraie régulation sans entraver la dynamique de la concurrence, il est nécessaire d'établir un cahier des charges rigoureux, sélectif inspiré des meilleures pratiques, sur la base d'orientations communes que l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie pourrait être chargée de négocier avec les différents partenaires.

---

509. Ce texte tend aussi à encadrer les conventions à venir entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé en les soumettant à certains principes : respect du droit au libre choix du professionnel ; adhésion aux conventions sur la base de critères « objectifs, transparents et non discriminatoires » ; absence de clause d'exclusivité ; exclusions des stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations médicaux ; garantie d'une information complète auprès des assurés sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits.

510. Les consommateurs qui acquièrent une paire de lunettes le font souvent chez des opticiens membres d'autres réseaux que ceux des AMC auxquelles ils adhèrent.

Pour mettre en œuvre plus globalement une véritable stratégie de gestion du risque, les organismes complémentaires doivent cependant pouvoir accéder aux données anonymisées du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), qui ne sont actuellement accessibles qu'aux trois grands régimes d'assurance maladie obligatoire, à l'Institut national de veille sanitaire et aux médecins des agences régionales de santé, mais seulement pour ce qui est du montant remboursé, et ce pour le seul régime général hors sections mutualistes. Même si des insuffisances notables persistent -certaines restitutions ne sont retracées qu'à un niveau agrégé, d'autres ne retracent pas le montant total payé par l'assuré-, leur accès est essentiel pour la détermination des axes d'action les plus pertinents et les plus efficaces.

2 – Encadrer plus sévèrement les contrats responsables

Dans le RALFSS de 2011, la Cour avait évalué à 2,3 Md€, en hypothèse basse, le coût pour les finances sociales[511] de l'exemption d'assiette de cotisations sociales qui ne bénéficie qu'aux seuls contrats collectifs obligatoires et responsables. Ces contrats collectifs malgré leur qualification de « responsables » ne sont pas étrangers au niveau élevé des prix constaté notamment en matière d'optique comme analysé supra.

Sauf à accepter la poursuite de ces dérives et l'aggravation du coût des avantages fiscaux et sociaux qui leur sont liés du fait de l'augmentation des primes qui en résulte, il est devenu indispensable de mieux encadrer la définition du contrat responsable, notamment en fixant des plafonds[512] aux dépenses prises en charge en matière d'optique et de limiter la fréquence du renouvellement du remboursement de tels équipements. Il pourrait également être envisagé d'imposer un remboursement en optique modulé en fonction du besoin médical des assurés et comportant un plafonnement spécifique pour le remboursement des montures.

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et le projet de loi, en cours de discussion au Parlement, sur la sécurisation de l'emploi ont notamment prévu la généralisation des contrats collectifs dans le secteur privé, ce qui, à législation inchangée, conduira à accroître

511. La dépense fiscale correspondante est estimée à 1 Md€ environ (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-346, disponible sur www.ccomptes.fr).

512. Comme au demeurant pour les dépassements pris en charge notamment en matière de consultations des médecins.

de manière importante le coût des avantages fiscaux et sociaux qui y sont liés. S'agissant de la sécurité sociale, l'étude d'impact du projet de loi chiffre cette charge additionnelle, selon le champ d'extension retenu[513], entre 300 M€ et 430 M€, coût auquel il faut ajouter celui de la généralisation du maintien pendant 12 mois de la couverture complémentaire d'un salarié quittant l'entreprise (entre 75 M€ et 110 M€). Dès lors, un réexamen de l'économie générale du dispositif d'encouragement aux contrats collectifs apparaît indispensable.

Ces textes prévoient en effet qu'à compter du 1er janvier 2016, les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas encore d'une couverture collective obligatoire[514] doivent les faire bénéficier d'une couverture minimale qui comprendra notamment la prise en charge des frais exposés, en sus du « tarif de responsabilité », pour certains soins dentaires et dispositifs médicaux à usage individuel au nombre a priori desquels l'optique et les audioprothèses.

Un décret en fixera la liste et leur niveau de prise en charge. L'enjeu de son contenu est crucial pour parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses, en optique et en audioprothèses notamment, ainsi qu'à une responsabilisation accrue des organismes complémentaires d'assurance maladie. Il constitue de fait l'opportunité qui ne doit pas être manquée d'une redéfinition rigoureuse des contrats responsables, en fixant un plancher et un plafond des dépenses prises en compte, sauf à reproduire les dérives constatées depuis leur mise en place en 2004.

3 – Réexaminer à terme, pour l'optique, l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire

La généralisation progressive de l'assurance maladie complémentaire, dont le principe a été annoncé par le Président de la République et dont le projet de loi sur la sécurisation de l'emploi marque une nouvelle et importante étape après la mise en place de la CMUC et la création de l'aide à la complémentaire santé, doit amener à envisager un

513. Globalement, pour l'ensemble des finances publiques en incluant le manque à gagner en termes d'impôt sur le revenu le coût supplémentaire annuel varierait entre 1,5 Md€ et 2,1 Md€ selon le champ d'extension retenu. Cette estimation ne tient cependant pas compte de l'impact de la taxe spéciale sur les taxes d'assurance.

514. Couverture « en matière de remboursements ou d'indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident par le biais d'un accord de branche ou d'entreprise dans des conditions au moins aussi favorables que celles mentionnées au présent article » (art. 1er du projet de loi).

nouveau partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Si symbolique que soit devenue la participation de l'assurance maladie obligatoire, elle facilite entre les acteurs un jeu de renvoi de responsabilités sur qui doit assumer une gestion véritablement active du risque, jeu dont les assurés sociaux en définitive payent le prix, directement par leur reste à charge ou indirectement par l'augmentation de leurs cotisations et primes aux institutions complémentaires. Dès lors que se mettrait effectivement en place un second étage de protection complémentaire obligatoire en matière de soins, pourrait se poser la question d'une articulation différente entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, englobant une réflexion sur l'éventualité d'une suppression de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire pour l'optique correctrice et de sa prise en charge au premier euro par l'assurance maladie complémentaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les insuffisances visuelles et auditives concernent au total sensiblement plus des deux-tiers des Français. Les dépenses correspondantes, en croissance, représentent plus de la moitié des dispositifs médicaux prescrits en médecine de ville. Les unes et les autres sont pourtant mal connues et peu gérées par la puissance publique.

Alors que s'élabore la « stratégie nationale de santé » et conformément aux recommandations faites en 2010 puis en 2011 par la Cour sur la nécessité d'une réflexion approfondie sur le partage entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire, il importe que les pouvoirs publics agissent sur tous les leviers disponibles pour une meilleure régulation au bénéfice des assurés.

Il convient en premier lieu de rendre le marché plus transparent et concurrentiel en développant de nouveaux modes d'acquisition des produits, notamment par Internet, et en individualisant le coût de la prestation de celui du produit. Il faut aussi et surtout tirer les conséquences du rôle essentiel désormais assuré en matière de financement par les assurances maladies complémentaires et de la responsabilité qui en découle, en les incitant à assurer une véritable gestion du risque, ce qui n'est pas le cas actuellement. Cela implique un accès des organismes complémentaires aux données du SNIIRAM, ainsi que la mise en œuvre d'un cahier des charges rigoureux et sélectif pour leurs réseaux de soins. Il est enfin indispensable de redéfinir beaucoup plus sévèrement les « contrats responsables » dans le contexte de généralisation des contrats collectifs, à la suite de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et de la loi de sécurisation de l'emploi tant pour peser sur les prix -

notamment en matière d'optique- que pour contenir la dynamique des avantages fiscaux et sociaux qui y sont liés.

.Dès lors que l'assurance maladie complémentaire serait généralisée conformément aux intentions des pouvoirs publics, pourrait se poser, s'agissant de l'optique correctrice, la question d'un réexamen de son articulation avec l'assurance maladie obligatoire englobant une réflexion sur un éventuel retrait de cette dernière de ce champ.

La Cour formule les recommandations suivantes :

58. accélérer la révision de la liste des produits et prestations remboursables ;

59. rendre les contrats responsables plus exigeants et plus sélectifs, notamment en fixant des plafonds aux dépenses prises en charge de l'optique correctrice et des audioprothèses ;

60. encadrer plus strictement les réseaux de soins par un cahier des charges commun à tous, afin de renforcer la maîtrise de la gestion du risque par les assurances maladie complémentaires ;

61. donner accès aux organismes complémentaires aux données de l'assurance maladie ;

62. encourager de nouveaux modes de distribution et ouvrir le marché à plus de concurrence ;

63. réexaminer, à terme, pour la prise en charge de l'optique correctrice, l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire dès lors que cette dernière aurait été généralisée.

QUATRIÈME PARTIE

LA SOUTENABILITÉ DE CERTAINS RÉGIMES DE RETRAITE

Chapitre XV

Les retraites des exploitants agricoles

PRESENTATION

Le régime de retraite des exploitants agricoles, créé progressivement à partir de 1952 et géré par la mutualité sociale agricole (MSA), ne comprend plus en 2013 que 498 000 cotisants, contre plus du double il y a vingt ans. Il reste pourtant, après le régime général et le régime des salariés agricoles, le troisième régime de base en nombre de retraités de droits directs, avec 1,6 million de bénéficiaires.

Comme la Cour l'a déjà précédemment relevé[515]*, ce régime est structurellement déficitaire. Les cotisations des actifs (1,1 Md€) ne couvriront, en 2013, que moins de 13 % des charges nettes du régime de base (8,6 Md€). Malgré des financements complémentaires en provenance d'autres régimes de sécurité sociale et de l'État, d'un montant total prévu de 6,7 Md€, le déficit pourrait approcher 1 Md€ en 2013.*

La Cour a cherché à éclairer les raisons de cette situation préoccupante qui risquerait de mettre en cause sa pérennité si rien n'était fait.

Le régime est en fort déséquilibre du fait d'un ratio démographique défavorable et de la faible capacité contributive des exploitants agricoles (I), et ceci malgré un niveau de pensions de retraite peu élevé (II). La résorption de ce déficit ne peut passer que par un renforcement des apports de solidarité, récemment fragilisés, conditionné lui-même cependant par un effort contributif accru des ressortissants du régime (III).

515. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre I : les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2011 et perspectives, La Documentation française, septembre 2012, p. 15-50, disponible sur www.ccomptes.fr et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XV : la réorganisation de la Mutualité sociale agricole, La Documentation française, septembre 2012, p. 435-459, disponible sur www.ccomptes.fr.

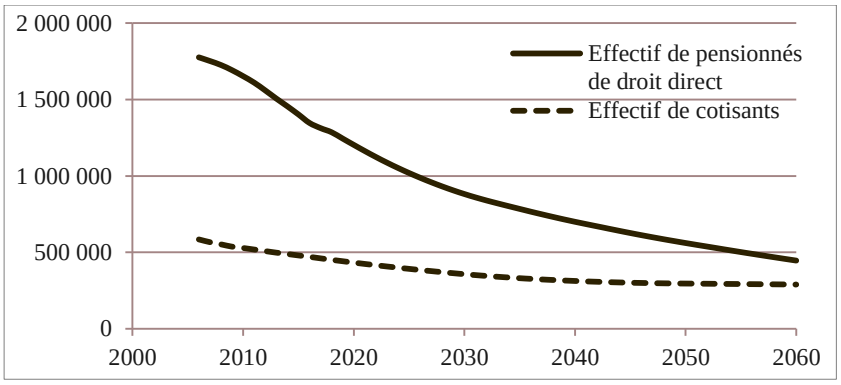
I - Un régime en fort déséquilibre

A – Un ratio démographique encore très défavorable

Au cours des cinquante dernières années, le nombre d'exploitations agricoles a été divisé par quatre (2,31 millions en 1955 pour 490 000 en 2010) et la population active agricole, familiale et salariée, a été réduite dans les mêmes proportions. Il en résulte un fort déséquilibre démographique du régime de retraite des exploitants agricoles : celui-ci compte désormais, pour un actif, 3,1 retraités contre 0,7 pour le régime général.

Ce taux devrait cependant connaître à moyen et long terme une amélioration substantielle (avec un ratio démographique évoluant de 3,1 en 2012 à 2,8 en 2020 puis à 1,5 en 2060), en raison de la diminution proportionnellement plus marquée de l'effectif des retraités que celle des actifs, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 18 : prévision d'évolution des effectifs du régime des exploitants agricoles



Source : graphique Cour des comptes d'après données MSA

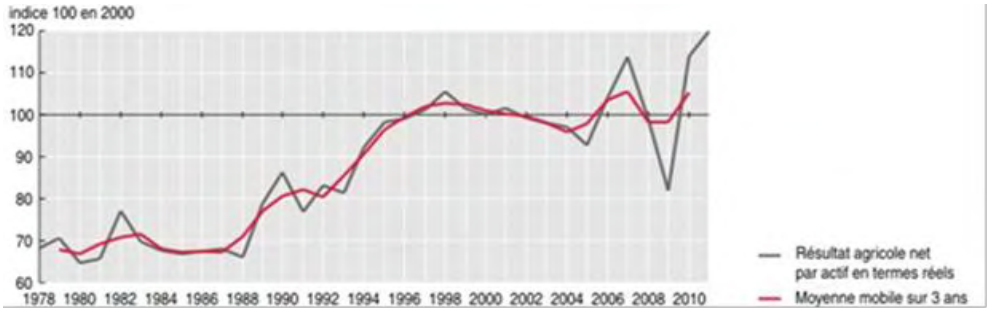
B – Une faible capacité contributive des cotisants

Même si les surfaces agricoles exploitées ont décru en passant de 34,5 millions d'hectares en 1960 à 29,6 millions en 2004, la production agricole totale a doublé en volume, au cours de la même période. En raison de la baisse des prix agricoles, les revenus moyens n'ont cependant pas augmenté dans des proportions que l'augmentation de la production agricole nationale et l'agrandissement des exploitations résultant de leur

regroupement auraient pu permettre : au cours des 50 dernières années, le revenu moyen par actif non-salarié par exploitation n'a en effet, en termes réels[516], que doublé.

Sur une période plus récente (1980-2010), le revenu agricole net par actif en termes réels a cru de 50 % environ, avec une stabilisation depuis 1995, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 19 : France : résultat agricole net par actif en termes réels



Source : INSEE, compte provisoire de l'agriculture arrêté fin mai 2012, base 2005

Mais le revenu agricole par actif non salarié (résultat courant avant impôts par unité de travail non-salariée) reste peu élevé. Pour la moitié des 312 000 exploitations dites professionnelles[517], celui-ci était en 2010 inférieur à 23 800 €, soit l'équivalent d'une rémunération au SMIC charges comprises. Le revenu moyen n'était guère plus élevé (1,1 fois le SMIC charges comprises). La capacité contributive moyenne des exploitants agricoles est donc réduite.

L'agriculture : des revenus irréguliers, un fort taux de pauvreté mais un patrimoine moyen important

Deux autres traits caractérisent aussi le revenu agricole :

- les revenus peuvent varier fortement d'une année sur l'autre. Ainsi, le résultat moyen avant impôt des exploitations par actif non salarié a augmenté de 50 % entre 2005 et 2007 avant d'être divisé par deux entre 2007 et 2009 ;

- le revenu est nul ou négatif pour une proportion relativement importante d'exploitations : chaque année, environ 10 % des exploitations

516. En termes réels : déflaté par l'indice de prix du PIB.

517. Il s'agit des exploitations les plus importantes, les 190 000 autres n'ayant qu'un faible potentiel de production et ne permettant donc, a priori, à leur exploitant de disposer que d'un revenu plus faible.

sont en déficit et ne permettent pas ainsi au chef d'exploitation de disposer d'un revenu.

Le faible niveau de revenu des exploitants agricoles fait qu'ils constituent la catégorie socio-professionnelle avec le taux de pauvreté le plus élevé (25,3 % en 2008, contre 12,1 % pour l'ensemble de la population et 17,2 % pour la catégorie la plus proche - artisans, commerçants et chefs d'entreprise -).

En revanche, le patrimoine net des exploitants agricoles est, selon l'enquête de l'INSEE Patrimoine des ménages 2009-2010, très largement supérieur au patrimoine moyen de l'ensemble des catégories socio-professionnelles, autant pour les ménages avec les patrimoines les moins importants[518] que ceux avec les patrimoines les plus élevés[519]. Ainsi, la moitié des ménages d'agriculteurs détient un patrimoine net global de plus de 539 200 €, alors que pour l'ensemble des catégories socio-professionnelles, ce patrimoine médian est de 113 500 €.

C – Un taux de couverture par les cotisations peu élevé

Le rapport démographique particulièrement défavorable du régime et la capacité contributive réduite des exploitants agricoles font que leurs cotisations ne financent qu'une part très faible des prestations du régime de base, entre 11 et 13 % des charges nettes[520].

Ce sont donc la solidarité inter-régimes, via les compensations démographiques, et la solidarité nationale, principalement par des impôts et taxes affectés et la prise en charge de certaines prestations par le fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui assurent l'essentiel du financement du régime de base. Depuis 2009, ces financements sont cependant insuffisants et laissent place à un déficit récurrent de l'ordre de 10 à 15 % des charges nettes annuelles comme le montre le tableau ci-après.

518. Pour les ménages d'agriculteurs, le premier décile de patrimoine est de 170 400 € alors que, pour l'ensemble des catégories socio-professionnelles, il est de 1 600 €.

519 . Pour les ménages d'agriculteurs, le dernier décile de patrimoine est de 1 420 000 € alors que, pour l'ensemble des catégories socio-professionnelles, il est de 501 600 €.

520. Néanmoins, le taux de financement par cotisations du régime complémentaire obligatoire (RCO), de l'ordre de 70 %, bien plus élevé que celui du régime de base, améliore légèrement ce ratio.

Tableau n° 84 : le financement du régime de base d'exploitants agricoles

En %

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Charges nettes (M€)	8 801	8 989	9 117	9 275	9 211	9 306	8 797	8 797	8 700	8 651
Part financée par les cotisations	11,7	12,9	11,9	11,3	11,8	12,1	11,5	11,2	11,8	12,8
Part financée par la solidarité	88,5	85,8	87,8	88,3	88,4	75,2	73,9	75,4	75,3	77,5
Part financée par la compensation démographique	*48,6*	*47,7*	*46,3*	*45,1*	*45,0*	*43,5*	*43,8*	*42,8*	*43,3*	*42,2*
Part des impôts et taxes affectés ou du financement État	*31,4*	*30,8*	*34,5*	*36,0*	*37,7*	*26,3*	*24,5*	*27,1*	*26,4*	*29,7*
Part financée par le FSV	*5,8*	*5,1*	*4,9*	*4,8*	*4,8*	*4,7*	*4,9*	*4,9*	*4,9*	*4,9*
Part des produits divers	*2,7*	*2,2*	*2,1*	*2,4*	*0,9*	*0,7*	*0,7*	*0,7*	*0,7*	*0,7*
Part non financée (déficit)	-0,2	1,4	0,3	0,4	-0,2	12,7	14,6	13,4	12,9	9,8

Source : Cour des comptes d'après rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale

Les projections financières du conseil d'orientation des retraites

Selon les travaux du conseil d'orientation des retraites (COR) sur les perspectives financières des régimes à moyen et long terme (2060)[521], l'amélioration du ratio démographique du régime ainsi que l'augmentation des ressources, supposée en phase avec celle du PIB, devraient avoir pour conséquence un meilleur taux de couverture des dépenses de prestations par les cotisations et un retour à l'équilibre du régime à l'horizon 2020 et un solde positif de l'ordre de 5 Md€ en 2060.

Pour élaborer ses projections, le COR a retenu, pour les données démographiques (évolution des effectifs de cotisants et de retraités) des hypothèses propres à chaque régime. En revanche, en matière de ressources, elles reposent pour le régime des exploitants agricoles, comme pour les autres régimes, sur une hypothèse conventionnelle d'une augmentation annuelle identique, pour ce qui concerne l'assiette des cotisations, à celle du salaire moyen (de 1,3 % à 1,8 % à partir de 2018 selon les scénarios), et, pour ce qui concerne les impôts et taxes affectés au régime, à celle du PIB (de l'ordre de 2 % en 2018, qui fluctue puis se stabilise vers 2035 pour s'établir entre 1,4 et 1,9 % selon les scénarios). Ces hypothèses ne correspondent pas, en ce qui concerne spécifiquement l'assiette des cotisations pour le régime des exploitants agricoles, aux constats faits sur les vingt dernières années, à savoir la stagnation du résultat agricole net par actif en termes réels depuis 1996 et l'érosion régulière de l'assiette sociale (cf. ci-après). En l'absence de mesures de nature à élargir cette dernière à moyen et long terme, le retour à l'équilibre du régime à l'horizon 2020 apparaît ainsi plutôt incertain.

521. Onzième rapport adopté le 19 décembre 2012 avec données consolidées.

II - Des pensions de retraite peu élevées

Le régime est en fort déséquilibre malgré un niveau moyen des pensions servies très modeste qui s'explique principalement par le niveau peu élevé des droits acquis. Le rendement du régime des exploitants agricoles n'est en effet pas moins favorable que celui du régime général.

A – Des petites pensions pour la plupart des retraités

1 – Les éléments constitutifs de la pension de retraite des exploitants agricoles

La pension de retraite des exploitants agricoles est constituée de trois éléments :

- la retraite forfaitaire, qui est fixe et ne dépend donc pas du niveau de cotisation, si l'on ne tient compte ni de la décote et de la surcote, ni de la proratisation en cas de carrière incomplète. À la création du régime, la retraite des exploitants agricoles n'était constituée que de cet élément. Son montant mensuel était de 276,39 € en 2012 ;
- la retraite proportionnelle, dont le montant est égal au nombre de points attribués (cotisés ou gratuits), multiplié par la valeur de service du point et par un coefficient introduit en 2004 pour éviter que l'augmentation de la durée d'assurance (passage de 37 ans et demi à 41 ans et demi) ait pour conséquence une augmentation du montant des retraites ;
- la retraite complémentaire obligatoire (RCO), instaurée en 2002, dont le montant est égal au nombre de points attribués (cotisés ou gratuits) multiplié par la valeur de service du point.

2 – Des pensions améliorées par des revalorisations successives et l'instauration de la retraite complémentaire obligatoire

Le niveau des retraites des exploitants agricoles a bénéficié de différentes revalorisations du régime de base et de la création du régime de retraite complémentaire en 2002.

Ces améliorations relèvent principalement de deux catégories de mécanismes :

- l'attribution de points gratuits pour certaines périodes d'activité, qu'il s'agisse de la retraite proportionnelle ou de la retraite complémentaire obligatoire. En particulier pour la RCO, 100 points ont été attribués par année d'activité pour la période qui a précédé la

création du régime (1972-2002), sans que la période pour laquelle des points cotisés ou gratuits sont attribués ne puisse excéder 37,5 années ;

- la majoration au titre de la pension minimale de référence (PMR), instaurée en 2009, qui consiste à garantir, sous certaines conditions, portant notamment sur la durée d'assurance dans le régime et sur la nécessité de bénéficier du taux plein, un niveau minimal de retraite de base (en 2012, par mois, 672,46 € pour les chefs d'exploitation et 534,35 € pour les conjoints et les aides familiaux). Cette majoration a le même objectif que le minimum contributif (MICO) mis en place en 1983 pour le régime général et les régimes alignés[522].

Ces différents mécanismes permettent une amélioration substantielle des pensions de retraite dont le montant est le plus faible. Le tableau suivant montre leur effet, à partir de trois cas types correspondant à des faibles revenus agricoles.

Tableau n° 85 : cas types de pensions mensuelles de retraite de chefs d'exploitation en fonction de leur revenu professionnel annuel[523] liquidant leur retraite le 1er janvier 2012 au taux plein

En €

	Revenu annuel de 400 SMIC horaires	Revenu annuel de 800 SMIC horaires	Revenu annuel au SMIC (1 820 SMIC horaires)
Retraite forfaitaire non comprises les majorations non contributives (a)	270,70	270,70	270,70
Retraite proportionnelle non comprises les majorations non contributives (b)	201,69	268,72	315,55
Majorations et points gratuits (c)	175,73	108,70	61,87
Pension de base effective (d)=(a) + (b) + (c)	672,46	672,46	672,46
Pension de RCO non comprises les majorations non contributives (e)	24,34	24,34	24,34
Points gratuits de RCO (f)	77,07	77,07	77,07
Pension de RCO effective (g)=(e) + (f)	101,41	101,41	101,41
Pension totale (h)=(d) + (g)	773,87	773,87	773,87
Dont majorations non contributives (c) + (f)	*252,80*	*185,77*	*138,94*

Source : Cour des comptes

522. Le minimum contributif a fait l'objet d'une enquête de la Cour des comptes dont il a été rendu compte dans le *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitres XI : aspects de la gestion des régimes de retraite, et XII : le suivi des précédentes recommandations, La Documentation française, septembre 2008, p. 377-398, disponible sur www.ccomptes.fr.

523. En faisant l'hypothèse d'une carrière plate.

Pour les trois cas types présentés, les différentes majorations représentent entre 18 % et 33 % de la pension totale, sans prendre en compte l'effet de la retraite forfaitaire, par nature non contributive.

Les situations que représentent ces cas types constituent une particularité du régime agricole. En effet, dès lors que l'exploitant est considéré, en raison de l'importance de son exploitation, comme relevant de la protection agricole, chacune des années d'affiliation est prise en compte quels que soient le revenu de l'exploitation et son temps d'activité dans cette dernière. Si ces situations peuvent, dans certains cas, correspondre à une activité sur l'exploitation à temps partiel de son responsable, elles peuvent tout aussi provenir, malgré un travail à plein temps de l'exploitant, d'une valorisation peu élevée de sa production agricole, en raison soit du volume produit, soit du niveau des prix. De telles situations ne se produisent jamais pour les salariés puisque le SMIC garantit, pour une activité à plein temps, une assiette minimale de cotisations.

Au final, sur les huit dernières années, les pensions moyennes du régime des exploitants agricoles (régime de base et RCO) ont augmenté de la façon suivante.

Tableau n° 86 : augmentation de la pension annuelle moyenne[524] sur la période 2005-2013

En €

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(p)	2013(p)
Pension moyenne	4 918	5 041	5 211	5 283	5 434	5 517	5 652	5 783	5 952
Taux d'augmentation		2,5 %	3,4 %	1,4 %	2,9 %	1,5 %	2,4 %	2,3 %	2,9 %

Source : Cour des comptes d'après rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale

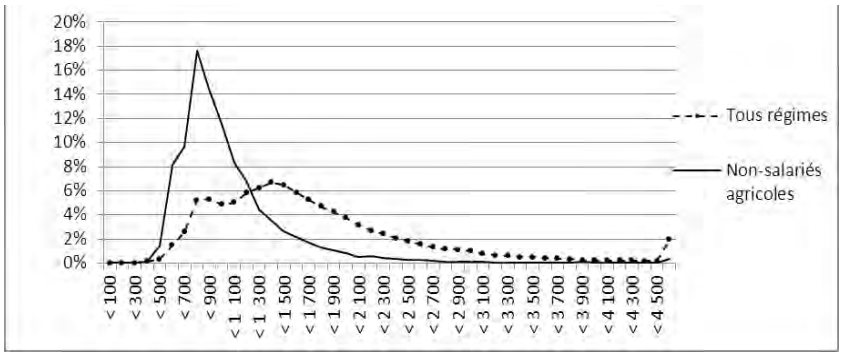
La prestation moyenne a donc progressé en moyenne de 2,6 % par an au cours de cette période, soit une croissance en moyenne supérieure de 0,8 point à une indexation sur l'inflation.

524 . Total des prestations de pensions de retraite de base et de retraite complémentaire obligatoire divisé par le nombre de bénéficiaires de droits propres.

3 – Un retraite globale médiane bien plus faible pour les exploitants agricoles que pour l'ensemble des retraités

La distribution comparée des pensions globales (tous régimes confondus, y compris retraite complémentaire) pour les retraités du régime des exploitants agricoles[525] et pour l'ensemble des retraités de droit direct d'un régime de base, pour des pensionnés avec carrière complète[526], montre que la pension médiane des exploitants agricoles (900 € environ) est très largement inférieure à la pension médiane de l'ensemble des retraités (1 500 € environ).

Graphique n° 20 : distribution de la pension globale mensuelle des retraités de droit direct d'un régime de base avec carrière complète, fin 2008



Source : graphique Cour des comptes, d'après données DREES (EIR 2008)

Près de 10 % des retraités du régime des exploitants agricoles avec une carrière complète disposent d'une pension globale de retraite mensuelle inférieure à 600 €.

B – Un rendement du régime de base comparable à celui du régime général

La Cour a cherché à comparer le rendement des cotisations entre le régime des exploitants agricoles et le régime général et le régime social des indépendants. Cette comparaison a été effectuée en examinant le

525. Retraités disposant d'un droit direct dans le régime des exploitants agricoles (en tant que mono-pensionnés ou poly-pensionnés).
526. C'est-à-dire avec une durée d'assurance tous régimes au moins égale à la durée requise pour une liquidation à taux plein avant 65 ans.

rendement instantané[527] pour le régime de base des exploitants agricoles, le régime général et le régime social des indépendants (RSI), avec un départ en retraite le 1er janvier 2012 au taux plein et des carrières plates[528].

Le rendement instantané est semblable pour les trois régimes. Le régime des exploitants agricoles, pour les situations analysées par la Cour, procure donc les mêmes avantages, en termes de rendement, que le régime général et le RSI.

Le montant peu élevé des pensions des exploitants agricoles résulte donc essentiellement du niveau peu élevé des droits que ceux-ci ont acquis. Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- le faible niveau du revenu déclaré des exploitants agricoles (cf. ci-dessus) qui les conduit à cotiser sur des assiettes peu importantes. Le graphique suivant montre ainsi qu'en 2010, environ 40 % des chefs d'exploitation avaient déclaré un revenu annuel inférieur à 800 SMIC (soit un peu moins de 5 000 € de revenu annuel) ;
- l'importance relative de l'effectif des femmes disposant de droits directs (en 2010, 883 000 femmes pour 722 000 hommes), qui ont pour la plupart une courte durée d'affiliation comme chef d'exploitation. Les femmes ont en effet plus longtemps cotisé avec le statut d'aide familial ou de conjoint[529], avec comme conséquence un faible niveau de droits.

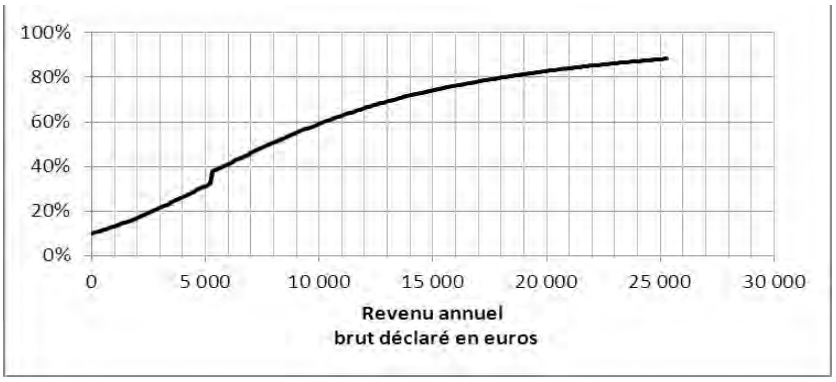
527. Le rendement instantané est le rapport entre le montant des cotisations de l'année précédant le départ à la retraite et le montant de la partie de la pension versée la première année de retraite en contrepartie des cotisations de la dernière année d'activité.

528. La comparaison ne peut donc être faite que pour les cotisations annuelles supérieures à 1 181 €, qui correspondent à des rémunérations supérieures à 800 SMIC. En effet, une carrière plate avec un niveau de rémunération inférieur à 800 SMIC ne permet pas d'obtenir le taux plein pour un salarié du régime général, chaque année travaillée comptant alors pour au plus trois trimestres.

529. Les conjoints et les membres de la famille travaillant sur l'exploitation peuvent, sous certaines conditions, être affiliés au régime des exploitants agricoles. Ils cotisent alors sur des assiettes forfaitaires.

Graphique n° 21 : répartition cumulée des revenus annuels bruts déclarés en 2010

En €



Note de lecture : 60 % des exploitants déclarent d'un revenu annuel inférieur à 10 000 €

Source : graphique Cour des comptes d'après données CCMSA

Le graphique montre par ailleurs qu'un peu plus de 10 % des exploitants disposent d'un revenu agricole annuel supérieur à 25 000 €[530].

Un recours au minimum vieillesse peu développé

La forte proportion d'exploitants agricoles retraités disposant d'une pension d'un faible montant devrait avoir pour conséquence logique un recours fréquent à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)[531]. L'exploitation de l'échantillon interrégimes de retraités de 2008 (EIR 2008) montre cependant que si, en 2008, 8,8 % des pensionnés du régime des exploitants agricoles titulaires d'un droit direct, qu'ils soient mono-pensionnés ou poly-pensionnés, disposaient d'une pension de retraite globale inférieure au plafond de ressources du minimum vieillesse pour les personnes seules, seuls 4,5 % d'entre eux avaient demandé le bénéfice du minimum vieillesse[532].

530. Le revenu annuel moyen déclaré de ce décile d'exploitants agricoles est de 46 000 €.

531. Anciennement minimum vieillesse. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XIV : la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres, La Documentation française, septembre 2012, p. 403-431, disponible sur www.ccomptes.fr.

532. Le taux de recours pour l'ensemble de la population française est de 5,6 %.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce faible taux de recours :

- pour l'obtention de l'ASPA, il est tenu compte de l'ensemble des ressources, et pour les couples, de celles des deux conjoints (avec alors un plafond plus élevé). Ainsi, la proportion de retraités éligibles à l'ASPA peut être inférieure à 8,8 % ;

- l'ASPA nécessite une démarche volontaire du retraité, ce qui peut constituer un frein à la diffusion du dispositif ;

- l'information ciblée sur les bénéficiaires potentiels de l'ASPA n'est pas réalisée par les caisses de MSA. En effet, d'une part elles ne disposent pas de l'information pour réaliser ce ciblage (et, par ailleurs, elles ne peuvent pas savoir si elles sont compétentes pour l'attribution de l'ASPA) et d'autre part le décret prévu par l'article L. 815-6 du code de la sécurité sociale fixant les modalités d'information des retraités n'a jamais été publié ;

- la possibilité d'un recours sur succession lors du décès du bénéficiaire conduirait les exploitants retraités à ne pas demander l'ASPA, même s'ils remplissent toutes les conditions pour en bénéficier. Néanmoins, en application de la loi de 2010 portant réforme des retraites, la totalité de l'exploitation agricole, ainsi que les bâtiments qui en sont indissociables, est désormais exclue du recours sur succession.

Les exploitants agricoles constituent d'ailleurs la seule catégorie socio-professionnelle pour laquelle des dispositions dérogatoires sont prévues en ce domaine.

La faiblesse des niveaux de revenu déclaré et des assiettes de cotisations d'une part, une situation de déficit du régime de base récurrent depuis 2009 d'autre part, conduisent à s'interroger sur les voies d'un redressement durable du financement des retraites des exploitants agricoles.

III - Renforcer la contributivité et sécuriser les autres financements du régime

Des efforts accrus de la profession sont la condition indispensable à la mobilisation de nouveaux transferts de solidarité pour assurer la pérennité du régime.

A – Une contributivité à améliorer

L'importance du financement par la solidarité interprofessionnelle et la solidarité nationale justifie qu'il soit mis fin à des modalités d'établissement des cotisations qui minorent d'autant plus la contribution

des actifs que le développement de formes diverses d'optimisation sociale érode encore leur apport.

1 – Une assiette forfaitaire de cotisation à réformer

L'assiette sociale des exploitations agricoles[533] est déterminée en référence à l'assiette fiscale. Cette dernière est établie par application des principes généraux relatifs aux entreprises industrielles et commerciales. Il s'agit du « bénéfice réel ». Le bénéfice imposable est calculé en deux séquences successives : une séquence comptable, qui permet la détermination du résultat comptable de l'exercice (produits diminués des charges) ; puis une séquence fiscale qui consiste à appliquer au résultat comptable des déductions et réintégrations résultant des règles fiscales.

Les exploitations individuelles dont les recettes annuelles ne dépassent pas 76 300 €[534] peuvent néanmoins déterminer leur revenu fiscal selon une méthode forfaitaire, non pas à partir des informations comptables mais seulement en fonction soit des moyens de production (surfaces exploitées), soit des quantités produites, notamment pour la viticulture et l'élevage.

L'agrandissement des exploitations, alors que le plafond de 76 300 € est resté inchangé, a eu pour conséquence de réduire le nombre de déclarations au forfait et l'assiette totale déclarée de façon forfaitaire, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 87 : évolution du nombre de chefs d'exploitation assujettis à l'assurance vieillesse en fonction de leur mode de déclaration fiscale

	2005		2011	
	Nombre de chefs (milliers)	Assiette brute totale (M€)	Nombre de chefs (milliers)	Assiette brute totale (M€)
Forfait	192	1 054	117	618
Réel ou mixte[535]	345	5 244	365	5 327
Total	537	6 298	481	5 944

Source : CCMSA

533. Sauf pour celles exploitées sous forme de sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés (2,6 % du total en 2006).
534. Un exploitant individuel dont les recettes dépassent 76 300 € en moyenne sur deux années consécutives est obligatoirement imposé au réel.
535. La catégorie « mixte » est constituée des exploitants assujettis au forfait en ce qui concerne les bénéfices agricole mais ayant des activités relevant des BNC et des BIC, et assujettis à ce titre au réel.

Le processus d'établissement du bénéfice forfaitaire est le suivant :

- dans un premier temps, les services fiscaux départementaux arrêtent les forfaits dits « collectifs », c'est-à-dire les bénéfices forfaitaires à l'hectare. Ces forfaits sont examinés à partir des travaux réalisés par une commission départementale réunissant l'administration et les organisations professionnelles agricoles. Ils sont ensuite harmonisés par les services de la direction générale des finances publiques puis font l'objet d'une publication au Journal officiel ;
- les caisses de la mutualité sociale agricole tiennent à jour le registre parcellaire des exploitations, c'est-à-dire, à partir de déclarations ad hoc des exploitants agricoles, actualisent la liste des parcelles cadastrales[536] exploitées par chacun d'eux et complètent les caractéristiques de ces dernières par le mode de faire valoir (faire valoir direct, fermage, métayage) et par certains critères d'assiette non contenus dans la matrice cadastrale. Ce registre est tenu à jour quelle que soit la nature de déclaration d'assiette fiscale de l'exploitation (réel ou forfait) ;
- enfin, les services fiscaux départementaux déterminent pour chaque exploitation au forfait son bénéfice agricole fiscal, à partir des informations individuelles soit en provenance des caisses de MSA (relevés parcellaires mis à jour), soit en provenance de l'exploitant ou d'autres intervenants (éléments individuels collectés par ailleurs telles que déclarations de récoltes), par application des forfaits collectifs.

Ce dispositif, auquel la profession agricole et le ministère de l'agriculture sont attachés présente plusieurs inconvénients :

- les forfaits collectifs sont systématiquement sous-évalués, notamment parce qu'ils font l'objet de négociations entre l'administration et les organisations professionnelles qui ne portent pas sur les modalités de mise en œuvre de la méthode mais sur le montant même des forfaits. L'enquête de la Cour a montré que, pour les deux départements ayant fait l'objet d'investigations de sa part[537], l'écart entre le forfait à l'hectare calculé par l'administration sur un cas type (exploitation moyenne du département) et celui retenu in fine variait, selon les années, de 15 à 45 % ;
- le dispositif est complexe et son coût de gestion est significativement plus élevé que celui de la méthode de déclaration « au réel ». Pour la seule administration fiscale, c'est-à-dire sans tenir

536. La France compte environ 50 millions de parcelles cadastrales à usage agricole.
537. Ces départements sont géographiquement éloignés et présentent des orientations agricoles différentes (viticulture pour l'Hérault, polyculture et élevage pour l'Yonne).

compte du coût de gestion du parcellaire cadastral par les caisses de MSA, le dispositif mobilise 242 ETP[538] pour un coût de 6,6 M€, soit 10 % du montant de l'impôt.

Cette situation fait du régime des exploitants agricoles le seul exemple dans le paysage de la protection sociale d'association des cotisants à la définition de l'assiette sociale dont ils sont redevables. Ce mécanisme a perdu sa justification initiale qui était de permettre des gains de simplification administrative partagés entre les exploitants et l'administration. Il aboutit à permettre d'ajuster, département par département, pour des motifs d'opportunité, le niveau des prélèvements sociaux.

2 – Une optimisation sociale en forte croissance en raison du développement des formes sociétaires d'exploitation

Dans une exploitation sous forme individuelle, le bénéfice de celle-ci revient intégralement au chef d'exploitation et constitue l'assiette de ses cotisations sociales, aux différents abattements autorisés près.

Dans une exploitation sous forme sociétaire soumise à l'impôt sur le revenu, le bénéfice est réparti entre les différents associés (apporteurs de capitaux), en fonction des dispositions prévues par les statuts de l'exploitation :

- pour les associés participant aux travaux de l'exploitation, ce bénéfice agricole réparti constitue alors l'assiette de leurs cotisations et contributions sociales ;
- pour les associés ne participant pas aux travaux, ce bénéfice agricole n'est soumis, depuis 2007, qu'à la CSG et la CRDS et non aux cotisations de sécurité sociale. Auparavant, leurs revenus agricoles donnaient lieu au paiement d'une cotisation dite de « solidarité », au taux de 5,7 %. Celle-ci a été supprimée par la loi d'orientation agricole de 2006 dans l'objectif de faciliter le financement des investissements en agriculture, la cotisation de solidarité ayant été considérée comme un frein à l'investissement.

Or, les conditions de transformation d'exploitations individuelles en exploitations sous forme sociétaire, notamment en exploitations à responsabilité limitée (EARL), ont été particulièrement allégées par la loi de 2005 relative aux territoires ruraux. Le statut des EARL, contrairement à celui des groupements agricoles d'exploitation en commun (GAEC), permet aux associés non-exploitants de détenir jusqu'à 49 % des parts de

538. Equivalents temps plein.

l'exploitation, ce qui réduit d'autant la proportion du revenu attribuée aux associés participant aux travaux et donc l'assiette des cotisations sociales.

La suppression de la cotisation de solidarité a ainsi renforcé l'attrait de la transformation d'exploitations individuelles en exploitations sous forme sociétaire, notamment en EARL. Cette transformation permet alors, notamment pour les couples dans lesquels un seul conjoint travaille sur l'exploitation, de répartir les parts entre le conjoint participant aux travaux et celui ne participant pas et de réduire ainsi l'assiette des cotisations sociales jusqu'à 49 %.

Le tableau suivant met en évidence cette dynamique de passage à une exploitation sous forme sociétaire sur les vingt dernières années.

Tableau n° 88 : répartition des exploitations agricoles selon leur statut

En milliers d'exploitations

	1988	2000	2010
Exploitants individuels	946,1	537,6	339,9
Ensemble formes sociétaires et diverses	65,5	123,6	146,6
EARL	*1,6*	*55,9*	*78,6*
GAEC	*37,7*	*41,5*	*37,2*
Société civile (SCEA, ...)	*9,9*	*17,3*	*23,7*
SA, SARL	*2,1*	*5,0*	*6,1*
Groupement de fait	*14,2*	*3,9*	*1,0*
Autres statuts	5,2	2,6	3,5
Total	1 016,8	663,8	490,0

Source : agreste - recensements agricoles 1988, 2000 et 2010

Ainsi, alors que les EARL représentaient 0,16 % des exploitations en 1988, elles en constituent 16 % en 2010. Elles sont désormais la première forme sociétaire.

Le ministère de l'agriculture a pu, à partir des déclarations sociales, mesurer sur la période 1999-2010 l'évolution du revenu agricole des associés non-exploitants. Le tableau suivant montre l'accélération de la réduction du revenu agricole soumis à cotisations au profit du revenu agricole des associés non-exploitants.

Tableau n° 89 : revenu des associés ne participant pas aux travaux

En Md€

	1999	2003	2010
Revenu annuel net d'entreprise agricole (ensemble des exploitations)	15,0	13,0	13,4
Revenu annuel agricole des associés non-exploitants	0,9	1,1	2,1
Part du revenu agricole des associés non-exploitants[539]	6,0 %	8,5 %	15,7 %

Source : calculs Cour des comptes d'après données de l'INSEE (revenu net d'entreprise agricole) et du ministère de l'agriculture (revenu des associés ne participant pas aux travaux)

Il n'existe plus aucun frein, telle la cotisation de solidarité, pour éviter la transformation des exploitations individuelles en exploitations sous forme sociétaire. Toutes les exploitations individuelles ont intérêt à un tel changement sauf les petites exploitations disposant d'un revenu inférieur aux assiettes minimales qui n'en tirent pas d'avantage.

Dans l'hypothèse d'un passage intégral sous forme sociétaire, l'assiette des cotisations sociales pourrait être réduite de moitié, si l'on fait abstraction des exploitations soumises à cotisations minimales. Dans un tel scénario et sur la base d'un revenu total agricole annuel (le revenu net d'entreprise agricole annuel) de 13,4 Md€, l'assiette des cotisations serait ramenée de 9,4 Md€ à 5,1 Md€, soit une réduction de 4,3 Md€[540]. En considérant que 86 % de l'assiette correspondent à des revenus professionnels sous le plafond de la sécurité sociale et en faisant l'hypothèse que la réduction d'assiette est répartie dans les mêmes proportions, la perte annuelle de cotisations d'assurance vieillesse résultant de la transformation des exploitations individuelles en exploitations sous forme sociétaire serait alors, toutes choses égales par ailleurs, de l'ordre de 600 M€ et le montant des cotisations à acquitter seulement de 700 M€.

