Inspection Générale
des Affaires Sociales

IGAS
Rapport d'activité
2012

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

L'IGAS en bref

L'Inspection générale des affaires sociales est le service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales pour éclairer la décision publique.

Sur le champ des ministères chargés notamment de la sécurité sociale, de la santé, de la cohésion sociale, du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et de la lutte contre l'exclusion, elle assure des missions :

- **d'inspection/contrôle des services ou organismes publics ou privés bénéficiant de concours d'un organisme public ou financés par des cotisations obligatoires, ainsi que d'audit interne des services placés sous l'autorité des ministres ;**
- **d'enquête/évaluation des politiques publiques, qui permettent notamment d'éclairer le gouvernement sur l'existant et de suggérer des évolutions souhaitables ;**
- **de conseil, d'appui, d'administration provisoire.**

Contrôler, évaluer, accompagner

Avec 172 missions menées en 2012, l'IGAS a contribué à éclairer la décision publique notamment dans les domaines de la cohésion sociale, de la protection sociale, de la santé, du travail et de l'emploi. Elle a choisi de consacrer son rapport public 2012 à l'Hôpital.

Pierre Boissier, chef de l'IGAS

> Pourquoi avoir choisi le thème de l'Hôpital pour le rapport public 2012 de l'IGAS ?

Conformément aux textes, le chef de l'Inspection générale des affaires sociales présente chaque année un rapport au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement.
En 2012, nous avons choisi de consacrer ce rapport à l'Hôpital.
Plus que dans d'autres pays, l'hôpital joue un rôle majeur dans le système sanitaire national. Face aux a prioris et aux désinformations sur l'hôpital, il nous est apparu important d'objectiver les récents débats publics sur le sujet.
Ces dernières années, l'IGAS a renforcé son implication dans le domaine hospitalier. Elle y a consacré, depuis 2009, plus de 100 missions : contrôles d'établissements, appui aux Agences régionales de santé, administrations provisoires, évaluations transversales de multiples aspects de la politique hospitalière…
Le moment était venu d'assurer la synthèse de ces travaux qui ont mobilisé les compétences médicales, administratives, juridiques et financières des membres de l'Inspection.

> Estimez-vous que l'IGAS a contribué en 2012 et 2013 à éclairer la décision publique ?

La plus grande satisfaction pour un membre de l'IGAS est en effet que les analyses et propositions formulées dans son rapport fassent progresser l'action publique.
Nous avons eu en 2012/2013 un certain nombre d'exemples en la matière :

- l'engagement d'une nouvelle démarche de modernisation de l'État (la modernisation de l'action publique) trouve son origine dans les travaux des trois inspections générales interministérielles, dont l'IGAS ;
- le dispositif de sanction mise en place par l'article 99 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites (égalité salariale et professionnelle entre les hommes et les femmes) a été amendé suite aux travaux menés par l'IGAS sur cette question ;

- les travaux réalisés sur le retour à l'emploi des personnes de plus de 50 ans privées d'emploi ont été mobilisés dans le cadre de la grande conférence sociale ;
- le nouveau mandat de service public de l'APEC a été élaboré avec l'appui de l'IGAS ;
- l'IGAS a contribué aux travaux préparatoires à la réforme de l'inspection du travail récemment annoncée ;
- conjointement avec l'IGF, l'IGAS a réfléchi aux modalités de maîtrise de croissance de l'ONDAM à 2,5 %. Certaines des dispositions du projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2013 en sont la traduction ;
- de nombreuses missions de l'IGAS alimentent les travaux du comité interministériel qui suit la situation des établissements hospitaliers connaissant des difficultés ainsi que les grands projets d'investissements hospitaliers.

> Quel est précisément le rôle de l'IGAS dans la modernisation de l'action publique, initiée par le Premier ministre ?

L'IGAS, comme les autres inspections générales interministérielles, est très largement mobilisée dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques. Elle est ainsi intervenue, où intervient actuellement, sur des sujets aussi variés que le coût de gestion des prestations de l'assurance-maladie, la petite enfance, la parentalité, la tarification des établissements accueillant des personnes handicapées, la réforme de l'allocation aux adultes handicapés, la formation professionnelle des demandeurs d'emploi, les politiques territoriales de l'emploi, les aides financières à l'apprentissage, l'affectation et la mobilité des fonctionnaires, la santé des étudiants, le pilotage de l'économie sociale et solidaire, le pilotage de la politique de la ville…

> Comment se détermine l'activité de l'IGAS ?

L'IGAS est à la disposition du Premier ministre, notamment dans le cadre des missions d'évaluation des politiques publiques, des ministres chargés du travail, de l'emploi, des affaires sociales, des finances, du logement, des droits des femmes et de la fonction publique.
Environ deux tiers des missions sont réalisées à leur demande, un tiers sont de l'initiative de l'IGAS, dans le cadre d'un programme d'activité établi par le chef de service, en application du décret du 1er août 2011 portant statut de l'IGAS.

> En quoi consiste ce programme d'activité ?

Le programme permet de mener notamment deux types de mission :

- des travaux concernant des politiques ou des organismes qui ne dépendent pas du gouvernement : politiques sociales décentralisées, organismes faisant appel à la générosité publique (OFAG), organismes professionnels ou paritaires de protection sociale… Autant de domaines que la loi place dans le champ de compétence de l'Inspection ;
- des investigations dont l'utilité est apparue à l'occasion des missions précédentes.

> Y a-t-il eu des secteurs prioritaires dans les missions menées par l'IGAS en 2012 ?

Nous essayons de développer nos investigations de façon méthodique dans des domaines qui justifient une action dans la durée. Ainsi en est-il de l'inspection du travail, de l'aide sociale à l'enfance, des OFAG, des organismes de retraite complémentaire.
De même, nous avons amorcé des travaux concernant des organismes paritaires collecteurs agréés dans le secteur de la formation professionnelle (OPCA), ainsi que la décentralisation de la formation professionnelle.
Je tiens à souligner que ces investigations visent, au-delà du contrôle proprement dit, à aider les structures concernées à améliorer leur gestion, notamment en facilitant la comparaison entre elles.