3 – Un développement d'autres modalités d'optimisation

Dans une exploitation sous forme sociétaire, lorsque le chef d'exploitation met à disposition de celle-ci des biens immobiliers en

539. La diminution relative d'assiette est plus élevée que ce taux. En effet, le revenu net d'entreprise agricole comprend notamment les cotisations sociales des exploitants (cotisations personnelles) et la rente du sol (cf. ci-après) qui ne sont pas à prendre en compte pour la détermination de l'assiette sociale.

540. La réduction d'assiette n'est pas proportionnelle du fait que les cotisations sociales viennent en déduction du revenu net d'entreprise agricole.

échange d'un loyer, ce dernier réduit le bénéfice agricole soumis à l'impôt sur le revenu mais y est soumis en tant que revenu foncier. En revanche, le montant du loyer n'est pas réintégré dans l'assiette sociale.

En 2007, selon les travaux réalisés par le ministère de l'agriculture, dont on peut regretter qu'ils n'aient pas fait l'objet d'une actualisation depuis cette date, ce mécanisme avait diminué l'assiette sociale de 750 M€. Cette estimation devrait être aujourd'hui revue à la hausse compte tenu de la croissance forte du nombre des exploitations passées sous forme sociétaire.

Par ailleurs, une disposition du code rural permet aux exploitants à titre individuel et aux exploitations sociétaires soumises à l'impôt sur le revenu, pour la majorité d'entre elles, de réduire leur assiette sociale du montant du revenu dit « cadastral » (cf. ci-dessus) des terres dont ils sont propriétaires et qu'ils exploitent. Cette déduction, appelée déduction pour rente du sol, permet de diminuer l'assiette sociale de l'ordre de 70 M€.

Jusqu'en 2011, il était d'ailleurs possible, pour les exploitations sous forme sociétaire, de bénéficier à la fois de la rente du sol et de la déduction des loyers versés par l'exploitation au chef d'exploitation pour les terres que ce dernier mettait à sa disposition (double déduction). Depuis lors cependant, ces loyers doivent être réintégrés dans l'assiette sociale si l'exploitant choisit l'option de la rente du sol.

La suppression de l'exonération sur les intérêts des comptes courants d'associés

Comme pour les travailleurs indépendants, les intérêts des comptes courants d'associés étaient soumis, jusqu'en 2012, dans la limite des intérêts produits par les avances n'excédant pas 46 000 €, à un prélèvement fiscal libératoire. Ainsi, bien qu'imposés en tant que revenus, les intérêts des comptes courants d'associés étaient sortis de l'assiette fiscale. N'étant pas réintégrés dans l'assiette sociale, ils n'étaient pas soumis à cotisation sociale.

La loi de finances pour 2013 a toutefois supprimé cette disposition. La rémunération des comptes courants d'associés est désormais réintégrée à l'assiette fiscale et ainsi à l'assiette sociale.

4 – Un système de contrôle de l'assiette des cotisations défaillant

a) Une coordination très insuffisante entre la direction générale des finances publiques et la mutualité sociale agricole

Le processus qui conduit à la détermination de l'assiette sociale fait intervenir les services fiscaux et les caisses de MSA. Pour un bon

fonctionnement du dispositif, une coordination en matière de contrôle entre ces deux administrations est donc nécessaire. Cette coordination est loin d'être optimale :

- la vérification de l'assiette fiscale, reportée sur la déclaration sociale, est réalisée par les services fiscaux. La Cour a constaté, dans les départements des deux régions qu'elle a plus particulièrement examinés, que les résultats des contrôles fiscaux qui avaient révélé une sous déclaration de l'assiette fiscale n'avaient été transmis à la MSA que pour un tiers seulement d'entre eux. Cette situation ne fait qu'aggraver les conséquences du très faible taux des contrôles fiscaux des exploitations agricoles (inférieur à 0,1 %) ;
- les contrôleurs de la MSA vérifient lors de leurs contrôles sur place le bon report de l'assiette fiscale sur la déclaration sociale. Une meilleure synergie entre les services fiscaux et la MSA permettrait un contrôle systématique de ce point pour la totalité des exploitations, à partir des données de chacun des réseaux ;
- pour les déclarations au forfait, le contrôle de la déclaration des parcelles cadastrales exploitées est réalisé par les caisses de MSA sans que les services fiscaux soient informés des erreurs détectées pour être en mesure de procéder aux rectifications des calculs de bénéfices agricoles déjà effectués. Ainsi, ces contrôles n'ont aucune incidence sur les impôts sur le revenu et les cotisations sociales déjà établis, mais seulement sur ceux qui le seront dans l'avenir.

b) Un pilotage déficient de la politique de contrôle par la mutualité sociale agricole

Il n'existe pas au niveau national de réel bilan des contrôles réalisés par les caisses de MSA. Une telle consolidation est cependant nécessaire à la définition et au pilotage d'une politique de contrôle. Ce bilan devrait au minimum comporter le montant total de l'assiette contrôlée, le nombre et le montant des redressements d'assiette fiscale effectués par les services fiscaux et la nature et l'importance des anomalies rencontrées par les caisses de MSA. Les résultats devraient être présentés, par département et par caisse, séparément pour les contrôles sur pièces et les contrôles sur place.

De manière plus anormale encore, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole n'a pas établi non plus de méthodologie commune clairement définie. Les seules instructions données aux caisses portent sur le taux de contrôle minimal (10 %) et sur l'obligation de sélectionner un axe de contrôle parmi les trois définis au niveau national (revenus déficitaires sur plus de deux années consécutives, revenus tirés de

l'agrotourisme, revenus constants sur trois années consécutives). Ni la nécessité de procéder à une analyse de risque ni les vérifications clés à réaliser ne font l'objet d'instructions particulières.

Il n'est guère étonnant dans ces conditions que la Cour ait pu constater que la caisse du Languedoc avait conçu un plan de contrôle sans procéder à une analyse de risque préalable et ne faisait porter ses contrôles que sur les exploitations ne présentant qu'un risque réduit.

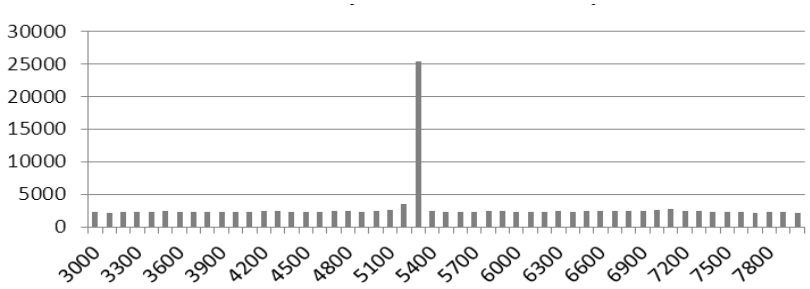
Conscient de cette situation, le ministère de l'agriculture prévoit de renforcer les compétences de la caisse centrale de MSA en matière de coordination des contrôles réalisés par les caisses locales.

c) Au final, des sous déclarations d'assiette non détectées

Il est impossible de quantifier les conséquences des déficiences du processus de déclaration et de contrôle de l'assiette sociale. On peut cependant chercher à en mesurer certaines conséquences. Ainsi, à la demande de la Cour des comptes, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole a produit la distribution des assiettes brutes déclarées par les cotisants en 2010, reprise ci-dessous.

Graphique n° 22 : distribution du nombre de chefs d'exploitation en fonction des revenus déclarés en 2010 (plage de 3 000 à 8 000 € par tranche de 100 €)

En €



Source : graphique Cour des comptes d'après données CCMSA

Le nombre d'exploitants déclarant un revenu entre 5 300 € et 5 400 €, soit environ 25 400 exploitants, est ainsi plus de dix fois supérieur à celui des tranches immédiatement voisines. Or, le plafond de 5 300 € correspond exactement à l'assiette minimale au-delà de laquelle tout euro déclaré donne lieu au paiement d'une cotisation supérieure à la cotisation minimale. Cette distribution est en très fort décalage avec une répartition homogène qui se traduirait par un effectif dans la tranche

5 300-5 400 € de 2 000 exploitants, analogue à celui des tranches voisines. L'importance des effectifs constatés juste en deçà du plafond de la cotisation minimale laisse augurer d'un phénomène massif de sous déclaration de revenus permettant une minoration des cotisations sociales. Aucune disposition n'a cependant été prise par les caisses de MSA pour analyser plus précisément cette situation et engager des actions ciblées de contrôle.

Plus généralement, la loi impose une majoration de 25 % sur les revenus des travailleurs indépendants, donc aux exploitants agricoles, pour le calcul de leur impôt sur le revenu, lorsqu'ils ne sont pas adhérents à un organisme de gestion agréé dont l'action est considérée comme de nature à diminuer les risques de sous déclaration de revenu. Il serait cohérent qu'une même règle soit étendue aux cotisations pour prévenir le développement de l'évasion sociale.

*
* *

En se limitant aux seules pertes d'assiette qui peuvent être quantifiées (développement des formes sociétaires, loyer et rente du sol), et en faisant l'hypothèse que les évaluations du ministère de l'agriculture restent vraies pour l'année 2010, les différentes pratiques d'optimisation ou de sous-déclaration réduisent l'assiette de cotisation de l'ordre de 2 Md€, ce qui représente le tiers de l'assiette déclarée en 2010 et un manque à gagner, pour les cotisations d'assurance vieillesse, d'environ 0,3 Md€.

B – Sécuriser les autres ressources du régime

1 – Une solidarité inter régime en décroissance continue

Les mécanismes de compensation démographique institués en 1974 entre les différents régimes de retraite ont pour finalité de compenser, au titre de la solidarité interprofessionnelle, les déséquilibres entre régimes résultant des différences de caractéristiques démographiques et de capacités contributives des actifs.

Cependant, s'agissant des régimes de retraite des non-salariés, ce mécanisme de compensation n'a pas pris en compte, depuis sa création, la disparité des capacités contributives des actifs, en raison de la connaissance insuffisante de leurs revenus. Le mécanisme ne corrige ainsi que les conséquences du ratio démographique défavorable du régime.

Les transferts de compensation et le taux de financement du régime par ces transferts ont significativement diminué sur les dix dernières

années, en passant de 4,3 Md€ en 2003 à 3,7 Md€[541] en 2013, soit respectivement 51 % et 43,4 % du montant des prestations versées. Cette baisse résulte principalement de l'évolution d'un paramètre de calcul du montant des compensations démographiques : le montant de la prestation de référence a moins augmenté en effet que celui de la prestation moyenne du régime. Des modalités de calcul prenant mieux en compte la réalité de la situation des assurés[542] aboutiraient à accroître les transferts de compensation vers le régime des exploitants agricoles.

2 – Une contribution plus limitée du fonds de solidarité vieillesse que pour les autres régimes de retraite

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend financièrement en charge pour le régime des exploitants agricoles les prestations du minimum vieillesse et les majorations de pension pour enfants et conjoint à charge, qui représentent environ 5 % des prestations du régime de base, soit 0,4 Md€.

Il ne finance cependant pas le dispositif de pension minimale de référence, qui constitue, pour le régime des exploitants agricoles, un complément de pension analogue au minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et celui d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales. Dès lors que ce dernier est pris en charge pour environ la moitié de son coût par le fonds de solidarité vieillesse, il serait cohérent que lui soit également transférée une partie du coût de la prestation minimale de référence (130 M€ en 2011), avec en parallèle un abondement de ses ressources pour ne pas aggraver son déficit.

3 – Un désengagement du financement du régime de base par l'État

Sans apport de la solidarité nationale, le régime des exploitants agricoles ne pourrait faire face à ses obligations.

Son besoin de financement a régulièrement crû, comme le montre le graphique suivant : il est passé de 2,8 Md€ en 2004 à 3,6 Md€ en 2011,

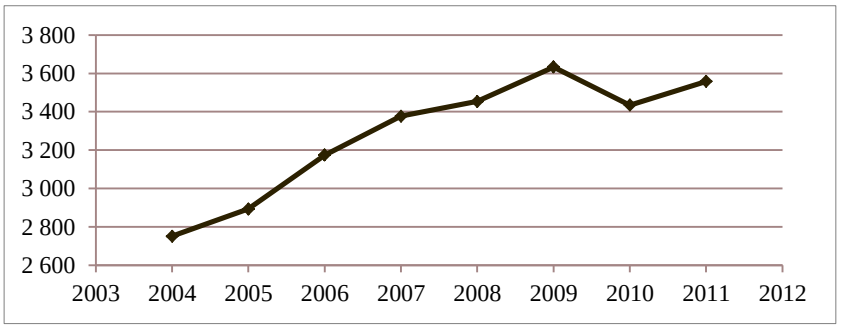
541. Valeur prévisionnelle pour 2013.

542. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre III : les compensations inter-régimes, La Documentation française, septembre 2010, p. 361-82, disponible sur www.ccomptes.fr.

corrélativement en particulier à la baisse des transferts de compensation démographique.

Graphique n° 23 : déficit annuel net du régime de base avant financement par l'État

En M€



Source : graphique Cour des comptes d'après données des tableaux de centralisation des données comptables (2007 à 2011) et rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale (2004 à 2006)

Le mode d'équilibrage par l'État du régime de retraite des exploitants agricoles a profondément évolué, notamment à la suite des recommandations récurrentes de la Cour :

- jusqu'en 2004, le régime était financé par le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), institué en 1960 et intégré à la loi de finances annuelle pour permettre l'équilibre du régime au moyen d'une subvention versée par l'État ;
- de 2005 à 2008, le régime a été financé par le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), qui avait, avec des missions identiques, succédé au BAPSA ;
- depuis 2009, la participation de l'État au financement se fait par l'affectation d'impôts et de taxes affectés. Il s'agit des droits de consommation sur les alcools et d'une fraction des droits de circulation sur les vins, cidres, poirés, hydromels avec, depuis 2011, l'affectation supplémentaire d'une fraction de la taxe sur les produits intermédiaires, de la taxe sur les bières et boissons non alcoolisées et de la cotisation sur les boissons alcooliques.

Au total, les financements complémentaires (BAPSA, FFIPSA ou depuis 2009, impôts et taxes affectés) ont représenté chaque année entre 2,2 et 3,5 Md€, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 90 : soldes nets du régime des exploitants agricoles avant et après financement par l'État sur la période 2004-2011

En M€

	Solde net avant financement par l'État	Total des financements de l'État	Solde net
2004	-2 751,9	2 766,5	14,6
2005	-2 893,3	2 770,6	-122,7
2006	-3 174,3	3 147,0	-27,3
2007	-3 377,1	3 339,8	-37,3
2008	-3 453,5	3 475,7	22,2
2009	-3 632,9	2 449,7	-1 183,2
2010	-3 434,5	2 151,1	-1 283,4
2011	-3 558,4	2 380,1	-1 178,3

Source : tableau de centralisation des données comptables (2007 à 2011) et rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale (2004 à 2006)

L'attribution de taxes et impôts affectés s'est traduit depuis 2009 par un désengagement de l'État. Leur produit est très nettement insuffisant pour permettre l'équilibre des comptes, malgré l'attribution de taxes supplémentaires en 2011 (cf. ci-dessus). Le régime est ainsi entré dans un déficit chronique de nature à menacer sa pérennité dès lors qu'il doit désormais se financer par emprunt bancaire.

L'hypothèse de mobilisation d'autres concours publics à l'agriculture

Le secteur agricole bénéficie de financements importants, puisque ceux-ci représentaient en 2010, hors prestations sociales, plus de 16 Md€.

Si ces financements sont constitués, pour l'essentiel, d'aides européennes allouées dans la cadre de la politique agricole commune (PAC) en application de dispositions communautaires contraignantes, certains financements sont nationaux, sous forme de dépenses budgétaires ou d'affectation d'impôts et taxes affectés (ITAF).

Un redéploiement d'une partie de ces ITAF, qui financent les chambres d'agriculture et l'action de différents établissements publics et de centres techniques pour un montant de près de 450 M€, pourrait être envisagé au bénéfice de la protection sociale agricole.

4 – Un financement de court terme par l'emprunt et une reprise de dette par la CADES contestables

La nécessité d'éviter toute rupture dans le versement des pensions oblige la caisse centrale de la mutualité sociale agricole à se financer par des emprunts auprès d'un pool bancaire, à des taux beaucoup plus élevés

que les autres emprunteurs publics. Dans le contexte actuel des marchés financiers, l'écart entre les taux d'intérêts consentis à la caisse centrale et les taux de référence est passé, entre 2011 et 2012, de 0,18 % à 0,60 % en ce qui concerne la tranche principale dont le taux est fixé en fonction de l'Euribor.

L'accumulation des déficits du régime depuis la suppression du FFIPSA s'est par ailleurs traduite par le gonflement d'une dette disproportionnée par rapport à la taille modeste du régime, ce qui a nécessité des dispositions particulières eu égard à son caractère non soutenable. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a ainsi organisé le transfert à la CADES, pour la première fois s'agissant d'un régime autre que le régime général, de la dette résultant des déficits de 2009 et 2010, soit un montant total de 2,47 Md€. Cette opération a dû s'accompagner de l'affectation de plus de 200 M€ de ressources nouvelles à la CADES, compte tenu de l'impossibilité désormais d'allonger la durée d'amortissement de la dette sociale[543].

Ce transfert de dettes à la CADES est d'autant plus critiquable qu'aucune disposition n'a été prise pour un retour durable à l'équilibre du régime. Dès la fin de l'année 2012, l'endettement du régime a atteint de nouveau un niveau équivalent au montant repris par la CADES en 2011, soit 2,3 Md€. Il devrait atteindre en fin d'année 2013, 3,2 Md€, sans qu'aucun mécanisme n'ait été prévu pour l'apurer.

Une nouvelle reprise de dette par la CADES apparaît cependant inévitable. Mais elle ne saurait intervenir sans un règlement définitif de la question du déficit structurel du régime. Il doit impérativement conjuguer un effort contributif sensiblement accru des cotisants dont les différents leviers doivent être mobilisés activement par les pouvoirs publics et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, et l'apport de financements de solidarité complémentaires, à rechercher d'abord dans un redéploiement au bénéfice de la protection sociale agricole d'une partie des 450 M€ d'impôts et taxes affectés par ailleurs au secteur de l'agriculture.

543. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre I : les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2011 et perspectives, La Documentation française, septembre 2012, p. 15-50, disponible sur www.ccomptes.fr.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le caractère particulier du secteur agricole fait que le régime de retraite des exploitants dépend de longue date de la solidarité nationale pour son financement.

L'importance de cette contribution, même si elle a très sensiblement décru depuis 2009, entraînant le régime dans un déficit chronique, suppose cependant que dans le contexte actuel des finances publiques le rééquilibrage des comptes passe prioritairement par un net redressement de l'effort contributif de la profession agricole, soit directement par la remise en question des multiples dispositifs favorisant la perte de cotisations, soit indirectement par la réallocation à la protection sociale agricole d'autres concours de l'État à ce secteur et à ses opérateurs. Ce n'est qu'à ces conditions que peut désormais s'envisager la mobilisation complémentaire de nouveaux moyens d'équilibre.

Il importe ainsi qu'une stratégie d'ensemble soit définie et appliquée sans faiblesse. Le financement bancaire de court terme et l'accumulation d'une dette non financée ne peuvent que mettre en cause à terme rapproché la pérennité de ce régime, sans pouvoir attendre l'impact favorable qui résultera à un horizon encore lointain de l'évolution de son ratio démographique.

La Cour formule les recommandations suivantes :

64. abaisser le chiffre d'affaires au-delà duquel les déclarations doivent être réalisées au réel et remplacer le bénéfice agricole forfaitaire par un bénéfice agricole établi en proportion du chiffre d'affaires ;

65. soumettre les revenus des associés non-exploitants à une contribution sociale spécifique ;

66. majorer l'assiette sociale des exploitants n'adhérant pas à un organisme agréé, comme pour l'impôt sur le revenu ;

67. modifier profondément l'organisation de l'établissement et du contrôle des cotisations personnelles des exploitants agricoles, notamment en développant la coopération et les échanges de données informatiques entre les services fiscaux et les caisses de MSA ;

68. assurer, sans attendre l'amélioration de son ratio démographique, l'équilibre du régime par des financements de solidarité suffisants et pérennes, pour partie en réexaminant les autres formes de concours au secteur agricole.

Chapitre XVI

Les retraites des professions libérales

PRESENTATION

Les professions libérales relèvent pour leur retraite d'une organisation spécifique, l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (OAAVPL)[544]*, regroupant la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et dix sections professionnelles. Elle rassemble près d'un million d'affiliés, soit 800 000 cotisants, dont 200 000 auto-entrepreneurs, et plus de 200 000 pensionnés*[545] *et représente environ 2 % des actifs cotisants et 1 % des retraités au niveau national. Les pensions servies s'élèvent à 4 Md€, dont 1 Md€ par le régime de base, 2,2 Md€ par les régimes complémentaires et 800 M€ pour les régimes sur-complémentaires dits de « prestations complémentaires vieillesse » (PCV* [546] *), dont bénéficient certaines professions médicales et paramédicales.*

Bien que l'effort contributif des professions libérales soit proportionnellement inférieur à la moyenne de la population salariée, le montant moyen de leurs pensions est plus élevé (1 900 € par mois contre 1 200 €), du fait de revenus d'activité généralement plus importants. Les différences de niveaux de retraite entre professions libérales sont cependant significatives.

Si a été créé en 2003 un régime de base unique, les retraites des professions libérales demeurent encore largement organisées par profession au sein des sections professionnelles, qui sont traditionnellement très autonomes. La CNAVPL, qui est responsable du seul régime de base, n'exerce qu'un rôle limité.

Les réformes des régimes de retraite des professions libérales apparaissent aujourd'hui trop limitées pour faire face aux défis démographiques des prochaines décennies (I). Leur pérennité impose un pilotage global ainsi que de substantiels nouveaux efforts pour chacun (II).

544. La caisse nationale des barreaux français (CNBF) n'en fait plus partie depuis 1954. Cette dernière relève de dispositions spécifiques au sein du code de la sécurité sociale (article L. 723-1). Avec 50 000 cotisants pour 10 000 bénéficiaires environ, elle présente un ratio très favorable d'un retraité pour cinq cotisants. Les paramètres de son régime de base diffèrent substantiellement de celui de la CNAVPL.

545. Données 2011.

546. Les régimes d'avantage social vieillesse (ASV) ayant été progressivement transformés en régimes de prestations complémentaires vieillesse (PCV), conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

I - Des réformes trop limitées

A – Une logique professionnelle confrontée à la diversité croissante des professions libérales

1 – Un fort ancrage professionnel

Malgré l'existence d'une caisse nationale, la CNAVPL, et le renforcement de son rôle avec la création du régime de base en 2003, les sections professionnelles marquées par une forte identité professionnelle sont historiquement très autonomes. Leur personnalité juridique et leur autonomie financière tendent à conforter cette tradition d'indépendance au sein de l'organisation commune, dont seul le régime de base commun à l'ensemble des professions libérales assure l'unité.

Tableau n° 91 : les dix sections professionnelles de retraite (2012)

	Caisses (sections professionnelles)	Professions (définies par l'article L. 622-5 du CSS)	Affiliés*	
			Cotisants	Allocataires
CARPIMKO	autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs - kinésithérapeutes, pédicures - podologues, orthophonistes et orthoptistes	infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures podologues, orthophonistes,orthoptistes	154 943	37 590
CARMF	autonome de retraite des médecins de France	médecins	123 777	42 286
CARCDSF	autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes	chirurgiens-dentistes, sages-femmes	39 610	15 747
CAVP	d'assurance vieillesse des pharmaciens	pharmaciens et directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins	32 161	17 017
CAVEC	d'allocation vieillesse des experts comptables et des commissaires aux comptes	experts comptables, commissaires aux comptes indépendants	18 620	7 356
CAVAMAC	d'allocation vieillesse des agents généraux d'assurance	agents généraux d'assurance	12 230	26 798
CARPV	autonome de retraite et de prévoyance des vétérinaires	vétérinaires	9 935	3 135
CRN	de retraite des notaires	notaires	8 300	4 173

	Caisses (sections professionnelles)	Professions (définies par l'article L. 622-5 du CSS)	Affiliés*	
			Cotisants	Allocataires
CAVOM	d'assurance vieillesse des officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires	huissiers de justice, commissaires-priseurs, administrateurs et mandataires judiciaires, greffiers et arbitres près les tribunaux de commerce (avoués près les cours d'appel jusqu'en 2011)	4 609	2 007
CIPAV	interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse	toute personne exerçant une activité non salariée et ne relevant pas d'une autre organisation autonome d'assurance vieillesse (article L. 622-5 alinéa 3)[547].	211 047	55 072

*Source : *données mi-2011 hors auto-entrepreneurs extraites du recueil statistique de la CNAVPL*

La faiblesse de la retraite de base (30 % des pensions)[548], gérée par la CNAVPL et commune à l'ensemble des professions libérales, comparée au poids important des retraites complémentaires (70 % des pensions), gérées par les sections professionnelles, explique la prépondérance de ces dernières. Les sections professionnelles assurent la gestion des cotisations et des prestations du régime de base pour le compte de la caisse nationale, qui est responsable du pilotage global et de la gestion des réserves de ce dernier. En ce qui concerne les régimes complémentaires, l'autonomie des sections est quasi-totale. Les régimes propres à chaque section sont ainsi pilotés par leur conseil d'administration et bien que la CNAVPL dispose de quelques prérogatives (avec notamment un pouvoir consultatif sur les statuts, la création et l'évolution des régimes complémentaires), elle ne les exerce qu'*a minima*.

En termes de nombre de cotisants et de bénéficiaires, les sections professionnelles sont de tailles très inégales. Trois sections professionnelles, dont deux interprofessionnelles, regroupent les trois quarts des cotisants (la CIPAV, la caisse des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et professions associées, et la caisse des médecins), alors que plusieurs sections (notaires, vétérinaires et agents d'assurance)

547. Notamment, à titre d'illustration, les personnes qui exercent à titre libéral les professions suivantes : architecte, ingénieur-conseil, expert, géomètre, conseil, consultant, psychothérapeute, psychanalyste (non médecin), moniteur, répétiteur, guide touristique, etc.

548. Par comparaison, la retraite de base représente en moyenne 70 % de la pension des salariés du régime général.

ne comptent qu'environ 10 000 cotisants, voire moins de 5 000 (officiers ministériels).

2 – Des montants de retraite très variables

Avec une pension moyenne de 1 909 € par mois (contre 1 216 € pour l'ensemble des retraités en 2010)[549], les retraités des professions libérales font partie des catégories professionnelles bénéficiant des niveaux de pensions les plus élevés. Ce niveau est corrélé à des revenus d'activité globalement supérieurs à la moyenne de la population active, le revenu d'activité libérale moyen s'élevant, selon les plus récentes statistiques qui portent toutefois sur 2007, à 74 800 € (hors professions de santé) contre 31 000 € pour l'ensemble des salariés de l'industrie, du commerce et des services[550].

Du fait de la diversité de leurs revenus et du poids des régimes complémentaires, les retraites des professions libérales sont très hétérogènes. Cette hétérogénéité est accrue par l'existence d'un niveau supplémentaire de retraite obligatoire pour certaines professions médicales que constituent les régimes de prestations complémentaires vieillesse (PCV). Les médecins généralistes et certains professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire) bénéficient en effet de régimes sur-complémentaires obligatoires[551].

Les régimes de prestations complémentaires vieillesse (PCV, anciennement « avantage social vieillesse » - ASV -)

Ces régimes résultent de la prise en charge partielle par l'assurance maladie d'une partie de leurs cotisations d'assurance vieillesse correspondant à la contrepartie donnée aux professionnels exerçant dans un cadre conventionnel. Ils ont été progressivement rendus obligatoires pour les médecins en 1972, pour les auxiliaires médicaux en 1975, pour les chirurgiens-dentistes en 1978, pour les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins en 1981 et pour les sages-femmes en 1984.

549. Montant moyen de l'avantage de droit direct, « Les retraités et les retraites en 2010 », Études et statistiques, DREES, 2011.

550 . INSEE Première n° 1282, *Les revenus des professions libérales en 2007* (dernières données nationales disponibles).

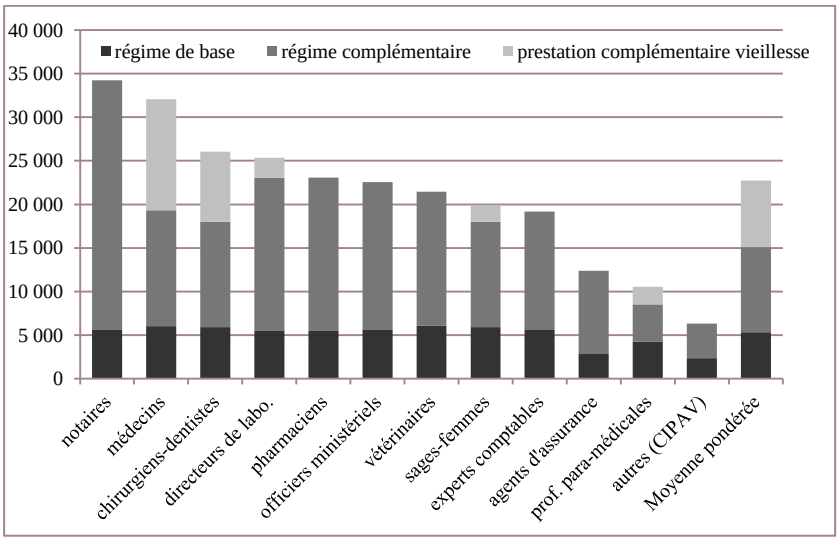
551. Ces régimes sont gérés par les quatre sections professionnelles regroupant les cinq professions concernées.

Ces régimes sur-complémentaires représentent une part variable dans la pension des professionnels concernés. Ils constituent ainsi 40 % de la retraite des médecins et 30 % de celle des chirurgiens-dentistes, mais seulement environ 20 % de celles des auxiliaires médicaux et des sages-femmes et 8 % de celle des directeurs de laboratoires.

Ces différences résultent notamment de niveaux de cotisation divers. Alors que la cotisation moyenne des médecins s'élève à 2 000 €[552], les sages-femmes et les auxiliaires médicaux ne cotisent qu'à hauteur de 200 €. De même, le montant de la cotisation prise en charge par l'assurance maladie varie d'environ 3 000 € pour chaque chirurgien-dentiste à 2 000 € par médecin (soit 2 760 € pour les médecins du secteur 1 et « 0 » pour les autres), 1 000 € par directeur de laboratoire, 600 € par sage-femme et 200 € par auxiliaire médical.

Bien que la pension moyenne annuelle des professions libérales s'élève à 22 700 € par an (environ 1 900 € par mois), son niveau varie significativement selon la profession.

Graphique n° 24 : retraites moyennes annuelles servies par les sections professionnelles en 2010



Source : Cour des comptes à partir du Recueil statistique 2011 de la CNAVPL

552. Les praticiens du secteur 2 (28 800) cotisent à hauteur de la totalité de la cotisation soit 4 140 € en 2011.

Alors que les retraités notaires et médecins[553] perçoivent en moyenne plus de 30 000 € par an (de 2 600 à 2 900 € mensuels), les retraités auxiliaires médicaux et professions techniques et de conseil affiliées à la CIPAV bénéficient de pensions moyennes inférieures à 12 000 € par an, soit 1 000 € par mois (respectivement 879 € et 525 €). La faiblesse du niveau des retraites de certaines professions doit cependant être nuancée par le fait qu'elle correspond souvent à une partie seulement des pensions de ces retraités qui, très souvent polypensionnés, reçoivent également des pensions des autres régimes de base auxquels ils ont appartenu durant tout ou partie de leur carrière.

3 – Une diversité croissante des effectifs cotisants

a) Une croissance dynamique des professions non réglementées

Le noyau historique des professions libérales est constitué de professions dites « réglementées », soit parce qu'auxiliaires de la puissance publique dans certaines de ses activités régaliennes (professions liées à la justice), soit parce que prestataires de services d'intérêt général aux personnes (professions médicales).

Si le noyau stable des professions libérales regroupe toujours ces professions réglementées, une composante plus fluctuante et croissante tend à rassembler des activités très diverses, dont l'unité repose plus sur le mode d'exercice ou sur l'impossibilité à les rattacher à un autre régime que sur leur nature intrinsèque. Les personnes exerçant à titre libéral des activités non explicitement énumérées par le code de la sécurité sociale sont ainsi affiliées à la CIPAV. Une disposition « balai » de ce code[554] conduit à affilier à la CIPAV plus de 300 activités très différentes.

Hors auto-entrepreneurs, les professions non réglementées ont ainsi progressé de 25 % de 2007 à 2010, contre 10 % pour l'ensemble des professions libérales[555]. Cette dynamique a ainsi substantiellement accru les effectifs cotisants de la CIPAV, qui sont passés de 135 000 en 2004 à 211 000 en 2011, hors-auto-entrepreneurs.

Alors que les professions libérales étaient historiquement assez homogènes en termes de revenus, l'arrivée massive d'affiliés exerçant des professions non réglementées tend à accroître les différences de revenus en leur sein. La moitié des professionnels libéraux a un revenu libéral

553. Prestation complémentaire vieillesse incluse.

554. Article L. 622-5 alinéa 3, du code de la sécurité sociale.

555. « Les activités libérales continuent de se développer notamment grâce aux professions non réglementées », Le quatre pages de la DGCIS, n° 22, novembre 2012.

égal ou inférieur à 30 000 €, alors que le revenu moyen des professions libérales est supérieur à 70 000 €[556] et celui des médecins à 90 000 €.

b) Une tendance accentuée par l'affiliation massive d'auto-entrepreneurs

Créé en 2008[557], le statut d'auto-entrepreneur a significativement fait croître les effectifs cotisants de la CNAVPL, dans des proportions toutefois difficiles à évaluer. Ce nouveau dispositif, entré en vigueur le 1er janvier 2009, a rencontré un vif succès. Sur les 730 000 auto-entrepreneurs actifs fin 2011, 27% seraient affiliés à la CIPAV.

Toutefois, beaucoup d'auto-entrepreneurs inscrits ne déclarent en réalité aucun chiffre d'affaires et ne se constituent ainsi pas de droits à la retraite (50 % des comptes ouverts n'ont ainsi donné lieu à aucune déclaration de chiffre d'affaires[558]). Seulement 72 000 des plus de 200 000 auto-entrepreneurs affiliés à la CIPAV exerçaient en 2011 une activité au moins équivalente à 200 heures de SMIC annuel et étaient à ce titre considérés comme cotisants actifs.

Les problèmes de gestion associés aux auto-entrepreneurs

Le statut d'auto-entrepreneur permet la création d'entreprises indépendantes, notamment pour les personnes exerçant une profession libérale non réglementée, dès lors que leur chiffre d'affaires n'excède pas certains seuils[559]. Si les auto-entrepreneurs relèvent tous du régime social des indépendants (RSI) pour leur couverture maladie, ceux fournissant des prestations de service imposables au titre des bénéfices non commerciaux (BNC) relèvent de la CIPAV pour leur assurance vieillesse.

En raison du plafond assez faible de chiffre d'affaires associé au statut d'auto-entrepreneur, nombreux sont les professionnels qui relèveront successivement de ce dernier et de celui des travailleurs indépendants de droit commun, le statut d'auto-entrepreneur se perdant lorsque le plafond de chiffre d'affaires est dépassé. La CIPAV, dont beaucoup d'affiliés disposent en moyenne de revenus modestes, est particulièrement exposée à ce mouvement de va et vient.

556. INSEE Première, n° 1282, *Les revenus des professions libérales en 2007*, février 2010.

557. Loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

558. Inspection générale des finances et inspection des affaires sociales, *Évaluation du régime de l'auto-entrepreneur*, avril 2013.

559. Pour la vente de marchandises, d'objets et denrées divers, ce plafond correspond à un chiffre d'affaires annuel de 80 000 € au plus et pour les prestations d'une autre nature, ce montant est ramené à 32 000 €.

La volatilité des auto-entrepreneurs et leur gestion par plusieurs institutions (agence centrale des organismes de sécurité sociale [ACOSS], régime social des indépendants [RSI], CNAVPL-CIPAV) est à l'origine d'une difficulté importante de recensement de leur nombre et de leur activité bien que l'information soit centralisée par les organismes de recouvrement qui en ventilent les cotisations entre les différents régimes concernés.

Le manque de fiabilité des données relatives aux auto-entrepreneurs est à l'origine de réserves récurrentes sur la certification des comptes du régime de base des professions libérales depuis 2009.

B – Les fragilités intrinsèques du régime de base

Malgré une réforme ambitieuse en 2003[560] qui en a fait le premier régime de base par points, certaines règles restent alignées sur le régime général. Il est aussi fragilisé par des paramètres parfois calculés généreusement et, par ailleurs, par une contribution substantielle à la compensation démographique entre régimes de retraite.

1 – Une réforme novatrice mais inaboutie

a) Un régime unique par points

Avant la réforme de 2003, chaque section professionnelle gérait son propre régime de base. Les cotisations variaient selon les sections mais les pensions étaient, à durée de cotisation égale, identiques selon les sections. Malgré cette autonomie, les sections étaient solidaires entre elles à travers un mécanisme de compensation propre.

La mise en place d'un régime unique par points résulte d'une initiative de la CNAVPL en 2001 qui visait non seulement à rendre le régime de base plus équitable, mais aussi à améliorer son pilotage dans la perspective du vieillissement de sa population.

Le nouveau régime repose sur un barème de cotisation proportionnel aux revenus en deux tranches. La première porte sur les revenus compris entre 0 et 85 % du plafond de sécurité sociale, auxquels s'applique un taux de cotisation de 8,6 %[561], et la seconde concerne les

560. Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

561. Ce taux ouvre droit à 450 points par an. Il passe pour la première tranche à 9,75 % en 2013 puis 10,10 % en 2014.

revenus compris entre 85 % et cinq plafonds, auxquels s'applique un taux de 1,6 %[562] .

S'agissant d'un régime par points, le montant de la pension est calculé en fonction du nombre de points acquis et de la valeur du point servi, auxquels est toutefois appliqué un taux de liquidation affecté d'une décote ou d'une surcote.

Calcul des pensions dans les régimes de retraite en annuités et par points

Dans un régime en annuités, le montant de la pension dépend des revenus antérieurs et de la durée d'assurance. Celle-ci intervient d'une part dans l'éventuelle minoration du taux de remplacement quand la durée légale n'est pas atteinte et dans la proratisation du montant des pensions de chacun des régimes pour les polypensionnés.

Un régime par annuités se pilote à l'aide de deux leviers principaux : les recettes (taux et durée de cotisations) et les pensions (âge légal, durée de cotisations, revalorisation).

Dans un régime par points, la pension est directement liée à l'effort contributif dans la mesure où elle est proportionnelle au montant total des cotisations versées (toute cotisation donne des droits supplémentaires correspondant à une majoration des pensions). Le calcul de la pension ne fait en théorie intervenir ni la durée de cotisation, ni le montant des salaires, mais seulement le nombre de points acquis au cours de la carrière multiplié par la valeur de service du point fixée annuellement.

Un régime par points se pilote principalement à l'aide des valeurs d'achat et de services du point, qui déterminent le rendement technique instantané (qui mesure le montant théorique de pension pour 1 euro cotisé) et les bornes d'âge.

b) Un alignement de certaines règles sur le régime général

Si les principes de la réforme proposée par la caisse nationale ont été repris dans le cadre de la loi de 2003, les pouvoirs publics ont souhaité aligner les conditions d'ouverture de droits du nouveau régime sur celles du régime général dans le cadre d'un processus d'harmonisation inter-régimes. Celui-ci a principalement consisté en un abaissement de l'âge de départ à la retraite à 60 ans, sous réserve d'avoir 40 années de cotisations, et en l'introduction d'un mécanisme de décote et de surcote au-delà et en-deçà de cette durée de cotisation et/ou de l'âge de 65 ans. L'introduction de possibilités de cessation anticipée d'activité, de cumul emploi-retraite

562. Il ouvre droit à 100 points et passe à 1,81 % en 2013 puis 1,87 % en 2014 pour la seconde tranche.

et de rachat d'année d'études s'est également inscrite dans cette harmonisation. De même, les pensions de réversion ont été alignées sur le régime général et réservées aux personnes en ayant le plus besoin, alors que dans le système antérieur les affiliés à hauts revenus en bénéficiaient davantage. Enfin, la valeur de service du point, comme l'évolution des pensions du régime général, est fixée par décret au 1er avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation (hors tabac).

Cette harmonisation qui visait à renforcer le régime de base en tant que socle minimum de couverture retraite a introduit certains biais dans le pilotage du nouveau régime par points. Le principal réside dans la possibilité d'obtention d'une retraite à taux plein sur la base d'une durée d'assurance, et non pas sur le seul nombre de points acquis. Le bénéfice de la surcote dès l'âge de 60 ans (pour les personnes justifiant de la durée d'assurance tous régimes requise) induit en outre un surcoût pour le régime de base. L'âge moyen de départ effectif à la retraite des professions libérales est en effet de 64 ans, les régimes complémentaires n'accordant le bénéfice du taux plein qu'à 65 ans, voire bientôt 67 ans pour les médecins, pharmaciens et assureurs.

2 – Une rigueur insuffisante dans la détermination des paramètres

L'objectif de renforcement du régime de base, qui a conduit à une revalorisation significative du niveau des pensions, n'a pas été gagé sur une augmentation aussi vigoureuse des cotisations.

Le niveau global des cotisations a progressé pour une majorité de cotisants, en moyenne de 6 à 12 % selon les revenus, mais le niveau de cotisation des professions libérales demeure significativement inférieur à celui des autres régimes de base. Il était jusqu'en 2012 de 8,6 % pour la première tranche de revenus contre 16,65 % pour le régime général et pour le régime social des indépendants (RSI)[563]. À cette différence de taux s'ajoute une différence d'assiette, le plafond de la première tranche n'étant fixé qu'à 85 % du plafond de la sécurité sociale pour les professions libérales, contre un plafond pour les autres régimes.

Alors que la réforme avait été envisagée à l'été 2003 sur la base d'un taux de cotisation de la première tranche de 9,6 %, celui-ci a finalement été fixé à 8,6 %[564], sous la pression de certaines professions.

563. Ils sont respectivement de 9,75 % et 16,75 % en 2013.

564 . Décret n° 2004-461 du 27 mai 2004 relatif à l'assurance vieillesse des professions libérales.

Cet arbitrage gouvernemental a induit une perte de recettes de l'ordre de 100 M€ par an dès 2004[565].

Le montant des pensions a en revanche progressé. Ainsi, le total des prestations versées a progressé de plus de 70 % de 2003 à 2011, alors que les effectifs pensionnés n'ont augmenté que de 54 % sur cette période. La croissance plus rapide des prestations que celle des effectifs révèle une amélioration globale de l'ordre de 16 %, soit 2 % hors inflation, par rapport à l'ancien régime.

Cette progression modérée n'est à ce stade que très partiellement liée à la revalorisation des droits issue du nouveau régime, qui ne pourra être évaluée qu'au terme de la montée en charge de la réforme, lorsque l'ensemble des retraités auront acquis leurs droits dans le cadre du nouveau dispositif. Selon la direction de la sécurité sociale, la hausse des pensions entre les retraités bénéficiant du régime antérieur et ceux du nouveau régime serait de l'ordre de 13 à 20 % selon les niveaux de pensions. L'alignement des conditions d'ouverture de droits sur celles du régime général a également amélioré significativement la situation des retraités libéraux et participe de la croissance des charges du régime de base depuis 2004. À titre d'exemple, le seul coût induit par la surcote peut être évalué à 100 M€ par an à l'horizon 2020[566].

3 – Le poids de la compensation démographique entre régimes

Comme tous les régimes de base, celui des professions libérales participe au mécanisme de compensation démographique entre les régimes salariés et non-salariés créé en 1974 (dit « second étage » de la compensation généralisée)[567]. Du fait d'un ratio démographique plus favorable que la moyenne (un retraité pour trois cotisants contre un pour deux pour l'ensemble des régimes), le régime des professions libérales est un des principaux contributeurs à la compensation entre régimes de base.

En 2011, le montant versé par la CNAVPL au titre de la compensation s'est élevé à 637 M€, représentant 35 % des charges nettes du régime. Ces charges de compensation ont doublé depuis 2004 du fait du dynamisme de l'effectif cotisant. Sur la seule année 2010, elles ont ainsi progressé de 25 %, notamment sous l'effet de la montée en charge

565. Un point de cotisation du taux de la tranche 1 était évalué à 140 M€ en 2011.

566. À cette date, le stock de retraités sera intégralement constitué d'affiliés ayant liquidé leurs pensions sur la base des nouvelles règles.

567. La loi du 24 décembre 1974 assigne à la compensation l'objectif de « remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes ».

du statut d'auto-entrepreneur, qui a participé de l'amélioration du ratio démographique du régime.

L'impact de la création du statut d'auto-entrepreneur sur le montant de la compensation à la charge de la CNAVPL est très difficile à évaluer et difficile à dissocier de la croissance globale des professions non-réglementées. Si cet impact est réel, il a été significativement limité à partir de 2011 par l'exclusion du calcul de la compensation de la majorité des auto-entrepreneurs, dont les revenus annuels étaient inférieurs à 200 heures de SMIC. Ainsi, pour 2011, seuls 72 000 auto-entrepreneurs ont été imputés à la CNAVPL dans le calcul de la compensation généralisée sur un total de 200 000 auto-entrepreneurs affiliés.

La CNAVPL estime le surcoût des auto-entrepreneurs sur sa charge de compensation à 77 M€[568] pour 2010 et 128 M€ pour 2011. Cette évaluation surestime cependant leur impact net car elle ne tient pas compte des cotisations au régime de base acquittées par les auto-entrepreneurs et par l'État [569], qui se sont élevées à 42 et 59 M€ en 2010 et 2011, et surtout elle ne neutralise pas l'impact des auto-entrepreneurs sur les autres régimes (en termes de cotisants et de cotisations).

La compensation généralisée reposant sur le seul critère démographique, le dynamisme des professions libérales n'a pas été pondéré de l'évolution de leurs revenus. La Cour a déjà souligné à plusieurs reprises[570] les limites du système de compensation reposant strictement sur des critères démographiques et appelé à une réflexion sur la prise en compte des capacités contributives. Toutes choses égales par ailleurs, cette prise en compte permettrait du reste la modération de l'augmentation du poids de la compensation par l'effet de l'intégration des auto-entrepreneurs.

568. Ce calcul sommaire correspond au nombre d'auto-entrepreneurs retenus pour le calcul de la compensation comme « cotisants actifs » multiplié par la cotisation de référence établie par la commission de compensation.

569. L'État compense les taux de cotisation dérogatoires dont bénéficient les auto-entrepreneurs pour ceux ayant un revenu annuel de plus de 200 heures de SMIC.

570. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre III : les compensations inter-régimes, La Documentation française, septembre 2010, p. 61-82, disponible sur www.ccomptes.fr.

C – Des régimes complémentaires qui reposent sur une solidarité professionnelle étroite

Chaque section professionnelle gérant son propre régime complémentaire, les dix régimes complémentaires professionnels ou interprofessionnels présentent des caractéristiques différentes.

1 – Des situations démographiques contrastées

Du fait du cadre étroit dans lequel s'exerce la solidarité interprofessionnelle, le profil démographique de chaque section est très dépendant des évolutions de la profession ou du secteur d'activité qu'elle recouvre.

Fin 2011, le ratio démographique moyen de ces régimes était plutôt favorable avec un allocataire de droits directs pour 3,3 cotisants, mais ce ratio moyen est tiré vers le haut par la situation démographique très favorable de la CIPAV et de la CARPIMKO (ratio de 4,5), qui comptent les effectifs les plus importants. Si toutes les sections ont vu leur ratio démographique se détériorer rapidement, ceux-ci varient encore fortement. Les agents d'assurance, avec un ratio inférieur à 1 (0,7 fin 2011) présentent ainsi le profil démographique le plus défavorable. Le plus grand nombre de régimes présente des ratios compris entre 2 (notaires et pharmaciens) et 3 (vétérinaires, experts-comptables, médecins).

2 – Une grande diversité de paramètres

Les régimes complémentaires se caractérisent par leur diversité et leur complexité. Chaque régime repose sur ses propres règles qui tiennent à l'histoire, à l'équilibre démographique et aux capacités contributives des professions concernées.

La majorité des régimes complémentaires sont progressifs par tranche sur la base de cotisations forfaitaires (officiers ministériels, vétérinaires, experts-comptables et CIPAV).

Seuls deux régimes reposent sur une cotisation proportionnelle (ceux des agents d'assurance[571] et des médecins[572]), alors, qu'à mi-chemin entre ces deux modèles, la caisse des sages-femmes et chirurgiens-dentistes et celle des infirmiers, kinésithérapeutes, masseurs

571. 6,3 % des commissions brutes, mais en réalité de 9 % au vu du taux d'appel de 142,9 %.
572. Avec un taux de cotisation de 9,2 % en 2012 et de 9,3% en 2013.

et professions associées (CARPIMKO) présentent des barèmes mixtes associant cotisation forfaitaire et proportionnelle[573].

Enfin, les régimes complémentaires des pharmaciens et des notaires laissent à leurs affiliés la liberté de cotiser aux classes de leur choix[574]. Le régime des pharmaciens présente par ailleurs la singularité de comporter une part de capitalisation obligatoire : quelle que soit la tranche, une fraction de la cotisation est affectée à une gestion en capitalisation.

La diversité de structures et de paramètres des régimes complémentaires des professions libérales conduit à une très forte hétérogénéité des cotisations. Alors que la cotisation moyenne des professions libérales au titre de la retraite complémentaire s'élève en 2010 à 4 255 €, elle varie de 1 à 13 selon les sections, allant de 1 700 € pour les affiliés de la CARPIMKO à près de 22 000 € pour les notaires. Seules deux sections présentent une cotisation moyenne inférieure à 2 000 € (CIPAV et CARPIMKO), alors que la majorité des régimes se situe en moyenne entre 6 000 et 8 000 € par an. Les régimes des notaires et des agents d'assurance se singularisent par des cotisations moyennes de l'ordre de 20 000 € par an.

Cette hétérogénéité des cotisations va de pair avec des inégalités en termes de prestations. La CIPAV et la CARPIMKO se distinguent par la faiblesse de leurs pensions moyennes (de l'ordre de 4 000 € par an), alors que la plupart des régimes servent des pensions moyennes comprises entre 10 000 et 15 000 €. Trois régimes complémentaires présentent même des niveaux moyens de pensions compris entre 15 000 et 20 000 € (experts-comptables, officiers ministériels et pharmaciens), alors que le régime des notaires tend vers une pension moyenne proche de 30 000 € par an.

3 – Des stratégies autonomes de constitution de réserves

Les sections professionnelles ont conduit des stratégies autonomes de constitution de réserves, donnant lieu à un système de retraite hybride de gestion par « répartition provisionnée ».

En fonction des paramètres des régimes complémentaires et de leur situations démographiques, les sections professionnelles ont en effet

573. CARCDSF (cotisation forfaitaire de 2 268 € et proportionnelle de 10 %) et CARPIMKO (cotisation forfaitaire de 1 200 € et proportionnelle de 3 %).

574. Cette liberté n'est que partielle pour les notaires puisqu'elle ne concerne que la cotisation forfaitaire (la cotisation proportionnelle de 4,5 % s'appliquant à tous les professionnels).

développé, de manière plus ou moins importante, des stratégies de constitution et de placement de réserves visant à faire face à leurs besoins de financement futurs, liés au départ à la retraite de classes d'âge nombreuses pendant les années 2020 à 2040. Les régimes complémentaires ont ainsi presque doublé le montant de leurs réserves en dix ans, qui sont passées de 10 à 19,6 Md€ de 2002 à 2010.

Cette dynamique a toutefois été différenciée selon les sections. La caisse des pharmaciens et celle des médecins ont principalement contribué à cette croissance en valeur absolue en faisant évoluer le montant de leurs réserves respectivement de 3,7 à 5 Md€ et de 1,6 à 4,2 Md€.

Les 20 Md€ de réserves des sections professionnelles relevaient ainsi en 2011 pour moitié de trois sections professionnelles, celles des pharmaciens (5,8 Md€, dont 5 Md€ au titre de la capitalisation[575]), des médecins (4,2 Md€) et des chirurgiens-dentistes et sages-femmes (2 Md€). Les autres régimes complémentaires ne disposaient chacun que de moins de 10 % du total.

*
* *

Le caractère inachevé de la réforme du régime de base et les stratégies autonomes des régimes complémentaires de constitution de réserves ne mettent cependant pas les professions libérales en mesure d'affronter les enjeux démographiques des prochaines décennies.

II - D'indispensables nouveaux efforts

A – Des perspectives démographiques et financières qui imposent des approches nouvelles

Malgré un rapport démographique encore très favorable, la majorité des régimes de retraite des professions libérales devrait voir celui-ci se dégrader du fait de l'arrivée massive à la retraite des classes d'âge nées après la guerre. Selon les projections du conseil d'orientation des retraites (COR) dans son rapport sur les perspectives des régimes de retraite à l'horizon 2060 de décembre 2012[576], ce ratio devrait ainsi

575. Hors capitalisation, les réserves constituées au titre des régimes complémentaires par répartition ne s'élèvent donc qu'à 15 Md€ fin 2010.

576. Onzième rapport du COR, *Retraites : perspectives 2020, 2040, 2060*, décembre 2012.

passer de 3 à 2 à l'horizon 2020, puis à 1 à l'horizon 2030 pour se stabiliser ensuite à ce niveau.

1 – Un régime de base à piloter effectivement comme un régime par points

a) Un besoin de financement 2020-2040 non couvert

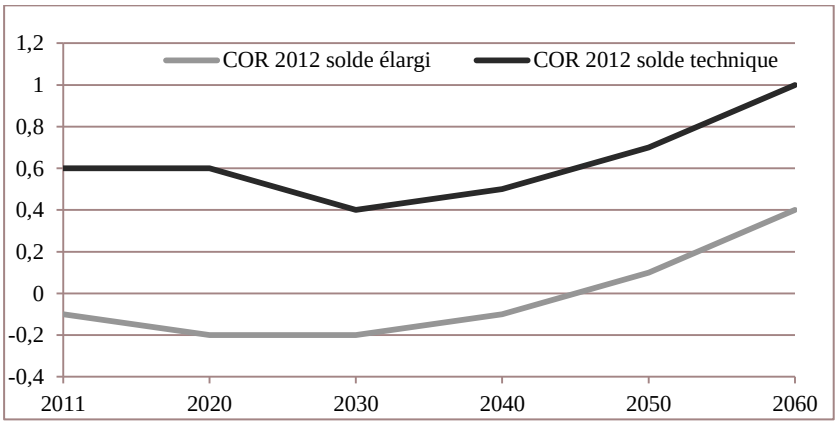
Confronté à un problème de financement à court terme, le régime de base a déjà décidé une hausse significative de ses taux de cotisation en 2013 et 2014. Le taux de la première tranche passe ainsi de 8,6 % à 9,75 % en 2013 puis 10,10 % en 2014 (soit +1,5 point) et celui de la seconde de 1,6 % à 1,81 % puis à 1,87 % (soit +0,21 point).

Malgré cette hausse de cotisations, le déficit (estimé à -130 M€ en 2012) devrait s'aggraver et passer à -200 M€ d'ici à 2016. Cette situation devrait rapidement épuiser les réserves, qui atteignaient 400 M€ fin 2012. La solvabilité du régime de base des professions libérales ne semble donc pas assurée au-delà de 2016.

La récente projection réalisée par le COR [577], sensiblement dégradée par rapport à celle de 2006, fait apparaître au-delà un déficit du régime de l'ordre de 200 M€ par an sur la période 2020-2040.

Graphique n° 25 : comparaison des projections du COR de 2012

En Md€ 2011



Source : Cour des comptes à partir du onzième rapport du COR

577. Seule la projection reposant sur les hypothèses du scénario C du COR, le plus proche des perspectives macro-économiques de court terme (hypothèse de croissance annuelle de 1,3 % et un taux de chômage de long terme de 7 %), est présentée ici.

Bien que le solde technique[578] ait été amélioré par la hausse de taux de cotisation 2013 et 2014, qui augmentera les masses de cotisations de l'ordre de 250 M€ en 2014, le solde élargi[579], après imputation de la charge de compensation est structurellement déficitaire.

b) Une optimisation nécessaire du pilotage par points

Les mesures d'alignement sur le régime général qui ont accompagné la réforme du régime de base en 2003 ont contribué à éloigner le fonctionnement du régime de base des professions libérales de celui d'un véritable régime par points. Elles ont limité les leviers de pilotage du régime à court terme au seul taux de cotisation, et à long terme aux points attribués pour chacune des tranches.

Au vu de l'ampleur des ressources à rechercher sur la période 2020-2040, une nouvelle hausse des cotisations ne sera pas suffisante pour assurer la pérennité du régime de base. D'autres leviers complémentaires devront être envisagés pour assurer durablement son équilibre. Parmi ceux envisageables, l'ajustement de l'assiette de la cotisation de la première tranche à un plafond de sécurité sociale, contre 85 % aujourd'hui serait par exemple de nature à accroître mécaniquement les cotisations.

En outre, il apparaîtrait nécessaire de revenir sur certains paramètres introduits en 2003, qui ne permettent pas de piloter le régime comme un régime par points et majorent mécaniquement les pensions. La réflexion devrait notamment porter sur les modalités de prise en compte de la durée d'assurance dans le calcul des pensions et de conversion en points des périodes d'assurance validées au titre de la solidarité (en particulier maladie et chômage). Celles-ci n'ont pas été converties en 2003, mais seulement assimilées dans le calcul de la durée d'assurance.

2 – Un équilibre précaire des régimes complémentaires en l'absence de mécanismes de solidarité

a) Des baisses de taux de rendement déjà engagées

Anticipant les besoins de financement futurs, la plupart des régimes complémentaires se sont déjà engagés dans des stratégies de

578. Solde technique = masse des ressources – masse des pensions.
579. Solde élargi = solde technique – dépenses de gestion et d'action sociale – charges de compensation.

baisse de leurs taux de rendement[580]. Ces diminutions ont notamment pris la forme de baisses de la valeur de service du point ou d'accroissement de l'effort contributif avec des conditions plus restrictives d'acquisition des points.

Depuis 1990, les taux de rendement des régimes complémentaires ont ainsi rapidement diminué. Celui de la CARPIMKO, qui était supérieur à 30 % à la fin des années 80 et de 23,07 % en 2000 n'était plus que de 14,06 % en 2009. De même celui de la CIPAV qui était de 16,10 % en 2000 est passé à 9,98 % en 2009[581] et celui de la caisse des officiers ministériels de 17,51 % à 13 % sur la même période.

Ce mouvement a conduit à une relative convergence des taux de rendement des régimes complémentaires des professions libérales, qui se situent en 2011 entre 6 et 8 %, niveau assez comparable à ceux des régimes complémentaires des salariés (6,6 % pour AGIRC-ARRCO) et des artisans commerçants (6,8 % dans le cadre du régime complémentaire RSI fusionné). Seules la CARPIMKO avec un taux de 11 %, et dans une moindre mesure la CIPAV (8,8 %) et la caisse des experts comptables (9,5 %) présentent des taux de rendement supérieurs à 8 %.

Cette convergence d'ensemble tend à limiter à l'avenir pour la majorité d'entre eux, l'utilisation de ce levier déjà abondamment actionné comme outil de rééquilibrage des différents régimes, d'autant que les professionnels libéraux seront également astreints à des efforts sur le régime de base (cf. *supra*).

b) Un financement de certains régimes qui n'est pas assuré à l'horizon 2040

Dans le cadre de ses projections de décembre 2012 (cf. *supra*), le Conseil d'orientation des retraites a pour la première fois établi une projection consolidée pour l'ensemble des régimes complémentaires[582].

La projection réalisée par le COR sur la base des éléments transmis par la CNAVPL met en évidence des besoins conséquents de financement

580. Dans un régime de retraite par points, le taux de rendement net ou instantané correspond au rapport entre la valeur d'achat du point et sa valeur de service. Il s'agit d'un indicateur permettant d'apprécier à un instant donné le positionnement d'un régime, mais non le retour que peut en attendre un cotisant, ce rendement étant amené à évoluer dans le temps.

581. Le taux de rendement de la CIPAV est de 7,9 % en 2013.

582. La projection qu'il avait réalisée en 2006 ne portait que sur les régimes de quatre sections professionnelles : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et CARPIMKO.

de ces régimes à compter de 2020. Ce déficit serait durable (de 2020 à 2050) et d'une ampleur importante (500 à 600 M€ par an de 2030 à 2040).

La projection du COR n'est toutefois que théorique puisqu'elle agrège les soldes de régimes, qui en l'état actuel de la législation sont autonomes juridiquement et financièrement. Elle ne prend en outre pas en compte les réserves dont disposent ces régimes et considère leurs paramètres comme constants (alors que certaines sections continuent à poursuivre des baisses des taux de rendement). Cette projection consolidée masque enfin les difficultés de certaines sections professionnelles.

L'analyse des projections détaillées réalisées par chaque section professionnelle, sur lesquelles repose la projection du COR, met en évidence les perspectives contrastées des régimes, qui seront cependant dans l'ensemble confrontés à d'importants besoins de financement.

Sept régimes sont déjà ou seront en déficit avant 2020 et ceci durablement. Les réserves des régimes des pharmaciens, agents d'assurance, vétérinaires, chirurgiens-dentistes et sages-femmes devraient leur permettre de couvrir leurs besoins de financement d'ici à 2040. En revanche l'ampleur des besoins de financement des régimes des médecins des experts-comptables et des officiers ministériels, tels qu'on peut les déduire des projections du COR en y intégrant les réserves et produits financiers, rendront leur couverture difficile par leurs seules réserves, pourtant conséquentes pour le régime des médecins. Pour ces sections, un ajustement paramétrique semble indispensable à travers notamment le recul de l'âge de bénéfice du taux plein, l'augmentation des cotisations et/ou la baisse de la valeur du point.

Du fait de leur profil démographique atypique au sein des professions libérales (ratio démographique de 4,5 fin 2010), la CIPAV et la CARPIMKO ne seront en revanche en déficit qu'après 2030, mais ceci substantiellement et durablement[583]. Seul le régime complémentaire des notaires présente une projection de solde technique équilibré sur toute la période.

c) La perspective de mécanismes de solidarité

Bien que les régimes complémentaires soient confrontés à des besoins financiers décalés dans le temps, ils privilégient tous la recherche de solutions de manière indépendante. La forte tradition d'autonomie des

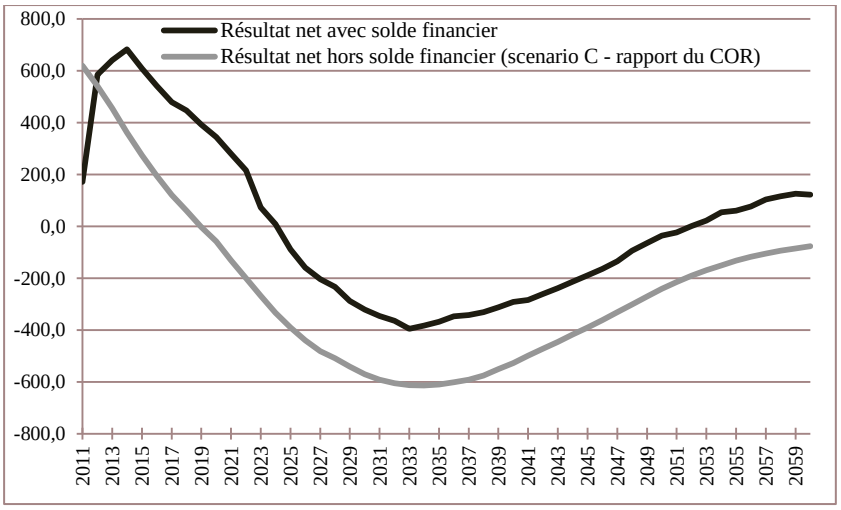
583. Besoins de financement de 300 M€ par an pour la CIPAV et de 100 M€ par an pour la CARPIMKO, dès 2040 et croissants au-delà.

sections professionnelles et l'absence de pilotage d'ensemble des régimes n'ont en effet pas permis d'envisager jusqu'alors une approche en termes d'équilibre global.

Dans le cadre de l'enquête de la Cour, une projection consolidée de l'ensemble des régimes, intégrant les réserves et produits financiers issus de leur gestion, a cependant été réalisée à partir de la projection consolidée du COR[584].

Graphique n° 26 : projection consolidée des régimes complémentaires avec et sans prise en compte des réserves (2011-2060)

En M€



Source : Cour des comptes à partir de données de la CNAVPL et du onzième rapport du COR

Cette projection offre une vision plus favorable des perspectives consolidées des régimes complémentaires des professions libérales, qui seraient en mesure d'assurer leur propre équilibre à législation constante, à travers une mutualisation de leurs réserves.

584. Au point de départ des projections en 2011, le montant des réserves correspond à la somme des réserves disponibles de chacune des sections (15 Md€ hors réserves de capitalisation des pharmaciens). Ce montant évolue ensuite chaque année en fonction du résultat net (= somme des produits de l'ensemble des régimes – somme des charges de l'ensemble des régimes) de l'année précédente. Les produits financiers de l'année n sont obtenus en appliquant au montant des réserves disponibles à la fin de l'année N-1 un taux de rendement correspondant à la croissance du PIB projetée dans le scénario C du COR.

Par rapport à celle du COR, qui n'intégrait pas les réserves, cette projection reporterait à 2025, au lieu de 2019, l'apparition d'un déficit consolidé des régimes et limiterait le montant cumulé de ce dernier à 3,9 Md€ sur la période 2020-2040 au lieu de 9,8 Md€. La mobilisation partielle des réserves (à hauteur de 6 Md€) permettrait d'assurer la pérennité des régimes au-delà de cet horizon (les réserves se reconstituant en fin de période).

Cette projection théorique invite à une réflexion sur la mise en œuvre de mécanismes de solidarité entre sections, qui permettraient d'assurer la pérennité financière de l'ensemble des régimes complémentaires.

3 – La dynamique non soutenable des régimes de prestations complémentaires vieillesse

a) La pérennité de trois de ces régimes n'est pas assurée

Les cinq régimes de prestations complémentaires vieillesse (PCV) ont été réformés depuis 2007 sur la base de principes communs[585]. L'ampleur des difficultés techniques des régimes, dont les deux principaux étaient menacés de cessation de paiement à court ou moyen terme (médecins et chirurgiens-dentistes) a imposé des efforts importants, tant sur les cotisations[586] que sur le niveau des pensions, qui diminuent en moyenne de 10 %.

La décroissance des taux de rendements des régimes PCV induite par ces réformes[587] contraste avec leurs niveaux historiquement élevés. Dans les années 70 et 80, ils étaient compris entre 50 et 70 %, conduisant les retraités à récupérer très rapidement le montant des cotisations versées pendant toute leur activité[588].

Malgré ces réformes, la pérennité de trois de ces cinq régimes n'est pas assurée à moyen terme. Selon les projections de la direction de la

585. Régimes réformés par décrets sur la base de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

586. Hausse de la cotisation forfaitaire (+275 % pour les biologistes, +133 % pour les auxiliaires médicaux, +30 % pour les chirurgiens-dentistes) et instauration d'une cotisation proportionnelle (de 0,3% pour les biologistes, de 2,3 % pour les médecins, 0,75 % pour les chirurgiens-dentistes).

587. Le taux de rendement du régime PCV des médecins passera par exemple de 10 % à 6 % d'ici à 2019 et celui des auxiliaires médicaux de 48 % à 5,6 %.

588. En 1972, un médecin du secteur 1 récupérait ainsi en huit mois de retraite la totalité de ses cotisations.

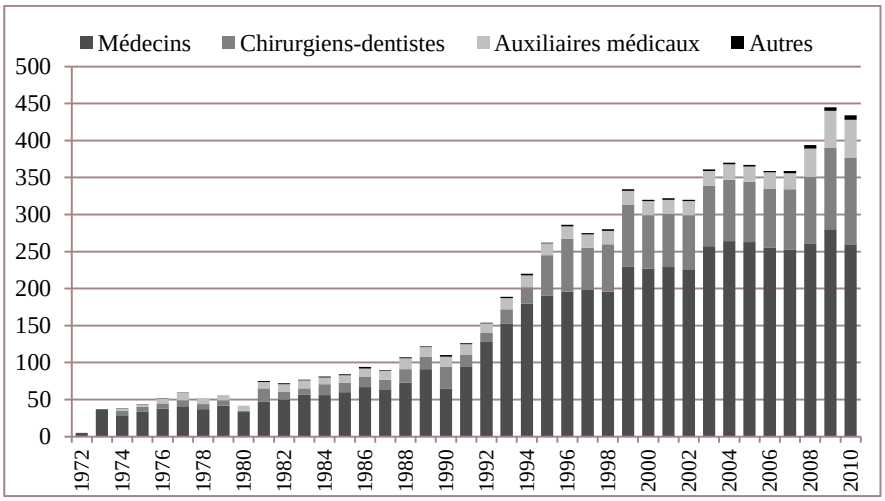
sécurité sociale, le régime des chirurgiens-dentistes serait en cessation de paiement à l'échéance 2023 et celui des auxiliaires médicaux en 2040. La CARMF anticipe quant à elle une cessation de paiement du régime des médecins à l'horizon 2020-2025 et ceci avant prise en compte de l'impact de l'accord sur les dépassements d'honoraires d'octobre 2012 (cf. *infra*).

b) Une charge non soutenable pour l'assurance maladie

La prise en charge des cotisations de retraite des professions médicales bénéficiant de régimes de prestations complémentaires vieillesse représente en 2012 une dépense d'environ 450 M€ pour l'assurance maladie, dont près de 300 M€ au profit des médecins et plus de 100 M€ au profit des chirurgiens-dentistes. Cette charge n'a cessé de s'accroître depuis les années 70[589] et représente une dépense cumulée de plus de 8 Md€ (valeur 2012).

Graphique n° 27 : évolution des cotisations de l'assurance maladie (1972-2010)

En M€ 2012



Source : Cour des comptes à partir de données des Recueils statistiques CNAVPL

Les hausses de cotisations résultant des réformes récentes majoreront la charge pour l'assurance maladie, principal financeur des

589. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé, La Documentation française, septembre 2012, p. 287-308, disponible sur www.ccomptes.fr.

régimes, de 190 M€ par an, portant d'ici à 2017 sa contribution annuelle à près de 640 M€, et ceci avant prise en compte des charges nouvelles induites par l'accord sur les dépassements d'honoraires d'octobre 2012[590] (cf. *infra*).

c) La nécessité de piloter ces régimes comme des régimes de retraite

Bien que l'État ait renforcé depuis 2006 le pilotage des régimes de prestations complémentaires vieillesse[591] en les inscrivant dans un cadre de pilotage commun, leur évolution n'en reste pas moins dépendante des négociations conventionnelles et repose principalement sur l'accord de l'assurance maladie et des syndicats des professions concernées.

L'accord sur les « dépassements d'honoraires » d'octobre 2012, une nouvelle illustration de cette interdépendance.

L'avenant n° 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit un renforcement de la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des médecins, qui ne concernera plus exclusivement les médecins de secteur 1, mais également les médecins de secteur 2 qui auront conclu un contrat d'accès aux soins[592], par lequel ils s'engagent à modérer leurs dépassements (sur la base d'un mécanisme complexe décrit à l'article 38 de l'avenant).

La difficulté à piloter les régimes de prestations complémentaires vieillesse dans ce cadre conventionnel compromet leur capacité d'adaptation aux enjeux démographiques et financiers. D'autres leviers que des hausses de cotisations coûteuses pour l'assurance maladie devraient ainsi être recherchés pour les équilibrer durablement.

De fait, comme la Cour a déjà eu l'occasion de le relever[593], la croissance rapide des montants à sa charge, qui augmenteront de 50 % d'ici à 2017, à un rythme bien supérieur à celui de l'ONDAM, pose la question de l'adéquation de ces outils. Face au risque que de futures négociations conventionnelles ne débouchent à nouveau sur un alourdissement de la contribution de l'assurance maladie, il faut

590. Évaluées à ce stade par la CNAMTS à 10 M€ en 2015.

591. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

592. Prise en charge annuelle correspondant aux 2/3 de la cotisation forfaitaire et 2/3 de la cotisation proportionnelle sur la part d'activité réalisée à tarif opposable.

593. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé, La Documentation française, septembre 2012, p. 287-308, disponible sur www.ccomptes.fr.

désormais en maîtriser strictement le coût, par exemple en gageant toute éventuelle augmentation par une diminution des prises en charge de cotisations maladie ou famille au bénéfice des mêmes professions. Ce dispositif aurait l'avantage incident d'orienter la gestion de ces régimes de manière plus responsable.

B – La nécessité d'un pilotage global des retraites des professions libérales

La faiblesse du pilotage du système de retraites des professions libérales apparaît comme un obstacle à leur adaptation aux enjeux à venir.

1 – Le besoin d'une gouvernance renforcée

Les régimes de retraite des professions libérales, regroupés actuellement selon une logique de superposition, manquent de la structure claire de gouvernance qui leur permettrait d'assurer une cohérence complète, de construire des synergies propres à dégager des gains de productivité et d'autoriser une réelle capacité de réforme. La CNAVPL, forte d'une vingtaine de salariés alors que les dix sections en emploient 900, n'a ni les moyens ni jusqu'ici de vocation reconnue à être une vraie tête de réseau. Celle-ci serait pourtant nécessaire pour aborder dans de bonnes conditions les difficultés annoncées, tout en respectant autant qu'il le faut les problématiques spécifiques à chaque univers professionnel.

2 – Un besoin de pilotage de l'État

Les enjeux systémiques liés aux retraites des professions libérales appellent un renforcement du pilotage global de l'État sur leur évolution stratégique.

Les régimes de retraite des professions libérales se distinguent des autres régimes de retraite par l'absence de convention d'objectifs et de gestion [594] conclues avec l'État. Bien que l'inspection générale des affaires sociales ait souligné cette lacune en 2010 [595] et que l'État souhaite de longue date la mise en place d'un tel outil, l'hostilité de la CNAVPL et des sections professionnelles semble avoir reporté cette évolution.

594. Instaurées par l'ordonnance n° 344 du 24 avril 1996.

595 . Inspection générale des affaires sociales, *Gouvernance de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales*, décembre 2010.

La conclusion d'une telle convention semble cependant indispensable et serait de nature à inscrire l'organisation des retraites des professions libérales dans une démarche de modernisation de sa gestion et de pilotage global. Elle contraindrait la CNAVPL à s'engager sur des objectifs clairs et partagés et conforterait son rôle comme tête de réseau.

Une telle contractualisation ne devrait en effet pas porter seulement sur le régime de base, mais aussi sur les régimes complémentaires, dont le pilotage actuariel n'est pas encadré par le code de la sécurité sociale[596] bien qu'ils constituent la part la plus importante des retraites des professions libérales, ainsi que sur les régimes de prestations complémentaires vieillesse.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Bénéficiant d'un ratio démographique très favorable, l'organisation des retraites des professions libérales a jusqu'alors su prendre les mesures et trouver les ressources nécessaires au financement des retraites dans le cadre de solidarités professionnelles sectorielles et étroites.

Cependant, cette logique apparaît aujourd'hui comme entravant sa capacité à relever les défis démographiques et financiers qui l'attendent d'ici à 2040. La poursuite d'efforts séparés semble n'avoir que des perspectives limitées, d'autant qu'ils devront être assumés à la fois pour la retraite de base et, globalement, pour les retraites complémentaires, sans préjudice de la nécessité désormais d'assurer l'équilibre des régimes de prestations complémentaires vieillesse sans majorer encore davantage la contribution de l'assurance maladie. L'absence de vision partagée et la faiblesse institutionnelle de l'organisation de leur système de retraite empêchent les professions libérales d'analyser conjointement les besoins des différents régimes, en vue d'une répartition optimale et équitable des efforts.

Une évolution de ce modèle vers une organisation davantage unifiée, apparaît aujourd'hui nécessaire pour conduire les réformes qui s'imposent pour assurer sa pérennité. Malgré la discrétion traditionnelle de la tutelle de l'État sur ces régimes, celui-ci doit prendre ses responsabilités pour conduire leur organisation à se réformer et les accompagner dans des évolutions indispensables. À défaut, le risque serait que la solidarité nationale ne soit sollicitée pour suppléer à moyen terme l'absence de solidarité interprofessionnelle afin de permettre le règlement des retraites de certains professionnels libéraux.

596. Certains régimes complémentaires, comme celui des indépendants, sont tenus de communiquer régulièrement un rapport actuariel à l'État et de respecter certains ratios (réserves, cotisations, etc.) définis par le code de la sécurité sociale.

La Cour formule les recommandations suivantes :

69. renforcer le rôle de la CNAVPL et de la tutelle, à travers la mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion ;

70. faire évoluer l'organisation vers une gestion unifiée ;

71. gérer le régime de base comme un régime par points, notamment en supprimant la prise en compte de la durée d'assurance ;

72. mettre à l'étude des mécanismes de solidarité entre régimes complémentaires pour surmonter les déséquilibres à venir ;

73. gager une augmentation éventuelle de la contribution de l'assurance maladie aux régimes de prestations complémentaires vieillesse par une diminution équivalente de prise en charge de cotisations maladie ou famille pour les mêmes professions.

CINQUIÈME PARTIE

LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE DÉLÉGUÉE À DES TIERS

Introduction

En 2012, 58 millions de personnes relevaient du régime général de sécurité sociale pour leur protection maladie, c'est-à-dire la très grande majorité de la population à l'exception des bénéficiaires du régime social des indépendants, des régimes agricoles et des régimes spéciaux.

Pour 7,7 millions d'entre elles - soit 13,3 % de ses ressortissants -, la gestion des prestations en nature dont ils peuvent bénéficier est assurée non par le réseau des caisses primaires d'assurance maladie, mais par diverses mutuelles.

Ces mutuelles sont de trois sortes. Les mutuelles de fonctionnaires d'État (5,3 millions de bénéficiaires) gèrent obligatoirement, en vertu d'une disposition législative du 9 avril 1947, dite loi Morice, l'assurance maladie de ces derniers[597]. Les mutuelles des agents publics territoriaux et hospitaliers (0,7 million de bénéficiaires) se sont vues attribuer, dès 1945, la possibilité d'obtenir la gestion du régime obligatoire de leurs adhérents[598]. Une loi du 23 septembre 1948 a créé un dispositif spécifique pour la sécurité sociale des étudiants (1,7 million de bénéficiaires) et en a confié la gestion à des mutuelles progressivement créées à cet effet.

Ces différents délégataires ont remboursé en 2011 plus de 8 Md€ de prestations, soit 10 % des prestations maladie du régime général[599]. Ils sont rémunérés pour cette mission par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui leur a ainsi versé, sous forme de remises de gestion, près de 365 M€ en 2011. Ce mode de gestion déléguée est donc rien moins qu'un phénomène marginal.

597. Article L. 712-6 du code de sécurité sociale.
598. Article L. 211-4 du code de sécurité sociale.
599. Il s'agit de prestations facturées, concernant les soins de villes, les actes des cliniques et établissements et services sociaux et médico-sociaux, hors dotations aux établissements qui ne sont versées que par les caisses primaires.

C'est pourquoi la Cour, qui a déjà eu l'occasion de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les mutuelles délégataires du régime général[600], a cherché à mesurer à nouveau la qualité du service qu'elles rendent aux assurés sociaux et plus globalement dans un contexte de finances publiques qui nécessite de maîtriser le plus rigoureusement possible les dépenses de gestion, les progrès de gestion qu'elles ont pu réaliser, en cohérence avec les gains de productivité constatés au sein de la branche maladie[601].

Une première enquête a analysé la manière dont les mutuelles de fonctionnaires assument les fonctions qui leur ont été confiées. Une autre a examiné la gestion de la sécurité sociale étudiante par les mutuelles étudiantes.

600. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2003*, chapitre III : les mutuelles de fonctionnaires de l'État gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie, p. 245 à 296 ; La Documentation française, février 2003, disponible sur www.ccomptes.fr ; *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2006*, chapitre VIII : la gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance, p. 233 à 257, La Documentation française, septembre 2006, disponible sur www.ccomptes.fr.

601. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XIII : la productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général p. 375 à 404, La Documentation française, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

Chapitre XVII

La gestion par des mutuelles de l'assurance maladie obligatoire des agents publics

PRESENTATION

Les mutuelles de fonctionnaires d'État et celles des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers géraient pour le compte du régime général en 2011 plus de six millions de bénéficiaires, soit 10,5 % des effectifs de ce dernier, auxquels elles ont remboursé plus de 7 Md€ de prestations maladie. En 2011, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a réglé plus de 270 M€ à ces mutuelles à titre de frais de gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Alors que le réseau des caisses primaires (CPAM) poursuit la modernisation de ses procédures et a réalisé des gains de productivité, la Cour a souhaité réexaminer le fonctionnement de ce dispositif de délégation, dans la perspective de la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la caisse nationale d'assurance maladie et l'État qui couvrira les années 2014-2017.

La Cour a analysé plus particulièrement cette gestion déléguée chez quatre mutuelles : deux mutuelles de fonctionnaires d'État, la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) et la mutualité fonction publique services (MFP services), qui gèrent 80 % de cette population, et deux mutuelles de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, la mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) et la mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'Assistance publique et des administrations annexes (MVCPAP), qui représentent 66 % de cette seconde catégorie[602].

L'enquête ainsi conduite montre que la qualité du service assuré par les mutuelles est très hétérogène (I) et que l'importance des efforts de productivité à accomplir, dès lors que les remises de gestion encore généreuses dont elles bénéficient ne pourront qu'évoluer très fortement à la baisse, amène à s'interroger sur l'avenir de ce mode de gestion, qui apparaît à reconsidérer (II).

602. Soit 2,8 millions de bénéficiaires pour la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), 1,4 pour la mutuelle de la fonction publique (MFP) services, 0,3 pour la mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH) et 90 000 bénéficiaires pour la mutuelle complémentaire de la ville de Paris-assistante-publique (MVCPAP).

Une gestion du régime général par délégation

Deux catégories de mutuelles gèrent les agents publics : les mutuelles relevant de l'article L. 712-6 du code de sécurité sociale pour les fonctionnaires d'État et les mutuelles relevant de l'article L. 211-4 du code de sécurité sociale pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

Les fonctionnaires d'État bénéficiaient avant la création de la sécurité sociale d'un régime particulier d'assurance maladie[603] dont les prestations étaient servies par les mutuelles. La loi Morice du 9 avril 1947 a délégué à ces dernières la gestion de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires : ceux-ci sont tenus de percevoir leurs remboursements par leur intermédiaire, même s'ils n'y adhèrent pas au titre d'une couverture complémentaire. Les mutuelles elles-mêmes n'ont pas la possibilité de refuser cette gestion. Comme la Cour le notait en 2006, cette délégation de gestion a ainsi eu pour finalité originelle le maintien de situations acquises.

Chez les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, un grand nombre de mutuelles gérait, mais sans automaticité, des dispositifs d'assurance maladie très divers. Ces dernières n'ont pas bénéficié d'une délégation législative qui leur confie le monopole de la gestion de l'assurance maladie obligatoire de cette population, contrairement au dispositif mis en place pour les fonctionnaires d'État. L'article L. 211-4 du code de sécurité sociale qui s'applique à ces mutuelles prévoit seulement que les CPAM habilitent ces mutuelles, sans que cette habilitation soit de plein droit. Le choix par l'assuré d'une mutuelle complémentaire entraîne en droit la gestion du régime obligatoire par celle-ci.

On compte aujourd'hui une vingtaine de mutuelles de fonctionnaires d'État et une dizaine de mutuelles d'agents publics territoriaux ou hospitaliers qui assurent cette délégation de gestion. Ces mutuelles ne concluent pas de convention d'objectifs et de gestion avec l'État mais seulement des contrats pluriannuels de gestion (CPG) directement avec la CNAMTS pour les mutuelles de fonctionnaires d'État ou les caisses primaires référentes pour les mutuelles de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers[604].

Le champ de la délégation des mutuelles est sensiblement réduit par rapport à l'ensemble des tâches effectuées par les caisses primaires d'assurance maladie. Les mutuelles ne règlent pas de prestations en espèces (sauf pour les agents non titulaires), ne participent pas aux relations conventionnelles avec les professionnels de santé, ne suivent pas les recours contre tiers et n'assurent pas la phase contentieuse de recouvrement des indus. De même, elles n'assurent pas la gestion des

603. Régime prévu par les lois organiques des 14 avril 1924 et 21 mars 1928.

604. La mutuelle nationale des hospitaliers et la mutuelle nationale territoriale, par exception, ont conclu un contrat pluriannuel de gestion directement avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

accidents du travail et les maladies professionnelles ainsi que l'instruction des demandes de couverture maladie universelle complémentaire.

Cette différence de champ d'activité par rapport aux caisses primaires d'assurance maladie est évaluée par le biais d'un « coefficient de réalisation », qui détermine la proportion des missions des caisses primaires qu'assument les mutuelles pour la gestion du régime général qui leur est déléguée.

I - Une qualité de service très hétérogène

Les résultats des contrôles menés par la Cour montrent que la qualité tant de la relation avec les assurés que de la liquidation demeure très perfectible dans certains organismes.

A – Des objectifs de qualité de service aux assurés limités et mal suivis

La qualité du service rendu aux assurés constitue un axe stratégique de la convention d'objectifs et de gestion liant la CNAMTS et l'État. Les mutuelles sont à ce titre soumises dans le cadre de leur activité de gestion du régime obligatoire à des objectifs de qualité de service, mais ils apparaissent peu ambitieux et insuffisamment fiables.

1 – Des objectifs peu ambitieux

La CNAMTS a décliné, en les adaptant, des objectifs de qualité de service dans les contrats pluriannuels de gestion des mutuelles[605]. Afin de les inciter à accroître leur performance, un dispositif de majorations et de pénalités comportant notamment trois indicateurs en ce domaine a été mis en place.

Ces derniers, qui portent sur la satisfaction globale des assurés, la mise en place d'échanges de fichiers vers d'autres organismes complémentaires et le nombre de comptes assurés en ligne ouverts, sont moins nombreux que ceux qui s'appliquent aux caisses primaires pour le même périmètre d'activité (trois au lieu de huit).

605. Le cahier des charges des contrats pluriannuels de gestion liste les attentes en matière de qualité de services aux assurés et détaille quelques-unes des obligations des mutuelles en termes de relation client.

Les objectifs fixés sont peu exigeants. Celui qui permet à la CNAMTS de déterminer le niveau d'ouverture de la mutuelle vers d'autres organismes complémentaires [606] est atteint par toutes les mutuelles nationales[607], alors même que leur niveau de conventionnement avec les différentes institutions d'assurance maladie complémentaires varie du simple au triple : si la mutualité fonction publique services a conclu plus de 730 conventions, la mutuelle nationale des hospitaliers en a conclu moins de 200.

De même, l'objectif d'un taux de satisfaction global des assurés, fixé à 70 %, apparaît très faible au regard des résultats atteints par le réseau des caisses primaires en 2011 (92,5 %). Si, dans les mutuelles contrôlées par la Cour, le taux affiché est supérieur de 15 points à cet objectif, il repose sur des sondages de satisfaction menés par les mutuelles auprès de leurs assurés. Le manque de représentativité des échantillons et l'insuffisante qualité des réponses ont conduit la CNAMTS à réaliser elle-même pour la première fois ces enquêtes en 2012 pour un nombre restreint de mutuelles. Les résultats montrent des écarts de performance significatifs : l'indice de satisfaction globale des assurés varie de 28 points entre la mieux et la moins bien classée[608].

2 – Des résultats peu fiables et très contrastés

Les données qui remontent à la CNAMTS via les audits réalisés par les caisses primaires dans une partie des sections locales mutualistes apparaissent peu fiables. Elles reposent en effet essentiellement sur des éléments déclaratifs issus de traitements méthodologiquement parfois peu rigoureux. Ainsi, pour la délivrance de la carte Vitale, la mutuelle complémentaire de la ville de Paris indique que le délai moyen serait compris entre 19 et 25 jours, sans un suivi précis de cet indicateur. De plus, certains résultats sont indisponibles en raison d'une absence de suivi de la part des mutuelles (par exemple s'agissant de la qualité de la réponse apportée sur le fond à mesurer par un système de double écoute téléphonique) ou d'un système de requête inadapté, principalement dans les mutuelles de taille intermédiaire.

606. Objectif dit « de conventionnement NOEMIE » qui consiste pour l'assurance maladie obligatoire à télétransmettre une feuille de soins à l'institution qui assure la couverture complémentaire de l'assuré.

607. C'est-à-dire les mutuelles de fonctionnaires d'État et deux mutuelles territoriales sur onze, la mutuelle nationale des hospitaliers et la mutuelle nationale des territoriaux.

608. La mutuelle générale obtient 93 % de satisfaction globale et la mutuelle Intériale 65 %.

Les résultats d'audits apparaissent satisfaisants[609] et ne révèlent pas de difficultés majeures dans la relation de ces organismes avec leurs assurés. Les contrôles réalisés par la Cour ont montré cependant la persistance de certaines situations préoccupantes.

Une qualité de service insatisfaisante à la mutuelle complémentaire de la ville de Paris

Cette mutuelle présentait lors du contrôle de la Cour une qualité de service dégradée par rapport à l'ensemble des autres mutuelles examinées.

Ainsi, l'accueil téléphonique n'était assuré jusqu'en 2013 que quatre heures par jour, de 8h30 à 12h30. Le taux global de décroché s'élevait à 32 % en 2012, alors qu'il est de près de 85 % pour le réseau des caisses primaires d'assurance maladie[610]. L'amplitude hebdomadaire de l'accueil physique est toujours limitée, l'accueil fermant à 16h30 tous les jours. Le site internet ne proposait jusqu'en 2013 que peu de services aux assurés et accusait une très faible fréquentation (moins de 10 % de comptes adhérents), bien inférieure au résultat du réseau des caisses primaires d'assurance maladie (23,4 %).

Consciente de ses difficultés, qui apparaissent aussi dans le résultat du sondage de satisfaction - 85 % d'assurés satisfaits ou très satisfaits en 2011, c'est-à-dire le taux le plus faible de l'ensemble des mutuelles contrôlées - la mutuelle s'est engagée, très tardivement, dans une démarche de modernisation de sa relation avec les assurés, en rénovant ses accueils physique et téléphonique et en changeant de site internet.

Certaines mutuelles ont pu considérer à certains moments que les objectifs de qualité de service étaient moins prioritaires que les actions à engager pour améliorer leur productivité et diminuer leur coût de gestion. Ainsi pour la mutuelle nationale des hospitaliers, le démarrage de son nouveau système d'information a coïncidé avec une dégradation de la gestion des appels téléphoniques en 2012. De même, MFP services, qui a conduit une importante réorganisation de son réseau, propose désormais une amplitude horaire d'accueil dans ses sections locales très nettement inférieure à celle du réseau de l'assurance maladie : l'ouverture moyenne est de 22 heures par semaine, certaines sections n'étant par ailleurs ouvertes que deux journées par semaine, quand le réseau des CPAM assure un accueil au minimum de 40 heures par semaine.