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

SOMMAIRE

9 L'IGAS en 2012

9 Le rapport public 2012 de l'IGAS consacré à l'Hôpital

10 Des sollicitations nombreuses et d'origine très variée

13 172 missions en 2012

14 Les métiers de l'IGAS

16 Une organisation collégiale pour accompagner les missions

20 Les suites des recommandations de l'IGAS

21 Un service de 160 personnes

23 Les rapports de l'IGAS en 2012, par domaine d'activité

23 Cohésion sociale

28 Protection sociale

34 Santé

39 Travail – emploi – formation professionnelle

44 Appui et conseil au management

50 Les missions permanentes de l'IGAS

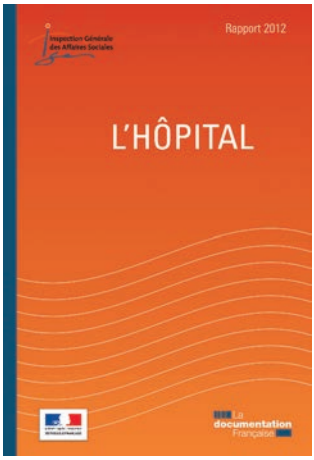
54 Les missions interministérielles rattachées à l'IGAS

57 Annexes

57 L'organigramme

58 Liste des rapports rendus publics en 2012

Le rapport public 2012 de l'IGAS consacré à l'Hôpital



Conformément aux textes, le chef de l'Inspection générale des affaires sociales présente chaque année un rapport au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement (loi du 28 mai 1996 et arrêté du 12 mars 2003).
En 2012, l'Inspection a choisi de consacrer ce rapport à l'Hôpital.

Depuis plusieurs années, l'IGAS a renforcé son implication dans le domaine hospitalier. De multiples « coups de sondes » ont ainsi été donnés à travers :
- des missions de contrôle liées à des dysfonctionnements d'établissements, de dispositifs, ou faisant suite à des accidents ;
- des missions d'évaluation mettant en exergue tel ou tel aspect des problématiques hospitalières, et notamment, les meilleures pratiques ;
- des missions opérationnelles d'appui et de conseil auprès d'établissements de santé en difficulté, ou d'administration provisoire.

Ce rapport a trouvé sa matière dans une sélection de 25 missions réalisées entre 2009 et 2012, sur un total de plus de 100 missions sur ce thème.
Dans un texte inédit, l'IGAS a posé 10 questions sur l'hôpital, parmi lesquelles :
- Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ?
- L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ?
- Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ?
- Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ?
- Quelle place pour l'usager de l'hôpital ?

Ce rapport a ainsi montré la mutation profonde que connaît l'hôpital, les succès enregistrés et le chemin qui reste à parcourir. L'évolution rapide et considérable de la médecine, des besoins de la population et des professionnels de l'hôpital, de la place prise par l'usager expliquent ces changements.

Cet ouvrage de référence a été le fruit d'un travail collectif : 58 membres de l'IGAS ont contribué à son élaboration.

Des sollicitations nombreuses et d'origine très variée

Le statut particulier de l'IGAS (décret du 1er août 2011) détermine les ministres sous l'autorité desquels ce service interministériel est placé. Traditionnellement, conformément à son histoire et à son cœur de compétence et d'activité, **le ministre en charge de la santé et celui en charge du travail** ont conjointement cette responsabilité. Mais les ministres qui peuvent recourir à l'IGAS pour des missions relevant de leur champ de compétence sont bien plus nombreux.

La loi du 28 mai 1996 qui définit ce champ de compétence retient en effet une approche thématique, indépendante de la nature et de la forme juridique des institutions qui y opèrent, ainsi que de l'organisation administrative ou gouvernementale en vigueur. Il recouvre notamment **la sécurité sociale, la prévoyance sociale (régimes complémentaires notamment), la protection sanitaire (la santé) et le travail, l'emploi et la formation professionnelle.**

Certaines missions sont, bien sûr, demandées directement par le **Premier ministre**. Il en va ainsi **des missions réalisées sur des sujets transverses**, intéressant plusieurs départements ministériels ou la totalité d'entre eux.
En 2012, ainsi que cela a été noté dans l'éditorial, l'IGAS a participé, conjointement avec l'IGF et l'IGA, à une mission visant à faire le bilan de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et à bâtir des propositions sur les conditions de réussite d'une nouvelle démarche de réforme de l'État. C'est à partir de cet état des lieux et des propositions formulées qu'a été formalisée la démarche de modernisation de l'action publique (MAP).

D'autres, très nombreuses, voient le **ministre des finances** intervenir, en tant qu'il est en charge de l'économie, ou du budget ou, plus fréquemment encore, **des comptes sociaux**. Ainsi, au titre de l'économie, l'IGAS a été chargée, conjointement avec l'IGF, d'une mission sur la refonte du financement des structures d'insertion par l'activité économique. De la même façon, les deux inspections ont été sollicitées pour l'évaluation du dispositif de l'auto-entrepreneur.
C'est le ministre du budget qui, conjointement avec son collègue en charge des personnes âgées, a demandé une évaluation des charges fiscales et sociales des EHPAD (établissement accueillant des personnes âgées dépendantes) et des services de soins à domicile (en fonction du statut juridique sous lequel sont exercées ces deux activités). Enfin, c'est au titre de ses compétences sur les questions de sécurité sociale que la fonction de rapporteur auprès du Haut Conseil du financement de la protection sociale a été confiée à un membre de l'IGAS.

On remarquera également les sollicitations régulièrement adressées à l'IGAS par **le ministre en charge de la fonction publique**.

L'Inspection intervient **également au titre d'institutions non ministérielles**.
Celle de la Commission européenne par exemple, en participant, de façon régulière, à l'audit de la gestion des fonds européen en régions (en l'espèce, le fonds social européen – FSE).
C'est également le cas des missions qu'elle mène, conjointement avec les autres corps de contrôle concernés, sur les directions départementales interministérielles (DDI), dans le cadre du programme arrêté par le comité de pilotage interministériel, placé auprès du secrétariat général du gouvernement, dont elle est membre.

Mais ce sont bien sûr les ministres de tutelle de l'IGAS, seuls, ou conjointement avec d'autres ministres qui sollicitent le plus l'IGAS et, notamment, au premier rang d'entre eux, en terme quantitatif, **le ministre en charge de la santé**.
Sur ce secteur, la palette d'intervention de l'IGAS, est la plus large : de l'administration provisoire d'un établissement de santé (centre hospitalier d'Ajaccio, ou de Basse-Terre), à l'évaluation d'un plan de santé publique, au contrôle d'un établissement, ou d'une mission d'appui à une personnalité (parlementaire fréquemment) ou plus opérationnel (comme celle ayant travaillé sur la suppression de la vignette pharmaceutique).
C'est également pour son compte que des inspecteurs ayant la qualité de médecins participent à des enquêtes disciplinaires ou pré-disciplinaires, concernant des praticiens hospitaliers.
En l'état de l'organisation gouvernementale, la ministre en charge de la santé est également en charge **des affaires sociales**. A ce titre, elle a sollicité l'IGAS, conjointement avec son collègue en charge de la justice sur les centres éducatifs fermés et, par exemple, conjointement avec le ministre de l'intérieur, sur l'accompagnement des personnes présentes dans les campements.

Le ministre en charge du travail et de l'emploi a sollicité l'IGAS quant à lui, par exemple, pour une mission sur l'avenir de l'inspection du travail ou encore pour une mission d'évaluation des conditions d'hébergement des antennes syndicales locales.

Enfin, un certain nombre de missions sont lancées, chaque année, **au titre du programme d'activité de l'IGAS**. Prévu par le statut particulier de l'Inspection, il permet d'intervenir sur des politiques qui ne sont pas directement mises en œuvre par les ministères, notamment les politiques décentralisées, très nombreuses dans le secteur social, dans le domaine de la cohésion sociale (aide sociale à l'enfance, par exemple) ou dans celui de la formation professionnelle.

Environ les deux tiers des missions sont commandées par les ministres, les autres missions relèvent du programme d'activité. A ce titre on citera, par exemple, l'évaluation menée sur les pratiques et les conditions d'exercice des chirurgiens dentistes.

L'interministérialité du champ d'intervention de l'IGAS se caractérise notamment par un grand nombre de missions conjointes : plus du tiers des missions ont ainsi été réalisées avec d'autres inspections interministérielles (Inspection générale des finances, Inspection générale de l'administration) ou ministérielles (Contrôle général des armées, Inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche…)

Ainsi, en 2012/2013, l'IGAS est intervenue sur des sujets aussi différents que :

- La maîtrise de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance-maladie) 2013-2017
- L'évaluation des pratiques de travail social collectif
- L'audit de la gestion du FSE en région
- Le contrôle des placements des régimes de retraite complémentaires professionnels
- L'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion liant l'État et l'IRCANTEC
- L'évaluation de la politique française des médicaments génériques
- Le retour à l'emploi des personnes de plus de 50 ans privées d'emploi
- L'audit de la DDCS du Finistère
- L'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier
- Le contrôle d'un organisme collecteur paritaire agréé (UNIFAF)
- Le service public de l'orientation
- La prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées
- Le financement des structures d'insertion par l'économique
- La situation de la maternité de Die
- La fiscalité applicable aux produits de santé et à l'industrie qui les fabrique
- L'égalité entre les filles et les garçons dans les modes d'accueil de la petite enfance
- Le placement familial au titre de l'aide sociale à l'enfance
- La gestion du centre hospitalier de Dijon
- Le pilotage financier des régimes de retraite complémentaire professionnels
- Les enjeux sanitaires de la prostitution
- L'évaluation de l'état d'invalidité en France
- La suppression de la vignette pharmaceutique : évaluation des modalités de mise en œuvre
- La prise en charge du diabète
- Le cumul emploi retraite

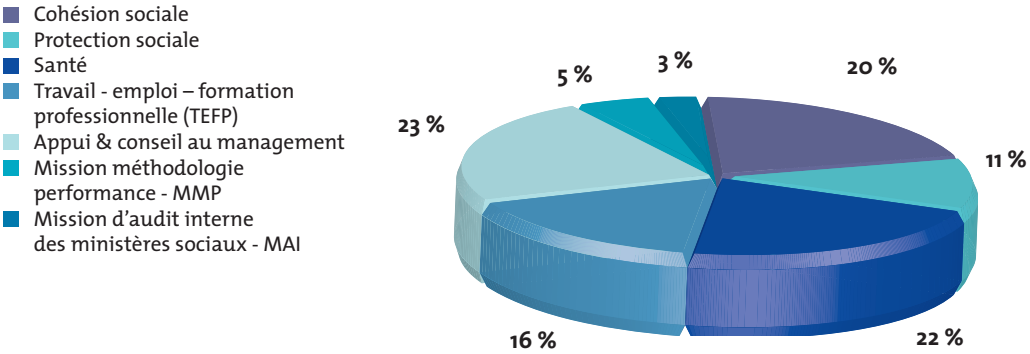
Certaines de ces missions sont développées dans la deuxième partie de ce rapport d'activité.

Pour mener à bien ces missions, les membres de l'IGAS sont accompagnés par des collèges/copairs sectoriels (cf. p. 18) correspondant à ces mêmes champs de compétences.

172 missions en 2012

La répartition par champ/collège a été la suivante :

Champ/collège	Nombre de missions en 2012	%
Cohésion sociale	35	20
Protection sociale	19	11
Santé	37	22
Travail - emploi – formation professionnelle (TEFP)	28	16
Appui & conseil au management	39	23
Mission méthodologie performance - MMP	9	5
Mission d'audit interne des ministères sociaux - MAI	5	3
	172	**100**



Avec 37 missions réalisées dans le champ santé en 2012, l'activité de l'IGAS demeure marquée par une prépondérance dans ce domaine : plus de 20 % de son activité. Cette tendance n'est pas nouvelle : chaque année près de la moitié des missions sont réalisées dans les champs de la santé et de la protection sociale pris conjointement.

Cette proportion serait encore accrue si l'on comptabilisait une partie des missions du collège « appui – conseil au management » dont un certain nombre relève également de cette thématique. Ainsi, l'IGAS est intervenue sur plusieurs administrations provisoires d'établissements hospitaliers : CH de Lens, CH de Colson, CH d'Ajaccio. Peu nombreuses, elles sont souvent très longues (plusieurs mois, par exemple en Corse où l'administration provisoire se poursuit en 2013) et mobilisent une équipe de plusieurs inspecteurs (jusqu'à 4 membres du service de l'IGAS en Corse).

Neuf missions ont été réalisées par la Mission méthodologie performance et cinq missions par la Mission d'audit interne des ministères sociaux (MAI).

Les métiers de l'IGAS

Les modalités d'intervention de l'IGAS sont inscrites dans le décret n° 2011-931 du 1er août 2011 portant statut particulier du corps.