609. Ainsi les indicateurs concernant l'assurance raisonnable globale en 2011 pour les accueils physique, téléphonique et courriers-courriels s'élevaient respectivement à 78 %, 69 %, et 76 %.

610. Pour cette raison, la CPAM de Paris a choisi d'intégrer un indicateur de pénalité correspondant à - 0,3 % du montant de la remise de gestion sur ce point (cf. infra).

3 – Une gestion du risque largement en faux semblant

Les objectifs fixés aux mutuelles en matière de gestion du risque sont pour beaucoup en complet décalage avec leurs possibilités réelles d'action en ce domaine et apparaissent largement comme un moyen de majorer leur rémunération, même si l'incidence en est limitée[611].

En effet, si certaines mutuelles, telle MFP services, participent à des actions de prévention - campagnes de dépistage précoce du cancer colorectal, mammographies périodiques, etc. - elles ne sont absolument pas en mesure de s'insérer dans les actions portant sur la consommation médicale, qui supposent une relation directe avec les professionnels de santé.

Elles ne sont en effet pas outillées pour détecter des anomalies de comportements de ces derniers et ne disposent pas d'un service médical. Leur assigner des objectifs en termes de diminution de la prescription de benzodiazépines ou de réduction de la prescription de médicaments princeps « non substituables » n'a ainsi guère de sens.

B – Une qualité de liquidation encore insuffisante

1 – Une démarche de contrôle interne inaboutie

Les mutuelles se sont engagées en 2010, soit 20 ans après les caisses primaires d'assurance maladie, dans une démarche de contrôle interne.

En moyenne, la maîtrise des risques, mesurée par l'indicateur d'assurance raisonnable des moyens de maîtrise, a nettement progressé, passant de 74,41 % en 2010 à 83,79 % en 2012, soit près de 10 points en trois ans. Si cette forte progression est la conséquence d'un investissement accru des mutuelles en matière de contrôle interne, elle ne doit pas masquer des insuffisances persistantes en matière notamment de liquidation.

La méthodologie utilisée à cet égard par la CNAMTS comporte en effet des biais de nature à limiter la qualité de ces résultats, qui reposent sur des audits réalisés par les caisses primaires d'assurance maladie. Ceux-ci sont menés selon une périodicité variable (de un à trois ans) et de ce fait le nombre d'audits sur chaque processus varie fortement d'une année sur l'autre. Il s'agit en outre d'audits de conformité dont l'objet est de vérifier l'existence de procédures écrites décrivant les opérations à

611. Sous forme d'une fraction du taux de réalisation et du dispositif d'intéressement.

effectuer par les agents de saisie. La pertinence ou la portée de ces procédures n'est pas évaluée par les auditeurs des caisses primaires. Ainsi, la mutuelle complémentaire de la ville de Paris affiche des résultats qui semblent satisfaisants car elle a réalisé un effort minimal de rédaction de procédures, alors même que ces dernières sont totalement hétérogènes et que les consignes données ne permettent pas une mise en œuvre efficace[612].

Les mutuelles qui gèrent plus de 20 000 bénéficiaires doivent transmettre à la CNAMTS un rapport décrivant le dispositif de contrôle interne applicable aux prestations gérées pour le compte du régime général. L'examen de ces rapports, validés de manière très formelle par les commissaires aux comptes, montre, au-delà une grande hétérogénéité des informations données sur les dispositifs de contrôle interne, que ces derniers sont nettement en retrait par rapport à ceux des caisses primaires. Ainsi la MGEN réalise pour ses flux non dématérialisés un rapprochement qui ne consiste qu'à en vérifier la concordance avec les feuilles de soins reçues, et, en l'absence de feuilles de soins, ne réalise aucun rapprochement avec les ordonnances.

2 – Des exigences non satisfaites

Au total, 13 processus de gestion font l'objet d'un audit par la CNAMTS. Le remboursement des prestations en nature relève de trois de ces processus (paiement des factures dématérialisées, remboursement des factures papier, règlement aux cliniques privées). Or, bien qu'ils constituent le cœur de l'activité de gestion du régime obligatoire, ces trois processus présentent chacun des résultats inférieurs aux résultats moyens des treize processus gérés par les mutuelles, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 92 : résultats des processus remboursement pour l'ensemble des mutuelles d'agents publics en 2012

Indicateur de moyen de maîtrise calculé par la CNAMTS

Résultats des trois processus remboursements			Résultats moyens des 13 processus
Paiement des factures dématérialisées	Remboursements des factures papier	Règlement aux cliniques privées	
71,88 %	82,64 %	73,84 %	83,79 %

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

612. Par exemple, la procédure destinée à encadrer le risque de non traitement des anomalies de paiement n'est en réalité qu'un document manuscrit listant les numéros de rejets dans le système d'information et donnant en quelques mots leur signification générale, sans aucune précision sur la façon dont les opérateurs de saisie doivent traiter ces anomalies.

Les mutuelles rencontrent de fait des difficultés à obtenir les pièces justificatives de paiement à l'appui des factures électroniques transmises par les professionnels de santé et les établissements, ce qui peut les conduire à régler des prestations sans pouvoir les contrôler au regard des pièces justificatives. Ces difficultés ont été tout particulièrement constatées en matière de règlements aux cliniques[613] et de paiement des factures dématérialisées des pharmaciens[614]. Au demeurant, la présence des pièces justificatives dans les mutuelles contrôlées par la Cour est faible, oscillant entre 5 % (mutualité fonction publique services) et 35 % des flux reçus (mutuelle complémentaire de la ville de Paris), alors qu'il devrait être proche de 100 %[615].

Plus généralement, l'indicateur de fiabilité des prestations en nature liquidées par les mutuelles mis en place en 2012 par la CNAMTS en rapprochant les pièces justificatives de paiement signées par les professionnels de santé de factures électroniques sélectionnées aléatoirement, fait apparaître des résultats insatisfaisants, aussi bien d'un point de vue quantitatif (40 % des mutuelles s'y sont conformées) que qualitatif - 9 indicateurs sur 13 ont été jugés exploitables par la CNAMTS - mais cela ne lui a cependant pas permis de calculer un indicateur pertinent, en l'absence d'un travail préalable de vérification et de consolidation des données.

La lutte contre la fraude : des actions limitées

Les différentes mutuelles contrôlées par la Cour sont inégalement investies dans la lutte contre la fraude. La mutuelle générale de l'éducation nationale a fait pour sa part le choix d'ajouter quatre nouveaux processus de contrôle propres à son organisme, en plus de ceux définis par la CNAMTS.

613. Ainsi, la mutuelle MFP services a, en 2012, enregistré un montant de sommes payées à tort de presque 800 000 € (605 000 € pour les établissements de santé privés et 183 000 € pour les transporteurs sanitaires).

614. La mise en place par la CNAMTS du dispositif de transmission des pièces justificatives des pharmaciens dénommé « Scan ordo » s'est traduite par une réduction significative de transmission des pièces justificatives aux mutuelles. Cette application prévoit que les pharmaciens transmettent un CD-ROM contenant les images des ordonnances aux CPAM, mais les données concernant les mutuelles ne leur sont pas adressées par les CPAM.

615. Un dispositif pour faciliter la prise en charge des pièces justificatives est actuellement en cours de déploiement par la CNAMTS pour celles ayant opté pour son système d'information.

Ces contrôles spécifiques n'ont permis de détecter que des montants faibles (un peu plus de 16 000 €), l'exploitation de 97 signalements au fil de l'eau résultant notamment de réclamations ou de dénonciations étant plus fructueuse, avec une incidence financière en 2011 de 150 000 €[616].

La CNAMTS effectue par ailleurs un contrôle des systèmes d'information des mutuelles pour la partie qui concerne la gestion du régime obligatoire, afin d'analyser les sources d'anomalies. Il en ressort que dans l'ensemble des progrès dans la détection d'anomalies ont été effectués, malgré une hétérogénéité assez forte entre mutuelles. Cependant, la portée de ces améliorations est affaiblie par les limites du périmètre des tests. En outre, certaines des principales anomalies constatées en 2011 qui présentent des risques financiers dans le cadre des remboursements effectués par les mutuelles pour le régime général, affectent des mutuelles importantes, notamment la MGEN et MFP services.

Il devient ainsi de plus en plus difficile pour des mutuelles ne disposant pas d'une masse critique suffisante en dépit des efforts réalisés de porter leur niveau de maîtrise des processus à la hauteur des caisses primaires d'assurance maladie. De ce fait, la Cour n'a toujours pas été en mesure de lever le point de réserve exprimé à ce sujet depuis plusieurs années dans le cadre de sa mission de certification des comptes de la branche maladie[617].

616. Ce montant ne tient pas compte de l'incidence financière d'une interdiction d'exercer d'une infirmière du Nord de la France qui facturait depuis plusieurs années de très nombreux actes fictifs. Si le préjudice subi par la MGEN pour cette affaire a dépassé les 365 000 €, ce n'est pas la mutuelle qui a été à l'initiative de cette affaire, mais une caisse primaire d'assurance maladie.

617. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2012*, La Documentation française, juin 2013, p. 38, disponible sur www.ccomptes.fr : « Les éléments d'information disponibles sur le contrôle interne des mutuelles gestionnaires de prestations en nature et d'indemnités journalières maladie – maternité par délégation du régime général ne procurent qu'une assurance au mieux partielle sur la maîtrise des risques d'erreurs de portée financière qui affectent la gestion de ces prestations ».

II - Un mode de gestion à reconsidérer

La soutenabilité économique et financière pour les mutuelles de leur gestion déléguée de l'assurance maladie obligatoire n'est pas assurée en l'absence de nouveaux gains substantiels de productivité.

A – Une rémunération toujours surévaluée

Le montant des remises de gestion, c'est-à-dire la prise en charge par la CNAMTS des frais de gestion du régime général par les mutuelles, est calculé en fonction du coût de gestion du réseau de l'assurance maladie.

Un mode de rémunération complexe

La convention d'objectifs et de gestion conclue entre la CNAMTS et l'État fixe un montant global de rémunération des mutuelles, sans distinction entre les différentes catégories. La CNAMTS négocie ensuite avec les mutuelles nationales dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion (CPG) le montant des remises de gestion, en fonction de cinq éléments :

- le nombre de bénéficiaires actifs des mutuelles - un bénéficiaire (assuré ou ayant-droit) est considéré comme actif s'il a reçu au moins une fois dans l'année des prestations d'assurance maladie ou maternité ;

- le coût du bénéficiaire actif moyen (BAM) des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), calculé à partir des coûts constatés dans l'ensemble des CPAM (ensemble des charges supportées par les CPAM rapporté au nombre de bénéficiaires du régime général gérés par les CPAM) ;

- un coefficient de réalisation appliqué à ce coût moyen des CPAM qui vise à ne prendre en compte que les activités réalisées par les mutuelles. Ce taux a été uniformisé pour les mutuelles de fonctionnaires d'État (il s'élève à 59,834 %) mais il peut varier, parfois de manière importante, pour les mutuelles d'agents territoriaux et hospitaliers. Ainsi la mutuelle de la ville de Paris se voit reconnaître un coefficient de réalisation de 49,51%, et la mutuelle nationale des hospitaliers de 52,35 % ;

- un système d'intéressement lié aux performances des mutuelles, qui ne peut dépasser la limite de 5 % en plus ou en moins du montant de la remise de gestion de base ;

- une rémunération supplémentaire pour le traitement des prestations en espèces des assurés non titulaires.

1 – Une diminution progressive des remises de gestion

Depuis 2005, le montant total des remises de gestion accordées par la CNAMTS a diminué au total de 14,6 % pour les deux catégories de mutuelles comme le montre le tableau suivant :

Tableau n° 93 : évolution des remises de gestion versées

En M€

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011[618]	Évolution 2005-2011
Mutuelles de fonctionnaires d'État	274,5	269,8	265	258,7	257,1	244,8	242,5	- 11,6 %
Mutuelles de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers	43,6	41,5	38,2	32,1	29,9	30,1	29	- 33,5 %
Total	**318,1**	**311,3**	**303,2**	**290,8**	**287**	**274,9**	**271,5**	**- 14,6 %**

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

L'enveloppe globale versée à ce titre s'est élevée en 2011 à 271,5 M€, dont près de 90 % versés aux mutuelles de fonctionnaires d'État. Pour ces dernières, le versement par bénéficiaire actif est harmonisé - hors rémunération liée aux agents non titulaires ou rémunération à la performance - depuis le 1er janvier 2013 seulement, car MFP services bénéficiait jusqu'à cette date d'un complément de rémunération liée au financement par la CNAMTS d'une partie de son plan social. La baisse des remises de gestion a été près de trois fois plus importante (-33,5 %) pour les mutuelles de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers que pour les mutuelles de fonctionnaires d'État (-11,6 %). Depuis 2005, les frais de gestion unitaires des mutuelles de fonctionnaires ont diminué de 13,8 %.

Plusieurs facteurs expliquent cette évolution, au-delà de la fixation par la convention d'objectifs et de gestion d'une enveloppe limitative, en diminution de 4,4 % entre 2009 et 2013 :

- le nombre de bénéficiaires actifs dans les mutuelles a globalement diminué : entre 2005 et 2011, il a ainsi baissé de 2 % pour les

618. Les remises de gestion dues au titre de 2012 pour les mutuelles de fonctionnaires et de type L. 211-4 du code de la sécurité sociale ne sont pas encore connues. Les montants définitifs seront disponibles au cours de l'année 2013.

mutuelles de fonctionnaires d'État, et, globalement, de 35 % pour les mutuelles de fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers[619] ;

- le coefficient de réalisation appliqué au coût unitaire de gestion a diminué pour les mutuelles de fonctionnaires d'État à 59,834 %[620] ;

- le coût de gestion unitaire du bénéficiaire dans les caisses primaires d'assurance maladie a diminué de 5 % entre 2005 et 2011, du fait des gains de productivité enregistrés, qui ont notamment permis de ne remplacer que moins d'un départ à la retraite sur deux dans les activités de production sur la période 2005-2009[621].

Tableau n° 94 : coût de gestion unitaire de l'assurance maladie par catégorie d'organisme

En €

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2005
Remises mutuelles de fonctionnaires	51,38	49,77	47,85	46,85	46,96	45,38	44,29	- 13,8 %
Coût du bénéficiaire*	77,12	74,21	73,15	73,07	75,15	73,08	73,23	- 5,0 %

**Bénéficiaire actif moyen des 102 caisses primaires d'assurance maladie (BAM 102)*

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

2 – Un calcul très favorable aux mutuelles

Malgré la diminution des versements, ce dispositif de rémunération apparaît encore à plusieurs égards trop généreux.

a) Un coefficient de réalisation assis sur des données anciennes

Le mode de calcul actuel des remises de gestion n'est pas fondé sur les données analytiques les plus récentes de la productivité du réseau de l'assurance maladie.

619. En 2004, le nombre de bénéficiaires s'élevait à 5 378 000 pour les mutuelles L. 712-6 et à 1 130 500 pour les mutuelles L. 211-4 (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2006,* chapitre VIII : la gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance, La Documentation française, septembre 2006, p. 233-257, disponible sur www.ccomptes.fr). Pour la MNH, la diminution des effectifs est de 5 % sur la période.

620. En 2004, il atteignait 67,44 % pour MFP services et 64,42 % pour la MGEN.

621. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011,* chapitre XIII : la productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général, La Documentation française, septembre 2011, p. 389-404, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le coefficient de réalisation reste de fait établi sur la base de la comptabilité analytique des CPAM de 2004. Lors de la négociation des contrats pluriannuels de gestion 2011-2013, la CNAMTS avait souhaité en conséquence le fixer pour les mutuelles de fonctionnaires d'État à 54,61 %, tout en étant prête à aménager des transitions par paliers, ce qui aurait permis à terme une diminution annuelle du montant des remises de gestion de 17,5 M€. Les mutuelles n'ont pas accepté cette proposition, qui s'ajoutait à la diminution parallèle du coût du bénéficiaire actif moyen (BAM). Au final le coefficient de réalisation est resté identique au précédent contrat pluriannuel de gestion, c'est-à-dire 59,834 %.

Le coefficient proposé par la CNAMTS était pourtant substantiellement supérieur à ce qu'aurait donné la prise en compte des données actualisées pour 2011, qui aurait dû conduire à un coefficient de 44,07 %. L'application de ce coefficient se serait traduite par une baisse de près de 22 % des remises de gestion par rapport au montant effectivement versé, soit une économie de 52,6 M€ pour la CNAMTS.

Une objectivation du mode de fixation du coefficient de réalisation et du coût de référence du bénéficiaire actif moyen, qui donnent lieu à de nombreuses contestations de la part des mutuelles et à des négociations difficiles entre ces dernières et la CNAMTS, s'impose ainsi pour fixer les remises de gestion sur des bases solides, sans interférence de considérations exogènes à la nécessité pour le régime général dans le contexte actuel des finances sociales de réduire le plus vite possible l'ensemble de ses coûts de gestion, quelle que soit le type d'institution concerné.

b) Un dispositif d'intéressement avantageux

Ce dispositif contribue à la surévaluation de la rémunération des mutuelles et apparaît insuffisamment ambitieux en matière de qualité de service ou en décalage avec les réelles marges d'action dont elles disposent comme en matière de gestion du risque. Les montants versés au titre de cet intéressement ont ainsi augmenté de près de 25 % entre 2010 et 2011[622].

*
* *

Du point de vue des finances publiques, la gestion de l'assurance maladie par des tiers doit se faire au même coût que la gestion par les caisses primaires d'assurance maladie. Or les mutuelles bénéficient

622. Les bonus versés aux mutuelles nationales ont représenté en 2011 3,3 % des remises de gestion définitives versées, soit 8,1 M€.

encore, même si elles sont en diminution, de rémunérations favorables par rapport à l'évolution des coûts de gestion de la branche maladie.

A minima, le montant global des remises de gestion devrait se fonder sur la réalité actualisée et objectivée des coûts observés dans les caisses primaires d'assurance maladie et les contrats pluriannuels de gestion conclus avec les mutuelles prendre systématiquement en compte les gains de productivité qu'elles réalisent.

B – Des coûts de gestion importants

Si quelques mutuelles ont engagé des réformes visant à réduire leurs coûts de gestion, ces derniers apparaissent élevés.

1 – Une comptabilité analytique en trompe l'œil

Les difficultés d'évaluation du coût de gestion des mutuelles avaient conduit la Cour à demander en 2006 que soit élaborée une comptabilité analytique fiable et contrôlée. Si une comptabilité analytique a été de fait généralisée à l'ensemble des mutuelles, elle apparaît insusceptible d'être utilisée comme un véritable instrument de pilotage des coûts de gestion.

Le dispositif mis en place à l'initiative de la CNAMTS, qui ne fait au demeurant l'objet d'aucun contrôle externe sur l'homogénéité des méthodes employées dans l'affectation des dépenses, contribue à surestimer le coût réel que représente pour les mutuelles la gestion de l'assurance maladie obligatoire. En effet, l'estimation du coût de gestion du régime obligatoire repose sur le postulat que le rôle des mutuelles est de gérer le régime obligatoire et qu'elles ne proposent d'assurances complémentaires qu'à titre accessoire. Dans ce cadre, l'ensemble des coûts est imputé au régime obligatoire et le régime complémentaire ne supporte que les coûts directement liés à son existence. Les synergies résultant de la gestion conjointe du régime obligatoire et du régime complémentaire bénéficient ainsi uniquement à ce dernier[623].

Il n'est guère étonnant dans ces conditions que le coût de gestion par bénéficiaire actif des mutuelles apparaisse toujours supérieur, parfois très largement, à celui utilisé par la CNAMTS pour le calcul des remises de gestion : 51,5 € pour la MGEN, 62,8 € pour MFP services, 54,2 € pour

623. Les mutuelles qui, à l'instar de la MNH, utilisent le système d'information de la CNAMTS sont obligées à une gestion distincte du régime obligatoire et du régime complémentaire, même si des interfaces permettent aux deux systèmes d'information de communiquer.

la MNH et 102,8 € pour la mutuelle complémentaire de la ville de Paris, contre 43,7 €[624], montant qui comme indiqué *supra* est fondé sur des données remontant à 2004 et qu'un calcul sur des bases actualisées modifierait à la baisse.

Cette comptabilité analytique purement formelle n'est que rarement voire jamais utilisée par les mutuelles comme un outil de pilotage de leurs coûts de gestion du régime obligatoire. La MGEN a indiqué à la Cour qu'elle ne se livrait à cet exercice que pour répondre à la demande de la CNAMTS, sans exploiter les résultats obtenus. La seule mutuelle - MFP services - qui a souhaité utiliser cet outil pour identifier les moyens d'améliorer sa productivité a en fait développé une méthodologie différente de celle de la CNAMTS, qui a abouti à constater un coût de gestion de l'assurance maladie obligatoire inférieur de plus de 10 % en 2011 par rapport à celui issu de cette dernière.

2 – Une productivité inférieure à celle des caisses primaires

La productivité au sein des mutuelles examinées, très variable, se révèle toujours inférieure à celle de la branche maladie : alors qu'un salarié de la mutuelle complémentaire de la ville de Paris gère 972 bénéficiaires, ce ratio s'élève à plus de 1 900 bénéficiaires pour les plus performantes des mutuelles contrôlées dans le cadre de cette enquête, mais le réseau de l'assurance maladie gère plus de 2 250 bénéficiaires par équivalent temps plein.

Tableau n° 95 : nombre de bénéficiaires gérés par équivalent temps plein en 2011

	Nombre de bénéficiaires actifs	ETP affectés au régime obligatoire	Nombre de bénéficiaires par ETP
MNH	354 391	183	1 936
MFPS	1 415 048	737	1 920
MGEN[625]	2 856 260	2 251	1 269
MCVPAP	87 522	90	972
CPAM	49 900 000	19 538	2 254

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et mutuelles

624 . Coût utilisé pour le calcul de la remise de base pour les mutuelles de fonctionnaires d'État (L. 712-6) : 72,981 (BAM plafonné) x 59,834 % = 43,67 €.

625. Seuls les résultats 2012 ont été communiqués à la Cour par la MGEN, qui n'avait jusqu'à présent jamais tenté d'individualiser ses effectifs gérant le régime obligatoire.

Cette situation nécessite des efforts de productivité des mutuelles d'autant plus élevés que la poursuite de la politique de dématérialisation conduite par la CNAMTS devrait se traduire à terme désormais rapproché par une nouvelle et sensible diminution du coût du bénéficiaire actif moyen au sein des CPAM et par une réduction de la part de leur activité que les caisses consacrent à la gestion des prestations. Il en résultera du fait de la diminution en parallèle du coût de gestion du bénéficiaire moyen et du coefficient de réalisation, une accélération du mouvement de baisse du montant unitaire de la remise de gestion qui doit être anticipé par les mutuelles.

Dans le même temps, la perspective d'une réduction des effectifs de la fonction publique et le phénomène de diminution du nombre de personnes couvertes par les mutuelles au titre d'une couverture complémentaire (démutualisation) sont de nature à compromettre leur équilibre financier.

Un phénomène de démutualisation

En quatre ans, la population protégée au titre du régime obligatoire seul a nettement augmenté dans trois mutuelles. Ainsi pour la mutuelle générale de l'éducation nationale et la mutuelle nationale des hospitaliers, la population couverte au titre du régime obligatoire seul a augmenté entre 2008 et 2011 respectivement de près de 12 % et de plus de 13 %. Toutefois, sur la même période, la part des assurés protégés par les mutuelles au titre du régime obligatoire choisissant de ne plus bénéficier de la complémentaire proposée par la mutuelle tend à s'accroître significativement.

Tableau n° 96 : part de la population protégée pour le régime obligatoire seul sur part de la population protégée régime obligatoire et régime complémentaire

	2008			2011		
	R.O. seul	Population totale	Part du R.O. seul	R.O. seul	Population totale	Part du R.O. seul
MGEN	461 044	2 318 407	19,9 %	522 603	2 310 334	22,6 %
MFP services	621 412	1 452 412	42,8 %	639 748	1 420 797	45,0 %
MNH	124 589	355 410	35,0 %	143 705	350 674	41,0 %

Source : mutuelles

Cette tendance observable dans de nombreuses mutuelles s'explique pour deux raisons principales. Les assurés peuvent renoncer à toute couverture complémentaire, ou opter pour une autre couverture complémentaire soit liée à l'activité professionnelle de leur conjoint, dans le cadre par exemple d'un contrat de groupe, soit choisie auprès d'un autre opérateur mutualiste ou assurantiel.

L'absence de données fiables sur ces évolutions est une difficulté pour le positionnement des mutuelles sur un marché de plus en plus concurrentiel où leurs spécificités tendent à s'estomper.

3 – Des réformes inégalement engagées

Une partie des mutuelles contrôlées par la Cour a déjà réalisé des gains de productivité importants en réorganisant leurs réseaux de production.

Des exemples de réorganisations engagées

Depuis 2005, la mutualité fonction publique services a évolué d'un réseau multi-filières composé de 94 sites à un réseau spécialisé avec la création de centres nationaux. La réorganisation des agences s'est traduite par la fermeture de 33 points d'accueil locaux ce qui a conduit à la suppression de près de 300 postes. Ce plan social a été financé pour plus de la moitié de son coût par la CNAMTS.

La mutuelle nationale des hospitaliers a réorganisé son réseau en regroupant les activités de traitement des prestations d'assurance maladie au sein de cinq territoires, et en mettant fin à la polyvalence des 18 sections gérant le régime obligatoire, sans toutefois procéder à des licenciements. Il en est de même pour la mutuelle générale de l'éducation nationale, qui s'est engagée dans une réorganisation complète de la gestion de la production, la confiant à cinq grands centres de traitement en France tout en maintenant son réseau d'agences.

Toutefois, ces réformes n'ont pas été engagées sur tous les plans. Ainsi la mutuelle générale de l'éducation nationale et la mutuelle complémentaire de la ville de Paris n'ont pas mené de réflexion construite à partir de leur comptabilité analytique sur l'optimisation de leurs coûts de gestion du régime obligatoire.

À cet égard, étant donné le poids financier et le caractère structurant des systèmes d'information, la réalisation de gains supplémentaires de productivité exige des choix délicats de la part des mutuelles, car ils détermineront largement leur rôle et leur positionnement pour l'avenir.

L'enjeu des systèmes d'information

Les mutuelles gérant le régime obligatoire pour le compte de la CNAMTS n'utilisent pas, à l'exception de la mutuelle générale de la police et de la mutuelle nationale hospitalière, le système d'information de la CNAMTS pour liquider les prestations d'assurance maladie.

Elles ont recours à trois types de logiciels plus récents : Orion (logiciel développé par le groupement d'intérêt économique Chorégie) pour la majorité des mutuelles de fonctionnaires et la mutuelle des étudiants (LMDE), Activ RO (développé par la société Cegedim Activ) pour les mutuelles territoriales et hospitalières et enfin Starweb (développé par l'union mutualiste CIMUT) pour les mutuelles étudiantes autres que la LMDE. Les investissements informatiques et les exigences du contrôle interne et de la qualité de service conduisent les mutuelles à choisir des logiciels très spécialisés dont le développement est nécessairement coûteux.

À cet égard, deux voies d'évolution sont envisageables.

La première est celle d'une intégration complète de la gestion du régime obligatoire et de la couverture complémentaire santé, telle que rendue possible par le logiciel Orion développé à l'initiative en particulier de la MGEN. Utilisé en infogérance, il pousse au regroupement des mutuelles utilisatrices : ainsi une union de gestion du régime obligatoire est en cours de constitution autour de la mutuelle générale de l'éducation nationale, de la mutualité fonction publique services et de la mutuelle des étudiants, qui vise à devenir l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et de la CNAMTS sur le plan technique et financier. Les obstacles à ce regroupement sont à la fois financiers - Orion est onéreux - et institutionnels en raison du poids de la MGEN.

La seconde est celle de la sous-traitance à la branche maladie selon un système d'infogérance, tel que le pratique depuis avril 2012 la mutuelle nationale des hospitaliers : les traitements informatiques sont effectués par la CNAMTS et le reste de l'activité par la mutuelle.

Alors que le logiciel Orion coûte près de 70 M€ euros par an à la mutuelle générale de l'éducation nationale et près de 20 M€ à MFP services, l'utilisation du système d'information de la CNAMTS représente une charge annuelle de seulement 0,7 M€ pour la mutuelle nationale des hospitaliers, soit 2 € par bénéficiaire actif contre 12 € pour la mutuelle générale de l'éducation nationale.

Ce dispositif largement intégré, s'il est très avantageux pour la mutuelle nationale des hospitaliers en termes financiers et techniques, aboutit cependant à une situation paradoxale, qui vide de son sens le principe même de la délégation de gestion : la mutuelle est rémunérée à

un niveau élevé par la CNAMTS pour un travail que cette dernière réalise en large partie elle-même à coût marginal.

*
* *

La gestion déléguée à des mutuelles de fonctionnaires d'État et à celles des agents territoriaux et des membres de la fonction publique hospitalière continue ainsi à connaître fondamentalement les mêmes insuffisances de performance et les mêmes problématiques de coûts que lors de la dernière enquête de la Cour en 2006 et qui l'avait conduite à recommander d'étudier la pertinence du maintien de la gestion déléguée de l'assurance maladie des fonctionnaires[626] à des organismes complémentaires[627].

La lenteur des évolutions constatées contraste plus fortement encore avec l'obligation pour les mutuelles de soutenir une dynamique exigeante du fait de l'amplification indispensable des gains de productivité qu'elles doivent mener à bien sans délai tout en augmentant significativement leur qualité de service. Ce sont les agents publics dont elles servent les prestations qui souffrent des difficultés qu'elles rencontrent pour satisfaire à leurs obligations de service public.

Dans ces conditions, si la reprise en gestion directe par le réseau de l'assurance maladie de cette population devait encore être différée, il conviendrait au moins de donner aux fonctionnaires d'État, comme c'est déjà le cas pour les ressortissants de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, une liberté d'option entre rattachement à la caisse primaire d'assurance maladie de leur lieu de résidence et gestion par la mutuelle à laquelle leur administration est rattachée.

De la même façon, les mutuelles de fonctionnaires d'État pourraient se voir alignées sur le dispositif s'appliquant aux mutuelles des agents publics territoriaux et hospitaliers. En effet, devant l'ampleur des gains de productivité à réaliser pour résorber le différentiel qui risque de

626. Sur la base de sa comptabilité analytique de l'époque, la CNAMTS estimait qu'une reprise par les caisses primaires d'assurance maladie en gestion directe des assurés gérés par des mutuelles de fonctionnaires se traduirait par une économie nette de 250 M€ pour l'assurance maladie. Ces chiffres étaient donnés à titre indicatif et ne tenaient pas compte des problématiques liées au devenir des personnels des mutuelles.
627. Dans le cadre du projet de loi de financement 2012, M. Yves Bur, député du Bas-Rhin, avait déposé en ce sens un amendement visant à supprimer la délégation de gestion aux mutuelles de fonctionnaires à compter de 2015, à l'issue d'une période transitoire au cours de laquelle serait laissé un droit d'option à l'affilié entre la gestion par une mutuelle de fonctionnaires ou par une caisse primaire d'assurance maladie.

s'accroître encore entre leurs coûts de gestion et des remises de gestion dont la diminution doit s'accélérer, certaines mutuelles de fonctionnaires d'État pourraient souhaiter renoncer à la gestion du régime obligatoire, comme plusieurs petites mutuelles d'agents territoriaux l'ont fait récemment[628]. Or, en l'état actuel du droit, elles ne peuvent le faire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Sept ans après la précédente enquête qu'elle a consacrée aux mutuelles délégataires du régime général, la Cour a constaté que la qualité de la gestion des prestations en nature au bénéfice des agents publics n'est toujours pas satisfaisante. En effet, les mutuelles délégataires du régime général apparaissent confrontées à des difficultés de même ordre, qui se cumulent et qui remettent désormais encore plus fortement en cause ce mode de gestion déléguée.

La qualité de service des mutuelles demeure inégale et globalement à un niveau insuffisant, ce qui conduit la Cour à devoir chaque année, malgré certains progrès en matière de contrôle interne, reconduire une réserve de ce fait dans les opinions qu'elle exprime, dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général, sur ceux de la CNAMTS et de la branche maladie.

Leur rémunération, si elle a baissé, reste à un niveau élevé en fort décalage avec les coûts de gestion observés dans les caisses primaires d'assurance maladie, qui ont connu des gains de productivité qui se sont accélérés au cours des dernières années du fait des progrès rapides de la dématérialisation et de l'automatisation des procédures.

Dans un contexte où la diminution prévisible des effectifs des fonctionnaires et leur tendance à de moins en moins souscrire une couverture complémentaire auprès de la mutuelle qui assure la gestion de leurs prestations de base vont peser sur l'équilibre financier de ces dernières, ce modèle apparaît à bout de souffle du fait de l'ampleur de l'effort de productivité à soutenir dans la durée pour rejoindre puis rester en phase avec l'évolution constante à la baisse des coûts de la branche maladie.

Faute des évolutions dont elle avait alors souligné l'impérieuse nécessité, ce mode de gestion déléguée doit être reconsidéré comme la Cour l'avait recommandé en 2006 au bénéfice d'une reprise en gestion

628. Plusieurs mutuelles territoriales (L. 211-4), de dimension réduite, ont abandonné leur délégation de gestion (mutuelle Boissière du bâtiment - 7 000 bénéficiaires, mutuelle lyonnaise des transports et des métiers annexes, mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités territoriales - 17 000 bénéficiaires, mutuelle du bâtiment et travaux publics du sud-est - 8 500 bénéficiaires).

directe par le réseau de l'assurance maladie obligatoire de la population concernée

À tout le moins, il convient d'ouvrir la liberté de choix aux fonctionnaires d'État, comme c'est le cas pour les fonctionnaires territoriaux et les ressortissants de la fonction publique hospitalière, entre se rattacher à la caisse primaire d'assurance maladie de leur domicile et demeurer gérés par la mutuelle dont dépend leur administration. Il faudrait aussi laisser la possibilité à celles des mutuelles de fonctionnaires d'État qui le souhaiteraient de se désengager de cette gestion déléguée, comme c'est le cas pour celles des territoriaux et des hospitaliers.

En tout état de cause, la prochaine négociation de la convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État devrait programmer de nouvelles étapes de baisse des remises de gestion, avec pour finalité explicite d'aligner ces dernières sur les coûts actualisés et objectivés des caisses primaires, sur la base de paramètres déterminés par une commission indépendante pour éviter des difficultés récurrentes de négociation, voire leur blocage, la CNAMTS étant considérée par les mutuelles comme juge et partie, au risque d'interférence avec des considérations exogènes au champ de la sécurité sociale.

La Cour formule les recommandations suivantes :

74. reconsidérer le maintien de la gestion déléguée à des mutuelles de l'assurance maladie des agents publics ;

à défaut :

75. ouvrir aux fonctionnaires d'État une option entre rattachement à la caisse primaire d'assurance maladie de leur domicile et gestion par la mutuelle dont dépend leur administration ;

76. permettre aux mutuelles de fonctionnaires d'État d'abandonner cette délégation de gestion ;

en tout état de cause :

77. aligner le niveau des remises de gestion sur les coûts de revient des caisses primaires d'assurance maladie pour une activité équivalente et à qualité de service identique, en confiant à une commission indépendante la détermination du niveau du coefficient de réalisation et celui du coût de référence du bénéficiaire actif ;

78. insérer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État des dispositions spécifiques relatives aux objectifs de qualité de service et de coûts de gestion à fixer à ces mutuelles.

Chapitre XVIII

La sécurité sociale des étudiants

PRESENTATION

La loi du 23 septembre 1948 a étendu aux étudiants, pour les prestations en nature maladie et maternité, le régime applicable aux travailleurs salariés et en a prévu le service par une mutuelle. La mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF) a été alors créée à cet effet.

Elle fut jusqu'en 1971 la seule mutuelle étudiante avec la mutuelle générale des étudiants de l'Est. À cette date, le législateur autorisa dans chaque région, sur le modèle de la région Lorraine, une autre mutuelle étudiante et se constitua alors dans chaque région un duopole. À partir de 1980, les différentes mutuelles étudiantes proposèrent à leurs affiliés de souscrire des garanties complémentaires, part de leur activité qui est communément appelée régime complémentaire (RC) par opposition au régime obligatoire (RO).

En 2012, les mutuelles étudiantes ont remboursé au titre du régime obligatoire 792 M€ de dépenses de soins à environ 1 715 000 affiliés, dont 54 % pour la mutuelle des étudiants (LMDE) qui a succédé à la MNEF en 2000 et 46 % pour les 11 sociétés mutuelles étudiantes régionales (SMER[629]) regroupées au sein du réseau EMEVIA. Elles ont perçu à ce titre 93 M€ de remises de gestion versées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La Cour a procédé à une analyse de ce mode de gestion que l'on ne retrouve dans aucun pays comparable[630] de la gestion des prestations maladie par trois de ces mutuelles, la LMDE et deux mutuelles régionales, la SMEREP et VITTAVI, qui représentent les deux tiers des affiliés à la sécurité sociale étudiante.

Ce mode de gestion très spécifique, au périmètre complexe et à la gouvernance insatisfaisante, apparaît peu encadré (I). Sa qualité de service

629 . SMEREP (Paris), SMERAG (Antilles Guyane), SMENO (Nord), SMECO (Centre), SMEBA (Bretagne), VITTAVI (Sud-Ouest), MEP (Provence), SMEREB (Bourgogne), MGEL (Lorraine), SMERRA (Rhône Alpes), VITTAVI Réunion.

630. Le récent rapport du Sénat sur ce sujet - *Rapport d'information, fait au nom de la commission des affaires sociales par le groupe de travail sur la sécurité sociale et la santé des étudiants*, n° 221, 12 décembre 2012 - qui a examiné les dispositifs mis en place pour les étudiants dans huit États européens (Allemagne, Angleterre, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, Pays bas, Suède) montre que les étudiants y sont, pour l'essentiel, soumis aux dispositions du droit commun. La pratique de la gestion déléguée du service de prestations n'existe qu'en Belgique où elle vaut pour l'ensemble des assurés et non pour les seuls étudiants.

est très insuffisante, qu'il s'agisse du remboursement des prestations ou des relations avec les assurés (II) et ses coûts de gestion sont élevés (III).

I - Un mode de gestion singulier et peu encadré

A – Un dispositif spécifique

1 – De fortes originalités

La sécurité sociale étudiante[631] qui gère par délégation de la CNAMTS les prestations maladie et maternité au bénéfice des inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur constitue un dispositif singulier :

- l'affiliation y est par nature temporaire et ne dure en moyenne que trois ans, les étudiants se trouvant en situation de transition entre le statut d'ayants droit de leurs parents et le plus souvent celui d'assurés sociaux en tant que salariés lorsqu'ils entrent dans la vie active ;
- les étudiants ont le choix de leur mutuelle d'affiliation, ce qui institue une concurrence pour leur recrutement entre mutuelles ;
- ils sont tenus d'acquitter chaque année une cotisation spécifique (207 €), qui n'est toutefois due que s'ils sont âgés de plus de 20 ans et dont sont exonérés en particulier les boursiers. Les cotisations encaissées ne couvrent qu'environ le quart des dépenses engagées à leur bénéfice et leur couverture maladie-maternité fait l'objet chaque année d'une importante contribution d'équilibre par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie[632].

631 . Le terme de « régime étudiant » couramment utilisé est impropre car les étudiants sont légalement affiliés au régime général et la délégation de gestion dont bénéficient les mutuelles n'est pas constitutive d'un régime de base. Le « régime étudiant » est un dispositif particulier d'affiliation et de service des prestations.
632. En application du 2° de l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.

Tableau n° 97 : aspects financiers de la sécurité sociale étudiante.

En M€

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total des recettes et des dépenses (a)	732	760	804	788	773	792
Cotisations (b)	165	166	176	166	175	181
Autres recettes (c)[633]	13	15	20	15	19	14
Remises de gestion de la CNAMTS	86	82	81	82	86	93
Contribution d'équilibre des régimes de sécurité sociale	468	497	527	528	493	504
Taux de couverture par les cotisations et recettes autres que les apports des régimes (b+c)/(a) (%)	27,5	26,7	27,1	25,2	28,2	27,9

Source : CNAMTS

2 – Un périmètre complexe

Le code de la sécurité sociale dispose[634] que sont affiliés les étudiants « qui, n'étant pas assurés sociaux à un titre autre […] ou ayants droit d'assuré social, ne dépassent pas un âge limite » fixé à vingt-huit ans[635]. C'est à l'entrée dans le dispositif, quand l'étudiant quitte le statut d'ayant droit, ou à sa sortie, lorsqu'il devient salarié, que se manifestent des difficultés.

a) Les ayants droits autonomes

Les étudiants restent ayants droit de leurs parents jusqu'à l'âge de 20 ans[636]. Ils sont cependant obligatoirement gérés depuis 1998, pour ceux d'entre eux dont les parents relèvent du régime général, par les mutuelles étudiantes mais ne sont pas soumis à cotisation. Cette réforme des ayants droits autonomes s'est traduite par une très significative extension de la population affiliée : les étudiants de moins de 20 ans représentent chaque année entre 35 % et 40 %[637]de celle-ci.

Les étudiants de 16 à 20 ans dont les parents ne relèvent pas du régime général sont placés dans des situations spécifiques définies par ces régimes. Il en résulte une très grande hétérogénéité des situations selon

633. Recours contre tiers, recettes de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), etc.
634. Article L. 381-4 du code de la sécurité sociale.
635. Article R. 381-5 du code de la sécurité sociale.
636. Article L. 313-3 du code de la sécurité sociale.
637. La mutuelle des étudiants et la mutualité française, *Santé et conditions de vie des étudiants*, mai 2012, p. 19.

les âges des individus, leurs activités professionnelles et le régime de rattachement de leurs parents. Ainsi, à titre d'exemple, les étudiants dont les parents relèvent du régime de la SNCF restent affiliés jusqu'à 28 ans à ce régime.

b) Les étudiants salariés

Le code de la sécurité sociale dispose[638] que l'assuré a droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général pendant l'année suivant la fin de la période de référence, s'il justifie à cette date d'une activité minimale.

Or 73 % des étudiants ont une activité rémunérée à un moment ou l'autre de l'année[639], ce qui peut les conduire, au cours de leur vie étudiante, à relever du régime général par intermittence. Ceci explique pour partie que 27 % de la population étudiante n'est pas affiliée à la sécurité sociale étudiante.

3 – Une sous-affiliation non négligeable

L'obligation pour les étudiants de relever du régime de droit commun lorsqu'ils sont salariés et leur souhait de disposer d'un régime offrant une meilleure qualité de service peuvent être, en jouant sur la règlementation complexe régissant l'affiliation d'étudiants au régime général, à l'origine d'un phénomène de non affiliation volontaire à la sécurité sociale étudiante.

La Cour estime sur la base d'un sondage réalisé auprès des universités de l'académie de Toulouse que ce phénomène concerne autour de 6 % des étudiants non rattachés à la sécurité sociale étudiante, soit par extrapolation environ 40 000 personnes au niveau national[640].

Cette sous-affiliation regrettable traduit une insuffisante coordination entre la direction de la sécurité sociale et la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP). La direction de la sécurité sociale a précisé à la Cour qu'une harmonisation des pièces justificatives exigées par les établissements d'enseignement supérieur était en cours.

638. Article R. 313-2 du code de la sécurité sociale.
639. Repères, *La vie étudiante*, Observatoire de la vie étudiante, 2011.
640. En cas de besoins de soins lourds, ces situations font généralement l'objet de décisions d'espèce (régularisations rétroactives par les universités ou mobilisation des fonds de secours des mutuelles).

B – Une gouvernance peu satisfaisante

1 – Des contrats avec l'assurance maladie insuffisamment incitatifs

Il n'existe pas de convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et les mutuelles étudiantes mais seulement des contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre la CNAMTS et chaque mutuelle étudiante, qui mettent en œuvre les dispositions de la COG entre l'État et la CNAMTS.

Cependant celle-ci ne comporte aucune disposition qui assigne des objectifs particuliers en matière de sécurité sociale étudiante qui pourraient être ensuite déclinés dans les contrats passés entre la CNAMTS et les mutuelles. Le rôle des services de l'État se limite à arrêter chaque année le montant de la cotisation étudiante et à intervenir, le cas échéant à la demande des mutuelles étudiantes, pour faciliter leur dialogue avec la CNAMTS.

Celui-ci se polarise lors de la négociation des contrats pluriannuels sur la détermination du montant des remises de gestion, sans que la mise en œuvre par les mutuelles des objectifs de la convention de la CNAMTS avec l'État fasse l'objet d'une attention suffisante pour véritablement « placer l'assuré au cœur de l'action »[641].

De fait les contrats pluriannuels prévoient le suivi d'une vingtaine d'indicateurs puisés parmi ceux qui sont utilisés ou ont été utilisés pour mesurer les performances des caisses primaires sans qu'ils aient fait l'objet d'une adaptation aux particularités de la sécurité sociale étudiante. Ainsi en est-il par exemple de l'indicateur « délai de diffusion d'une carte Vitale en cas de perte, vol ou carte défectueuse », beaucoup moins pertinent que ne le serait un indicateur « délai de mutation de la carte Vitale » qui pose des problèmes considérables (cf. *infra*). Alors que, pour les CPAM, le délai de remplacement peut certes constituer un des éléments de la qualité de service, pour la sécurité sociale étudiante, c'est la mutation inter-régime qui affecte un tiers des affiliés chaque année qui constitue un point crucial et ignoré des contrats pluriannuels de gestion.