1. Les missions d'inspection-contrôle
(19 % des missions en 2012)
Par exemple : contrôle de la politique des ressources humaines menée par l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, contrôle du compte d'emplois des ressources collectées par l'Institut Pasteur, contrôle - évaluation de la mise en œuvre des achats de formation de Pôle emploi, contrôle du compte emplois-ressources de la Fondation Mouvement pour les villages d'enfants, contrôle de sections d'inspection du travail, contrôle sur la stérilisation des biberons, tétines et téterelles avec de l'oxyde d'éthylène.
2. Les missions d'audit (5 % des missions en 2012)
Par exemple : Audit de la DDCS du Finistère.

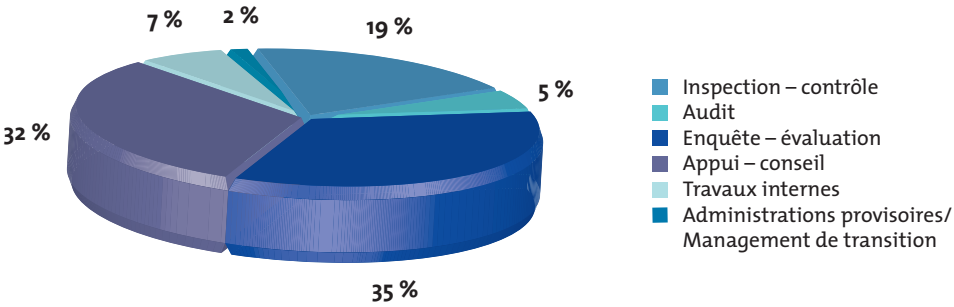
3. Les missions d'enquête-évaluation (35 % des missions en 2012)
Ces missions comportent presque toujours un volet de propositions visant à conseiller les pouvoirs publics.
Par exemple : Prostitution : les enjeux sanitaires, Évaluation de l'état d'invalidité en France, Évaluation des aides personnelles au logement, La prise en charge du diabète, Évaluation de la politique française des médicaments génériques, Évaluation du cumul emploi retraite.

4. Les missions d'appui et de conseil (32 % des missions en 2012)
Par exemple : Appui au CHU de Pointe à Pitre, Rapports pour le comité de suivi des établissements à risques financiers (CHU d'Amiens, CHI de Montreuil, CH de Vernon-Évreux, Hospices civils de Lyon, CHU de Grenoble), Appui et conseil à l'ARS de Lorraine concernant l'offre de soins hospitalière du bassin houiller lorrain, Appui à l'ARS de Champagne-Ardenne concernant le groupe hospitalier Sud-Ardennes (GHSA), Appui et conseil à l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur relative à la situation du centre hospitalier de Brignoles.
5. Les administrations provisoires/management de transition (2 % des missions en 2012)
Par exemple : administrations provisoires : centre hospitalier d'Ajaccio, centre hospitalier de Basse-Terre, centre hospitalier de Lens…

Par ailleurs, l'IGAS effectue des missions particulières : missions méthodologiques internes, assistance à des intervenants extérieurs (par exemple : parlementaires ou personnalités qualifiées en charge d'une mission pour le compte de l'exécutif).

En 2012, la répartition par métier a été la suivante :

Métier	Nombre de missions en 2012	%
Inspection – contrôle	33	19
Audit	9	5
Enquête – évaluation	60	35
Appui – conseil	55	32
Travaux internes	12	7
Administrations provisoires/ Management de transition	3	2
	172	**100**



Une organisation collégiale pour accompagner les missions

Comment se déroule une mission ?

Les missions durent en moyenne de un à cinq mois et donnent lieu à la production d'un rapport remis au(x) ministre(s) commanditaire(s).
Les grandes étapes de déroulement d'une mission de l'IGAS sont schématisées ci-dessous :

Le déroulement d'une mission IGAS

1. Cadrage

- Lettre de mission ou programme d'activité
- Désignation d'une équipe de mission
- Note de cadrage
- Réunion collégiale de lancement (copairs = comité des pairs)
- Désignation d'un relecteur
- Réunion de cadrage avec la Direction

2. Investigations

- Recherche documentaire, investigations sur pièces et sur place (entretiens, examen des dossiers...)
- Analyse, premières synthèses, pistes de solution, préconisations...
- Copairs intermédiaire

3. Rédaction

- Finalisation du diagnostic et élaboration des préconisations
- Rédaction du rapport et de ses annexes
- Discussion avec le relecteur
- Rédaction de la lettre de transmission au(x) ministre(s)

4. Fin de mission

- Copairs final
- Réunion de fin de mission avec la Direction
- Validation de la lettre de transmission du rapport au(x) ministre(s)
- Décision d'une éventuelle procédure de suites
- Confection du rapport

5. Diffusion

- Envoi du rapport aux destinataires : commanditaires et organismes concernés
- Si contrôle : phase contradictoire, rapport provisoire, puis définitif (avec réponses des organismes)
- Diffusion suivant le sujet
- Réponses aux demandes de communication de rapports
- Éventuelle mise en ligne et communication

Environ 1 mois à 5 mois

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

Il faut noter que, dans le cas des rapports de contrôle, l'IGAS ne procède pas à des « auditions » qui donneraient lieu à procès-verbal signé par les intéressés : elle s'entretient avec eux afin d'orienter ses travaux d'investigation, mais les rapports sont fondés sur des pièces écrites jointes en annexe.

L'équipe de mission rédige ensuite un rapport proposant une analyse de la situation, la formulation d'un diagnostic, des préconisations d'actions à mener.
À l'intérieur de l'équipe de mission, les inspecteurs sont sur un pied d'égalité et seuls responsables de leurs conclusions.

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

À l'occasion de ses investigations, l'IGAS a un large accès à l'information : elle peut intervenir librement auprès de tous les organismes entrant dans son champ d'intervention qui doivent lui prêter leurs concours. La mission peut avoir accès dans le cadre de ses investigations à l'ensemble des données informatisées.
Les pouvoirs d'investigation de l'IGAS sont confortés par des dispositions spécifiques (art. 43 de la loi 96-343 du 12 avril 1996) qui prévoient la sanction de l'entrave à un contrôle de l'IGAS.

Un relecteur-référent, choisi avec chaque mission, lui apporte ses conseils et assure une relecture de l'ensemble des documents de la mission.
Tout au long de la mission, les copairs (une dizaine de personnes spécialisées sur le secteur) accompagnent chaque équipe.

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

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

Quelle organisation collégiale ?