641. Préambule de la COG 2010-2013 : « il importe de placer les assurés sociaux au cœur de l'action conjointe de l'État et de l'assurance maladie en leur permettant d'être les acteurs de leur santé et en leur offrant des services à la hauteur de leurs attentes et de leurs besoins ».

2 – Des objectifs auto-assignés

Les mutuelles étudiantes poursuivent dès lors des objectifs qui ne leur ont été fixés ni par les services de l'État ni par la CNAMTS ni au demeurant par l'ensemble de la population qu'elles gèrent : les étudiants seulement affiliés, qui représentent les trois quarts de celle-ci, ne pouvant voter, leurs instances ne sont désignées que par les seuls adhérents à une garantie complémentaire[642], qui au demeurant se mobilisent peu : les conseils d'administration des mutuelles sont en effet élus par un peu plus de 4 % des adhérents, ce qui représente un peu moins de 1,2 % des affiliés.

a) L'action en faveur de la santé des étudiants

Les mutuelles étudiantes, et plus particulièrement la LMDE, placent la prévention au cœur de leurs préoccupations mais seuls 4,3 M€ y sont consacrés. C'est notamment la « prévention par les pairs », qui repose sur la proximité entre préventeurs et étudiants, qui serait à la fois son originalité et la garante de ses résultats.

L'efficacité de ces approches est cependant très complexe à évaluer, notamment en raison de la diversité des objectifs, des fonctions assignées aux pairs et des méthodes d'intervention. Selon le bilan qui en a été fait par l'INSERM, il n'existe « pas de démonstration univoque sur l'efficacité des pairs multiplicateurs en termes d'influence».

Les spécificités de la santé des étudiants

Les étudiants sont en meilleure santé, non seulement que le reste de la population, mais aussi que la population d'âge comparable non étudiante, selon toutes les enquêtes disponibles sur les recours aux soins et sur la santé ressentie. Selon la LMDE, 82 % des étudiants jugent leur état de santé bon (56 %) ou très bon (26 %). Selon l'union des SMER, ils seraient même 95 % dans ce cas.

642. Selon l'article L. 114-1 du code de la mutualité qui dispose que « les membres participants d'une mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré ».

Si la jeunesse étudiante se caractérise par une certaine attirance pour les comportements à risques qui orientent l'action de prévention des mutuelles, cette caractéristique ne lui est pas propre. Selon l'enquête triennale de l'observatoire de la vie étudiante, ce sont les jeunes actifs occupés qui présentent cependant un risque relatif plus élevé d'avoir un usage régulier d'alcool, d'être fumeurs et consommateurs quotidiens ou réguliers de cannabis.

b) L'offre de garanties complémentaires

Plus le ratio prestations sur cotisations est élevé et mieux l'organisme complémentaire rembourse les frais de santé. Ces ratios sont pour les mutuelles régionales (SMER)[643] inférieurs de 10 points environ à ceux du marché de la couverture individuelle (60 % à comparer à 70 %)[644]. Le ratio de la LMDE[645] est un peu plus élevé, ce qui traduit une politique commerciale plus agressive mais aussi le caractère collectif d'une partie des couvertures qu'elle gère, mais il reste inférieur à ce que proposent les organismes complémentaires non spécialisés.

L'adhésion au régime complémentaire étudiant est donc financièrement peu intéressante pour les étudiants et elle l'est d'autant moins qu'ils bénéficiaient comme ayants droit de leurs parents, avant d'être affiliés à la sécurité sociale étudiante, d'une tarification familiale avantageuse. C'est sans doute la raison pour laquelle une large partie des étudiants préfère continuer de bénéficier des prestations de l'assurance maladie complémentaire de leurs parents, mais ils se trouvent dès lors confrontés aux conséquences de la dissociation résultant de la gestion de leur régime obligatoire par leur mutuelle étudiante d'affiliation et de la gestion de leur régime complémentaire par un autre organisme. Or, si depuis cinq ans, les échanges entre le régime obligatoire et organismes complémentaires se sont fortement développés sous l'impulsion des pouvoirs publics, ils ne concernent encore qu'un peu moins de la moitié des affiliés étudiants qui seraient susceptibles d'en bénéficier.

En définitive, seuls 26,6 % des étudiants relevant des mutuelles étudiantes pour la gestion du régime obligatoire ont fait le choix d'adhérer également à l'une des garanties complémentaires proposées par ces mutuelles.

643. Source : comptabilités des SMER.
644. Source : DREES la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2011.
645. Source : comptabilité de la LMDE.

*
* *

Alors que la sécurité sociale étudiante devrait favoriser l'autonomie et l'accession à la « citoyenneté sociale […] et la pleine appropriation par les étudiants de leurs droits et de la reconnaissance de leur légitimité à gérer leur protection sociale », sa relative complexité d'affiliation et sa gouvernance peu ouverte peuvent contribuer à affaiblir l'adhésion de ceux pour lesquels elle a été créée. Selon une enquête par Internet effectuée par la Cour, 38 % des étudiants préfèreraient ainsi rester rattachés au régime de leurs parents jusqu'à leur entrée dans la vie active et 40 % souhaiteraient disposer d'une option entre le régime de leur parents et la sécurité sociale étudiante alors que seulement 20 % se prononcent pour le maintien du système actuel d'affiliation obligatoire dès l'inscription universitaire.

L'enquête réalisée par la Cour

Réalisée par Internet du 13 février au 7 mars 2013, elle visait à mesurer les attentes et la satisfaction des étudiants en ce qui concerne leur sécurité sociale. 80 000 adresses de courriel ont été tirées au sort parmi les 900 000 fournies par les mutuelles en respectant la répartition des différentes mutuelles dans la population affiliée et celle des primo-affiliés (1/3) et renouvelants (2/3). Des courriels ont été adressés en deux vagues successives. Au total, 2 950 personnes ont répondu à l'enquête.

Dans ce risque de désaffection, ce sont cependant les très grandes difficultés que rencontrent les mutuelles étudiantes pour assurer une qualité de service satisfaisante qui apparaissent majeures.

II - Une qualité de service très insuffisante

A – Une démarche d'audit formelle

Sur les 20 indicateurs suivis par la CNAMTS pour les mutuelles, 11 concernent la qualité de service et 6 la qualité des flux.

1 – Un suivi insuffisant

Le dispositif mis en œuvre distingue les mutuelles à compétence nationale et les mutuelles à compétence régionale, les secondes faisant l'objet de diligences plus fréquentes que les premières. Pour ce qui concerne les mutuelles étudiantes, la LMDE appartient à la première catégorie et les SMER à la seconde. Parmi les diligences communes aux

deux catégories, figure la réalisation d'une enquête de satisfaction. Alors que pour les mutuelles nationales, la CNAMTS avait prévu de se charger de celle-ci, elle en a laissé la responsabilité à l'ensemble des mutuelles étudiantes, y compris la LMDE.

2 – Des résultats contrastés

Le processus d'audit débouche sur un score d'assurance raisonnable qui permet de classer les organismes en 5 catégories en considération de la qualité de leur contrôle interne et de leur pilotage.

Les performances des mutuelles sont très hétérogènes. La MEP (Provence) et la SMEREB (Bourgogne) présentent des faiblesses significatives. La MGEL (Lorraine) et la SMERRA (Rhône-Alpes) ont enregistré des progrès importants entre 2011 et 2012.

Les mutuelles étudiantes les plus importantes, LMDE d'une part, et SMEREP d'autre part, apparaissent plus aptes que les autres à mettre en place des procédures de contrôle interne conformes aux requis de la CNAMTS. Ces deux mutuelles étudiantes obtiennent en matière de contrôle interne des résultats comparables aux autres mutuelles mais elles sont également celles qui présentent les plus mauvais scores de satisfaction dans l'enquête réalisée par la Cour.

B – Une insatisfaction prononcée

L'enquête de satisfaction prévue par la CNAMTS, se traduit par un seul indicateur, le nombre de personnes satisfaites ou très satisfaites de leur mutuelle rapporté au nombre de personnes interrogées.

Un net contraste est apparu entre les résultats des observations de la Cour et ceux des enquêtes de satisfaction auto-produites par les mutuelles étudiantes. La LMDE par exemple faisait état en 2010 et 2011 de 88 % de personnes satisfaites[646], se classant ainsi parmi les plus appréciées des mutuelles, alors qu'elle ressort comme la plus mal notée dans l'enquête de la Cour (note moyenne 2,33 sur 5). Sans être toujours aussi prononcée, la surestimation de la satisfaction des étudiants dans les enquêtes réalisée par les mutuelles est générale.

646 . L'enquête de satisfaction de la LMDE pour l'année 2012, transmise postérieurement au contrôle de la Cour, indique une brusque dégradation des résultats de la mutuelle (seulement 43 % de satisfaction). Elle va dans le sens des résultats de l'enquête réalisée par la Cour lors de son contrôle.

Tableau n° 98 : notes moyennes obtenues par les mutuelles à la question relative à la satisfaction globale de leurs affiliés dans l'enquête de la Cour

	Nombre de réponses	Note globale
Total des réponses	2 928	2,56
dont LMDE	*1 747*	*2,33*
dont SMER	*1 181*	*2,9*
dont VITTAVI (Sud-Ouest)	*180*	*2,11*
dont SMEREP (Ile de France)	*262*	*2,54*
dont SMENO (Nord)	*124*	*3,09*
dont UITSEM	*231*	*3,09*
dont MEP (Sud-Est)	*73*	*3,15*
dont MGEL (Est)	*146*	*3,37*
dont SMEBA (Ouest)	*164*	*3,4*

Source : Cour des comptes

Dans l'ensemble, les notes qui vont de 1 (« Pas du tout satisfait ») à 5 (« Très satisfait ») sont médiocres, particulièrement celles de la LMDE, de la SMEREP et de VITTAVI, qui représentent plus des deux tiers des affiliés au régime et qui n'obtiennent pas la moyenne (3).

L'insatisfaction des étudiants a des causes objectives.

1 – Les dysfonctionnements liés à la carte Vitale

Les mutuelles étudiantes souffrent d'un retard certain en matière d'automatisation des traitements par rapport aux caisses primaires dont les taux moyens sont passés entre 2009 et 2011 de 86 % à 90 % alors que ceux des mutuelles étudiantes variaient en 2012 entre 80 % et 85 %.

Selon l'enquête réalisée par la Cour, seulement un quart des étudiants déclarent de fait avoir bénéficié d'une carte Vitale en état de fonctionnement moins d'un mois après leur affiliation quand 10 % n'en étaient toujours pas dotés neuf mois plus tard.

Des différences significatives se constatent entre la LMDE d'une part et les SMER d'autre part ainsi qu'entre les SMER entre elles. La LMDE est, avec VITTAVI et la SMEREP (Paris), celle des mutuelles étudiantes dont les affiliés disposent en moyenne le plus tardivement d'une carte en état de fonctionnement.

Le délai de mise à disposition d'une carte Vitale en état de marche diffère selon que l'étudiant en disposait (mutation) ou n'en disposait pas (création) avant son affiliation.

a) La mutation inter-régimes

La mutation inter-régimes met en œuvre deux séries de processus :

- l'un par lequel les régimes cédants et entrants se communiquent l'identité de ceux de leurs affiliés qui vont les rejoindre ainsi que certaines informations médico-administratives utiles à la liquidation des remboursements ;
- le transfert est ensuite, à la diligence du régime entrant, signifié au RNIAM[647] qui procède au changement d'immatriculation et déclenche la mise à jour de la carte Vitale.

Les opérations de rattachement initiées par la LMDE suscitent beaucoup plus de rejets que celles des SMER sans que celle-ci ait pu en fournir à la Cour les raisons.

Au bout de trois mois, c'est-à-dire à partir de janvier dans la plupart des cas, les mutuelles sont autorisées à demander la création d'une nouvelle carte Vitale, la mutation de l'ancienne carte apparaissant compromise. Elles peuvent décider cependant de ne le faire que postérieurement : ainsi, la LMDE ne déclenche cette procédure qu'au bout de six à sept mois.

Les mutuelles étudiantes procèdent à plus de créations de cartes Vitale que les autres régimes en proportion de leur nombre d'affiliés : ainsi, entre 2005 et 2012, le régime général a procédé à la création d'un peu moins de 28 millions de cartes pour une population couverte d'environ 58 millions de personnes (48 %) alors que les mutuelles étudiantes en ont, dans le même temps, créé 3,5 millions pour une population d'environ 1,6 million de personnes (219 %). Pour l'année 2012, ces pourcentages étaient respectivement de 5,5 % et de 15,25 %. Cette différence s'explique en partie par le renouvellement par tiers chaque année des effectifs des mutuelles étudiantes mais surtout, depuis la généralisation de la carte Vitale 2, par les difficultés des mutations inter-régimes, amplifiées par l'absence de dématérialisation des envois de dossiers dans certains régimes.

647. Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

b) La création des cartes Vitale

Le délai qui sépare la mise à disposition de la photo numérisée à la plateforme d'émission des cartes de l'envoi de la carte à son bénéficiaire est, en moyenne, d'une vingtaine de jours[648]. Il est cependant très supérieur pour les mutuelles étudiantes à ce qu'il est pour le régime général (11 jours en 2012).

L'essentiel de cet écart est expliqué par le délai de personnalisation des cartes (apposition de la photo notamment) qui suppose une intervention du régime demandeur. Le délai moyen de personnalisation des cartes de la LMDE et des SMER est supérieur à la moyenne. En janvier 2013, le délai moyen de personnalisation de l'atelier de Cergy était de 2,7 jours calendaires. Pour les cartes de la LMDE il était de 5,4 jours et pour celles des SMER, de 8,2 jours.

L'immatriculation des étudiants étrangers

Les étudiants étrangers qui n'étaient pas rattachés à un régime français avant leur affiliation doivent se faire établir une carte Vitale ce qui suppose, au surplus, que leur soit attribué un numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques. Cette immatriculation, qui ne concerne qu'une quinzaine de milliers de personnes[649] chaque année, est faite par le service administratif national d'identification des assurés de la caisse nationale d'assurance vieillesse. Il leur faut pour cela produire un certain nombre de documents qui ont fait l'objet d'une redéfinition en avril 2012 avec la nécessité de produire deux pièces d'identification (une pièce d'état-civil et un titre d'identité traduits par des autorités locales habilitées et apostillés).

La mise en œuvre de ces nouvelles exigences a proportionnellement plus affecté la performance des mutuelles étudiantes, et notamment de la LMDE, que celles des autres mutuelles. En décembre 2012, la direction de la sécurité sociale, en réponse à certaines mutuelles, a demandé aux organismes sociaux de revenir provisoirement sur une partie de ces nouvelles exigences (apostille et légalisation).

648. Source : GIE Sésam –Vitale.

649. Source : service administratif national d'identification des assurés (SANDIA) de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).

2 – Des relations parfois difficiles avec les affiliés

a) Le téléphone: une mauvaise performance de la LMDE

C'est le canal qui peut être le mieux appréhendé en termes de qualité parce que les plateformes téléphoniques utilisent des systèmes qui intègrent des éléments statistiques de suivi à peu près standardisés.

Le taux de décroché constitue le principal outil de suivi et les données recueillies par la CNAMTS montrent qu'en 2012, il était plus faible à la LMDE que dans toutes les SMER. L'explication en est double : la LMDE reçoit plus d'appels que les autres mutuelles et leur consacre moins de moyens.

L'évolution du trafic de la LMDE diverge fortement de celui des autres mutuelles qui stagne ou régresse sous l'effet d'une substitution progressive par les courriels. L'explosion des appels entrants à la LMDE excède largement la croissance du nombre des affiliés, des remboursements ou des demandes d'attestation : entre 2008 et 2012, le nombre d'appels a, en effet, été multiplié par 3,7. Un affilié de la LMDE essaie d'entrer en contact par téléphone avec sa mutuelle cinq fois plus qu'un affilié à une mutuelle régionale.

Le taux de décroché communiqué à la CNAMTS est le ratio des appels traités sur les appels pris en charge. Dans le cas de la LMDE, c'est un taux apparent puisque l'essentiel des appels entrants est rejeté. Le taux réel qui rapporte les appels traités aux appels entrants n'a cessé de se dégrader entre 2008 (39 %) et 2012 (7 %). Un affilié à la LMDE avait, durant cette dernière année, une chance sur 14 de pouvoir la joindre au téléphone.

Cette difficulté très prononcée traduit un double phénomène de croissance des réclamations et de multiplication des rappels. Au cours du comité d'entreprise du 30 avril 2009, le directeur général de la mutuelle faisait état d'un « solde de 820 000 feuilles de soins « stockées » au niveau national au 14 avril ». Ce solde « incompressible » qui selon le compte-rendu du comité d'entreprise du 28 octobre suivant posait « problème à la LMDE depuis maintenant deux ans » était ramené à cette date à 200 000 feuilles de soins. Ces dysfonctionnements ont perduré de 2007 à 2012, et ont encore été aggravés par la réorganisation conduite en 2011 - 2012 : la concentration de la production sur 4 sites a entraîné, en effet, le départ d'une centaine de salariés ayant refusé la mobilité géographique qui leur était proposée ; ces derniers ont été dispensés de service pendant plusieurs semaines avant que ne soit lancé le recrutement de leurs remplaçants, ce qui a amputé pendant plusieurs mois les capacités de production.

Pendant que le nombre d'appels entrants croissait fortement, le nombre d'appels traités se réduisait. Ceci s'explique par une gestion inadéquate des moyens techniques et humains mis en œuvre pour y faire face. Il faudrait que la LMDE multiplie par au moins trois le nombre de lignes pour obtenir une qualité comparable aux mutuelles étudiantes les mieux notées. L'insuffisance des moyens consacrés à la fonction téléphonique résulte d'un arbitrage parfaitement explicite et assumé de la direction de la LMDE qui est, au surplus, aggravée par des problèmes d'affectation des personnels aux postes prévus.

b) Un volume de courrier postal très variable selon les mutuelles

Le nombre de courriers entrants traités par les mutuelles étudiantes présente des différences significatives : la LMDE reçoit proportionnellement à la population couverte près de deux fois moins de courriers que les SMER, et ce alors que ses notes de satisfaction incitent à penser que lui sont adressées plus de réclamations et que son centre de contact est incapable de prendre en charge 93 % des appels. Les comptes rendus du comité d'entreprise pour 2012 font à de nombreuses reprises état d'un solde de courriers non ouverts (300 000 en mars, 200 000 en juin, 80 000 en novembre), situation qui perdurait au mois de février 2013 (200 000) ainsi que la Cour a pu le constater à la plate-forme nationale de gestion qui centralise désormais l'ensemble des courriers entrants et les redistribue vers les centres de production et le siège. Ce solde représente 25 jours ouvrés (la capacité est d'environ 8 000 courriers entrants/jour).

Dans ces conditions très particulières, des règles de priorité ont été mises en œuvre pour traiter par ordre décroissant les courriers internes, les courriers avec accusé de réception, les courriers concernant les adhérents orientés vers la mutuelle par la MGEN et le reste des courriers. Le traitement privilégié des courriers provenant des étudiants dont l'adhésion a été encouragée par la MGEN constitue une entorse aux principes du service public.

Des pratiques en contradiction avec les principes du service public à la LMDE

Un certain nombre de pratiques apparaissent anormales lorsqu'il s'agit d'exécuter une mission de service public. Il s'agit :

- du traitement prioritaire des courriers reçus des bénéficiaires enfants de fonctionnaires étudiants parce qu'ils sont adhérents à une formule collective de protection complémentaire ;

- de la réservation au bénéfice de ces mêmes affiliés d'une partie de la capacité de traitement du centre d'appels ;

- de l'obligation faite aux affiliés de détenir un compte bancaire à leur nom personnel, ce qui facilite le démarchage d'une banque partenaire, tout compte ouvert par un étudiant donnant lieu à commissionnement de la mutuelle. Or le code de la sécurité sociale n'impose pas une telle obligation et permet aux étudiants mineurs d'être remboursés sur les comptes bancaires de leurs parents.

c) Les courriels : une modalité encore peu utilisée

Les courriels ne représentent encore qu'une faible partie des échanges entre les mutuelles étudiantes et leurs affiliés : un par an pour cinq à dix affiliés selon les mutuelles. À la différence des autres mutuelles qui enregistraient plutôt une stagnation, la LMDE a vu ce trafic plus que doubler sur la période de référence mais son taux de réponse a dans le même temps été divisé par deux.

La relative atonie des échanges de courriels contraste avec le dynamisme des trafics enregistrés par les sites internet. Le rapprochement des volumes 2007 et 2012 montre des augmentations de trafic allant de 100 % à 400 %. Pour autant, les mutuelles contrôlées par la Cour ne semblent pas avoir pris en considération toutes les potentialités de ce développement. Ainsi, la LMDE n'a procédé à pratiquement aucune intégration de fonctionnalité nouvelle dans la partie « espace personnel » de son site entre 2008 et 2011 et il a fallu attendre 2012 pour qu'il soit possible aux affiliés de procéder par ce biais à différentes demandes d'attestation très fréquentes. Les SMER contrôlées par la Cour n'affichent pas de meilleure performance sur ce plan : VITTAVI ne propose pas encore ces fonctionnalités et la SMEREP n'a pas été plus précoce que la LMDE.

d) Un accueil physique parfois défaillant

Les délais d'attente sont extrêmement variables au cours de l'année avec une forte pointe entre septembre et décembre. À l'agence parisienne de la SMEREP, le délai moyen était de l'ordre d'une heure et demie en septembre 2012, d'une heure en novembre et de 40 minutes en janvier 2013.

Seule la LMDE a pu fournir des statistiques complètes sur les motivations des personnes se rendant dans ses accueils. En moyenne chaque affilié se rend dans une de ses agences une fois par an, ce qui est relativement fréquent par rapport au régime général dont les bénéficiaires se déplacent en moyenne une fois tous les deux ans alors que les étudiants

ont significativement moins recours aux soins. La proximité d'une agence constitue donc un aspect important de la qualité de service.

À cet égard, la réduction drastique, de 150 à 60, du nombre d'accueils et d'agences de la LMDE si elle traduit un effort de rationalisation, a rendu plus difficile l'accès physique, malgré la mise en place de permanences itinérantes, alors même que la qualité très insuffisante des relations à distance le rendait parfois indispensable. L'évolution de la structure des motifs de fréquentation des accueils est ainsi marquée par un très fort accroissement des réclamations liées à la gestion du régime de base.

*
* *

La situation de la LMDE apparaît durablement plus compromise que celle des SMER. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance maladie, la mutuelle n'a pas réussi à redresser une qualité de service particulièrement insatisfaisante. Ces difficultés récurrentes n'ont toutefois pas fait obstacle à l'augmentation de sa part de marché au cours de ces dernières années qui est passée de 49,6 % en 2007 à 53,7 % en 2011. Pendant la période examinée par la Cour, la mutuelle a cherché à équilibrer ses comptes lourdement déficitaires depuis l'origine par un développement commercial mais sans qu'elle puisse faire face en termes de production.

Un dispositif d'intéressement injustifié à la LMDE

Il n'y a pas d'intéressement dans les mutuelles étudiantes sauf à la LMDE. Les efforts des salariés de la mutuelle doivent, pour maximiser l'intéressement, se focaliser sur la progression de la vente de garanties complémentaires sans aucune prise en compte de la qualité de service délivrée aux affiliés au titre de la délégation de gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Alors que la mutuelle a constaté un résultat net négatif de près de 3,8 M€ sur la période 2007-2011, elle n'en a pas moins versé plus de 2,2 M€ d'intéressement, soit en moyenne 700 € par an et par personne. Les modalités de calcul de l'intéressement ont été modifiées en 2011 et ont permis de verser aux salariés un intéressement de plus de 600 000 € au lieu de moins de 200 000 € si l'on avait continué d'appliquer la formule précédente.

III - Des coûts élevés

A – Une rémunération trop avantageuse

Alors que l'ensemble des gestionnaires du régime général, tirant les bénéfices de la dématérialisation, réduisent leurs frais de gestion, il serait cohérent qu'un même effort soit demandé aux mutuelles étudiantes.

Au contraire, les remises de gestion versées par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes ont augmenté de + 8,1 % de 2006 à 2011, alors que celles versées aux mutuelles d'agents publics ont diminué de - 10,1 % sur la même période.

De même, après prise en compte de l'évolution des effectifs, les frais de gestion unitaires des mutuelles étudiantes ont progressé entre 2005 et 2011 de 7,2 % alors que ceux des mutuelles de fonctionnaires baissaient de 13,8 %, ceux des 50 meilleures caisses primaires d'assurance maladie de 2,8 % (par bénéficiaire actif moyen) et de ceux de l'ensemble des caisses primaires de 5 %.

Tableau n° 99 : coûts de gestion unitaires de l'assurance maladie par catégories d'organismes

En €

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2005
Remises mutuelles étudiantes	51,08	52,37	50,23	50,18	50,74	51,63	54,77	+7,2 %
Remises mutuelles de fonctionnaires	51,38	49,77	47,85	46,85	46,96	45,38	44,29	-13,8 %
Coût du BAM 102*	77,12	74,21	73,15	73,07	75,15	73,08	73,23	-5,0 %
Coût du BAM 50*	67,79	65,04	64,95	65,68	66,82	65,7	65,88	-2,8 %

** Bénéficiaire actif moyen des 102 meilleures caisses primaires d'assurance maladie (BAM 102) ou 50 meilleures (BAM 50)*

Source : CNAMTS

Seules les mutuelles étudiantes n'ont pas vu se réduire les coûts de gestion supportés par l'assurance maladie. En sus d'une fixation minimale à 52 € pour 2011 à 2013, elles ont même obtenu également que leur soient versées en 2011 et 2012, à la suite d'une décision du ministre de l'enseignement supérieur, deux majorations unitaires de 2,77 €. La justification alléguée pour ces dernières consistait dans les surcoûts qu'elles auraient supportés du fait de la mise en œuvre des réformes de l'assurance maladie en 2004 (parcours de soins, participations et franchises, carte Vitale 2).

Indépendamment même de ces majorations, la remise de gestion unitaire est demeurée fixée à un niveau généreux. Elle avait été établie dans le précédent contrat pluriannuel de gestion sur la base d'un coefficient de réalisation par les mutuelles des missions des caisses primaires de 77,26 %. Lors de la renégociation de ce contrat en 2010, la CNAMTS estimait que ce coefficient devait être ramené à 57,60 %. En 2013, elle a précisé à la Cour qu'à son sens, il ne devrait plus être que de 37,61 % pour tenir compte des profondes mutations intervenues dans son réseau ces dernières années.

En appliquant le coefficient de 57,60 % en 2010, la remise de gestion aurait été de 42,09 € et non de 51,63 €, soit une économie récurrente de près de 16 M€ pour l'assurance maladie.

Les mutuelles étudiantes contestent l'absence de transparence qui présiderait à la fixation du coefficient de réalisation comme à la détermination du coût de gestion du bénéficiaire actif moyen des CPAM, lequel fonde le calcul de la remise de gestion. L'intervention sur ce sujet d'une commission indépendante semble de fait nécessaire pour fonder sur des bases incontestables le montant de cette dernière.

B – Une comptabilité analytique qui surestime le coût du régime obligatoire

1 – Des principes discutables

La comptabilité analytique des mutuelles étudiantes s'inspire des mêmes principes que celle des mutuelles de fonctionnaires. La méthodologie respecte un cadre convenu depuis 2000 avec l'assurance maladie et qui a notamment pour finalité de s'assurer que les remises de gestion n'excèdent pas les coûts supportés pour le service des prestations du régime obligatoire. Cette comptabilité repose sur un ensemble de postulats qui en prédéterminent pour une part le résultat.

La méthode retenue considère que le rôle des mutuelles est de gérer le régime obligatoire, qu'elles ne proposent d'assurance complémentaires qu'à titre accessoire, et que le coût pertinent de l'activité relative au régime obligatoire est son coût de fourniture isolée quand le coût pertinent de l'activité complémentaire est son coût incrémental. Ce choix implique que ces mutuelles n'existent que pour la gestion du service public, ce qui paraît peu cohérent avec le poids relatif qu'occupent aujourd'hui en leur sein les activités complémentaires exercées dans un cadre concurrentiel : en moyenne près d'un quart des affiliés souscrivent une des garanties complémentaires proposées et celles-ci représentent l'essentiel du résultat.

Ce principe a pour conséquence de faire apparaître les remises de gestion comme insuffisantes pour couvrir le coût du régime obligatoire dans presque toutes les mutuelles étudiantes. Ainsi en 2010, ces coûts s'élevaient dans les différentes mutuelles étudiantes entre 54,42 € et 69,13 €, pour une remise de gestion unitaire versée par la CNAMTS de 51,63 €, alors que le coût de gestion des caisses primaires à périmètre équivalent, de 42,09 € par bénéficiaire, était très inférieur à ces deux données.

L'adoption d'une hypothèse plus neutre qui partagerait les coûts entre les deux activités au prorata des effectifs aboutirait à une baisse du coût analytique de gestion du régime obligatoire d'environ 15 % qui serait alors très proche de la remise de gestion pour la LMDE et inférieure pour certaines SMER[650].

2 – Le coût d'acquisition du régime complémentaire, un avantage non pris en compte

La gestion du régime obligatoire ne présente pas seulement pour une mutuelle l'avantage de mieux amortir ses coûts mais aussi celui de faciliter considérablement le recrutement des adhérents à ses garanties complémentaires.

Cet avantage peut être estimé en comparant les probabilités de souscription d'une couverture complémentaire par les affiliés d'une part et les non affiliés d'autre part. La valeur moyenne est selon cette méthode d'environ 3,60 € par affilié. Une autre méthode pourrait prendre en considération l'économie de frais d'acquisition réalisée par les mutuelles en comparaison des compagnies d'assurance (10 % des cotisations acquises). Dans ce second cas la valeur moyenne est d'environ 4,80 € par affilié.

Le coût par affilié qu'il conviendrait de considérer pour la fixation des remises de gestion devrait être ainsi un coût net de l'avantage que procure à cet égard la gestion du régime de base en termes d'économie sur les frais d'acquisition d'un adhérent à une garantie complémentaire. Le niveau actuel des remises de gestion est d'autant plus généreux qu'il ne prend pas en considération cet élément, alors qu'il fait supporter à l'assurance maladie une charge plus élevée que ne le ferait la gestion directe de cette population de bénéficiaires par les CPAM.

650. SMEBA (Bretagne), MGEL (Lorraine), SMENO (Nord).

C – Des niveaux de productivité faibles

1 – Des résultats inférieurs à ceux des caisses primaires

Sur le fondement du nombre de remboursements effectués et à périmètre comparable avec les caisses primaires, les niveaux de productivité sont significativement différents comme le fait apparaître le tableau suivant :

Tableau n° 100 : productivités globales en 2011

	MGEL	SMEREP	MEP	UITSEM	LMDE	CPAM[651]
Effectifs globaux	110	87	63	114	640	40 368
Nombre de remboursements/salarié	11 831	27 552	16 093	18 834	20 040	30 410

Source : mutuelles étudiantes, CNAMTS, calculs Cour des comptes

Ainsi, à périmètre comparable, les mutuelles étudiantes paraissent significativement moins productives que les caisses primaires en ce qui concerne les remboursements par salarié. Il est vrai que joue défavorablement à cet égard l'affiliation d'un tiers de nouveaux étudiants chaque année. La prise en compte d'autres indicateurs, tel que le nombre de bénéficiaires par salarié, fait apparaître une situation moins défavorable pour les mutuelles étudiantes. Le positionnement relatif de la LMDE ne paraît en tout état de cause pas correspondre à l'avantage qu'elle devrait logiquement tirer de sa taille.

Si la plupart des mutuelles étudiantes ont, à l'image du réseau de l'assurance maladie, amélioré leur productivité entre 2007 et 2011 à la faveur de la dématérialisation croissante des feuilles de soins et par réduction de leur effectifs, ce n'est cependant pas un cas général, comme le montrent les difficultés qu'a connues VITTAVI dans un passé très récent.

651. L'hypothèse chiffrée repose sur un coefficient de réalisation de 57,60 %.

VITTAVI

En 2008, confrontée à un déficit d'exploitation chronique, VITTAVI a fondé avec Landes Mutualité, un autre groupe mutualiste, une union technique. Cependant, il est rapidement apparu que Landes mutualité se trouvait elle-même dans une situation extrêmement délicate en raison d'un développement commercial insuffisamment maîtrisé, d'une sous tarification des contrats et d'une politique de placements financiers aventureuse. Aucun effort de rationalisation n'étant par ailleurs entrepris, VITTAVI s'est retrouvée en situation de cessation de paiement virtuelle à la fin de l'année 2009, ce qui l'a amenée à demander un placement sous administration provisoire, en octobre 2009, auprès de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM). En novembre 2009, l'ACAM plaçait également sous administration provisoire GVM, à la demande de son président, et Landes mutualité en raison de sa situation financière très compromise (perte de 36 M€ et fonds propres négatifs).

L'administrateur provisoire s'est attaché, après avoir licencié pour faute les dirigeants des deux mutuelles, à adosser VITTAVI à un nouveau groupe. Une mutuelle interprofessionnelle, MYRIADE, a été choisie notamment parce qu'elle ne faisait pas d'un plan de licenciement le préalable de son implication et qu'elle apportait 1,5 M€ de trésorerie. À compter de mars 2010 elle s'est substituée à VITTAVI dans la gestion des couvertures complémentaires.

Tirant le bilan d'une mission aujourd'hui achevée, l'administrateur provisoire écrivait fin 2012 : « La mutuelle VITTAVI se doit d'accroître le nombre de ses affiliés avec des coûts d'acquisition maîtrisés. C'est la seule façon de financer ses charges fixes. Elle a été incitée à cesser de proclamer que la gestion du régime obligatoire par délégation était déficitaire en raison de l'insuffisance des remises de gestion versées par la CNAMTS. Elle partage maintenant l'idée que les causes du déficit sont plutôt internes qu'externes ».

La LMDE pour sa part connaît un déséquilibre chronique.

2 – La situation préoccupante de la LMDE

L'analyse des résultats des mutuelles étudiantes confirme la spécificité de la LMDE qui est la seule à ne pas réussir à couvrir ses charges de manière récurrente. Les comptes 2011 présentaient un report à nouveau négatif supérieur à 23 M€, qui correspondent à des déficits récurrents accumulés depuis la création de la mutuelle alors même que cette mutuelle est la première aussi bien en termes d'affiliés (54 %) que d'adhérents (69 %).

La mutuelle n'est certes pas restée sans réagir puisque réorganisée en 2000 lors de sa création, elle l'a été aussi en 2004 mais aucune des trois grandes orientations stratégiques définies en 2008 par le conseil d'administration ne renvoyait à la nécessaire maîtrise des coûts. Il est vrai

qu'elle a pu bénéficier du soutien constant et multiforme d'autres institutions.

Les partenariats de la LMDE

La LMDE bénéficie d'un fort soutien, aussi bien financier que commercial ou technique, de différents partenaires, dont la MGEN.

À la constitution de la mutuelle, la fédération nationale de la mutualité française a constitué un tour de table mutualiste pour réunir 15 M€ de quasi-fonds propres (titres participatifs) qui n'ont commencé à porter intérêt qu'après un délai de trois ans et dont le remboursement n'a pas été exigé. En raison de l'insuffisance de ses fonds propres au regard des exigences prudentielles, la LMDE n'a pu développer une activité complémentaire que parce que la MGEN s'est substituée à elle et qu'elle en assume les risques à ce titre sans percevoir au surplus de commission de substitution. De plus, la MGEN transfère à la LMDE l'intégralité de la marge technique réalisée sur les bénéficiaires enfants étudiants de ses adhérents, ce qui a représenté près de 35 M€ depuis 2002.

En raison de ses problèmes financiers structurels, combinés au règlement des indemnités de licenciement prévues par le plan de sauvegarde de l'emploi, la mutuelle a été confrontée à de graves difficultés de trésorerie. Dans ce contexte, l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) a examiné la situation de la mutuelle avec attention et la LMDE a sollicité le soutien financier de la MGEN (avance de trésorerie allant jusqu'à 10 M€, à des conditions préférentielles – EONIA + 0,125 %) en contrepartie d'un droit de regard sur ses actes de gestion et d'une reprise de ses fonctions support et de « backoffice » par la MGEN. Le directeur général de la LMDE a par ailleurs été remplacé.

Beaucoup de mutuelles, et notamment de mutuelles de la fonction publique, préconisent à leurs adhérents d'inscrire leurs enfants devenus étudiants à la LMDE dans le cadre d'un échange de bons procédés qui leur réserve les garanties complémentaires. En outre, tous les bénéficiaires enfants étudiants (BEE) d'adhérents MGEN sont, lorsqu'ils deviennent étudiants, couverts par une offre spécifique LMDE calquée sur les garanties MGEN dont ils bénéficiaient auparavant en tant qu'ayants-droits.

La MGEN est enfin associée à la LMDE dans les GIE EFFIGIE et CHOREGIE ce qui lui permet de bénéficier d'un certain nombre de prestations techniques à prix coûtant et avec une facturation décalée jusqu'à l'amortissement des investissements.

Selon un communiqué de presse du 11 juillet 2013, ces liens privilégiés devraient encore se renforcer puisque le groupe MGEN indique que pour aider la LMDE à faire face à ses difficultés financières et de gestion, celle-ci intégrera formellement le groupe à compter du 1er janvier 2014 tout en conservant ses instances élues.

Cependant, un contrat signé avec Eurogroup (cabinet de conseil spécialisé sur les questions de stratégie) le 10 février 2010, qui visait à assister la mutuelle dans la conduite d'un nouveau projet de

transformation, spécifiait très précisément que l'objectif était de « diminuer au maximum la masse salariale de la LMDE ». Pour réduire les coûts, deux leviers devaient être utilisés : la concentration des sites de production et la réduction des effectifs. Eurogroup avait, en effet, conclu d'une comparaison entre la mutuelle et les services de CPAM dans lesquelles il avait effectué d'autres missions que la productivité était d'environ 20 % meilleure dans ces derniers.

En juillet 2011, un projet de licenciement collectif pour motif économique et un plan de sauvegarde de l'emploi étaient adoptés. Si la transformation convenue prévoyait bien une concentration des sites de production, il n'était toutefois plus question de réduire le personnel malgré le diagnostic posé précédemment. Au terme d'une procédure lancée à l'automne 2011, en l'absence de toute réduction des effectifs qui aurait rendu possibles des gains de productivité, les 130 personnes qui choisissaient de quitter l'entreprise en percevant à cette occasion des indemnités importantes correspondant au double des prévisions des clauses conventionnelles étaient quelques mois plus tard remplacées.

La réorganisation comportait un plan de productivité calé sur les performances des caisses primaires et de la MGEN. Au 31 janvier 2013, la moyenne arithmétique des performances n'atteignait qu'un niveau à peine supérieur (103,45 %) à la situation qui prévalait avant la transformation (octobre 2011) alors que l'objectif était une progression de 20 %.

*
* *

Au total, les coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire par les mutuelles étudiantes sont très supérieurs à ceux qui seraient supportés dans le cas d'une gestion directe par les CPAM. La CNAMTS estime en pareille hypothèse à 69 M€ l'économie globale qui en résulterait pour l'assurance maladie, soit plus des deux tiers des remises de gestion actuelles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dispositif original, qui n'a d'équivalent dans aucun pays comparable, la sécurité sociale étudiante apparaît aujourd'hui confrontée à de profondes difficultés.

Les unes résultent de sa nature même et sont liées au caractère transitoire de l'affiliation, inférieure à trois ans. Les passages du statut d'ayant droit des parents à celui d'étudiant ayant droit autonome jusqu'à l'âge de 20 ans, puis au-delà d'affilié de plein droit, puis à celui de salarié, parfois à temps partiel dès la période d'études, rendent le système complexe, instable et peu compréhensible pour ses bénéficiaires.

Les autres s'expliquent par les conditions de sa gestion : sa gouvernance manque de vision stratégique d'autant que les administrations concernées restent sur le retrait en termes d'orientations de pilotage du dispositif et que la CNAMTS se focalise d'abord sur les problématiques financières ; la qualité de service offerte aux étudiants est globalement très insatisfaisante ; les coûts de gestion apparaissent élevés avec une faible productivité, sans qu'un mode de rémunération trop avantageux et en augmentation pousse aux efforts.

Né aux lendemains de la seconde guerre mondiale à une époque où la sécurité sociale étudiante ne relevait pas de la gestion de masse à laquelle les mutuelles étudiantes peinent à faire face, ce mode de gestion déléguée devenu inefficace et coûteux doit être aujourd'hui reconsidéré et la reprise de la gestion de la population étudiante par les caisses d'assurance maladie envisagée.

À défaut, laisser aux étudiants, à cotisation inchangée, le choix entre l'affiliation à la sécurité sociale étudiante et le maintien de leur rattachement au régime de leurs parents inciterait l'ensemble des mutuelles étudiantes à réorienter leurs efforts vers la recherche d'adhérents et la qualité du service rendu au meilleur coût.

En tout état de cause, il apparaît indispensable de programmer une convergence rapide entre les remises de gestion versées aux mutuelles étudiantes et les coûts de revient des caisses primaires d'assurance maladie pour une activité équivalente, après avoir objectivé certains paramètres-clefs avec l'appui d'une commission indépendante.

La Cour formule les recommandations suivantes :

79. reconsidérer le maintien de la gestion déléguée de l'assurance maladie des étudiants ;

80. dans l'immédiat, permettre aux étudiants, à cotisation inchangée, d'opter chaque année jusqu'à 28 ans entre le maintien du rattachement au régime de leurs parents et l'affiliation à la sécurité sociale étudiante ;

en tout état de cause :

81. aligner le niveau des remises de gestion sur les coûts de revient des caisses primaires d'assurance maladie pour une activité équivalente et à qualité de service identique, en confiant à une commission indépendante la détermination du niveau du coefficient de réalisation et celui du coût de référence du bénéficiaire actif ;

82. insérer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État des dispositions spécifiques relatives aux objectifs de qualité de service et de coûts de gestion à fixer à ces mutuelles, en impliquant le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche à leur élaboration.

A N N E X E S

Annexe 1

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE
LES COMPTES ET LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2012 et perspectives

1. en 2013, ramener l'évolution effective des dépenses de l'ONDAM à un taux de + 2,7 %, c'est-à-dire un niveau inférieur de 500 M€ à celui fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ;

2. à court terme, organiser la reprise par la CADES des déficits 2012 et 2013 des branches maladie et famille du régime général et augmenter en conséquence le taux de la CRDS ;

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

Chapitre II – Les tableaux d'équilibre et patrimonial

4. communiquer les projets de tableaux d'équilibre et d'annexe qui s'y rapporte dans des délais de nature à permettre à la Cour d'exercer de manière appropriée sa mission ;

5. supprimer le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale et intégrer une rubrique propre au FSV dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général de sécurité sociale ;

6. assurer l'information du Parlement sur la formation des soldes retracés par les tableaux d'équilibre, en mettant fin aux contractions injustifiées de produits et de charges et en intégrant à l'annexe 4 au projet de loi de financement des informations littéraires et chiffrées détaillées sur la consistance et l'évolution des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses »), sur le modèle de l'annexe 9 au PLFSS pour ce qui concerne les actifs et les passifs du tableau patrimonial (recommandation réitérée).

Chapitre III – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012

7. assurer le respect de l'ONDAM selon le critère le plus rigoureux, entre le taux d'évolution et le montant de l'objectif, de telle sorte de réguler strictement la progression de la dépense d'assurance maladie ;

8. abaisser au minimum de 0,2 point chaque année l'objectif de progression de l'ONDAM, c'est-à-dire le ramener à 2,4 % en 2014 (au lieu de 2,6 %), et à 2,3 % pour 2015 et 2016 (au lieu de 2,5 %) ;

Chapitre IV – L'apport de la contribution sociale généralisée au financement de la sécurité sociale

9. préférer plutôt la remise en cause de « niches sociales » qu'une augmentation générale de taux ;

10. réserver prioritairement tout prélèvement supplémentaire au financement de la dette sociale et, de façon subsidiaire, au retour à l'équilibre du FSV ;

11. unifier progressivement dans cette perspective les taux applicables aux revenus d'activité et aux revenus de remplacement au-delà d'un certain plafond en particulier dans le cas des pensions de retraite ;

12. clarifier les conditions d'affectation de la CSG et la nature des dépenses qu'elle a vocation à financer ;

13. intégrer dans la CSG ses déclinaisons additionnelles, à l'exclusion de la CRDS ;

Chapitre V – La maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur

14. intégrer dans le périmètre de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale les niches relatives à la CSG et aux impôts et taxes affectés à la sécurité sociale ;

15. clarifier et expliciter la norme de référence pour chaque type de prélèvement, notamment en y mentionnant précisément les taux, de façon à pouvoir distinguer, selon des règles homogènes, les dérogations à la norme des modifications de modalités de calcul ;

16. intégrer dans le barème des cotisations sociales patronales les allègements généraux de charges (recommandation réitérée) ;

17. planifier l'évaluation des niches sociales sur cinq ans, en commençant en priorité par celles comportant des exemptions d'assiette et les autres dispositifs non compensés par l'État ;

18. dans le cadre d'une stratégie de maîtrise du coût des niches sociales, présenter chaque année en loi de financement de la sécurité sociale les résultats de leur évaluation et les réformes envisagées pour remettre en cause les niches inefficaces ou inefficientes ;

19. réserver effectivement aux lois de financement de la sécurité sociale, en complétant à cette fin les dispositions organiques déjà prises, toute mesure se traduisant par une augmentation du coût d'une niche sociale non compensée par l'État ;

DEUXIÈME PARTIE
LA MAÎTRISE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

RECOMMANDATIONS

Chapitre VI – La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM

20. créer un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » retraçant les dépenses actuellement réparties dans les composantes des sous-objectifs « établissements de santé tarifés à l'activité » et « autres dépenses relatives aux établissements de santé » ;

21. améliorer la construction de l'« ONDAM hospitalier » en utilisant une méthode rigoureuse et stable ;

22. présenter de manière détaillée dans les annexes au PLFSS les principales hypothèses sous-jacentes à la progression spontanée et la justification des besoins liés aux mesures nouvelles ;

23. évaluer rigoureusement le dynamisme de la progression de l'activité dans le cadre des campagnes tarifaires et améliorer la capacité d'analyse des déterminants de son évolution ;

24. augmenter les possibilités de régulations tarifaires pour mieux maîtriser les dépenses financées à l'activité ;

Chapitre VII – Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics

25. recentrer le dispositif contractuel unissant les agences régionales de santé aux établissements sur les hôpitaux présentant les plus forts enjeux financiers ;

26. conditionner l'attribution d'aides exceptionnelles à l'exploitation à la réalisation d'efforts structurels ;

27. supprimer le fléchage par l'administration centrale des dotations relatives aux missions d'intérêt général (MIG) justifiées au premier euro et charger les ARS d'arrêter leur montant établissement par établissement en fonction de critères et dans la limite d'une enveloppe fixés nationalement ;

28. subordonner le passage d'un établissement en difficulté financière devant le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) à une demande du directeur général d'ARS, qui doit être responsable, conjointement avec le chef d'établissement, de la mise en œuvre des recommandations du comité ;

29. définir la notion de résultat structurel par la marge brute, hors aides à l'investissement et aides exceptionnelles à l'exploitation ;

30. encourager la constitution de centres d'expertise interrégionaux notamment en matière de financements bancaires ;

31. rendre impérative l'adoption par les établissements en début d'année civile de l'état des prévisions des recettes et dépenses ;

Chapitre VIII – La chirurgie ambulatoire

32. aligner la tarification de la chirurgie en hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficients, pour l'activité qui peut être réalisée en ambulatoire ;

33. définir réglementairement des seuils d'activité minimale en chirurgie à temps complet et en ambulatoire ;

34. fixer des objectifs d'économies associés au développement de la chirurgie ambulatoire selon une programmation pluriannuelle ;

35. supprimer parallèlement les surcapacités en chirurgie conventionnelle pour amplifier la conversion à la pratique ambulatoire ;

Chapitre IX – L'hospitalisation à domicile

36. élaborer des référentiels d'activités de l'hospitalisation à domicile ;

37. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;

38. mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD ;

Chapitre X – La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif

39. accélérer les restructurations en cours des établissements privés à but non lucratif pour un retour rapide à l'équilibre financier ;

40. veiller à une plus grande neutralité des mécanismes tarifaires au regard de cette catégorie d'établissements, qu'il s'agisse des ajustements à la grille de tarification du court séjour ou lors du passage à une tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation ;

41. compenser par redéploiement et par un complément de financement au titre des missions d'intérêt général les surcoûts liés à un éloignement géographique justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

42. inciter les établissements de santé privés d'intérêt collectif à s'inscrire dans les expérimentations de mise en place de parcours de soins des patients ;

43. mettre fin aux dépassements perçus par les praticiens libéraux exerçant dans certains de ces établissements ;

Chapitre XI – L'avenir des hôpitaux locaux

44. mettre en œuvre pour les hôpitaux locaux un financement mixte articulant, à titre principal, une tarification à l'activité pour les soins de court séjour, de suite et de réadaptation et un financement forfaitaire destiné à reconnaître leur rôle spécifique dans des zones médicalement fragiles lorsqu'il peut être justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

45. introduire plus de forfaitisation dans la rémunération des médecins libéraux exerçant dans les hôpitaux locaux, en complément de la rémunération actuelle fondée sur le tarif de consultation, parfois inadaptée aux situations cliniques prises en charge ;

46. inciter à l'adossement aux hôpitaux locaux de maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons médicales de garde, en y conditionnant l'attribution des aides financières prévues pour développer ce mode de prise en charge coordonnée ;

TROISIÈME PARTIE
L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS

RECOMMANDATIONS

Chapitre XII – La permanence des soins

47. recentrer l'action du ministère de la santé sur le pilotage global et la régulation du système, notamment en définissant sans délai les modalités d'une meilleure articulation des urgences et de la permanence des soins ambulatoires ;

48. confier aux agences régionales de santé la responsabilité générale de l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé (permanence des soins ambulatoires, gardes pharmaceutiques, gardes ambulancières) et de leur financement dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des dépenses, y compris de rémunération des actes médicaux, calculées sur des bases objectives ;

49. transférer le pouvoir de réquisition du préfet au directeur général de l'agence régionale de santé ;

50. subordonner le versement de la majoration spécifique aux actes médicaux effectués dans le cadre de la permanence des soins au respect par les associations de permanence des soins d'un corps de règles garantissant l'homogénéité et la qualité de leur mode de régulation ;

51. engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins ;

Chapitre XIII – Les dépenses de biologie médicale

52. assurer un pilotage national de la réforme mettant les agences régionales de santé en situation d'assurer une régulation effective de l'activité de biologie médicale et permettant de suivre l'avancée de la démarche d'accréditation des laboratoires ainsi que leur réorganisation ;

53. développer les recommandations de bonne pratique dans le champ de la biologie médicale et encadrer plus strictement les indications des examens ;

54. au sein des établissements hospitaliers, définir un objectif de réduction de 10 à 15 % du volume d'actes à champ constant, dans le cadre de la mise en œuvre de la prescription connectée et d'actions de maîtrise de la prescription ;

55. dénoncer avant fin janvier 2014 la convention entre l'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés qui arrive à échéance en juillet 2014 et négocier sur des bases actualisées une nouvelle convention permettant de maîtriser rigoureusement la dépense ;

56. baisser dans ce cadre sans délai d'au moins 0,02 € la valeur de l'unité de tarification des actes de biologie médicale (lettre-clé B), actuellement fixé à 0,27 € ;

57. relancer la procédure de révision de la nomenclature des actes de biologie médicale.

Chapitre XIV – La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses

58. accélérer la révision de la liste des produits et prestations remboursables ;

59. rendre les contrats responsables plus exigeants et plus sélectifs, notamment en fixant des plafonds aux dépenses prises en charge de l'optique correctrice et des audioprothèses ;

60. encadrer plus strictement les réseaux de soins par un cahier des charges commun à tous, afin de renforcer la maîtrise de la gestion du risque par les assurances maladie complémentaires ;

61. donner accès aux organismes complémentaires aux données de l'assurance maladie ;

62. encourager de nouveaux modes de distribution et ouvrir le marché à plus de concurrence ;

63. réexaminer, à terme, pour la prise en charge de l'optique correctrice, l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire dès lors que cette dernière aurait été généralisée ;

QUATRIÈME PARTIE
LA SOUTENABILITE DE CERTAINS REGIMES DE RETRAITE

RECOMMANDATIONS

Chapitre XV – Les retraites des exploitants agricoles

64. abaisser le chiffre d'affaires au-delà duquel les déclarations doivent être réalisées au réel et remplacer le bénéfice agricole forfaitaire par un bénéfice agricole établi en proportion du chiffre d'affaires ;

65. soumettre les revenus des associés non-exploitants à une contribution sociale spécifique ;

66. majorer l'assiette sociale des exploitants n'adhérant pas à un organisme agréé, comme pour l'impôt sur le revenu ;

67. modifier profondément l'organisation de l'établissement et du contrôle des cotisations personnelles des exploitants agricoles, notamment en développant la coopération et les échanges de données informatiques entre les services fiscaux et les caisses de MSA ;

68. assurer, sans attendre l'amélioration de son ratio démographique, l'équilibre du régime par des financements de solidarité suffisants et pérennes, pour partie en réexaminant les autres formes de concours au secteur agricole ;

Chapitre XVI – Les retraites des professions libérales

69. renforcer le rôle de la CNAVPL et de la tutelle, à travers la mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion ;

70. faire évoluer l'organisation vers une gestion unifiée ;

71. gérer le régime de base comme un régime par points, notamment en supprimant la prise en compte de la durée d'assurance ;

72. mettre à l'étude des mécanismes de solidarité entre régimes complémentaires pour surmonter les déséquilibres à venir ;

73. gager une augmentation éventuelle de la contribution de l'assurance maladie aux régimes de prestations complémentaires vieillesse par une diminution équivalente de prise en charge de cotisations maladie ou famille pour les mêmes professions ;

CINQUIÈME PARTIE
LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE DÉLÉGUÉE A DES TIERS

RECOMMANDATIONS

Chapitre XVII – La gestion par des mutuelles de l'assurance maladie obligatoire des agents publics

74. reconsidérer le maintien de la gestion déléguée à des mutuelles de l'assurance maladie des agents publics ;

à défaut :

75. ouvrir aux fonctionnaires d'État une option entre rattachement à la caisse primaire d'assurance maladie de leur domicile et gestion par la mutuelle dont dépend leur administration ;

76. permettre aux mutuelles de fonctionnaires d'État d'abandonner cette délégation de gestion ;

en tout état de cause :

77. aligner le niveau des remises de gestion sur les coûts de revient des caisses primaires d'assurance maladie pour une activité équivalente et à qualité de service identique, en confiant à une commission indépendante la détermination du niveau du coefficient de réalisation et celui du coût de référence du bénéficiaire actif ;

78. insérer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État des dispositions spécifiques relatives aux objectifs de qualité de service et de coûts de gestion à fixer à ces mutuelles ;

Chapitre XVIII – La sécurité sociale des étudiants

79. reconsidérer le maintien de la gestion déléguée de l'assurance maladie des étudiants ;

80. dans l'immédiat, permettre aux étudiants, à cotisation inchangée, d'opter chaque année jusqu'à 28 ans entre le maintien du rattachement au régime de leurs parents et l'affiliation à la sécurité sociale étudiante ;

en tout état de cause :

81. aligner le niveau des remises de gestion sur les coûts de revient des caisses primaires d'assurance maladie pour une activité équivalente et à qualité de service identique, en confiant à une commission indépendante

la détermination du niveau du coefficient de réalisation et celui du coût de référence du bénéficiaire actif ;

82. insérer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État des dispositions spécifiques relatives aux objectifs de qualité de service et de coûts de gestion à fixer à ces mutuelles, en impliquant le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche à leur élaboration.

Annexe 2

Le suivi des recommandations formulées antérieurement 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 de manière approfondie les évolutions intervenues dans certains secteurs à la suite de ses précédents rapports. Elle est ainsi notamment revenue cette année sur la maîtrise des niches sociales (chapitre V), la situation financière des hôpitaux publics (chapitre VII), les dépenses de biologie médicale (chapitre XIII) ainsi que la gestion par les mutuelles de l'assurance maladie obligatoire des agents publics (chapitre XVII).

Afin d'apprécier le degré de mise en œuvre de ses précédentes recommandations, 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 »[652].

La Cour a ainsi examiné les suites données aux 239 recommandations formulées dans le cadre des trois derniers rapports annuels sur la sécurité sociale, 2010, 2011 et 2012. Cet examen a été effectué à partir d'une analyse de la direction de la sécurité sociale et de la direction générale de l'offre de soins ainsi que des éléments transmis par le Conseil national de l'ordre des médecins et la Haute Autorité de santé. La traduction en indicateurs a été effectuée par la Cour.

La synthèse de ces travaux est présentée sous la forme d'un taux de suite données aux recommandations défini comme la part dans les recommandations formulées au cours de la période, de celles qui ont été suivies d'une réforme effective, entendue comme une réforme soit totale, soit partielle, soit en cours.

Comme le signalait le dernier rapport public annuel de la Cour, la précision des appréciations formulées à partir de cet indicateur, qui constitue l'un des sept indicateurs de performance du programme du

652. 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 et dont la Cour a connaissance, n'est pas transmis dans les formes requises au Parlement.

budget de l'Etat dédié aux juridictions financières[653], est vouée à rester relative car les situations où les suites constatées sont partielles recouvrent des degrés variables de mise en œuvre.

Cette analyse fait apparaître que 65 % des recommandations des trois derniers rapports annuels de la Cour sur la sécurité sociale ont été suivies d'effet, 13 % d'entre elles étant complètement mises en œuvre et 52% encore partiellement. Ce taux de suite est stable par rapport à celui constaté l'an dernier.

Tableau n° 101 : suites données aux recommandations des trois précédents rapports

	RALFSS 2010	RALFSS 2011	RALFSS 2012	TOTAL
a) Nombre de recommandations-orientations	79	88	72	239
b) Nombre de recommandations prises en compte (1)	69	86	68	224
c) Nombre de recommandations suivies (2)	14	11	3	28
d) Nombre de recommandations suivies partiellement ou en cours (3)	31	49	37	117
e) Taux de suite ((2+3)/1)	65%	70%	59%	65%

b) Un certain nombre de recommandations sont écartées de l'analyse d'une année sur l'autre car devenues sans objet ou obsolètes.

Source : Calcul Cour des comptes à partir de données DSS, DGOS, HAS et CNOM

Ces données témoignent des efforts accomplis par le gouvernement et les administrations pour répondre aux recommandations de la Cour dont la mise en œuvre est nécessairement progressive. A titre d'illustration, des recommandations susceptibles de dégager des recettes supplémentaires significatives ont été suivies d'effet, comme

653 . Programme n° 164 « Cour des comptes et autres juridictions financières » relevant de la mission budgétaire « conseil et contrôle de l'Etat » rattachée au Premier ministre. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome II « les suites », chapitre sur le suivi des recommandations, La Documentation française, février 2013, p. 9-13, disponible sur www.ccomptes.fr.

l'augmentation du forfait social[654] (+3,5 Md€ depuis 2011) ou la fiscalisation de la majoration de 10% des pensions des retraités ayant élevé trois enfants ou plus[655], mesure annoncée par le gouvernement le 27 août 2013 dans le cadre de la réforme des retraites (gain estimé à 1,2 Md€ en 2014). De même, des actions ont été engagées pour réformer le régime spécial des industries électriques et gazières sur la recommandation de la Cour (200 M€ d'économies pour le régime général)[656].

Toutefois, sur certains sujets tels par exemple que les aides publiques à l'épargne retraite, la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales dues par les professionnels libéraux ou les dépenses de transports de patients à la charge de l'assurance maladie, les recommandations n'ont pas été à ce stade suivies d'effet alors même que la Cour a relevé un potentiel d'économies important pour la sécurité sociale.[657]

654 Voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2010*, chapitre IV : le suivi des recommandations formulées par la Cour, La Documentation française, septembre 2010, p. 101-108, disponible sur www.ccomptes.fr.

655. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2012*, chapitre XV : les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités, La Documentation française, septembre 2012, p. 435-458, disponible sur www.ccomptes.fr.

656. La fixation du taux des cotisations d'assurance maladie dues par les employeurs des IEG au niveau correspondant aux prestations en nature du régime général et celui des cotisations famille au niveau de droit commun répond à une recommandation de la Cour. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2010*, chapitre X : l'organisation de la protection sociale dans les industries électriques et gazières, La Documentation française, septembre 2010, p. 231-257, disponible sur www.ccomptes.fr.

657. Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* pour les années 2011, chapitre XII les aides publiques à l'épargne retraite, p. 349-371 et 2012 Chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux, p. 289-308 et chapitre XI : les transports de patients à la charge de l'assurance maladie, p.311-338, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNÉS

SOMMAIRE DES RÉPONSES

Ministre de l'économie et des finances	561
Ministre des affaires sociales et de la santé	
Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	
Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	566
Chapitre III – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2012	570
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	570
Chapitre VII – Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics	571
Hospices civils de Lyon	571
Centre hospitalier universitaire de Dijon	572
Centre hospitalier universitaire de Nantes	572
Centre hospitalier universitaire d'Amiens	573
Centre hospitalier de Saint-Affrique	573
Centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise	574
Centre hospitalier de Bastia	575
Chapitre VIII – La chirurgie ambulatoire	576
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	576
Chapitre IX – L'hospitalisation à domicile	576
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	576
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)	577
Chapitre X – La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif	577
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)	577
Groupe hospitalier spécialisé Le Creusot-Montceau	578
Chapitre XII – La permanence des soins	**579**
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	579
Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)	579
Union nationale des pharmacies de France (UNPF)	579
Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)	581
SOS médecins - France	582
Agence régionale de santé des Pays de la Loire	583
Agence régionale de santé de Poitou-Charentes	584

Chapitre XIII – Les dépenses de biologie médicale	586
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	586
Chapitre XIV – La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses	590
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	590
Comité économique des produits de santé (CEPS)	591
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	591
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)	592
Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)	593
Chapitre XV – Les retraites des exploitants agricoles	595
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	595
Mutualité sociale agricole (MSA) du Languedoc	596
Chapitre XVI – Les retraites des professions libérales	597
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	597
Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)	597
Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV)	599
Caisse autonome de retraite des Médecins de France (CARMF)	600
Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)	601
Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO).	602
Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires (CAVOM)	602
Caisse autonome de retraites et de prévoyance des vétérinaires (CARPV)	603
Caisse d'assurance vieillesse des experts comptables et des commissaires aux comptes (CAVEC)	605

Chapitre XVII – La gestion par des mutuelles de l'assurance maladie obligatoire des agents publics	606
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	606
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)	607
Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH)	609
Chapitre XVIII – La sécurité sociale des étudiants	610
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	610
La mutuelle des étudiants (LMDE)	611
Société mutualiste des étudiants de la région parisienne (SMEREP)	612
Le réseau national des mutuelles étudiantes de proximité (EMEVIA)	614

RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALE ET DE LA SANTÉ ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU BUDGET

Les travaux de la Cour sur la sécurité sociale constituent, comme les années précédentes, une contribution très importante aux réflexions qui président à l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014. Ce projet de loi sera marqué, en particulier, par les mesures relatives à la politique familiale annoncées en juin et par la réforme des retraites, ainsi que par un resserrement du taux d'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

En 2012, le Gouvernement a tenu ses objectifs de réduction des déficits sociaux. Le solde 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse est même en amélioration de 0,4 Md€ par rapport à la prévision d'exécution adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 malgré une progression de la masse salariale en 2012 un peu plus faible que prévu (avec un constat de 2,2 %, contre 2,5 % dans la prévision).

Ces bons résultats sont à mettre au compte d'une maîtrise résolue de la dépense. Ainsi, en 2012, les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM ont été inférieures de 0,9 Md€ à l'objectif fixé par la loi de financement initiale, avec un taux de progression de 2,4 % par rapport à l'année 2011. La bonne maîtrise des dépenses d'assurance maladie doit aussi être mise en relation avec les 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, notamment dans le cadre du comité de pilotage de l'ONDAM. Cet effort de maîtrise de la dépense sera poursuivi, en préservant l'objectif d'accès de tous les français à un système de soin de qualité.

Comme le souligne la Cour, la réduction du besoin de financement des régimes sociaux nécessite également la consolidation de ses ressources. Les mesures portées dans la loi de finances rectificative d'août 2012 (relèvement des taux du forfait social et du prélèvement social sur les revenus du capital, pour les deux plus importantes d'entre elles) et par la LFSS pour 2013 ont ainsi contribué de manière importante à 1'effort de redressement des comptes sociaux.

*
* *

S'agissant de l'assurance maladie, les travaux et recommandations de la Cour sur les gisements d'efficience existant au sein du système de soins revêtent un fort intérêt pour le Gouvernement dont l'objectif est de poursuivre dans la voie de la réduction du déficit de l'assurance maladie.

Ainsi, le développement de la chirurgie ambulatoire reste un axe prioritaire qui est notamment soutenu par un programme de gestion du risque fixant des taux cibles d'activité de chirurgie ambulatoire. Ce développement doit être accompagné par d'autres outils organisationnels et tarifaires incitant aux réorganisations nécessaires permettant une meilleure qualité et sécurité de prise en charge. En ce sens, les travaux menés dans le cadre du comité de la réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) doivent notamment contribuer à l'élaboration de tarifs reflétant les coûts les plus efficients.

De même, la biologie médicale est un secteur où les gains de productivité doivent être activement poursuivis. Ainsi, les baisses tarifaires permettent-elles de refléter la dynamique de modernisation du secteur, lequel s'est engagé dans une amélioration de la qualité, via l'accréditation, mais également l'optimisation de ses coûts. La maîtrise des dépenses de biologie médicale doit également se traduire par des actions sur les volumes des actes, en améliorant la pertinence des examens et en évitant des actes redondants et inutiles. C'est le cadre que nous avons fixé à l'UNCAM dans le cadre des discussions en cours avec les syndicats de biologistes.

L'ONDAM 2013 intègre des efforts d'économies cohérents avec ces orientations.

Les développements et préconisations de la Cour sur la permanence des soins, l'hospitalisation à domicile (HAD) et le positionnement des hôpitaux locaux sont précieux pour alimenter la stratégie nationale de santé dont l'ambition est d'aboutir à une réforme de fond de notre système de santé.

S'agissant de la permanence des soins ambulatoires, le Gouvernement ne peut que partager le constat de la Cour : tous les leviers, organisation de la présence médicale sur le terrain, information du public et surveillance du système, doivent être mobilisés pour améliorer l'efficience d'un dispositif, qui a été profondément réformé par les agences régionales de santé (ARS) et dont les dépenses, y compris les dépenses relatives aux transports sanitaires, avaient quasiment triplé en une décennie. Il convient également de mieux articuler les urgences et la permanence des soins ambulatoires.

Nous considérons également que le bon positionnement des offreurs de soins, la pertinence des prises en charge et la détermination de leur juste coût sont un enjeu majeur. Ainsi, si l'hospitalisation à domicile constitue bien une alternative intéressante à l'hospitalisation avec hébergement, son développement ne doit pas se faire au détriment de prises en charge ambulatoires ou à des tarifs excédant les coûts réels. De même, la recomposition territoriale visant à développer des synergies entre activités ou assurer une offre de soins de proximité est une priorité forte qui doit tenir compte des objectifs d'efficience de la dépense.

Ainsi, comme la Cour le souligne, des études médico-économiques sont nécessaires préalablement au lancement de programmes de développement capacitaire. De même, les préconisations de la Cour s'agissant

des compensations financières forfaitaires qui pourraient être allouées pour conforter l'implantation des établissements hospitaliers de proximité isolés, font 1'objet de travaux dans le cadre du CORETAH afin de préciser le modèle économique de ce type d'établissements.

Ces évolutions, pour s'inscrire dans la durée, doivent s'accompagner d'une poursuite de l'effort de retour à l'équilibre financier des hôpitaux. La Cour insiste avec raison sur ce point en préconisant de recentrer l'action des ARS sur les hôpitaux à plus forts enjeux et d'inciter plus fortement à la réalisation d'efforts structurels. C'est dans cet objectif que le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) a été installé dès la fin de l'année 2012 et a fonctionné en 2013. Ce comité a pour objectifs prioritaires la validation des projets d'investissement, la coordination des programmes nationaux d'amélioration de la performance et le retour à l'équilibre financier des établissements les plus en difficulté ainsi que leur suivi.

Enfin, les réflexions de fond sur la tarification hospitalière dans le cadre du CORETAH ont pour objectifs de conforter le financement des établissements de santé en recherchant, outre la qualité et la pertinence, une plus grande lisibilité et stabilité des outils tarifaires pour les établissements.

*
* *

S'agissant des recettes sociales, nous tenons à souligner l'intérêt de l'analyse approfondie de la contribution sociale généralisée (CSG) conduite par la Cour et qui s'inscrit dans la ligne des précédents rapports sur les autres ressources, notamment fiscales, de la sécurité sociale. Ce prélèvement est devenu depuis sa création en 1991 un élément essentiel du financement de la sécurité sociale et, au-delà, de nos finances publiques. Il a permis, dans un contexte marqué par une croissance économique plus faible, de faire participer d'autres revenus que ceux du travail au financement de prestations non contributives. Au-delà de la question du niveau général de ce prélèvement, le gouvernement est sensible aux autres préconisations de la Cour, notamment celles liées à la clarification des schémas d'affectation de la CSG et de ses déclinaisons.

Parallèlement, les efforts de rationalisation, de simplification et de réduction des niches sociales, déjà engagés dans le cadre de la LFSS pour 2013, seront poursuivis conformément aux objectifs fixés par la loi de programmation des finances publiques 2012-2017.

Un effort important de maîtrise des niches a ainsi déjà été réalisé au cours de la période à laquelle se réfère la Cour. Depuis 2008, vingt-cinq dispositifs exonératoires ont été supprimés. La LFSS pour 2013 a en particulier largement contribué à la mise en œuvre des recommandations formulées de manière répétée par la Cour. La rationalisation de certains dispositifs, qu'il s'agisse des prélèvements sociaux des travailleurs

indépendants ou de l'assiette de cotisation des particuliers employeurs, s'est accompagnée de la mise en place de certaines exonérations nouvelles, au profit des indépendants à faibles revenus ou des particuliers employeurs ne bénéficiant d'aucun dispositif d'exonération. Ces nouvelles exonérations ont toutefois été mises en place dans le cadre d'une forte réduction globale des niches sur ces secteurs. Ces mesures ont donc à la fois permis de rétablir une meilleure équité entre l'ensemble des cotisants, de tenir compte d'un objectif de baisse du coût du travail pour les faibles rémunérations et d'apporter de nouvelles ressources nettes à la sécurité sociale. Du point de vue des finances publiques, cet effort de réduction des niches sociales à hauteur de 12 Md€ sur trois ans participe pleinement de l'effort structurel, à un niveau tout à fait substantiel.

Par ailleurs, nous partageons pleinement l'objectif d'évaluation progressive, dans le cadre d'un travail collectif, de l'ensemble des niches sociales, recommandé par la Cour.

*
* *

S'agissant de l'assurance vieillesse, nous partageons en grande partie les constats réalisés par la Cour des comptes concernant les retraites des non salariés agricoles et des professions libérales, qui font l'objet d'une analyse attentive dans le cadre des réformes en cours.

*
* *

S'agissant enfin de la gestion et de l'organisation des organismes de sécurité sociale, la Cour souligne les limites du fonctionnement actuel des délégations de gestion de l'assurance maladie, en termes d'efficience et de qualité de service.

Nous rappelons notre volonté de renforcer l'efficience de la gestion des prestations maladie qui doit concerner l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie. A cette fin, le Gouvernement a initié, dans le cadre de la modernisation de l'action publique, une mission d'évaluation sur les dépenses de gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Ces travaux aboutiront d'ici la fin de l'année à un plan d'ensemble visant à mobiliser les marges d'efficience qui subsistent dans l'organisation et la gestion de l'assurance maladie.

L'évolution des modes d'intervention des mutuelles délégataires - dont la pertinence doit être réexaminée à l'aune, notamment, des préconisations de la Cour - a vocation à être examinée dans ce cadre. Comme le souligne la Cour, les modalités opérationnelles de gestion de l'assurance maladie et notamment les coûts de développement des systèmes d'information représentent un enjeu tout à fait significatif.

La Cour analyse par ailleurs plus spécifiquement la situation des mutuelles étudiantes, et notamment celle de la mutuelle des étudiants (LMDE). L'évolution profonde de l'organisation engagée depuis février 2013, dans le cadre d'un rapprochement avec la mutuelle générale de l'éducation nationale, a d'ores et déjà permis des avancées en matière de qualité de service (traitement des stocks de courriers) et des gains significatifs d'efficience. Le suivi assuré par l'autorité de contrôle prudentiel permet de mesurer les avancées déjà recueillies. Le rapport de la Cour permet toutefois de mesurer l'importance des écarts de performance par rapport au niveau d'efficience atteint dans le régime général et des efforts à mettre en œuvre pour les résorber.

*
* *

Le Gouvernement ne peut donc que souscrire au constat de la Cour lorsque celle-ci considère que le déséquilibre des comptes sociaux est une anomalie qu'il convient de corriger au plus vite. C'est cet objectif que poursuivront les mesures, tant en dépenses qu'en recettes, qui seront présentées prochainement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et de la réforme des retraites.

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT

Par courrier en date du 26 juillet 2013, vous m'avez adressé un extrait du projet de rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013.

Vous trouverez ci-joint, les observations du Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt aux recommandations de la Cour.

Abaisser le chiffre d'affaires au-delà duquel les déclarations doivent être réalisées au réel et remplacer le bénéfice agricole forfaitaire par un bénéfice agricole établi en proportion du chiffre d'affaires.

Abaisser le seuil du forfait qui est actuellement de 76 300 € pourrait être envisagé, mais dans ce cas il y aurait probablement une augmentation du coût de gestion pour la direction générale des finances publiques (DGFiP).

La seconde recommandation conduirait à remplacer le forfait collectif agricole par un régime micro-BA comme il existe déjà pour les BIC et les BNC.

L'instauration d'un micro-BA suppose que le bénéfice imposable soit déterminé par l'administration fiscale, en appliquant au chiffre d'affaires déclaré un abattement forfaitaire. Ce nouveau dispositif présenterait l'avantage de la simplification avec une forte diminution des coûts de gestion pour la DGFiP.

Cependant, un tel dispositif se heurterait à plusieurs difficultés :

- tout d'abord, se poserait la question du taux d'abattement à retenir : faudrait-il un taux spécifique à chaque production ou un taux unique et quel serait son niveau ;
- ensuite, certaines productions (notamment viticoles dans le Sud de la France) qui affichent des forfaits très faibles, verraient sans doute augmenter leurs prélèvements fiscaux et sociaux. A contrario, pour d'autres, pourrait apparaître une diminution du résultat imposable par rapport au forfait actuel (notamment pour les petites exploitations ou pour les exploitations situées au Nord de la France où les forfaits sont d'une manière générale beaucoup plus proches de la réalité économique).

Enfin, il convient de noter que le remplacement du forfait agricole par un micro-BA a déjà fait l'objet de plusieurs études - études restées sans suite compte tenu de la complexité d'une telle réforme.

Soumettre les revenus des associés non exploitants à une contribution sociale spécifique.

En ce qui concerne l'évasion sociale résultant de l'augmentation des exploitations sous forme sociétaire, la Cour préconise la mise en place d'une contribution sociale sur les revenus des associés non exploitants, ce qui permettrait de réduire les diminutions d'assiette.

Dans le régime des non salariés agricoles, il est vrai que l'importance de la perte d'assiette sociale due à des montages sociétaires nécessite de trouver des solutions pour freiner ce phénomène.

Aussi, compte tenu de l'évolution des textes dans le régime des indépendants, une réflexion est actuellement engagée et des propositions pourraient prochainement être faites afin de freiner l'évasion sociale dans le régime agricole induite par les montages sociétaires.

Majorer l'assiette sociale des exploitants n'adhérant pas à un organisme agréé, comme pour l'impôt sur le revenu.

La loi de finances pour 2006 a supprimé l'abattement fiscal de 20 % dont bénéficiait l'ensemble des non salariés (y compris les non salariés agricoles) adhérents des centres de gestion et associations agréées, cet abattement ayant été intégré directement dans le barème de l'impôt sur le revenu.

Afin d'assurer la neutralité fiscale de cette suppression, le revenu professionnel des non salariés n'adhérant pas à un centre de gestion doit faire l'objet d'une majoration de 25 %. Cette majoration de 25 % aboutit ainsi à ce que les non salariés non adhérents à un centre de gestion agréé ne bénéficient pas de l'intégration de l'abattement dans le barème fiscal.

En termes de traitement social, cet abattement fiscal n'était pas retenu dans l'assiette des cotisations sociales des non salariés, y compris donc des non salariés agricoles, Dans ces conditions, à revenu professionnel équivalent, l'assiette des cotisations sociales était identique que le non salarié soit ou non adhérent à un centre de gestion.

Avec la mise en place de la majoration de 25 % pour les non salariés n'adhérant pas à un centre de gestion, des mesures visant à maintenir cette neutralité sociale ont été prises. Il s'agissait en effet de ne pas procéder à un calcul de cotisations sociales sur la base d'un revenu professionnel majoré et donc de ne pas pénaliser les non salariés concernés par ces mesures de correction d'assiette fiscale.

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a ainsi neutralisé la hausse mécanique de l'assiette des cotisations et contributions sociales des non salariés afin que ne soit pas prise en compte la majoration de 25 % du revenu professionnel.

Ainsi, à l'instar de la situation existant avant la majoration de 25 % des revenus professionnels, l'assiette des cotisations sociales est identique que le non salarié soit ou non adhérent à un centre de gestion. Il ne semble pas opportun de remettre en cause cette neutralité de l'assiette sociale.

Modifier profondément l'organisation de l'établissement et du contrôle des cotisations personnelles des exploitants agricoles, notamment en développant la coopération et les échanges de données informatiques entre les services fiscaux et les caisses de mutualité sociale agricole.

Des études sont en cours visant à mettre en place un pré-remplissage des déclarations de revenus professionnels (DRP) par les caisses de MSA par l'intermédiaire d'éléments transmis par les services fiscaux. Ce dispositif permettra d'assurer l'exactitude des assiettes fiscale et sociale et limitera le recours à des contrôles d'assiette.

Toutefois, compte tenu des calendriers de recueil des éléments fiscaux et sociaux, ce dispositif de pré-remplissage ne peut pas être valablement envisagé pour les non salariés agricoles relevant d'un régime réel d'imposition. Pour autant, une réflexion pourra être menée afin d'apprécier les modalités d'échanges entre les MSA et les services fiscaux visant à procéder à des contrôles a posteriori.

Jusqu'en 2001, les personnes redevables de cotisations sociales auprès du régime de protection sociale des non salariés des professions agricoles devaient joindre, à leur déclaration de revenus professionnels, une copie de leur avis d'imposition et, le cas échéant, de leur déclaration de résultats (liasse fiscale).

L'envoi de ces documents par les non salariés agricoles permettait aux caisses de mutualité sociale agricole (MSA) de vérifier la cohérence entre les montants déclarés à l'administration fiscale (ou fixés par elle pour les personnes relevant d'un régime forfaitaire d'imposition) et ceux déclarés à leur caisse de MSA.

A effet du 1er janvier 2001, cette obligation a été supprimée sans pour autant être compensée par la mise en place d'échanges automatiques entre les services fiscaux et les caisses de MSA.

Si les caisses de MSA peuvent avoir communication par les services fiscaux des informations relatives à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions sur la base de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, de tels échanges s'avèrent ponctuels.

Or, à la suite des travaux menés par le régime social des indépendants (RSI) visant une simplification de la déclaration des revenus des travailleurs indépendants non agricoles, des échanges automatiques ont été mis en place entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (pour le compte du RSI) et la DGFiP. Ces échanges, dont les modalités sont prévues dans l'arrêté du 28 septembre 2010, ont pour finalité de contrôler les éléments de revenus

déclarés pour le calcul des cotisations et contributions sociales dont les intéressés sont redevables.

Afin de disposer des éléments fiscaux permettant de contrôler a posteriori les déclarations de revenus professionnels des non salariés agricoles et d'assurer ainsi un meilleur recouvrement des cotisations et contributions sociales dues, un groupe de travail associant la DGFiP, le ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et la CCMSA a été mis en place afin d'examiner la faisabilité de la mise en œuvre d'échanges similaires entre la DGFiP et la CCMSA.

Assurer, sans attendre l'amélioration de son ratio démographique, l'équilibre du régime par des financements de solidarité suffisants et pérennes, pour partie en réexaminant les autres formes de concours au secteur agricole.

L'Etat a consenti ces dernières années d'importants efforts financiers pour résorber les déficits successifs du régime de protection sociale des non-salariés agricoles. 11 Md€ de dettes cumulées ont été pris en charge par l'État depuis 2005 dont près de 5 Md€ au titre des déficits vieillesse.

L'Etat a apporté, par ailleurs, des ressources supplémentaires au régime vieillesse des non-salariés agricoles, en renchérissant en 2012 et 2013 les taxes sur les alcools qui lui sont affectées. Le relèvement de la fiscalité sur les alcools permet d'apporter près de 550 M€ d'impôts et taxes affectés supplémentaires au régime et de réduire son déficit structurel annuel de 40 %, passant de 1,2 Md€ en 2011 à 0,6 Md€ en 2013 selon les dernières prévisions de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Certes, la question du déficit structurel demeure et d'autres mesures de financement sont nécessaires pour résorber le passif de financement qui se reconstitue, et assurer un équilibre financier pérenne.

Des mesures visant à limiter les phénomènes d'optimisation et d'évasion sociale doivent être examinées, mais aussi d'autres pistes de financement.

Sur la préconisation de la Cour de mobiliser une partie des financements des concours publics à l'agriculture, notamment les financements par impôts et taxes affectés (ITAF), au profit du régime de retraite, le ministère de l'agriculture considère que ces ITAF ont une utilité en matière de politique agricole.

Il convient de signaler à cet égard que les deux tiers du produit de ces ITAF sont destinés aux chambres d'agriculture qui jouent un rôle important de représentation des intérêts de l'agriculture auprès des pouvoirs publics et qui contribuent de manière essentielle au développement durable des territoires ruraux et des entreprises agricoles, ainsi qu'à la préservation et à la valorisation des ressources naturelles.

PREMIÈRE PARTIE – LA RÉDUCTION DES DÉFICITS ET LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre III
L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

La Cour souligne, à juste titre, que la sous-exécution des dépenses de soins de ville en 2012 a bénéficié d'un important effet de base. Elle indique également que la sous-exécution augmente d'année en année, et en donne comme seule explication le fait que la base de construction n'a pas été redéfinie.

Or, le premier facteur qui conduit à une sous-exécution augmentant d'année en année, et qui n'est pas mentionné par la Cour, est que depuis trois ans le taux d'évolution des dépenses est, chaque année, inférieur au taux d'évolution ONDAM. C'est d'ailleurs ce qui apparaît dans le tableau récapitulatif et c'est bien, par construction, la raison pour laquelle la sous-exécution augmente.

Le fait que l'ONDAM soins de ville ait été respecté en 2009 et sous-exécuté en 2010, 2011 et 2012, en montant mais aussi en taux d'évolution, constitue un réel succès qui témoigne d'une rigueur accrue dans la gestion des dépenses d'assurance maladie. Après une longue période de dépassements des objectifs, ce résultat premier pourrait être souligné avant de mentionner la question de l'absence de rebasage. Il participe pleinement à la crédibilité de la France à tenir ses engagements à l'égard de nos partenaires européens.

On peut d'ailleurs rappeler que la sous-exécution est particulièrement importante en 2012, car les dépenses constatées intègrent une provision pour rémunérations sur objectifs des professionnels à hauteur de 400 M€.

DEUXIÈME PARTIE – LA MAÎTRISE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Chapitre VII
Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics

RÉPONSE DES HOSPICES CIVILS DE LYON

Les HCL ont engagé, au vu de leur situation financière très dégradée et en concertation avec l'ARS Rhône-Alpes, une démarche de redressement dès 2008/2009. Au même moment démarrait le nouveau projet d'établissement. Les engagements de l'établissement ont été consignés dans le projet d'établissement lui-même, approuvé par l'ARS en juillet 2009. Un PGFP, lui aussi approuvé, était annexé au projet d'établissement. Alors qu'il lui incombait de le faire, la directeur général de l'ARS ayant compétence liée en la matière (décret du 27 juin 2008 et circulaire du 16 juillet 2008), l'ARS Rhône-Alpes n'a pas jugé nécessaire de formaliser ces engagements sous la forme d'un CREF.

Toutefois, malgré cette absence de contractualisation, je tiens à souligner que les HCL ont tenu leurs engagements de redressement sur la période du projet d'établissement. Vous reconnaîtrez qu'au vu des résultats spectaculaires obtenus en 5 ans, notre établissement ne s'est en aucun cas abrité derrière l'absence de CREF pour ne pas agir. Je rappelle que le résultat comptable du budget principal est passé de -94 M€ à -22 M€ entre 2008 et 2012, que la CAF est passée de 9 M€ à 72 M€ et que la marge brute est passée de 2,5 % à 6,2 % des produits, et même de -1,5 % à 4,4 % retraitée des aides financières versées par l'ARS, soit une progression d'environ 6 points

En outre, je note que la signature d'un CREF contraint également fortement l'ARS, qui prend par ce biais des engagements pluriannuels en matière d'aides financières. Au contraire, l'absence de CREF lui permet de baisser fortement ces aides, ce que l'ARS Rhône Alpes a en effet pratiqué avec les Hospices civils de Lyon puisque les crédits AC ont décru de 34,5 M€, passant de 56,5 M€ en 2008 à 22 M€ en 2012. La non-conclusion d'un CREF ne saurait donc être imputée exclusivement aux établissements de santé de la région et encore moins aux Hospices civils de Lyon.

(…)

Par ailleurs, j'ajoute qu'un CREF est actuellement en cours de discussion à la demande du ministère. II sera finalisé dans les prochaines semaines (…).

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON

Les aides apportées par la tutelle n'ont pas d'effet sur l'importance de la dette du CHU. L'aide apportée dans le cadre fixé par le plan « Hôpital 2007 » consiste dans une compensation annuelle d'une partie des emprunts réalisés par l'établissement pour couvrir ses investissements. C'est donc une aide en exploitation qui au contraire des aides ou des subventions en investissement n'a aucun effet sur la réduction de la dette de l'établissement (…).

Quant à la différence entre le montant autorisé pour cette opération et le montant réel, il provient d'abord de l'évolution forte du coût de la construction en 2005/2007 puis de l'évolution du contenu du programme dont une stérilisation public/privé demandée par l'ARH.

Cette hausse des coûts a engendré automatiquement la progression de la dette.

Le choix de l'amortissement progressif a été adopté en concertation avec l'ARH, étant le seul moyen de rendre compatible l'aide accordée avec les montants avérés des opérations d'investissement. Le CHU étudie en ce moment le retour à un amortissement linéaire et a fait des propositions en ce sens à l'ARS fin juin 2013.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

En préalable il convient de rappeler que le CHU a connu en 2007 une situation financière difficile qui l'a amené à réduire drastiquement ses provisions ; depuis lors il a pu, grâce aux efforts accomplis de redressement de son activité et de maitrise de ses dépenses, procéder à une reconstitution progressive de ses provisions, gage d'un assainissement financier significatif.

Par ailleurs l'établissement s'est engagé dans une démarche de longue haleine de fiabilisation des comptes, dans la perspective de la certification des comptes des établissements de santé, se traduisant par une meilleure approche des principes de provisionnement. Ainsi en 2011 la constitution de provisions a fait l'objet d'ajustements importants, sur les recommandations de la direction régionale des finances publiques et de la chambre régionale des Comptes, ce qui a permis de commencer la réduction du report à nouveau déficitaire tout en reprenant les provisions jugées non justifiées.

Toutefois il ne peut être soutenu que la constitution irrégulière de provisions a occulté un excédent.

(…).

La méthode consistant à évaluer des résultats comptables retraités par diminution de provisions jugées non justifiées ou pertinentes, aurait dû tenir également compte, inversement, des provisions insuffisamment constituées. Le niveau global des provisions n'étant pas en cause, il est donc inexact de soutenir que le CHU a minoré artificiellement un résultat positif.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'AMIENS

La situation financière du CHUA est effectivement fragile compte tenu d'un déficit structurel d'exploitation et d'un niveau d'endettement important. Un autodiagnostic réalisé au sein de l'établissement (…) a cependant permis, sur la base de l'analyse des causes du déficit cumulé, de mettre en place un plan d'actions validé par le comité des risques financiers et destiné notamment à conforter le CHU dans son rôle de recours territorial et surtout régional et à atteindre l'équilibre financier sur la période 2012-2016.

(…) Le regroupement de l'ensemble des activités du CHUA sur un site unique est un élément très structurant de cette stratégie de repositionnement stratégique de l'établissement au sein de la région sanitaire. Ce projet constitue donc une opportunité pour le CHUA dans la confortation de son rôle de recours et de référence mais il est conditionné par un impératif retour à l'équilibre du cycle d'exploitation.

Le plan de retour à l'équilibre reposant pour l'essentiel sur une gestion maîtrisé des dépenses, a permis au CHUA, dès l'année 2012, de limiter la progression de ses charges d'exploitation.

(…)

Le CHUA a également réduit de façon drastique le montant de son plan d'investissement courant sur 5 ans afin, là encore, de limiter le recours à l'endettement, compte tenu du niveau important de la dette générée par l'opération de restructuration de ses activités.

(…)

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-AFFRIQUE

Le bassin de santé du Saint-Affricain se situe dans une région de moyenne montagne, isolée des grands axes de communication, avec une faible densité de population (19 habitants au km²). Il est au centre d'un vaste territoire ayant un diamètre de 150 à 200 km soit 3 heures en temps de transport et est situé aux confins de 3 départements et de 2 régions

Il est identifié comme étant le CH de proximité de 25 000 habitants et son activité MCO a été jugé indispensable dans le SROSS 3 car desservant une population isolée significative (notion d'exception géographique).

Son activité chirurgicale, par nature limitée (actes pour lesquels l'hospitalisation ne peut pas excéder 48 heures et chirurgie ambulatoire) s'appuie sur 2 axes :

Coopération avec le CHU de Montpellier pour la chirurgie viscérale de 48 heures (…).

Ouverture du plateau technique chirurgical à des praticiens libéraux au travers d'un Groupement de Coopération Sanitaire dédié à cette activité, notamment dans les spécialités de : urologie, ophtalmologie, ORL, stomatologie. (…)

Les caractéristiques de l'activité chirurgicale du CH de Saint-Affrique, tant en termes d'aménagement du territoire que d'attractivité, (…) est fondamentale pour le bassin de santé de l'établissement dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES PORTES DE L'OISE

Je tiens à porter à votre connaissance qu'un changement de direction a eu lieu au sein du CHI des Portes de l'Oise.

En effet, j'ai pris la direction de cet établissement en mars 2010.

Des discussions avec l'ARS ont été entamées dès mon arrivée pour mettre en place un nouveau plan de retour à l'équilibre d'urgence (…)..