En 2010, l'Inspection générale des affaires sociales a mis en place une nouvelle organisation collégiale, issue de plusieurs mois de réflexion collective.
L'objectif est triple :

- accompagner et soutenir les inspecteurs dans leur travail quotidien ;
- mettre en place des points de discussion collégiaux ;
- créer une culture thématique partagée, garant du label « IGAS ».

Les collèges et les copairs

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

Quatre collèges « secteur » :
- cohésion sociale
- protection sociale
- santé
- travail, emploi, formation professionnelle

Un collège « métier » :
Missions d'appui et de conseil au management

Mission méthodologie performance (MMP)

Président de collège
+ 2 suppléants

Collège
Programme d'activité
Veille sectorielle et professionnelle
Capitalisation des missions…

Copairs
Accompagnement des missions en appui du relecteur-référent *

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

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

Quatre collèges sont ainsi chargés du suivi des politiques sociales : cohésion sociale – protection sociale – santé – travail/emploi/formation professionnelle.
Un collège « métier » est spécialisé dans les missions d'appui et de conseil aux équipes de direction dans les structures opérationnelles. Il recouvre les missions d'appui temporaire aux directeurs, de médiation en cas de crise, de gestion de transition, d'administration provisoire, quel que soit le secteur.

Formation restreinte des collèges, **les comités des pairs** (copairs) se réunissent aussi souvent que nécessaire pour accompagner les missions.

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

Ce fonctionnement collégial apporte une double garantie :

- une garantie de qualité dans la mesure où il offre l'opportunité aux membres de chaque mission de confronter leurs analyses et leurs points de vue à ceux d'un groupe de leurs collègues ; à ce titre, le comité des pairs intervient aux principales étapes de la mission tant sur le plan de la méthode que du fond ;
- une garantie d'indépendance car la discussion collégiale contribue à renforcer le point de vue de l'Inspection et donne un surcroît de légitimité aux conclusions de la mission.

Le Comité exécutif de l'IGAS comprend les présidents de collèges et les membres du **Comité de direction** (le chef de l'IGAS, ses deux adjoints, le secrétaire général et la responsable diffusion).
La direction de l'IGAS s'est dotée de nouvelles compétences en matière de gestion des carrières et des compétences ainsi que de diffusion des rapports qui donnent, dans leur domaine, une nouvelle orientation aux fonctions supports.

Cinq missions permanentes

- Trois missions internes à l'IGAS : la Mission méthodologie performance (MMP), la Mission internationale, la Mission santé pénitentiaire.
- Deux missions interministérielles rattachées à l'IGAS : la Mission d'audit interne (MAI) des ministères chargés des affaires sociales, la Mission inspection santé sécurité au travail (ISST) des ministères sociaux.

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

Les suites des recommandations de l'IGAS

Chaque rapport de l'IGAS propose un diagnostic et des recommandations transmis au ministre, son commanditaire, afin de l'éclairer dans ses décisions.
En 2012/2013, ainsi que cela été souligné dans l'éditorial, un certain nombre de recommandations de l'IGAS ont été transformées en décisions publiques dans les champs les plus divers :

- le nouveau mandat de service public de l'APEC a été élaboré avec l'appui de l'IGAS ;
- l'IGAS a contribué aux travaux préparatoires à la réforme de l'inspection du travail récemment annoncée ;
- l'engagement d'une nouvelle démarche de modernisation de l'État (la modernisation de l'action publique) trouve son origine dans les travaux des trois inspections générales interministérielles, dont l'IGAS ;
- le dispositif de sanction mise en place par l'article 99 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites (égalité salariale et professionnelle entre les hommes et les femmes) a été amendé suite aux travaux menés par l'IGAS sur cette question ;
- les travaux réalisés sur le retour à l'emploi des personnes de plus de 50 ans privées d'emploi ont été mobilisés dans le cadre de la grande conférence sociale ;
- l'IGAS a prêté son concours à l'élaboration d'une convention nationale pluriannuelle d'objectifs et de moyens conclue entre l'État, Pôle emploi, l'AGEFIPH, le FIPH et la CNSA concernant la politique de l'emploi des travailleurs handicapés ;
- l'évaluation du système français d'activité partielle menée par l'IGAS, dans la perspective de sa simplification a débouché sur de nombreuses modifications du dispositif : unification des trois dispositifs existants, unification des taux de prise en charge, simplification des règles de calcul et, prochainement, mise en place d'un simulateur permettant aux entreprises de faire leur demande en ligne ;
- conjointement avec l'IGF, l'IGAS a réfléchi aux modalités de maîtrise de l'ONDAM à 2,5 %. Certaines des dispositions du projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2013 en sont la traduction ;
- De nombreuses missions de l'IGAS alimentent les travaux du comité interministériel qui suit la situation des établissements hospitaliers connaissant des difficultés ainsi que les grands projets d'investissements hospitaliers.

Au-delà des décisions directes prises par le Gouvernement, les diagnostics et préconisations de l'IGAS connaissent une audience croissante auprès des acteurs concernés, grâce à leur mise en ligne.
Ainsi, fin 2012, 449 rapports de l'IGAS étaient disponibles en ligne sur les sites internet de l'IGAS et de la Documentation française. De mai à décembre 2012, sur 8 mois, les rapports de l'IGAS ont enregistré 95 240 téléchargements sur le site de Documentation française. Depuis 2003, ils ont enregistré plus d'un million de téléchargements.
Le site internet de l'IGAS, qui présente les activités de l'IGAS, a connu en 2012 une fréquentation de 120 000 connexions.
Certains rapports de l'IGAS ont fait l'objet d'une communication particulière en 2012, par exemple : les enjeux sanitaires de la prostitution, les aides personnelles au logement, les modalités d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées, les propositions pour la maîtrise de l'ONDAM, ou encore les rapports sur la modernisation de l'action publique (MAP).

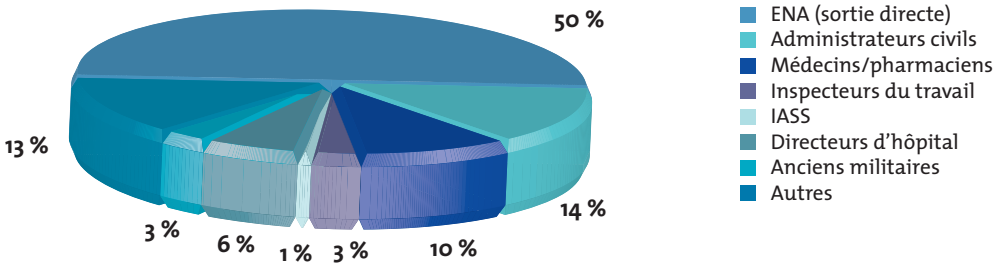
Un service de 160 personnes

Le service de l'IGAS tire avant tout sa richesse de la grande diversité des profils et des expériences professionnelles de ses membres.

- **Le corps de l'IGAS compte 186 membres, dont 115 en activité au sein du service de l'IGAS (au 31 décembre 2012).** La majorité d'entre eux est issue de l'École nationale d'administration : arrivés à la sortie de l'école ou en cours de carrière après avoir été retenus par un comité de sélection interne.
  Mais l'Inspection compte également en son sein des médecins, des pharmaciens, des ingénieurs, des anciens directeurs d'établissements de santé, ou des anciens inspecteurs du travail.
  Les inspecteurs qui font partie du corps de l'IGAS assument fréquemment des fonctions en dehors du service (en détachement ou en disponibilité). Cette pratique, prévue par les textes pour les anciens élèves de l'ENA, garantit la diversité des expériences professionnelles des membres du service. À ce titre, chaque année, un tiers environ des inspecteurs de l'IGAS quittent le service, et un tiers y reviennent. C'est ainsi que l'IGAS joue un rôle majeur pour attirer des compétences dans le champ social.
  66 % des inspecteurs sont des hommes et 34 % des femmes. L'âge moyen est de 48 ans.

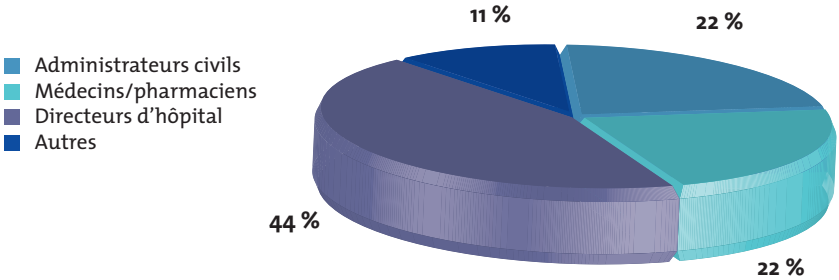
Corps de l'IGAS : origine des membres du corps (décembre 2012)

Origine	Total	%
ENA (sortie directe)	94	50
Administrateurs civils	26	14
Médecins/pharmaciens	18	10
Inspecteurs du travail	5	3
IASS	2	1
Directeurs d'hôpital	11	6
Anciens militaires	6	3
Autres	24	13
Ensemble	**186**	**100**



- **Le service de l'IGAS compte aussi 18 conseillers généraux des établissements de santé (CGES).** Les conseillers généraux des établissements de santé (CGES), dont le statut d'emploi a été créé par décret du 21 juin 2006, sont des spécialistes confirmés dans le domaine de la santé et spécialement de la gestion hospitalière. Leur rattachement à l'IGAS est effectif depuis janvier 2010.
  Au sein du service de l'IGAS, ils interviennent pour auditer ou évaluer les établissements de santé, ou conduire auprès des directeurs généraux des Agences régionales de santé des missions d'appui et de conseil. En 2012, ils se sont impliqués tout particulièrement dans des missions d'administration provisoire ou de suivi d'établissements en difficultés financières.
  Fin décembre 2012, ils étaient au nombre de 18. Ils ont des parcours variés : directeurs d'Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), administrateurs civils, directeurs d'hôpitaux, praticiens hospitaliers, etc.

CGES : origine des membres (décembre 2012)



Origine	Total	%
Administrateurs civils	4	22
Médecins/pharmaciens	4	22
Directeurs d'hôpital	8	44
Autres	2	11
Ensemble	**18**	**100**

- **Une trentaine de personnes sont en charge des fonctions supports**
  Section des rapports, systèmes d'information, documentation, budget-logistique-déplacements, ressources humaines-formation : ces services jouent un rôle majeur pour soutenir l'intelligence collective de l'Inspection.
  À titre d'exemple, la section des rapports finalise, chaque année, la mise en forme de plus de 200 produits (rapports, notes d'étape, compte-rendu d'intervention…) et assure leur diffusion ; la documentation est en support permanent des missions ; le service des systèmes d'information développe, entretient ou met à la disposition des inspecteurs les moyens informatiques généraux et plusieurs outils spécifiques aux fonctions du service (système de suivi des missions, espaces collaboratifs, outils de contrôle automatisés…).

Le collège cohésion sociale en 2012

Le périmètre du collège cohésion sociale recouvre l'addition des politiques sectorielles en direction des personnes vulnérables, mineurs en danger, personnes âgées dépendantes, personnes souffrant d'un handicap, citoyens en situation d'exclusion sociale, visant à la compensation des manques individuels et à l'accès aux droits sociaux. De manière plus générale, ces politiques visent à étayer et restaurer la cohésion sociale, entendue comme la capacité d'une société à faire vivre ensemble tous les citoyens.

Ce domaine est marqué par l'importance des compétences des collectivités territoriales, de l'intervention des associations et un rôle de l'État qui le positionne d'abord comme stratège et législateur et le place beaucoup plus rarement comme acteur direct de la mise en œuvre des politiques. Cela a des conséquences sur la nature des interventions et explique que la moitié des missions soient conjointes.

En 2012, l'IGAS a souvent fourni un appui à l'administration, des parlementaires ou des personnalités (10 missions). Les missions d'audit et de contrôle, peu nombreuses (6), ont été marquées par les audits de directions départementales interministérielles suite à la réforme de l'administration territoriale de l'État.

Les missions d'évaluation représentent près de la moitié de l'activité (16) dans ce champ. L'IGAS a été amenée à traiter des questions de société comme les questions sanitaires liées à l'exercice de la prostitution, mais aussi à évaluer des dispositifs, comme la politique de scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap ou celle de l'offre d'équipement médico-social pour les personnes handicapées.

Le domaine n'exclut pas des missions d'une grande technicité comme l'évaluation des charges fiscales et sociales des établissements d'hébergement pour personnes agées dépendantes (EHPAD) et des services de soins à domicile en fonction du statut juridique d'exercice.

En matière d'aide sociale à l'enfance, il n'a pas été lancé de mission de contrôle en 2012, l'effort a porté sur l'évaluation du placement familial et la participation à l'élaboration d'un outil d'autodiagnostic avec l'Association des départements de France.

Prostitutions : les enjeux sanitaires

Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger, Dr. Julien Emmanuelli
Une mission du programme d'activité de l'IGAS

Dans le cadre de son programme d'activité, l'Inspection générale des affaires sociales a conduit une mission sur les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution.

Il n'y a pas une, mais des prostitutions. **Le terme de prostitution recouvre des réalités diverses**, contrastées, en constante évolution. Les seules données disponibles portant sur la prostitution de rue décrivent une population largement constituée de femmes étrangères en situation irrégulière et vivant dans des conditions souvent précaires. Mais une part sans doute importante de l'activité prostitutionnelle demeure invisible et très mal connue : prostitution qui se pratique à l'intérieur, en appartement ou en hôtel.

Ces prostitutions différentes induisent des problèmes et des besoins variables en termes de santé. Les personnes qui se prostituent ne sont pas facilement accessibles. De façon générale, **l'isolement et la clandestinité apparaissent comme des facteurs d'aggravation des risques** en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention.

Les interventions associatives combinent généralement des tournées mobiles pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu d'activité à un accueil sans rendez-vous dans un local fixe. Outre les difficultés accrues pour accéder aux publics prostitués, les restrictions des budgets des associations les obligent souvent à réduire la fréquence des tournées, compromettant l'efficacité d'un travail qui demande un minimum d'intensité et de régularité sur le long terme. Mais surtout, elles laissent assez largement de côté d'autres formes de prostitution, moins visibles, mais probablement appelées à tenir une place croissante dans la prostitution.

Aux termes de ses investigations, la mission estime que **les enjeux sanitaires liés à la prostitution justifient une approche de type « *mainstreaming* »** prenant en compte les problématiques prostitutionnelles dans les différentes politiques menées.

Il apparaît nécessaire de conforter et développer l'approche préventive. Les publics les plus fragiles méritent une attention particulière. La mission s'inquiète tout particulièrement de la situation des jeunes mineurs qui se prostituent. Par ailleurs, la mission souligne la part importante parmi les publics qui se prostituent des personnes en situation de précarité et notamment des étranger(e)s en situation irrégulière.

Il importe enfin de mieux prendre en compte la « face cachée » de la prostitution qui reste actuellement à l'écart des actions de prévention.

De façon plus générale, l'amélioration de la connaissance concernant les différentes formes de prostitutions constitue un préalable indispensable pour assurer la prise en charge des enjeux sanitaires qui y sont associés. Ce n'est que sur cette base que les pouvoirs publics pourront développer une approche pragmatique visant à organiser et faire converger les efforts de tous les acteurs, au-delà des clivages idéologiques et des blocages actuels.

Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement

Anne Auburtin et Agnès Jeannet (IGAS)
Laurent Vachey et Frédéric Varnier (IGF)

La mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF a conduit une double analyse relative :

- à l'adaptation de l'offre des établissements et des services aux besoins présents et futurs des personnes en situation de handicap,
- aux conditions nécessaires pour réformer le financement du secteur.

Ce secteur offre près de 450 000 places pour une dépense globale publique de 16 Mds €, tous financeurs confondus (État, Conseils généraux et Assurance maladie). Son contexte de développement a profondément changé avec les lois du 2 janvier 2002 qui a reconnu des droits nouveaux aux personnes accueillies et du 11 février 2005 qui a substitué la démarche de recherche d'autonomie à celle de prise en charge.

Concernant l'offre, les outils manquent pour évaluer son adaptation aux besoins des personnes. D'une part, les causes et les évolutions prévisibles des situations de handicap sont mal connues. D'autre part, si l'offre en places de services et établissements est bien appréciée dans sa répartition quantitative, la réponse aux besoins des personnes est lacunaire.

Aussi la mission préconise-t-elle de construire deux outils permettant :

- **de définir et mesurer les prestations des établissements et services ;**
- **d'évaluer la lourdeur des besoins d'accompagnement des personnes.**

Ces deux outils sont indispensables pour permettre de comparer les structures entre elles et de fonder à la fois une programmation de l'offre pertinente et un système de financement équitable. Ces outils ont fait l'objet d'une expérimentation en France et un outil fonctionne depuis cinq ans dans la région de Bruxelles-Capitale, en Belgique.

Concernant le financement, le système actuel ne permet pas une bonne allocation de la ressource. Les disparités de coûts entre établissements de même catégorie ne s'expliquent que par l'histoire. La dépense de soins totale n'est pas identifiée en raison des cloisonnements entre les différentes modalités de recours (soins de ville, forfaits de médicalisation, prix de journée).

La mission préconise **une méthode de conduite de projet en quatre étapes :**

1/ et 2/ construire les deux outils de pilotage de l'offre ci-dessus présentés,

3/ procéder à une étude nationale de coûts,

4/ élaborer différents scénarios de financement assortis de la mesure de leur impact.

La mission recommande de ne pas préempter un modèle précis de financement avant l'achèvement de la phase 3.

Enfin, la mission propose de mettre fin, pour trois types d'établissements, aux financements croisés qui sont sources de complexité, voire de blocages et détaille une panoplie de mesures qui peuvent être mises en œuvre sans délais.

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

Philippe Blanchard, Hélène Strohl-Maffesoli, Bruno Vincent

Une mission du programme d'activité de l'IGAS

Une aide technique est, au sens du code de l'action sociale et des familles (CASF) : « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap ». Le recours à ces aides est très répandu chez les personnes handicapées ou âgées dépendantes : ainsi, la prestation de compensation du handicap (PCH) finance des aides techniques pour plus de la moitié des personnes handicapées. Et une très grosse majorité des personnes âgées dépendantes ont recours à au moins une aide technique (82 % chez les GIR 1 – 2, 73 % chez les GIR 3-4).

Or, **le dispositif de prise en charge de ces aides est très insatisfaisant.** Il se distingue de celui d'autres pays européens par la triple distinction opérée entre maladie, handicap et vieillesse avec, pour principales conséquences : une complexité considérable dans la mise en œuvre, des délais de prise en charge particulièrement longs et des inégalités de traitement marquées entre des utilisateurs ayant pourtant un besoin comparable de compensation.

D'un point de vue financier, les enjeux pour les pouvoirs publics sont aujourd'hui limités : ainsi, la part de dépenses des aides techniques représentent 1,4 % de la PCH, soit moins de 20 M€ par an. Le financeur aujourd'hui le plus concerné est l'assurance maladie qui, au travers de la liste des produits et prestations (LPP), finance, en 2012, 624 M€ d'aides techniques (soit moins de 0,3 % de l'ONDAM), la part de cette dépense consacrée aux personnes âgées dépendantes ou handicapées n'en constituant qu'une des composantes.

Les financements d'aides techniques sont répartis entre de multiples organismes : protection sociale, conseils généraux, aides extralégales d'autres niveaux de collectivités et des caisses primaires d'assurance maladie et MSA, Agefiph notamment. Or, le poids relatif de ces financements est trop faible pour chacun d'entre eux pour que les incohérences et la maîtrise des coûts constituent une priorité de réforme.

Le système de prise en charge actuel n'étant pas piloté, **la complexité du dispositif se reporte sur les usagers ainsi que sur les administrations gestionnaires** (conseils généraux et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), ce qui induit une qualité de service peu satisfaisante, notamment au regard des délais et de l'identification des besoins, des coûts de gestion importants pour les administrations et un risque d'absence de maîtrise de la dépense publique globale (comme l'illustre le cas des audioprothèses).

La simplification du dispositif permettrait une meilleure maîtrise des dépenses, une diminution des coûts de gestion ainsi qu'une meilleure réponse aux besoins des usagers. La mission propose deux scénarii : renforcer le rôle de la sécurité sociale et de l'assurance maladie dans le pilotage et le financement du dispositif, ou l'optimisation sans refonte d'ensemble du pilotage et du financement.
Elle recommande enfin des mesures applicables dans les deux cas de figure, passant notamment par un meilleur encadrement de la formation des prix et de la liberté de choix des utilisateurs. Au-delà, plusieurs voies d'amélioration méritent d'être poursuivies, notamment par une professionnalisation accrue des prescripteurs.

Évaluation de la procédure d'agrément des conventions et accords collectifs d'entreprise et d'établissement du secteur social et médico-social

Patricia Sitruk

Depuis la loi du 30 juin 1975, les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite conclus par les établissements et services à but non lucratif du secteur médico-social (ESSMS) sont soumis à un contrôle a priori de l'État, sous la forme d'un agrément.

Cette disposition, exorbitante du droit commun, s'applique à plus de 27 000 établissements, 9 000 employeurs et 700 000 salariés. Elle est justifiée par la nécessité de maîtriser la dépense publique : les charges de personnel représentent entre 70 et 90 % du budget des ESSMS. Si le premier effet de l'agrément est son opposabilité aux autorités de tarification, la jurisprudence en a élargi l'impact en précisant qu'un accord, pour être applicable aux salariés, doit être agréé.

Missionnée pour évaluer l'agrément, pour les accords autres que les conventions collectives nationales, l'IGAS a constaté que la procédure mise en place est disproportionnée par rapport aux enjeux financiers. La procédure d'instruction est lourde, elle concerne nombre d'accords qui n'ont pas d'incidence financière (une part d'entre eux ne font d'ailleurs pas l'objet d'une demande d'agrément). Globalement, même si elle conduit à une maîtrise de la dépense en raison des refus qui sont prononcés, les enjeux financiers sont limités et sans commune mesure avec ceux des conventions collectives nationales.

La mission a exclu de déconcentrer la procédure (ce qui accroîtrait les coûts de gestion sans apport d'efficacité) et proposé soit de supprimer l'agrément des accords d'entreprise, soit d'en limiter le champ aux accords ayant une incidence financière. Quel que soit le scénario retenu, la mission estime nécessaire de faire évoluer les instances de pilotage de l'évolution de la masse salariale pour y associer les collectivités territoriales à hauteur de leur part dans le financement des ESSMS.

Les investigations menées ont conduit la mission à poser la question de l'évolution du dispositif global, y compris les conventions collectives nationales. Les objectifs du dispositif ne sont en réalité plus uniquement financiers ; s'y ajoutent un contrôle de la conformité au droit du travail et le suivi de la professionnalisation du secteur.
Sur le plan financier, le rapport relève la coexistence de deux mécanismes d'opposabilité, puisqu'il existe aussi une opposabilité des enveloppes limitatives des ESSMS introduite en 1998, confirmée par la loi du 2 janvier 2002 et organisée par les articles L 314-7 et L 313-8 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, comme de nombreuses missions dans le secteur médico-social, la nécessité d'optimiser le système d'information a été soulevée. Sur ce thème comme dans d'autres, les limites des systèmes d'information et des remontées de données ont un impact sur les capacités de pilotage.

Le collège protection sociale en 2012

Le collège protection sociale intervient sur les mécanismes de compensation des risques sociaux[1] et sur les questions transversales relatives au financement de la protection sociale.

En 2012, l'IGAS est intervenue dans ce domaine sur 19 missions, globalement équilibrées entre les objectifs de contrôle, d'évaluation, d'appui, conseil et expertise, ainsi qu'en évaluation des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui lient l'État avec les organismes de sécurité sociale.

Les missions relatives à des organismes ont concerné :

- la gestion du régime général : évaluation de la COG État-Cnaf, de la COG État-branche AT-MP ;
- les régimes spéciaux des salariés : contrôle des marchés et achats de médicaments et dispositifs médicaux du régime minier, évaluation des COG État-ENIM et État-caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF ;
- les régimes de professions libérales : contrôle de la CNBF, de la CARPIMKO ;
- les régimes complémentaires : contrôle de la COG État-IRCANTEC, évaluation des contrats d'objectifs liant l'AGIRC et l'ARRCO aux institutions de retraite complémentaire, contrôle des activités retraite du groupe de protection sociale Réunica ;
- un travail de comparaison des performances de gestion entre organismes de retraite de base a enfin été effectué.

En termes de risques, les missions se sont centrées sur la retraite (cumul emploi retraite, contrôle des placements des régimes de retraite complémentaires, évaluation du pilotage financier des régimes de retraite professionnels) et sur la maladie (maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, dettes et créances internationales en matière d'assurance maladie ; fiscalité applicable aux produits de santé).

L'IGAS a également réalisé des missions importantes d'évaluation des aides personnelles au logement, du risque invalidité et, en matière de recouvrement, a appuyé l'administration dans son appréciation d'une potentielle fusion IRPP-CSG.

Partant du haut niveau de notre protection sociale, de ses défis financiers et des nouveaux risques sociaux, les travaux de l'IGAS ont essayé de déterminer les voies d'une révision du « panier