Dès l'automne 2010, un suivi plus étroit et régulier a donc été institué par l'ARSIF avec la mise en place d'un « comité de suivi» instituant des réunions de suivi financier tous les 2 mois à compter de fin 2010 directement avec le siège de l'ARS IF. (…)

Le « 2 e CREF » n'a pas été formalisé en tant que tel par un nouvel avenant à l'annexe 4-4 du CPOM mais par un courrier du directeur général de l'ARS donnant son accord au CHI pour mettre en place des propositions d'économies de charges. (…)

Le plan de redressement (officieusement CREF) s'est donc basé sur :

Des actions restructurantes au sein du CHI (restructuration de services, une réduction drastiques des charges notamment des postes de dépenses, le plus important : la masse salariale. (…)- 7 457 818 € sur 3 exercices budgétaires, soit une diminution des dépenses de personnels de 13,66 %.

La mise en place d'une stratégie de coopération en lien avec l'hôpital pivot (CH de Pontoise) : (…)

- Un travail de fonds sur le déficit structurel et la fiabilisation des comptes (optimisation du bilan, remise à niveau des provisions

réglementées, purge de la Réserve de trésorerie en cours)

Force est de constater qu'avec peut-être moins de formalisme (2e CREF non signé) et plus de pragmatisme et de réunions avec l'ARS IF, les efforts ont portés leurs fruits, même si je regrette qu'aucun avenant financier n'ait été signé au CPOM 2007/2012 du CHI pour officialiser ce redressement financier.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA

La situation financière du centre hospitalier de Bastia reste fragile mais s'améliore régulièrement depuis quelques années ; en 2012, le déficit du compte de résultat principal s'établit à 1 025 K€, soit 0,86 % des produits. Le déficit structurel avoisine les 5 M€.

En raison d'une situation de trésorerie tendue (absence de ressources externes d'investissement et difficultés à souscrire un emprunt), l'établissement a bénéficié d'un soutien de 4 M€ de l'Etat en 2012.

Sous l'égide de l'ARS, un projet de modernisation et de développement a été déposé dans le cadre de la procédure COPERMO ; il sera soumis le 16 juillet 2013, à la commission éponyme qui jugera de son éligibilité.

Ce document définit les objectifs de retour à l'équilibre en 2016 à la faveur d'un plan d'efficience (réduction des charges de personnel et gains de productivité sur les autres titres) et d'une optimisation des recettes induite par des nouvelles activités répondant à un besoin de la population (SSR, Dialyse, UCA, UNV, UHCD).

Il s'accompagne d'un plan de modernisation et de développement de la structure autour d'un programme de 68 M€ en 6 ans, comprenant plusieurs opérations structurantes (…).

La mise aux normes de l'établissement en matière de sécurité incendie et électrique et de préparation et distribution des produits pharmaceutiques font partie également de ce programme en adéquation avec les axes du projet régional de santé de la région Corse.

Le centre hospitalier sollicite une aide de 29,5 M€ pour le financement de ce projet qui, à plus d'un titre, revêt une importance capitale pour le territoire de santé.

Chapitre VIII
La chirurgie ambulatoire

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Concernant la chirurgie ambulatoire, la CNAMTS rejoint le constat de la Cour : cette pratique a pris un véritable essor ces dernières années - l'assurance maladie y a d'ailleurs largement contribué avec la mise en œuvre depuis 2008 du programme de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements - mais des marges de manœuvre subsistent encore pour rejoindre les taux observés dans d'autres pays ; c'est notamment le cas de la chirurgie de la cataracte.

Comme la Cour, la CNAMTS estime que la logique tarifaire devant prévaloir consiste en l'alignement des tarifs d'hospitalisation complète sur les coûts observés en chirurgie ambulatoire les plus performants dès lors que les recommandations HAS favorisent une prise en charge ambulatoire.

La CNAMTS partage également les recommandations de la Cour sur la définition de seuils d'activité minimale en chirurgie complète et ambulatoire afin de garantir aux patients un niveau de sécurité adéquate sur la fixation d'objectifs d'économie associés au développement de la chirurgie ambulatoire ou sur la révision des capacités des établissements en chirurgie conventionnelle.

En conséquence, ces propositions ont été incluses dans le rapport susmentionné et seront transmises en application de l'article L-111-11 du code de la sécurité sociale, au Gouvernement et au Parlement pour la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Chapitre IX
L'hospitalisation à domicile

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Concernant l'hospitalisation à domicile, la CNAMTS rejoint l'analyse de la Cour sur l'intérêt de développer de façon efficiente ce mode de prise en charge et de mieux l'intégrer dans le parcours des patients.

Elle partage la recommandation de la Cour sur la nécessité de disposer de référentiels qui permettraient de préciser la place de l'HAD au sein du système de soins en alternative à l'hospitalisation complète. A cet effet, la CNAMTS estime indispensable de procéder à des évaluations médico économiques comparatives par rapport aux autres modes de prise en charge.

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE (FEHAP)

(…)

Dans le même esprit et au regard de la référence à l'avenant n°8, le rapport pourrait faire état d'une difficulté récurrente des trois fédérations hospitalières sur ce sujet, puisque la CNAMTS et les syndicats de professionnels libéraux négocient et concluent des dispositions qui ont un impact immédiat sur les établissements et services, sans que ces derniers ne soient associés au processus d'examen de l'opportunité des mesures conventionnelles projetées, d'évaluation coût/bénéfice comme d'étude d'impact budgétaire ou organisationnel des mesures. La FEHAP, la FHF et la FHP ont demandé ensemble et à plusieurs reprises à être associées en amont du processus conventionnel, sans pour autant être parties prenantes des négociations, et à émettre un avis avant l'agrément ministériel.

Concernant l'absence de référentiel sur le recours à I'HAD, la FEHAP partage entièrement ce constat et a écrit l'an dernier à la Haute Autorité de santé pour que cette dynamique soit engagée. Sur un autre registre, car les bonnes indications médicales pour des interventions de SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) s'avèrent très différentes de celles de l'HAD (et sont donc très complémentaires), la FEHAP a également proposé cette dynamique de référentiel à l'HAS, conjointement avec I'ANESM. Il en va de même pour l'identification des indications opportunes et inopportunes de recours à des prestataires à domicile. (…)

La FEHAP tient beaucoup à ce que la notion de taille critique, soit inscrite dans la vision d'ensemble des activités complémentaires et des excellentes synergies qui peuvent résulter de l'association par un même organisme gestionnaire de l'HAD à des activités de SSIAD, par exemple, ou encore de soins de suite et de réadaptation. La FEHAP estime important que la notion de « taille critique » ne soit pas envisagée de manière cloisonnée, mais inscrite dans la vision d'ensemble des dimensions tant économiques que qualitatives, pour les parcours de soins et d'accompagnement. (…)

Chapitre X
La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE (FEHAP)

(…) La FEHAP estime que la présentation de la situation des 11 établissements de santé privés non lucratifs (sur 700 établissements et services sanitaires), relevant de l'échelle publique des tarifs et collaborant avec des médecins libéraux disposant d'un droit à dépassement, mériterait

d'être contextualisée : la comparaison avec l'activité libérale des praticiens hospitaliers (PH) dans les EPS apporterait une nuance nécessaire.. Il serait utile de souligner que les honoraires des praticiens libéraux sont toujours pris en compte par les services administratifs de ces 11 établissements de santé, puisque ces derniers acquittent les honoraires pour la part en secteur 1.

Ces honoraires et les dépassements sont donc contrôlables et maîtrisés, encadrés déjà par une logique de « zéro reste à charge après intervention des organismes complémentaires », à la différence de l'activité libérale de nombre de PH dans des EPS, lesquels encaissent souvent directement leurs honoraires et dépassements. (…) Plus globalement, la FEHAP souhaite que l'évolution de ces situations historiques puissent s'inscrire dans un échelonnement raisonnable, et non s'inscrire dans la date butoir du 11 août 2013 potentiellement très déstabilisante, et aussi très injuste au regard de l'indulgence relative dont bénéficie l'activité libérale dans les EPS.

RÉPONSE DU GROUPE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ LE CREUSOT-MONTCEAU

La fondation Hôtel-Dieu a bénéficié d'un plan de continuation d'activité validé par le TGI de DIJON le 26 juin 2012 caractérisé par :

- un PSE de 75,2 ETP a mis en œuvre à compter du 17 septembre 2012 ;
- au 31.12.2012, l'opération a été conduite, sans mouvement social important ;
- au 31.12.2012, une des 4 unités de chirurgie a été fermée et l'activité ambulatoire lancée.

Ce plan de continuation des activités s'accompagne d'autres opérations de refonte des organisations sur 2013.

La fusion des deux structures n'ayant pas été retenue, l'autonomie de stratégie doit être retrouvée pour chacun des partenaires dans le cadre d'un projet médical de territoire aménagé en ce sens.

TROISIÈME PARTIE – L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS

Chapitre XII
La permanence des soins

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

L'assurance maladie partage la recommandation de la Cour sur la nécessité de poursuivre la restructuration des secteurs de garde. Elle estime également que les maisons médicales de garde ont un rôle à jouer dans ce domaine et que l'articulation avec les urgences hospitalières est nécessaire.

Concernant le financement de la PDSA, la CNAMTS estime que la répartition des enveloppes régionales devrait évoluer en fonction de l'évaluation des besoins et elle s'interroge notamment sur le relèvement des forfaits d'astreintes dans certaines régions pouvant parfois atteindre 300 euros. Dans ce contexte, l'assurance maladie n'est pas favorable à une régionalisation des majorations régulées des actes médicaux. Ceci pourrait déboucher sur des écarts entre territoires ou un relèvement excessif de leurs valeurs dans certaines régions à l'instar de ce qui a été constaté pour les forfaits d'astreinte.

RÉPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (CNOM)

Le Conseil national de l'ordre des médecins partage un certain nombre de constats faits par la Cour des Comptes qui rejoignent nos analyses.

Il regrette que le rôle des conseils départementaux ait été de façon générale minimisé, en décalage avec les réalités du terrain, ou encore qu'il ait été mal compris comme dans le cas du conseil départemental de l'Yonne.

Il insiste sur la distinction à opérer entre permanence des soins et aide médicale urgente et souhaite que les pouvoirs publics précisent clairement au plan national ce que tout usager du système de santé, en tout point du territoire, est en droit d'attendre de l'organisation de la permanence des soins

RÉPONSE DE L'UNION NATIONALE DES PHARMACIES DE FRANCE (UNPF)

Sur les montants des astreintes des pharmaciens, il convient de rappeler que bien que les forfaits d'astreintes des pharmaciens ont été revalorisés lors de la signature de la dernière convention nationale, les

montants de ces forfaits sont toujours inférieurs à ceux des ambulanciers et des médecins.

Sur l'élargissement des compétences des ARS : la volonté de vouloir «aligner» l'organisation des gardes pharmaceutiques sur celle des gardes des transporteurs sanitaires est illusoire. En effet, un transport sanitaire sera nécessaire commandé par un prescripteur tel qu'il soit (urgentiste, SAMU...) et ce même lors des jours de garde.

Or les pharmaciens de garde, accessibles la plupart du temps sur prescription médicale, se doivent cependant d'assurer une veille sanitaire. A ce titre, le service au patient, sans passage par le médecin, doit être assuré.

Ainsi, il n'est pas souhaitable que l'organisation des gardes pharmaceutiques soit assurée par les agences régionales de santé.

Il faut noter de plus que cette gestion des gardes a toujours été prise en charge par les organisations syndicales et que cela fonctionne très bien.

Enfin, il est important de souligner que tous les pharmaciens, sans exception, sont tenus de participer aux gardes pharmaceutiques. Aucun pharmacien ne peut s'y soustraire, ce qui participe à la réussite de cette organisation.

Sur le coût du système de garde, l'UNPF tient à rappeler que le montant des astreintes pharmaceutiques, bien que négocié directement entre les syndicats représentatifs de la profession et l'assurance maladie, a été validé par le ministre de la santé au moment de la publication au journal officiel de la convention nationale. L'organisation de la garde pharmaceutique se fait dans un strict respect des conditions légales. Le coût de ce service ne peut donc être imputé à la profession.

En conclusion, l’UNPF estime que l'organisation des gardes pharmaceutiques par les agences régionales de santé n'est pas une option à envisager.

Sur le coût des gardes, la réduction de l'indemnisation forfaitaire entrain ait de fait une diminution du nombre de pharmaciens participant aux services de garde, voire une suppression du service de garde lui-même. Les pouvoirs publics pourraient envisager une réduction encore plus drue du nombre de secteurs de gardes. Ils devraient alois faire face au mécontentement des patients face à une inaccessibilité croissance des soins, et ce notamment en campagne.

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE (FSPF)

(…)

Sur ce point, nous relevons que dans le cadre de l'enquête effectuée par la Cour des comptes sur la permanence des soins, le caractère satisfaisant de l'organisation de la permanence pharmaceutique (…).

Par ailleurs, nous appelons votre attention sur le fait que, dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) est chargé (…) de « veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional (…) ». Dans un certain nombre de départements, ce comité, qui comprend plusieurs représentants des pharmaciens d'officine, ne se réunit que de façon irrégulière, voire insuffisante au regard des missions qui sont les siennes. Même si le CODAMUPS n'est pas en charge de l'organisation de la permanence pharmaceutique, la participation de représentants des pharmaciens d'officine à cette instance est de nature à favoriser la concertation entre les diverses parties prenantes, ARS notamment, aux fins de coordination des dispositifs de permanence des soins ambulatoires et de garde pharmaceutique.

Sur le fond, la proposition tendant à élargir les compétences de l'ARS à l'organisation de la permanence pharmaceutique afin de l'articuler avec la permanence des soins ambulatoires conduit *de facto* à ce que la garde pharmaceutique soit tributaire d'une permanence des soins ambulatoires dont il convient de constater qu'elle suscite régulièrement, et récemment, encore de vives inquiétudes.

En février dernier, le Conseil national de l'ordre des médecins a en effet rendu publiques les conclusions d'une enquête circonstanciée relative à l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale[658] montrant que la situation « s'est globalement dégradée », compte tenu notamment d'une pénurie de médecins volontaires et d'un déclin du volontariat.

(…)

Ce constat opéré, il nous sera permis de douter, dans l'intérêt des patients, de l'opportunité d'établir une « correspondance entre les territoires de garde des différents secteurs » et une « coordination entre les lieux de

658. Enquête du Conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013, consultable sur le site internet du Conseil national de l'ordre des médecins par le lien suivant : http://www.conseil-national.medecin.fr/article/etat-des-lieux-de-la-permanence-des-soins-en-janvier-2013-1301

mise en œuvre des moyens d'intervention ». Compte tenu du report sur les services d'urgences hospitaliers d'une partie des demandes gérées dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, avec pour corollaire un éloignement géographique plus important pour les patients du point de prise en charge, les évolutions observées en matière de permanence des soins ambulatoires ne conduisent, à notre sens, ni à une amélioration du service rendu aux populations, ni à une réduction du coût de son financement par la collectivité.

(…) Nous ne pouvons que réfuter l'affirmation selon laquelle « l'étanchéité des circuits de financement des trois systèmes nuit enfin à la définition par l'ARS d'une stratégie globale et cohérente sur son territoire de compétence ». Ce n'est pas en donnant compétence à l'ARS pour fixer le niveau des astreintes, voire des honoraires de garde et d'urgence versés aux pharmaciens d'officine, alors que le législateur a fait le choix, dans l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, de confier cette prérogative à l'assurance maladie et aux organisations syndicales représentatives de la profession, que l'efficience du système global de permanence des soins ambulatoires sera améliorée.

En effet, le transfert du financement de la permanence pharmaceutique aux ARS est présenté comme l'un des moyens d'améliorer la garde pharmaceutique, avec pour objectif, son alignement sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires. Certes, la permanence pharmaceutique a un coût mais ce coût est le gage de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients en situation d'urgence. Force est de constater que la Cour des comptes n'a pas mis en évidence de dysfonctionnements ou de retards dans l'accès aux médicaments, pendant les périodes de garde et d'urgence.

Dans ces conditions, nous contestons l'opportunité des propositions formulées dans le projet d'insertion soumis à observations. Nous estimons en effet que l'organisation de la garde pharmaceutique (…) n'a pas à être alignée sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires dont les insuffisances font l'objet de sévères critiques.

L'approche proposée nous paraît relever d'une inversion de logique ayant pour conséquence indirecte, et sans doute involontaire, de conforter le transfert vers le secteur hospitalier de situations qui pourraient être prises en charge en secteur ambulatoire, à moindre coût, sous réserve toutefois d'une amélioration du dispositif de permanence de soins ambulatoires, au plus près des patients.

RÉPONSE DE SOS MÉDECINS – FRANCE

SOS Médecins a mis en place un dispositif de régulation médicale protocolisée qui optimise le couple régulation/effection. Un, ou plusieurs médecins, occupent en permanence la fonction de régulateurs dédiés responsables de toutes les décisions de régulation suite aux appels

téléphoniques parvenant aux centres d'appels médicaux. Ils sont soit postés régulant exclusivement, soit toujours accessibles et toujours en mesure de répondre sur le plan médical aux appels reçus en un colloque singulier avec le patient.

Ce dispositif fonctionne dans de très bonnes conditions d'efficience médicale et d'allocation de moyens.

Les conventions d'interconnexion qui ont été toutes été renouvelées et intégrées aux cahiers des charges de PDS établis par les ARS prennent en compte ce mode de régulation médicale. Ainsi, même si la loi de 2009 n'a pas été suivie d'une traduction réglementaire de la notion de régulation médicale des appels, le fait que le dispositif de régulation mis en œuvre par SOS Médecins fasse partie intégrante des conventions établies par les ARS en application de cette loi, lui confère une consistance règlementaire incontestable.

Quant à l'évaluation des coûts de la PDS et de l'effet de l'existence d'associations de permanences de soins sur ces coûts, SOS Médecins France tient à rappeler que conclusions de la Cour sont à la fois partielles, eu égard à l'exiguïté de l'échantillon de villes observées et incomplètes dans la mesure où tous les facteurs n'ont pas été pris en compte.

SOS Médecins loin d'augmenter ces coûts contribue à les réduire, ses interventions étant beaucoup moins coûteuses pour la plupart des pathologies, en raison notamment de l'atténuation des hospitalisations ou des transports médicalisés pour les patients traités par ses médecins. Il faut rappeler, par ailleurs, que la régulation médicale de SOS Médecins n'est pas rémunérée.

Enfin, SOS Médecins tient à souligner qu'il met à la disposition des pouvoirs publics et des acteurs concernés un modèle d'évaluation de l'optimum médico économique de la PDS, le modèle NRM, grâce auquel chaque région pourrait optimiser les modes d'intervention existant en améliorant l'allocation des ressources budgétaires. Le modèle NRM, qui a été présenté à la Cour, est le seul aujourd'hui capable de soutenir une action en ce sens.

RÉPONSE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DES PAYS DE LA LOIRE

(…) [La Cour des comptes] note que les forfaits « effection » lorsqu'il y a mise en place de médecins mobiles comme dans le département de la Loire Atlantique sont beaucoup plus onéreux qu'une formule plus classique en nuit profonde ; un montant de 828 € est mentionné. Je vous précise que le coût d'intervention de ces médecins est composé de 450 € d'astreinte sur 12 heures (triplement d'astreinte autorisé par les textes) et d'une moyenne de 3 à 4 actes par nuit. II ne s'agit donc pas d'un forfait de 828 €, même si j'ai

souhaité soutenir le lancement de ce dispositif en garantissant de façon transitoire ce niveau de rémunération aux professionnels.

En moins d'un an l'amélioration du service rendu par ce dispositif me semble notable. L'intervention de ces médecins a permis de réduire spécifiquement les hospitalisations de personnes âgées et d'apporter une réponse structurée à la problématique des actes médico-légaux. A cet égard je souligne votre intérêt quant à la mise en place de l'expérimentation dans la région des Pays de la Loire qui a eu des effets positifs sur la mobilisation des médecins libéraux et au changement de comportement induits par ces expérimentations.

RÉPONSE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE POITOU-CHARENTES

(…) Il me paraît important de préciser que les secteurs de PDSA des 2 régions comparées [Basse-Normandie et Poitou-Charentes] n'offrent pas le même service médical rendu en termes d'amplitude horaire couverte par semaine. En Poitou-Charentes, la plupart des secteurs (plus de 80 %) couvrent toute la semaine de 20h à 24 h, alors qu'en Basse-Normandie, près de la moitié des secteurs ne font pas de PDSA les soirs de semaine. Or, c'est en combinant le nombre de secteurs couverts par la PDSA avec le service médical rendu en termes de permanence assurée qu'il pourrait être intéressant d'apprécier l'efficience du dispositif.

Enfin, si l'on comparait les superficies de la Basse-Normandie et du Poitou-Charentes, l'analogie de l'approche conduirait à 46 secteurs de permanences des soins ambulatoires (PDSA) en Poitou-Charentes, contre 28 en Basse-Normandie, soit 4 secteurs de moins, en cible, que les 51 actuels, ce qui sera prochainement notre situation, compte tenu de l'évolution en cours.

De manière plus générale, s'il est vrai que le nombre de secteurs conditionne le nombre d'effecteurs (un effecteur par secteur, en général) et par là même le nombre de forfaits d'astreinte versés (50 € pour 4 heures), il pourrait être utile, pour compléter l'analyse, de noter que les astreintes d'effection pèsent pour 40 % dans le coût total de la PDSA hors actes. C'est, en effet, la régulation, pivot du dispositif, qui représente la part majoritaire des dépenses. Rémunérée 70 € de l'heure dans notre région, soit le tarif minimum observable sur le territoire national, elle couvre des plages horaires bien plus étendues que l'effection libérale.

Cette régulation libérale depuis le centre 15, forfaitisée et découplée du paiement à l'acte, est un moyen efficient pour garantir la pertinence des effections. La conséquence est une véritable maîtrise médicalisée des actes en PDSA. Les régulateurs ont, en effet, toute une palette d'actions à leur disposition, parmi lesquelles l'effection tend à diminuer en fréquence, au profit du conseil médical et de la télé prescription, ce qui est très précisément la situation en Poitou-Charentes.

Et nous avons calculé que la diminution à venir de notre nombre de secteurs n'a pas un impact financier décisif comparable au coût des dispositifs moins régulés puisque chaque secteur supprimé pèse pour moins de 1% dans le coût de la PDSA hors actes.

C'est pourquoi la permanence des soins ambulatoire est appréhendée, en région Poitou-Charentes, en tenant compte de l'ensemble des dispositifs existants tels la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), les urgences ou SOS médecins, dispositifs dont les activités ne sont pas régulées de manière exclusive par le 15. Ainsi, c'est en examinant les coûts globaux (PDSA et PDSES) per capita que l'évaluation du dispositif s'effectue dans notre dispositif de suivi.

Pour autant, la sectorisation reste un enjeu important, notamment en termes d'attractivité du dispositif de PDSA et d'adhésion des médecins libéraux. En effet, dans les secteurs de petite taille, un trop faible nombre de médecins volontaires et une population couverte peu nombreuse peuvent conduire à une activité quasi-inexistante en PDSA et à des conditions d'exercice qui sont désincitatives pour les professionnels de santé candidats à l'installation.

À ce stade, la région Poitou-Charentes a réalisé des efforts importants pour optimiser le dispositif de PDS. Ainsi, pour la PDSA, la région est passée, avec 51 secteurs, sous l'objectif cible de 56 secteurs qui avait été fixée en 2008 par la Ministre de la santé[659]. Plus encourageant encore, l'optimisation du dispositif de PDSA, par la réduction du nombre de secteurs, se poursuit grâce aux réflexions et actions menées par l'Agence régionale de santé (ARS) et ses partenaires, notamment dans le cadre du comité régional de suivi de la PDSA qui se réunit tous les trimestres.

Toutefois, il importe de souligner que l'exercice de la resectorisation a ses limites. Agrandir le périmètre géographique d'intervention des médecins effecteurs conduit à aménager, au sein du secteur élargi, une maison médicale de garde (MMG) en son point le plus central. À titre d'illustration, la région Poitou-Charentes compte actuellement 12 MMG, bientôt 15. Dans un objectif d'accès de tous à des soins de qualité, l'agrandissement des secteurs ne doit pas engendrer des déplacements trop longs qui réduiraient, de facto, l'accessibilité géographique des patients aux soins proposés dans le cadre de la PDSA.

Pour conclure, je tiens à rappeler que le dispositif de permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé est financièrement totalement maîtrisé en Poitou-Charentes, grâce à la concertation engagée et à la qualité de la relation entre l'ARS et les acteurs concernés. Ainsi, la région Poitou-Charentes a pu rester strictement dans l'enveloppe financière

659. Lettre ministérielle du 8 février 2008 relative à la mise en œuvre de l'avenant n° 27 à la convention médicale du 12 janvier 2005.

préétablie, avec un dispositif partagé avec les médecins et adopté à l'unanimité par les instances de démocratie sanitaire lors des consultations obligatoires.

Chapitre XIII
Les dépenses de biologie médicale

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

A titre liminaire et aux fins d'éclairer les observations de la Cour sur les dépenses de biologie médicale, il me semble nécessaire de rappeler que les dépenses du régime général d'assurance maladie au titre des analyses de biologie ont progressé de 20 % entre 2004 et 2012, soit une croissance de 4,6 % en euros constants sur une période de huit ans. Par comparaison, la croissance des dépenses entre 2000 et 2004 s'est élevée à 37 %, soit une progression de 27 % en euros constants. Je regrette que cette division par dix du rythme de la croissance des dépenses de biologie en euros constants ne ressorte pas des analyses de la Cour (6,2 % par an entre 2000 et 2004 ; 0,6 % par an entre 2004 et 2012).

La CNAMTS souhaite par ailleurs apporter les éléments complémentaires ci-dessous.

Sur la nécessité de repenser la politique de réduction des dépenses

Eu égard, d'une part, à l'importance croissante de la biologie médicale dans le diagnostic et le suivi des pathologies, et, d'autre part, au contexte économique de plus en plus contraint, la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de biologie médicale est indéniable, tant pour assurer la soutenabilité de ces dépenses pour l'assurance maladie que pour garantir l'accès de tous les patients à une biologie médicale de qualité.

Pour poursuivre cet objectif, la CNAMTS partage le constat de la nécessité d'agir non seulement sur la tarification des actes mais aussi sur leur volume. C'est la raison pour laquelle elle a proposé aux représentants de la profession de s'engager dans un accord prix/volumes portant sur une période de trois ans et limitant la progression de la dépense à 0,5 %, évolution nettement inférieure à l'inflation.

1) La tarification des actes

Ainsi qu'il a été souligné précédemment, la politique de baisse de cotation des actes a permis de réaliser des économies substantielles depuis 2007, comprises entre 100 et 150 M€ chaque année conformément aux objectifs de l'ONDAM. La biologie médicale figure ainsi parmi les professions qui ont le plus fortement contribué aux efforts de réduction des dépenses.

La mise en œuvre de ces économies s'est accompagnée d'un reprofilage tarifaire, la tarification passant d'un modèle de rémunération de chaque analyse à un modèle mixte de rémunération, d'une part, de la collecte (phase pré-analytique indépendante du nombre d'analyses réalisées sur le prélèvement) et, d'autre part, des analyses. Ce reprofilage tarifaire, qui permet une meilleure adéquation des tarifs à la structure des coûts, a pour objectif de rapprocher les structures tarifaires de la France de celles des autres pays européens et de diminuer l'impact structurel lié à la multiplication des analyses pour un prélèvement donné.

Cette évolution de la rémunération apparaît cohérente avec l'évolution des coûts de fonctionnement des laboratoires, les coûts liés à la phase analytique diminuant alors que les coûts liés aux activités d'accueil du patient et de prélèvements, non déléguées à des machines, évoluant en fonction des charges de personnels correspondantes. A cet égard, la concentration juridique des laboratoires favorise la mise en commun des plates-formes techniques et l'industrialisation des analyses.

Toutefois, la CNAMTS partage le constat de la Cour sur la nécessité de mieux documenter les évolutions du secteur, afin d'avoir une meilleure visibilité sur les économies d'échelles encore réalisables et sur l'évolution de la rémunération de l'activité de biologie médicale.

C'est pourquoi, la CNAMTS s'est fixé l'objectif de réaliser en 2013 une analyse économique et financière des laboratoires de biologie médicale, à l'instar de ce qui a été fait pour d'autres prestations de santé, et les biologistes ont été sollicités pour y participer.

Par ailleurs, le projet de facturation directe à l'hôpital (FIDES) en cours de développement permettra de connaître le détail des actes de biologie réalisés en consultations externes dans les établissements.

Une baisse unilatérale significative de la valeur de la lettre-clé B, telle que proposée par la Cour, pourrait certes assurer un rendement d'économies immédiat non négligeable. Mais il convient d'en peser les conséquences sur les relations avec la profession qui, comme le souligne la Cour, sont déjà particulièrement tendues, ainsi que sur les personnels employés par les laboratoires.

De plus, sur la faisabilité d'une baisse de la lettre-clé, si la fixation des cotations relève du directeur de l'UNCAM, en revanche les tarifs sont fixés par la voie conventionnelle. Dans l'état actuel de la législation (article L. 162-14-1-2), une baisse de tarif relève de la rédaction d'un avenant à la convention qui doit être signé d'une part par l'UNCAM, et d'autre part par au moins un syndicat de biologistes.

2) La maîtrise du volume des actes

Elle serait rendue plus aisée par la conclusion d'un accord prix/volume. La CNAMTS souhaite développer des actions de maîtrise des

volumes des actes de biologie médicale en 2013 et 2014. Quatre actions d'accompagnement sont actuellement prévues.

Une action sur la juste prescription des « actes d'irnrnunohématologie » (groupes sanguins) est cours de finalisation. Un référentiel proposé par la CNAMTS est d'ores et déjà validé par la HAS et fera l'objet d'une communication prochaine auprès des professionnels de santé et des établissements de santé. Une action relative à l'exploration biologique de la thyroïde est par ailleurs en cours d'élaboration[660].

Enfin, deux autres actions devraient être développées dans les mois à venir sur la prescription raisonnée des examens explorant le métabolisme du fer et l'utilité clinique du dosage de la vitamine D.

Ce dernier thème - pour lequel la HAS a rédigé des recommandations en cours de validation par le Collège - représente un potentiel d'économies très important puisque le dosage de la vitamine D est toujours en 2012 le 5ème acte en montant remboursable (soit 104 M€ pour le régime général France métropolitaine hors sections locales mutualistes) et celui contribuant le plus à la croissance des dépenses. La CNAMTS a en outre mis en évidence dans son rapport « *Améliorer la qualité du système de soins et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2014* » une fréquence plus élevée du codage des co-morbidités dans le cadre de la T2A, faisant passer les séjours hospitaliers dans des niveaux de sévérité supérieurs. C'est notamment le cas pour la carence en vitamine D. Cet impact de la T2A sur le codage des séjours peut ainsi peser sur les volumes hospitaliers des actes de biologie.

Comme la Cour l'évoque, le volume des actes de biologie est concerné par la mise en place de la ROSP. Les indicateurs de rémunération sur objectifs de santé publique relatifs à la biologie médicale ont consisté dans leur première vague, à des incitations à la prescription (hémoglobine glyquée Hb1c) dans le cadre de la prévention des complications du diabète, un enjeu majeur de santé publique. Mais dans le futur, la mise en place d'indicateurs de juste prescription des actes de biologie médicale apparaît tout à fait adaptée à certains thèmes comme celui de l'exploration biologique de la thyroïde. Ces indicateurs pourront concerner les prescripteurs, mais également les biologistes.

Sur la nécessité de renouveler le cadre des relations conventionnelles avec la profession des biologistes médicaux

Les baisses tarifaires récurrentes de ces dernières années ont indéniablement contribué à tendre les relations avec la profession. En témoignent les boycotts successifs de la commission de hiérarchisation des

660. Un référentiel relatif à la prescription du dosage de la thyréostimuline et des hormones thyroïdiennes sera également transmis par la CNAMTS à la HAS, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

actes de biologie médicale (CHAB) par l'ensemble des syndicats de biologistes libéraux. Cette situation bloque de fait les évolutions nécessaires du secteur, telles que - par exemple - la révision de la nomenclature des actes (cf. *infra).*

Dans ce contexte, la dénonciation de la convention dans l'objectif affiché d'aboutir à une baisse du tarif de la lettre-clé B ne correspond pas à une volonté d'aboutir à des accords équilibrés entre les parties, mais au souhait d'imposer unilatéralement des baisses de tarifaires. Il paraît contraire aux recommandations du rapport visant à favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Sur la révision de la nomenclature des actes de biologie médicale et le fonctionnement de la commission de hiérarchisation des actes de biologie médicale (CHAB)

La Cour souligne à juste titre qu'une révision importante de la nomenclature des actes de biologie médicale est nécessaire et que son actualisation est un processus actuellement beaucoup trop lent. Cette révision est à mettre en œuvre pour permettre à la fois l'inscription d'actes innovants [661] et la radiation d'actes obsolètes. Plusieurs freins existent actuellement pour une actualisation plus rapide : les délais d'évaluation des actes par la Haute Autorité de santé [662] et le fonctionnement de la commission de hiérarchisation des actes de biologie médicale (CHAB).

La fixation de nouvelles règles de quorum permettant à la CHAR de se réunir, même en l'absence de quorum, à l'issue d'une deuxième convocation comme le propose la Cour implique de modifier le règlement intérieur de la commission, lui-même voté et approuvé en commission.

En conclusion, il semble souhaitable de réinstaurer un dialogue constructif avec la profession tout en garantissant de façon pluriannuelle le respect de l'objectif de dépenses d'assurance-maladie déterminé par le Parlement. Il s'agit de substituer à la logique de décision tarifaire unilatérale un accord liant l'évolution des volumes à la maîtrise tarifaire, dans le respect d'un objectif quantifié de dépenses. Ce faisant, une dynamique vertueuse pourrait être engagée, dans laquelle la maîtrise - par la profession et les prescripteurs - des volumes d'actes réalisés conforterait une évolution raisonnée des dépenses de l'assurance maladie.

---

661. Le chiffre de 300 nouveaux actes annoncé par le ministère correspond cependant à une prévision « maximale » car le référentiel des actes hors nomenclature comprend de nombreux actes dont le service médical attendu n'est pas démontré.

662. L'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale prévoit un délai de réponse de six mois prolongé éventuellement par une seconde période de six mois. En pratique les demandes doivent s'intégrer dans les programmes annuels de travail de la HAS et le délai de réponse est supérieur à un an.

La conclusion de cet accord, toujours en concertation, permettrait de garantir un montant d'économie au moins équivalent à celui des années 2007-2012 et, par conséquent, une évolution maîtrisée des dépenses de biologie pour les années à venir, compatible avec la construction d'ONDAM contraints. A défaut d'accord, la CNAMTS se verrait toutefois dans l'obligation de réviser ses objectifs conventionnels, dans le cadre de l'échéance à venir de la convention en cours.

Chapitre XIV
La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

La CNAMTS partage l'essentiel des constats de la Cour. En outre, elle s'associe en particulier à la nécessité d'agir sur l'ensemble des leviers disponibles afin d'améliorer l'offre en matière de dispositifs médicaux au bénéfice des assurés. Dans ce cadre, la CNAMTS souscrit aux trois propositions de la Cour :

- rendre les contrats responsables plus exigeants et plus sélectifs, notamment en fixant des plafonds aux dépenses prises en charge aussi bien dans le secteur de l'optique correctrice que celui des audioprothèses ;
- encadrer plus strictement les réseaux de soins par un cahier des charges commun à tous, afin de renforcer la maîtrise de la gestion du risque par les assurances maladie complémentaires ;
- encourager de nouveaux modes de distribution pour ouvrir le marché à une concurrence plus efficiente.

Au-delà de ces propositions, la CNAMTS estime qu'il convient d'agir plus largement sur les pratiques du secteur, via :

- l'amélioration de l'information du consommateur sur la décomposition des coûts (ex : traitements appliqués au verre) ;
- le développement d'une offre adaptée aux besoins de la population, en particulier de la partie précaire.

Les dispositions législatives intervenues depuis 2008 permettent aux assureurs complémentaires, représentés par l'UNOCAM, de participer pleinement à cette régulation contractualisée avec les professionnels.

A l'appui de cette position, la CNAMTS étudie d'ores et déjà sur un label qualité concernant l'accès des bénéficiaires de la CMU-C aux équipements d'optique afin de mettre en place un dispositif généralisable sur

tout le territoire national, approuvé par l'ensemble des acteurs et qui faciliterait l'accès aux soins des populations en situation de précarité.

La mise en place de telles mesures nécessite la préservation du cadre d'intervention de l'assurance maladie. Par les engagements conventionnels qu'elle négocie avec les professionnels de santé, y compris en l'occurrence avec les opticiens, l'assurance maladie joue en effet un rôle de régulation reconnu par le législateur (art. L. 165-6 du code de la sécurité sociale). Ce rôle passe notamment par :

- la détermination de critères de bonnes pratiques ;
- la définition d'un environnement sécurisant lors de l'accueil du patient ;
- la valorisation de l'information des patients ;
- la modération des pratiques de prix.

RÉPONSE DU COMITÉ ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ (CEPS)

S'agissant des propositions de révision des descriptions génériques relatives à l'optique et aux audioprothèses, il est exact que le travail sur ces projets n'a pas encore abouti. Les ressources très limitées du comité économique des produits de santé impliquent en effet d'établir des priorités.

Ainsi les priorités (rappelée dans la lettre d'orientations du 2 avril 2013 adressée au président du comité) ont toujours été données :

- aux inscriptions des produits en nom de marque ou nom commercial, pour lesquelles les textes imposent une instruction dans un délai de 180 jours ;
- aux révisions de descriptions génériques permettant la réalisation d'économies substantielles pour l'assurance maladie ;
- enfin, aux réexamens des tarifs qui peuvent faire l'objet d'une baisse.

La révision des descriptions génériques de l'optique et des audioprothèses ne répond à aucune de ces priorités.

Néanmoins, le comité, qui a accumulé du retard dans le traitement des avis de révision de descriptions génériques de la CEPP ou de la CNEDIMTS, espère désormais pouvoir le réduire de manière très significative avant fin 2014.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA)

La CNSA, dans le cadre des travaux de son observatoire du marché des aides techniques, avait contribué aux travaux préparatoires à la sortie de l'arrêté entre les professionnels, les administrations et les associations.

Une étude a été entreprise par l'INC en 2010 et 2011 en partenariat avec la CNSA, à partir d'un examen des devis fournis par des audioprothésistes à leurs clients dans le cadre d'enquêtes mystères. Cette étude a montré de grosses lacunes dans le respect de la réglementation et donc dans l'information délivrée aux consommateurs. L'INC concluait que la faiblesse des sanctions n'encourageait pas les audioprothésistes à se conformer à leurs obligations.

Les résultats de l'étude ont donné lieu à un article du magazine 60 millions de consommateurs en juin 2011.

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)

Je vous en remercie et constate que l'approche du marché est conforme à l'analyse qu'en fait la Mutualité française. L'expérience que possède la Mutualité française en termes d'offre d'équipements optique par son réseau Les opticiens mutualistes nous permet d'apporter à la Cour des éléments complémentaires.

De même pour le constat sur la répartition actuelle de la prise en charge, l'analyse de la Cour est conforme à celle qu'en fait la Mutualité française.

La Mutualité française partage la conclusion de la Cour concernant la « nécessité de nouveaux modes de régulation ». Les propositions faites vont dans le sens de propositions de la FNMF : transparence et encadrement des pratiques notamment à travers une gestion du risque par l'assurance maladie complémentaire (AMC). (…)

La Cour propose dans son projet des recommandations qui appellent de notre part plusieurs observations.

Rendre les contrats responsables plus exigeants et sélectifs est une recommandation partagée par la Mutualité française. Dans cet objectif, elle a élaboré des orientations pour mettre en place des mesures sur l'optique qui privilégient le respect d'un plafond de prise en charge et le respect d'un minima dans les cas où le contrat prévoit des suppléments en optique (l'orientation ne vise donc pas à imposer ce poste de prise en charge pour ne pas alourdir systématiquement le coût du contrat responsable).

(…)

La recommandation d'ouvrir l'accès aux données pour les OCAM sur les domaines étudiés est particulièrement opportune. La Mutualité française soutient l'exigence de visibilité sur les pratiques tarifaires à travers le SNIIR-AM, condition de l'efficacité de la gestion du risque. Il conviendrait notamment que le datamart sur la LPP en cours de construction soit ouvert à tous les financeurs. II en va de même pour le DCIR (datamart comprenant

des données exhaustives anonymisées, présentant un appariement avec les données hospitalières PMSI).

Encourager de nouveaux modes de distribution (internet ou grande surface) est une proposition intéressante qui mérite cependant d'être modulée : (…)

Concernant la vente de verres correcteurs en grande surface, elle est envisageable en optique sous réserve de la présence d'un nombre d'opticiens suffisant pour garantir cette même prestation. (…)

Enfin, l'hypothèse de la fin de la prise en charge de l'optique par l'assurance maladie obligatoire compte tenu de son niveau devenu très faible, supposerait à tout le moins une anticipation et une pesée de toutes les conséquences emportées.

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIETÉS D'ASSURANCE (FFSA)

Ce chapitre du rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale effectue une analyse fine de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de l'optique et des audioprothèses.

La FFSA estime cependant que cette analyse concernant l'intervention des organismes complémentaires et les propositions formulées, est effectuée en utilisant une grille de lecture très « système public » qui mériterait pour le moins d'être discutée.

La FFSA souhaite formuler les observations suivantes :

Les garanties contractuelles

(…)

Au-delà du socle de base offrant à tous les Français une couverture sociale basée sur un principe de solidarité, il faudrait selon la Cour un second étage construit sur des bases semblables. On pourrait ajouter : « à condition d'éviter les déficits ». C'est important à la lumière de ce que l'on constate depuis 1989 pour l'assurance maladie obligatoire et des évolutions qui restent à conduire en matière d'assurance vieillesse de base et complémentaire.

Le postulat de la Cour est qu'il faut, en particulier dans le domaine de l'optique et des audioprothèses, que tous les Français aient une couverture complémentaire minimale et que l'on n'autorise pas certains, sauf à les pénaliser fiscalement, à avoir la couverture élevée qu'ils souhaitent, quand bien même les cotisations qu'ils payent alimentent, via une taxe au taux de 6,27 %, le fonds CMU qui contribue à la couverture complémentaire des plus démunis.

Dans ce contexte, la Cour souligne que l'on pourrait envisager « la fin de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de l'optique correctrice au bénéfice d'autres priorités de santé publique et notamment les audioprothèses ».

Si l'assurance maladie obligatoire n'était pas déficitaire la Cour ferait-elle le même raisonnement ? Ne faudrait-il pas plutôt se préoccuper de définir le champ de ce qui relève de la solidarité nationale et de ce qui relève de la responsabilité individuelle, les plus démunis devant bénéficier de dispositifs du type CMUC et ACS ?

C'est, du point de vue de la FFSA, la seule approche possible, un système assurantiel n'ayant pas vocation à jouer, en matière de solidarité, le même rôle qu'un système public.

En d'autres termes, il faut éviter de tendre vers la confusion de la base et de la complémentaire et accroître la couverture de base (en particulier en matière d'optique) si on estime que c'est nécessaire et que la solidarité nationale doit jouer.

Faute de le décider, il convient d'avoir une approche avant tout basée sur une plus grande efficacité des organismes complémentaires dont les contrats sont déjà très encadrés (garanties viagères immédiates pour les contrats individuels, pas de tarification tenant compte de la consommation individuelle de soins ou de produits, pas de sélection médicale, respect d'obligations et d'interdictions de prise en charge).

En d'autres termes, ce qui est important ce n'est pas le niveau de la couverture, qui peut générer des effets pervers, comme la Cour d'ailleurs le souligne, les professionnels alignant le prix de leurs prestations sur celle-ci, mais la capacité de l'organisme complémentaire à améliorer le rapport qualité/prix de ses garanties, en limitant le reste à charge de l'assuré.

Plutôt que de freiner les organismes complémentaires dans la mise en place de réseaux de soins ou dans l'accès à certaines données indispensables pour pouvoir proposer une offre d'assurance plus poche des besoins et réguler la dépense, les pouvoirs publics feraient bien de favoriser ces démarches. La Cour d'ailleurs abonde dans ce sens.

(…)

L'accès aux données

Il faut noter que ces obligations et interdictions ont pour objectif essentiel d'inciter l'assuré à respecter le parcours de soins en passant par le médecin-traitant et non pas à fixer un niveau de couverture).

Pour la FFSA la question n'est pas tant celle de l'accès aux données anonymisées de l'assurance maladie que celle de l'accès aux données détaillées des soins dispensés aux assurés dans certains domaines, dont celui de l'optique avec le niveau de correction des verres, par la voie du

consentement exprès de l'assuré ou celle de l'anonymisation, avec l'utilisation d'un tiers de confiance.

L'accès aux données du SNIIRAM, dans le respect du cadre défini au sein de l'Institut des Données de Santé (IDS), est cependant indispensable.

QUATRIÈME PARTIE – LA SOUTENABILITÉ DE CERTAINES RÉFORMES DE RETRAITE

Chapitre XV
Les retraites des exploitants agricoles

RÉPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ AGRICOLE (CCMSA)

(…)

La MSA, la DGFiP et le ministère de l'agriculture ont engagé un chantier relatif à la dématérialisation des échanges concernant le parcellaire et les bénéfices agricoles forfaitaires (BAF) qui permettra de procéder au pré remplissage des déclarations de revenus professionnels des cotisants concernés et in fine de diminuer le coût de gestion lié à ce forfait.

Tout en maintenant le principe d'une procédure déclarative effectuée par les non-salariés agricoles relevant du forfait, la MSA a engagé en lien avec la direction générale des finances publiques (DGFiP) et le ministère de l'agriculture (MAAF) un chantier sur la mise en place d'échanges dématérialisés liés au parcellaire et aux (BAF) entre les caisses de MSA et les Directions départementales des finances publiques (DDFIP).

Ces transmissions dématérialisées ont pour finalité de permettre le pré remplissage des déclarations de revenus professionnels pour y renseigner le montant des BAF. Ce projet s'est appuyé sur une expérimentation menée dans le département des Charentes.

Suite au bilan globalement satisfaisant de cette expérimentation, le MAAF, la DGFiP et la MSA ont acté ensemble le principe d'une généralisation à l'ensemble du territoire des échanges dématérialisés (parcellaire et BAF) qui entrerait en vigueur en 2014.

(…)

Chaque année, la CCMSA établit un bilan du contrôle externe sur la base d'éléments produits par chaque MSA. Ce bilan fait apparaître les résultats des contrôles de toute nature et notamment des contrôles d'assiette.

Sont ainsi produits pour chacune des caisses de MSA : le nombre de contrôles, le nombre de redressements en distinguant selon les différents profils d'assiette : employeurs, entreprises individuelles, revenus professionnels des non-salariés.

Concernant les instructions données aux caisses de MSA, une lettre CCMSA avait, en 2007, diffusé au réseau des instructions relatives aux priorités en matière de contrôle externe applicables sur l'ensemble de la période de la COG 2006-2010. Les instructions ainsi diffusées visaient à répondre aux orientations prioritaires portées par les pouvoirs publics (lutte contre l'évasion sociale, la fraude et le travail illégal). Elles visaient également à répondre aux priorités d'équité dans l'accès aux droits et d'homogénéité d'action sur l'ensemble du territoire.

Pour la COG 2011-2015, en complément du pilotage des engagements pris, la CCMSA a revu son organisation en créant une direction de l'audit et de la maîtrise des risques pour notamment renforcer la synergie entre contrôle externe, lutte contre la fraude et le travail illégal. Dans ce cadre, un bilan est réalisé en 2013 en vue d'enrichir et préciser les instructions données aux caisses afin de mieux servir la politique institutionnelle de contrôle.

(…)

RÉPONSE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA) DU LANGUEDOC

(…)

La MSA du Languedoc tient toutefois à préciser que son plan de contrôle vise l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles y compris pour ceux imposés fiscalement au forfait. Elle s'attache outre les critères définis au niveau national, à quantifier et définir des ciblages perfectibles (gérants de société de prestation de service sans comptabilité ou gérant de société ...).

En 2014, La MSA du Languedoc s'attachera à mesurer les effets de la coordination qu'elle a mis en place avec les DGFiP de l'Hérault et du Gard pour disposer des situations fiscales ayant fait l'objet d'un redressement, des situations ayant des bénéfices agricoles forfaitaires et déclarant des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et bénéfices non commerciaux (BNC), ces derniers non connus de notre organisme, ou des situations fiscales ayant enregistré un recalcul du forfait.

Chapitre XVI
Les retraites des professions libérales

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

La Cour constate dans ce rapport que l'organisation des retraites des professions de santé libérales a su prendre des mesures pour trouver le financement nécessaire et estime que le pilotage commun des régimes de prestations complémentaires vieillesse a été renforcé depuis 2006. La CNAMTS partage cette analyse et rappelle que cette coordination entre le ministère de la santé et l'assurance maladie a été assurée pour l'ensemble des réformes engagées depuis 2007 et a permis d'adapter très substantiellement les rendements historiquement élevés des régimes ASV.

Pour autant le rapport juge que la pérennité des régimes n'est pas assurée et que la prise en charge des cotisations sociales n'est pas soutenable pour l'assurance maladie.

(…)

Il convient de rappeler que la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé conventionnés est la contrepartie de leur engagement à respecter les tarifs opposables, gage d'une garantie de l'accès aux soins de tous les assurés sociaux. Ainsi dans le cadre du contrat d'accès aux soins la prise en charge des cotisations n'intervient que sur la part d'activité réalisée à tarif strictement opposable.

A cet égard, la proposition de la Cour consistant à gager une augmentation éventuelle de la contribution de l'assurance maladie aux régimes de prestations complémentaires vieillesse par une diminution équivalente de prise en charge de cotisations maladie ou famille pour les mêmes professions remettrait en cause les équilibres conventionnels négociés avec les professionnels de santé lors de la convention médicale et de ses avenants.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PROFESSIONS LIBÉRALES (CNAVPL)

L'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales qui regroupe les régimes d'assurance vieillesse des libéraux a su s'adapter par le passé aux contraintes économiques et sociales. C'est avec un certain courage que la plupart de ses régimes ont su ne pas s'aligner sur la retraite à 60 ans au début des années 80 et s'engager, à la même période, dans une politique volontariste de baisse des rendements et de constitution de réserves pour lisser les divers chocs démographiques.

(…)

La gouvernance de l'organisation a su se montrer efficace, aujourd'hui la situation de ses régimes paraît particulièrement clémente par rapport aux autres régimes.

(…)

Le rapport de la Cour laisse à penser que ce mode de gouvernance est à réformer pour faire face aux défis de l'avenir. Le modèle de gestion autonome défendu par le conseil d'administration de la CNAVPL est un modèle qui met en responsabilité les équipes de gestion de chaque section professionnelle. L'objectif de la CNAVPL est de renforcer les échanges avec les sections ainsi qu'avec l'Etat.

(…)

Pour le régime de base, les efforts de financement pour passer le cap des vingt prochaines années restent mesurés, puisqu'ils ne devraient pas dépasser 200 M€. Ils sont en partie indépendants du pilotage prudent du régime car ils résultent notamment de l'augmentation des charges de solidarité avec les autres régimes qui prennent aujourd'hui une importance accrue. Le conseil d'administration de la CNAVPL s'est positionné pour une réforme qui relève le plafond de la première tranche de cotisation de 85 % du PASS à 100 % du PASS, comme le préconise la Cour.

La Cour note que le régime de base des professions libérales ne peut être piloté comme un véritable régime de retraite en points en raison des mesures d'alignement prises en 2003 (notamment, l'introduction dans le calcul de la pension d'une durée d'assurance qui comprend de nombreux éléments de solidarité).

Dans l'état actuel des choses, les seuls leviers qui peuvent être actionnés sont le nombre maximum de points attribués sur chacune des deux tranches de revenus (effet à long terme sur la situation financière du régime) et les taux de cotisation (effet immédiat et durable sur la situation financière du régime en raison d'un mode d'acquisition des droits spécifiques). Ainsi, pour couvrir un besoin de financement à court terme, le seul levier disponible est la hausse des cotisations. Des réflexions sont menées pour élargir le pilotage du régime dans le respect des choix de l'organisation tout en améliorant l'articulation entre le régime de base et les régimes complémentaires. Pour l'avenir, la question de la prise en compte de la durée d'assurance devra être étudiée afin notamment d'améliorer l'articulation entre le régime de base et les régimes.

Cette articulation doit également être étudiée au regard des taux de remplacement. La proposition de la Cour visant à augmenter fortement les taux de cotisation du régime de base au motif que les taux de remplacement sont trop faibles ne semble pas fondée. En effet, les sections pour lesquelles le taux de remplacement est faible sont celles dans lesquelles beaucoup de

professionnels sont poly-actifs et acquièrent donc des droits à retraite dans d'autres régimes. Un relèvement important des droits dans le régime de base concernerait l'ensemble des groupes professionnels, y compris ceux pour lesquels le taux de remplacement est satisfaisant, et mettrait en péril l'articulation solide qui existe entre le régime de base et les régimes complémentaires, particulièrement à la CARMF.

Les régimes complémentaires devront pour certains d'entre eux ajuster leurs paramètres pour équilibrer durablement leur régime, à l'horizon 2040 pour ceux qui arrivent aujourd'hui à maturité, et s'assurer qu'ils ne s'inscrivent pas dans une création d'engagements difficilement gérables au-delà de 2040 pour les régimes plus « jeunes ». Le pilotage à long terme des régimes est efficace à l'échelle de chaque groupe professionnel qui a su s'adapter à ses propres contraintes. Cette démarche, la seule crédible et envisageable a été faite sur la base d'une solidarité professionnelle au sein de leur propre régime de retraite, aucun n'envisage de « saborder » ce modèle au profit d'un modèle de mutualisation qui constituerait alors une spoliation des professions les plus prévoyantes au bénéfice de celles qui n'auraient pas effectué les ajustements techniques nécessaires.

RÉPONSE DE LA CAISSE INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE ET D'ASSURANCE VIEILLESSE (CIPAV)

Comme le note la Cour, le régime bénéficie encore d'un taux de rendement élevé. Il faut noter que celui-ci diminue de façon substantielle chaque année depuis le milieu des années 90. Le passage à un taux de rendement à 7,9 % en 2013 a permis d'augmenter la durée de viabilité du régime. Avec un taux de rendement net des placements financiers de 2 % par an, la période des déficits techniques commencerait à l'horizon 2028 et l'extinction des réserves pourrait intervenir à l'horizon 2051. Un rendement cible de 7 % en 2020 reculerait cette échéance à 2056.

Les engagements de la caisse au 31 décembre 2011 étaient de 8,6 Md€ (calcul en groupe fermé, avec un taux d'actualisation de 2 %). Les réserves constituées à la même date, environ 2 Md€, représentaient 23 % des engagements du régime. La question du pilotage du régime porte aujourd'hui sur la capacité du régime à faire face à ses engagements au-delà de 2040.

(…)

Elle ne conçoit pas, comme le préconise la Cour, une mutualisation des réserves avec les autres régimes complémentaires de libéraux, encore moins avec l'ensemble des régimes complémentaires, ce qui n'est pas proposé par la Cour, mais qui serait plus juste sur le plan plus théorique. Les réserves accumulées sur la période 2020-2040 permettront d'assurer des conditions de départ à la retraite sur la période 2040-2060 dans des conditions pas très éloignées de celles que connaitront les libéraux de la CIPAV dans les 20 prochaines années. Elles doivent aussi permettre de faire

face aux modifications règlementaires qui viendront modifier l'économie de nos professions, et donc de notre régime, dans les prochaines années.

Sur ce point, la CIPAV a su par le passé s'adapter à l'arrivée de nouvelles professions, parfois contre son gré, comme ce fut le cas des moniteurs de ski, et a su intégrer de nouvelles caisses comme la CARGE (géomètres experts) et la CREA (enseignement artistique). Elle est aujourd'hui prête à discuter les conditions d'une intégration de caisses en difficulté démographique, dès lors que les conditions de neutralité actuarielles sont respectées.

RÉPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MÉDECINS DE FRANCE (CARMF)

Les régimes de retraite complémentaires des professions libérales ont été depuis l'origine établis sur une base professionnelle et gérés par des professionnels.

Ces derniers ont jusqu'à présent la preuve de leur responsabilité avec des excédents techniques importants et des réserves conséquentes. Les régimes complémentaires des professions libérables sont parmi les rares régimes de retraite français qui sont aujourd'hui en excédent technique.

Les paramètres de chaque régime sont fixés pour atteindre l'équilibre à long terme, nonobstant des mesures d'ajustement. Pour la CARMF, avec une évolution modérée de trois paramètres (taux de cotisation, valeur du point de retraite, âge de la retraite), les réserves restent constamment positives jusqu'en 2040 et au-delà.

L'introduction d'une « solidarité » entre sections remettrait en cause le principe de responsabilité qui a prévalu jusqu'à présent. Ceux qui ont fait davantage d'efforts que d'autres seraient pénalisés et plus aucun régime ne serait incité à poursuivre ses efforts.

Par ailleurs, le plafonnement de la participation financière de l'assurance maladie au financement des prestations complémentaires de vieillesse ne ferait que renforcer les difficultés de ces régimes, en nécessitant des hausses supplémentaires de cotisations pour les médecins du secteur 1, alors que la Cour préconise de rechercher « d'autres leviers » que les hausses de cotisation pour équilibrer les régimes. Ces « autres leviers » ne pourraient porter que sur une baisse supplémentaire des prestations déjà fortement réduites par les décrets actuels.

Le pilotage des PCV « comme des régimes de retraite » souhaité par la Cour suppose au contraire que soient bien distinguées, d'une part la fixation des paramètres des régimes en vue de leur équilibre, qui relève en dernier ressort de l'Etat, et d'autre part la participation des caisses maladie au financement, qui relève des négociations conventionnelles.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PHARMACIENS (CAVP)

Avant d'entrer dans le détail des remarques de la CAVP nous souhaitons faire état d'appréciations générales sur ce projet de rapport.

Nous ne contestons pas les problèmes de financement que pourraient rencontrer, à terme, et sous réserve des ajustements paramétriques qui pourraient être entrepris par les sections professionnelles concernées, certains régimes de l'OAAVPL. Il nous semble néanmoins important de relativiser le diagnostic de la Cour sur les perspectives financières de ces régimes en n'oubliant pas de rappeler que les principaux régimes de retraite Français sont confrontés à des difficultés tellement plus importantes.

De plus, il conviendrait de rappeler que les régimes des libéraux (à l'exception des régimes PCV pour lesquelles il ne s'agit que de compensation par l'Etat d'efforts demandés aux professions concernées) ne bénéficient d'aucune autre ressource que le produit des cotisations de leurs propres affiliés et qu'ils contribuent massivement au financement de la compensation démographique nationale, phénomène aggravé depuis la création du régime de l'auto entrepreneur qui a généré une forte progression du nombre de « cotisants » inscrits à la CIPAV et participant à la compensation.

De la même manière, les caisses de retraite des professions libérales n'ont jamais transféré de passif à l'Etat ou à une quelconque structure publique destinée à l'amortissement de la dette sociale.

Le jugement porté par la Cour sur la stratégie de constitution de réserves par la diminution progressive du rendement est négatif alors que cette politique a permis d'améliorer considérablement les perspectives financières des différents régimes complémentaires. Les choix opérés par les sections professionnelles ont été courageux et ne peuvent en aucun cas être considérés comme une solution de facilité qu'il serait aisé de mettre en œuvre. C'est au demeurant parce que ces régimes sont adaptés aux spécificités de chaque métier et qu'ils sont gérés par des institutions dotées d'une véritable légitimité professionnelle que ces ajustements parfois terriblement exigeants (multiplication par 4 de cotisations, division par deux de retraites liquidées) ont pu être appliqués sans provoquer de contestation majeure de la part de leurs affiliés. Notre pays a connu des manifestations de rue pour des mesures incontestablement moins pénalisantes…

Enfin, si la perspective de mutualiser les ressources des différents régimes peut sembler séduisante au regard des problèmes démographiques posés à certaines professions, il ne faudrait pas sous-estimer la légitime réaction de rejet que susciterait chez l'immense majorité des 800 000 libéraux, la mise en place de mécanismes par lesquelles certaines professions viendraient directement en aide à d'autres caisses jugées moins prévoyantes.

RÉPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE DES INFIRMIERS, MASSEURS-KINÉSITHERAPEUTES, PÉDICURES-PODOLOGUES, ORTHOPHONISTES ET ORTHOPTISTES (CARPIMKO).

Les perspectives financières de notre régime, seront un déficit technique de 100 M€ par an, dès 2040 et croissant jusqu'en 2050 avant stabilisation, à réglementation constante. Cependant, les réserves accumulées par le régime devraient lui permettre d'assurer le paiement des prestations bien au-delà de 2060.

Concernant l'ASV, nous tenons à rappeler que celui-ci a été créé il y a cinquante ans pour inciter les professionnels de santé à se conventionner et à respecter les tarifs fixés par l'État. En contrepartie de cet engagement, l'assurance maladie intervient partiellement dans le financement de cet avantage, la participation versée pour les auxiliaires médicaux étant très modeste au regard de celle dont bénéficient les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Pour les auxiliaires médicaux, dont les tarifs n'ont pas été revalorisés depuis plusieurs années, l'ASV représente un revenu différé destiné à compenser les contraintes qui leur sont imposées dans le cadre de leur exercice conventionnel. Ils considèrent de ce fait que cet avantage, compte tenu de ses spécificités, ne peut pas être piloté comme un régime de retraite.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES OFFICIERS MINISTÉRIELS, DES OFFICIERS PUBLICS ET DES COMPAGNIES JUDICIAIRES (CAVOM)

La première revendication des professionnels libéraux, et donc de la CAVOM, est de conserver l'autonomie de gestion et de pilotage de leurs régimes de retraite, dont la complexité et la diversité reflètent celles de leurs professions et de leurs besoins.

Nous partageons la volonté de la Cour de pérenniser notre caisse mais nos actes antérieurs démontrent notre volonté et notre capacité à atteindre ce même but de manière autonome.

L'architecture actuelle de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales est le reflet de l'histoire et d'options collectives exprimant le choix d'un régime de base assurant un premier filet de sécurité complété par des régimes complémentaires pilotés et gérés en fonction des attentes de chaque groupe professionnel.

Les modifications des règles des régimes ne peuvent être effectives sans l'accord de la tutelle (publication de décrets ou arrêtés). Elle dispose ainsi de tous les moyens qui lui sont nécessaires pour exercer son rôle de

pilotage, sans pour autant que cela se traduise par une perte d'autonomie de l'organisation, ce qu'elle ne pourrait accepter.

Nous assumons notre responsabilité dans la pérennisation du régime de retraite complémentaire et aspirons à la conserver.

Dans ce cadre, je me permets de vous rappeler que je revendique, au nom de l'ensemble du conseil d'administration et des professionnels que nous représentons, la liberté de choix qui est la nôtre et que nous refusons toute mutualisation forcée de nos réserves.

RÉPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITES ET DE PRÉVOYANCE DES VÉTÉRINAIRES (CARPV)

Sur le pilotage du régime

Les administrateurs de la caisse, élus par leurs pairs, ont su prendre dans les années 90, les décisions courageuses en vue de conforter le régime complémentaire des vétérinaires, d'assurer son autonomie et sa longévité pour les générations futures.

(…)

Les vétérinaires libéraux forment une profession homogène dont les évolutions démographiques sont faciles à appréhender et sont relativement fiables.

La CARPV s'appuie pour le pilotage de son régime complémentaire sur la connaissance d'un environnement professionnel, sur des études et des expertises, notamment en matière financière et actuarielle, de façon à faire évoluer les différents leviers de la retraite, paramètres d'âge, valeur d'achat et de service du point.

Différentes hypothèses démographiques sont étudiées et ajustées en continu, permettant ainsi un pilotage fin du régime.

Après la réforme de 1997 qui a ramené le rendement technique de 16,12 % à 12,49 %, le conseil d'administration a poursuivi une politique équilibrée de faible revalorisation du prix de service du point et de hausse régulière du prix d'achat du point pour parvenir en 2013 à un rendement de 8,08 %.

La Cour considère de façon générale que le levier de la baisse du rendement du point a été « abondamment actionné » par les régimes de retraite complémentaire des professions libérales comme outil de rééquilibrage et doit être limité à l'avenir.

Concernant la CARPV, si cette politique a pu paraitre offensive et douloureuse sur certaines périodes, notamment lors de la réforme de 1997, ou lors de revalorisations négatives du prix de service du point, le rendement du point reste encore suffisamment haut pour laisser au conseil d'administration

les marges de manœuvres nécessaires au pilotage du régime, d'autant que la CARPV utilise ce levier en ayant le souci de la meilleure répartition de l'effort entre cotisants et allocataires et de l'équité intergénérationnelle.

Les nombreux scénarios alternatifs étudiés par l'actuaire aident à la décision dans ce sens.

Sur la mutualisation des réserves

Les derniers scenarii du régime complémentaire, réalisés en 2013, démontrent que la CARPV pourra atteindre l'objectif qu'elle s'est fixée, à savoir son équilibre financier à l'horizon 2050.

(…)

La Cour se base sur les projections du COR pour analyser les besoins de financement des régimes d'ici à 2040.

Les scénarii du COR ont été réalisés dans un cadre de projections identiques pour tous les régimes complémentaires et s'inscrivent dans une définition d'un besoin global de financement au niveau de la Nation.

Adaptés pour des visées globales, ils ne sont pas pertinents dans le cadre du pilotage d'un régime qui évolue chaque année.

Tout en admettant le caractère théorique et macro-économique de ces projections, qui agrègent les soldes des régimes, la Cour n'envisage toutefois qu'une approche en termes d'équilibre global pour proposer la seule solution de mutualisation des réserves.

Elle ne tient pas compte de la forte tradition d'autonomie des régimes, qu'elle reconnaît pourtant, ni des choix historiques et des attentes de chaque catégorie professionnelle.

(…)

La Cour doit prendre en compte les efforts de redressement réalisés par les affiliés de chaque régime, des efforts qui ont été expliqués et acceptés parce qu'ils permettaient de préserver leur retraite. II n'en serait pas de même s'il s'agissait de faire les mêmes efforts dans le cadre d'une mutualisation.

Aussi un scénario théorique de mutualisation des réserves, à partir de projections de déficits cumulés et agrégés, n'est pas concevable pour des professionnels libéraux attachés à l'autonomie de leur régime et qui les pilote de façon responsable depuis leur création.

Concernant plus particulièrement les vétérinaires, les conclusions de la Cour sur l'agrégation des réserves des sections professionnelles, ne pourront qu'inquiéter dans leur finalité, alors que dans le même temps des projections fines et réalistes à long terme du régime complémentaire de la CARPV mettent en évidence sa pérennité.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES EXPERTS COMPTABLES ET DES COMMISSAIRES AUX COMPTES (CAVEC)

La Cour mentionne la difficulté contributive au régime complémentaire de par les besoins de financement au régime de base. En réalité, le régime de base serait équilibré si la décision de l'Etat de faire supporter par les régimes de retraite, au travers de la compensation démographique généralisée, des phénomènes globaux d'évolutions de la société et non spécifiquement liés stricto sensu aux régimes de retraite. Ce déséquilibre est particulièrement mal vécu car cette compensation bénéficie à certains régimes qui n'ont pas eu la sagesse d'être gérés comme ceux des professionnels libéraux. A cet effet, le récent rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale est parfaitement édifiant quant aux financements croisés et à l'opacité des ressources de certains régimes de retraites.

De manière générale, nous pouvons constater, dans les propos de la Cour, qu'il est fait état d'un ratio démographique très favorable des professions libérales et un passé qui a permis de trouver « les ressources nécessaires au financement des retraites dans le cadre de solidarités professionnelles sectorielles et étroites ».

(…)

Plus largement, le principe de la COG est globalement rejeté par les administrateurs :

- ces derniers estiment que contrairement à certains régimes, il n'est pas nécessaire que l'Etat soit en position d'arbitre dans la mesure où il n'y a pas de gestion paritaire de nos régimes ;
- nos sections mettent en place des batteries d'indicateurs de contrôle interne et externe qui, de ce fait dans cette culture de l'autogestion et de la responsabilité, n'appellent pas la nécessité d'une telle démarche de « contractualisation » avec l'Etat.

Enfin la logique de regroupement et de fusion prônée n'a pas démontré d'intérêt ou de résultat managérial.

Nous considérons que l'acceptation des réformes nécessaires à tout régime social est mieux perçue quand elle s'exerce dans un cadre approprié à la culture de ses ressortissants.

CINQUIÈME PARTIE – LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE DÉLÉGUÉE À DES TIERS

Chapitre XVII
La gestion de l'assurance maladie obligatoire des agents publics par les mutuelles

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

La CNAMTS prend acte des conclusions de la Cour sur la nécessité d'actualiser les modalités et les bases de calcul des remises de gestion. Sans remettre en cause les constats de la Cour, elle rappelle toutefois par ailleurs, l'attachement de ces mutuelles à la gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Par ailleurs, il me semble important de vous faire part des observations suivantes' :

- S'agissant de la qualité de gestion du régime obligatoire par ces mutuelles, la CNAMTS souligne les efforts d'appropriation des objectifs de performance et de maîtrise des coûts de gestion de l'assurance maladie réalisés par ces mutuelles ; la MCVPAP constitue à cet égard une exception relevée également par la Cour.

- Au-delà de ces efforts d'appropriation, l'exercice de négociation et de suivi d'objectifs de qualité de service se heurte effectivement à l'hétérogénéité des mutuelles elles-mêmes et à leur capacité à restituer ou non des données comparables à celles des CPAM. Les plans de maîtrise socle constituant un référentiel partagé, la mesure de leur respect a progressivement remplacé un système purement déclaratif de performance de gestion.

  Les contrats pluriannuels de gestion des mutuelles de fonctionnaires prévoient des objectifs moins nombreux que ceux des CPAM, le champ d'activité des mutuelles étant plus restreint que celui des organismes d'assurance maladie. Ils comportent toutefois des engagements spécifiques à la nature de leur articulation avec le régime général notamment sur la qualité des informations statistiques et comptables transmises (qualité des sous-produits de liquidation, pourcentage de régularisations).

- Sur le niveau d'ambition de certains indicateurs, la CNAMTS rappelle que l'obtention des majorations maximales de quelques indicateurs est conditionnée à la réalisation par les mutuelles d'une

performance au moins supérieure de 5% à celle atteinte par la moyenne des CPAM.

(…)

- Sur la gestion des pièces justificatives, la Cour relève les difficultés des mutuelles à obtenir les prescriptions concernant leurs assurés. Pour les prescriptions de médicaments et d'analyses de biologie, un dispositif de scannérisation des prescriptions et d'envoi totalement dématérialisée est en cours de déploiement.

  Ce dispositif permettra aux mutuelles d'accéder automatiquement aux pièces justificatives les concernant. Un développement informatique particulier sera toutefois nécessaire pour les mutuelles n'ayant pas choisi le système d'information de la CNAMTS.

- La CNAMTS intégrera les contrôles de PJ souhaités par la Cour dans le prochain contrat pluriannuel avec les mutuelles.

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)

La Fédération nationale de la Mutualité française a pris connaissance de ce projet d'insertion et souhaite vous faire part de ses observations (…)

Sur les constats, plusieurs affirmations doivent être sérieusement nuancées

Ainsi, la qualité de gestion que la Cour estime insuffisante a été mesurée, et ses résultats ont été reconnus, pour la plupart des mutuelles, comme conformes voire supérieurs aux objectifs qui leur sont assignés dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion entre l'assurance maladie obligatoire et les mutuelles.

La démarche de contrôle interne est jugée « inaboutie » avec « des exigences non satisfaites », alors même que les résultats objectifs de la plupart des mutuelles en la matière montrent que les obligations sont respectées et s'inscrivent en outre dans une démarche de progrès substantiel depuis le démarrage de la certification des comptes de la branche maladie du régime général.

La Cour passe également sous silence une partie des réformes engagées par les mutuelles pour rendre plus efficiente leur gestion et optimiser son coût. Ainsi, des démarches de rationalisation des réseaux ont été engagées par la quasi-totalité des mutuelles ; elles sont très rapidement évoquées par la Cour.

La mutualisation des systèmes d'information est un chantier avancé pour les mutuelles, un même système est partagé par le plus grand nombre, et ces évolutions s'effectuent en lien avec l'assurance maladie obligatoire. Les évolutions en matière de gestion, notamment de systèmes

d'information, déjà en place (infogérance) ou en projet sont présentées comme n'apportant pas satisfaction, sans que cette appréciation soit clairement documentée par une analyse fine et comparée au système existant de l'assurance maladie obligatoire.

Les mutuelles sont conscientes que la rémunération de leur gestion doit être établie en cohérence avec les critères établis pour les caisses d'assurance maladie, et bien évidemment à périmètre comparable tant les missions des caisses primaires et celles des mutuelles gestionnaires du régime comparable ne sont pas identiques.

Cela exige des référentiels partagés, comparables, définis de manière objective et auditable, exigences qu'on ne retrouve cependant pas dans l'analyse de la Cour.

Sur les propositions de la Cour

La Cour recommande de « reconsidérer le maintien de la gestion déléguée à des mutuelles de l'assurance maladie des agents publics ». Une telle recommandation, dont les conséquences devraient être complètement analysées et mesurées, ne peut être avancée sans être appuyée sur une enquête exhaustive, une procédure claire et des constats solidement étayés.

La Cour recommande de mettre en concurrence les mutuelles et les caisses primaires d'assurance maladie en laissant aux fonctionnaires d'Etat l'option de leur structure de rattachement. La FNMF s'interroge sur la légitimité de la Cour à prôner ainsi un système ouvertement concurrentiel, sans précédent dans notre organisation de sécurité sociale, et qui partout où il a été mis en œuvre a fait la preuve de son inefficience.

La Cour recommande un alignement des remises de gestion versées aux mutuelles sur les coûts de revient des caisses d'assurance maladie « en confiant à une commission indépendante la détermination du niveau de réalisation et celui du coût du bénéficiaire actif ». Cette recommandation a le mérite de reconnaître que le niveau des remises de gestion, décidé par l'assurance maladie avec l'accord de ses autorités de tutelle, n'est pas aujourd'hui fixé à partir de critères objectifs et indiscutables.

La Cour insiste, à juste titre, sur les exigences d'efficience qui doivent animer les mutuelles dans leur responsabilité d'acteurs de la protection sociale des agents publics. A ce titre, les démarches d'efficience et de rationalisation, résolument engagées par les mutuelles depuis plusieurs années, et qui connaissent aujourd'hui une accélération décisive avec la prochaine mise en place d'une union de gestion du régime obligatoire commune aux mutuelles des trois fonctions publiques, auraient mérité d'être abordées de manière un peu moins discrète par la Cour.

RÉPONSE DE LA MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL (MNH)

Les conclusions de l'enquête indiquent les efforts attendus des mutuelles pour améliorer la qualité de service rendue, la productivité et la maîtrise des coûts de gestion.

Depuis avril 2012, la MNH a fait le choix d'utiliser le système d'information de la CNAMTS au travers du dispositif d'infogérance.

Cette mise en œuvre technique s'est accompagnée d'une réorganisation des activités de gestion. II s'agissait là, d'une première étape laquelle, comme indiquée à la Cour des comptes, est suivie d'une seconde phase d'optimisation de nos processus : étude en cours pour un déploiement prévu en 2014.

La MNH ne bénéficie pas de remises de gestion « généreuses » et se situe parmi les organismes les plus faiblement rémunérés

Ainsi, le dispositif d'infogérance permet à la MNH de s'aligner sur les coûts de l'assurance maladie pour la gestion du système d'information.

Par ailleurs, cette solution technique est :

- synonyme d'étanchéité parfaite entre les outils de gestion du régime obligatoire et régime complémentaire ;
- et participe à la connaissance exacte du coût du régime obligatoire à la MNH au travers d'une comptabilité analytique détaillée.

Ces restructurations importantes affirment les objectifs et volontés de la MNH de constituer un gestionnaire de la sécurité sociale, au bénéfice des agents hospitaliers, compétent et responsable, dans un cadre d'efficience en correspondance avec le cahier des charges de l'assurance maladie.

Chapitre XVIII
La sécurité sociale des étudiants

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

(…)

Comme le relève la Cour, confronté à des coûts de gestion élevés et à une qualité de service à tout le moins hétérogène et perfectible, le « régime » étudiant de sécurité sociale a fait l'objet, ces dernières années, d'un nombre important de rapports publics préconisant diverses évolutions et, pour la plupart, s'interrogeant sur l'opportunité de mettre fin à cette spécificité française.

La CNAMTS prend acte des conclusions de la Cour qui s'inscrivent dans cette continuité.

(…)

- La CNAMTS tient à souligner l'écart existant entre les contrats des mutuelles de fonctionnaires qui peuvent comporter des objectifs de performance dont l'atteinte conditionne le montant final de la remise de gestion et les contrats des mutuelles d'étudiants qui ne disposent d'aucun levier sur la valorisation de la qualité du service rendu. En effet, pour les mutuelles d'étudiants, le montant des remises de gestion doit être le même quel que soit l'organisme gestionnaire en application de l'article L. 381-8, 1°§3 du code de la sécurité sociale. Un dispositif de majorations-pénalités a été envisagé lors des dernières négociations avec les mutuelles d'étudiants. Cette mesure a finalement été écartée en l'absence de l'évolution législative nécessaire.

  La CNAMTS ne dispose donc que de peu de leviers d'actions sur les orientations organisationnelles des mutuelles d'étudiants et sur le pilotage de leur qualité de services. Néanmoins, les plans de maîtrise socle constituent un référentiel partagé permettant de suivre l'activité interne des mutuelles et dans une moindre mesure leur performance dans leur relation avec les assurés.

- La Cour relève les liens étroits entre la MGEN et la LMDE et met en évidence une offre de services spécifique dédiée aux étudiants anciens ayant-droit d'affiliés MGEN. Dans ce cadre, des règles de gestion et des services plus favorables seraient mis en œuvre par la LMDE pour ces assurés en particulier. La CNAMTS tient bien évidemment à rappeler son attachement à la nécessaire égalité de traitement entre tous les assurés au titre de la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie.

RÉPONSE DE LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS (LMDE)

La situation sanitaire et sociale des jeunes est aujourd'hui une préoccupation de l'ensemble des pouvoirs publics, à chaque échelon, grâce notamment à la sensibilisation faite par les mutuelles étudiantes et à leurs nombreuses enquêtes sur l'état de santé des étudiants.

Renverser la vapeur concernant l'accès aux soins des jeunes nécessite la mobilisation de nombreux acteurs : enseignement supérieur, assurance maladie, collectivités locales et Etat. Cette action concertée ne saurait être efficace sans l'appui des mutuelles étudiantes, gestionnaires du régime étudiant de sécurité sociale, qui sont les actrices incontournables de la santé des jeunes. Par leur proximité avec les assurés et leurs actions quotidiennes, les mutuelles interpellent, proposent et mettent en œuvre des solutions concrètes pour répondre à l'enjeu de l'amélioration de l'état de santé des jeunes. Une meilleure gestion de la protection sociale oblige à s'interroger sur la complexité des procédures (mutations inter-régimes, affiliations, production des cartes vitales, affiliation des étudiants étrangers…) et la coordination de l'ensemble des acteurs parties prenantes au processus d'affiliation, en particulier les établissements d'enseignement supérieur.

Le seul prisme de la recherche d'économies est insuffisant à répondre à cet enjeu, particulièrement dans une période de crise économique et sociale qui fragilise les jeunes et freine l'accès à l'autonomie d'une génération. Or, sacrifier la santé des jeunes en réduisant le périmètre d'action des mutuelles étudiantes, c'est prendre le risque de dégrader l'état de santé de toute une génération aujourd'hui et de l'ensemble de la population demain, induisant par la même des coûts bien plus importants pour l'assurance maladie.

Une fragilisation du régime étudiant de sécurité sociale constituerait donc à la fois la perte d'un levier majeur pour améliorer la situation sanitaire des jeunes mais aussi un retour en arrière dans la prise d'autonomie des jeunes, en les privant de leur seul outil d'accompagnement de compréhension du système de santé.

A contrario, et dans le respect des orientations définies par les pouvoirs publics, la situation de la jeunesse nécessite un renforcement des solidarités et des dispositifs favorisant l'autonomie. C'est pourquoi la LMDE est disposée à faire évoluer le régime étudiant de sécurité sociale, si ces

évolutions se font en concertations avec les étudiants, et notamment les organisations étudiantes représentatives et les mutuelles étudiantes, mais aussi l'ensemble des acteurs de la vie étudiante.

RÉPONSE DE LA SOCIÉTÉ MUTUALISTE DES ÉTUDIANTS DE LA RÉGION PARISIENNE (SMEREP)

La SMEREP souhaite rappeler certaines spécificités de son activité :

- une population nécessitant une protection et une prévention adaptée ;
- une population renouvelée par tiers chaque année ;
- une population peu portée à la démarche administrative.

Le régime étudiant présente donc des particularités et ne peut être comparé aisément avec le modèle du régime général.

Ainsi une comparaison en termes de qualité de service ne peut se baser que sur des critères simples : la SMEREP considère que l'un des indicateurs majeurs est celui du délai de remboursement. Cet indicateur fait partie du référentiel CNAMTS et est accessible pour tout délégataire du régime obligatoire. Il est plus pertinent pour caractériser directement la satisfaction du service que des indicateurs indirects de dématérialisation ou liés à l'utilisation de la carte Vitale (création, mutation inter-régime et mise à disposition).

Par ailleurs, la SMEREP constate que pour les indicateurs « objectifs » énoncés dans le rapport : téléphone, productivité, etc., elle se situe au-dessus des performances des autres intervenants : LMDE ou CPAM.

Sur les critères « subjectifs » en particulier de satisfaction, l'ensemble du rapport s'appuie sur le sondage effectué par la Cour. La SMEREP regrette sur cet aspect trois points :

- le caractère quantitativement limité du sondage,
- au regard du premier point, un échantillonnage non représentatif,
- enfin l'absence de comparaison avec des sondages similaires sur les autres organismes : CPAM, mutuelles de fonctionnaires.

En outre, la SMEREP rappelle qu'en termes de qualité de service, elle a basé l'ensemble de son activité sur le référentiel de la CNAMTS comportant plus de 600 indicateurs. Dans ce cadre, la SMEREP a obtenu cette année la meilleure note tout délégataire du régime obligatoire confondu.

En terme économique, la SMEREP réaffirme que la remise de gestion du régime étudiant correspond à un coût marginal par rapport au déficit de la couverture maladie des étudiants. En effet, au regard du montant actuel de la cotisation (207 €) et du nombre important des cotisations non perçues (exonération et non inscrit) par rapport aux prestations versées, la couverture

maladie des étudiants est déficitaire de 500 M€ indépendamment de son gestionnaire : mutuelles étudiantes, CPAM ou autre.

Sur le montant de la remise de gestion, la SMEREP souhaiterait :

- que les calculs du BAM et du taux de réfaction soient transparents et fassent l'objet d'une procédure contradictoire ;
- que la CNAMTS, juge et partie, ne soit pas le seul référent ;
- s'inscrire dans le système de bonus / malus tel que mis en place pour les mutuelles de fonctionnaires.

La SMEREP rappelle que lorsqu'il est annoncé que l'étudiant doit être au cœur des préoccupations, cela s'entend d'un point de vue global. Si la qualité de la gestion est fondamentale pour la satisfaction des étudiants, l'approche doit aussi être caractérisée par ce que peuvent apporter les mutuelles étudiantes dans le domaine de l'amélioration de l'état de santé des populations gérées (prévention par les pairs) avec en particulier l'impact que cette amélioration aura sur les dépenses futures de santé.

Elle regrette que la Cour des comptes n'ait pas abordé au fond ces problématiques liées à la gestion du risque et à la prévention qui sont au cœur de la spécificité de la délégation de gestion du régime obligatoire aux mutuelles étudiantes.

(…)

La SMEREP propose :

1. que tous les étudiants de 16 à 28 ans soient affiliés au régime étudiant quel que soit leur statut et notamment lorsqu'ils exercent une activité salariée et ce quelle que soit les conditions,

2. de reprendre l'intégralité du processus de délivrance de la carte vitale,

3. qu'une COG soit conclue entre les mutuelles étudiantes et l'État afin d'instaurer des objectifs permettant d'améliorer la qualité du service rendu à l'assuré,

4. que l'État, et non la CNAMTS, fixe le montant des remises de gestion,

5. que la détermination du coût de gestion (BAM et taux de réalisation), soit transparente et puisse faire l'objet d'un débat contradictoire avec les mutuelles gérant le régime étudiant de sécurité sociale, sans doute par le biais d'une commission indépendante.

RÉPONSE DU RESEAU NATIONAL DES MUTUELLES ETUDIANTES DE PROXIMITE (EMEVIA)

Une analyse à charge menée à partir d'un sondage biaisé.

En ce qui concerne le « sondage » réalisé par la Cour, nous remettons en cause son approche méthodologique non scientifique à savoir : un échantillon non représentatif, des questions orientées et des réponses incohérentes.

Les chiffres tirés de ce sondage n'ont été qu'un moyen d'orienter le rapport dans le sens souhaité par le rapporteur.

(…)

La loi de 1948 qui instaure le régime de sécurité sociale spécifique pour les étudiants est basé sur les mêmes principes qui régissent le régime général d'assurance maladie qui confie aux salariés la gestion de leur Sécurité sociale.

Ainsi, cette loi reconnait dans ses principes mêmes, que la population étudiante est spécifique, et que de ce fait, elfe doit avoir une gestion toute particulière de sa santé. Même si depuis 1948, la population étudiante a fortement évolué, elle continue à être spécifique, avec des besoins en prévention particuliers, un renouvellement de ses effectifs par tiers chaque année, une forte mobilité et une part importante d'étudiants étrangers.

Enfin, la gestion du régime obligatoire des étudiants par des organismes complémentaires permet une gestion responsable et solidaire des dépenses de santé de l'assurance maladie.

Son organisation en duopole, qui n'est d'ailleurs pas spécifique aux mutuelles étudiantes (mutuelles des fonctionnaires : police, éducation nationale...) permet à l'étudiant de choisir chaque année son centre payeur, ce qui implique la recherche permanente d'une meilleure qualité de services et d'innovation de la part des gestionnaires.

Cette délégation confie également des missions particulières aux mutuelles étudiantes : l'information sur le fonctionnement de l'Assurance maladie, le développement d'une conscience citoyenne, l'accompagnement des étudiants vers l'autonomie et l'éducation à la santé.

Cette délégation de service public se fait aussi dans un cadre contraint, puisque qu'au même titre que n'importe quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les mutuelles étudiantes sont auditées chaque année sur un référentiel commun (PMS : plan maitrise socle).

(…)

Les mutuelles de proximité du réseau emeVia sont des acteurs majeurs en matière de prévention auprès des étudiants et des lycéens pour les amener à réduire les comportements à risques. La prévention par les pairs, initiée par

les mutuelles régionales, est très sollicitée par les universités. Elle fait l'objet d'une formation par des professionnels, d'une coordination avec les pouvoirs publics, et les services de Santé Universitaire, et d'une évaluation régulière. Elle permet de mettre en place un dialogue de qualité entre l'étudiant et l'intervenant, avec une disponibilité en termes d'horaires et de localisations que ne sauraient fournir d'autres structures. II est reconnu que les pairs sont perçus comme une source plus crédible d'information et ont un meilleur taux de réussite en termes de véhicule d'information que les professionnels[663].

(…)

Nous rejetons les conclusions de ce rapport qui comprend de trop nombreuses contradictions et qui s'appuie sur des arguments avancés dans le seul but de justifier une conclusion préétablie. Le rapport reconnait la spécificité du régime obligatoire des étudiants en admettant la réalité d'une population particulière qui a des besoins de santé et de prévention propres ; mais dès lors que la Cour compare les activités des mutuelles étudiantes à celles des CPAM, elle oublie totalement cette spécificité.

En retenant des hypothèses biaisées, notamment la remise en cause des principes de la comptabilité analytique, la Cour cherche à tirer des conclusions lapidaires dénonçant une surévaluation des remises de gestion accordées aux mutuelles étudiantes.

Nous croyons à la Sécurité sociale des étudiants et à sa gestion par des mutuelles étudiantes, une avancée sociale majeure, voulue par le législateur, car celle-ci a du sens.

Nous refusons sa remise en cause sur le seul fondement de la défaillance d'un de ses acteurs. Comme elles le font depuis 60 ans, les mutuelles étudiantes régionales, en qualité d'acteurs responsables, continueront à s'adapter aux évolutions du monde étudiant et de l'Assurance maladie, tout en veillant à l'efficience qualitative et économique de leur gestion.

663. *A method in search of a theory* : *peer education and health promotion, Health Education Research*, vol.14 n°2, 1999. P.235-247

GLOSSAIRE

AC	Aide à la contractualisation
ACAM	Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACP	Autorité de contrôle prudentiel
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
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
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV	Allocation supplémentaire vieillesse
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CH	Centre hospitalier
CHD	Centre hospitalier départemental
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CMC	Catégorie majeure clinique
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions

	libérales
CNBF	Caisse nationale du barreau français
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP	Comité national de pilotage
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPO	Conseil des prélèvements obligatoire
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRC	Chambre régionale des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire
CSB	Contribution sociale sur les bénéfices
CSG	Contribution sociale généralisée
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CSSS (C3S)	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DAF	Dotation annuelle de financement
DAFIIS	Direction des affaires financières, informatiques, immobilières et des services
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCCRF	Direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGESIP	Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DMT	Discipline m2dico-tarifaire

DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
EIR	Echantillon interrégimes des retraités
EPS	Etablissement public de santé
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FICQS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupe homogène de tarifs
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
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
INCa	Institut national du cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	Indicateurs de pilotage d'activité
IR	Impôt sur le revenu
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISU	Interlocuteur social unique
ITAF	Impôts et taxes affectés
IVA	Indice de valorisation de l'activité
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LMDE	La mutuelle des étudiants
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances

LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCOO	Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie
MFP	Mutualité de la fonction publique
MFP Services	Mutualité fonction publique services
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MIG	Missions d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
MVCPAP	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'assistance publique et des administrations annexes
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (national)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODMCO	Objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
OGD	Objectif global des dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PAMC	Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
PIB	Produit intérieur brut
PGDR	Programme de gestion des risques
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPE	Prime pour l'emploi
PRS	Projet régional de santé
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RéaTE	Réforme de l'administration territoriale de l'Etat
RFR	Revenu fiscal de référence
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIAM	Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SANDIA	Service administratif national d'identification des assurés

SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SASV	Service de l'allocation spéciale vieillesse
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SI	Système d'information
SLM	Section locale mutualiste
SMER	Société mutuelle étudiante régionale
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation
SNIIRAM	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SNIR	Système national inter régimes
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TEPA (loi)	Loi du 21 août en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat
TH	Taxe d'habitation
TSCA	Taxe sur les conventions d'assurance
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée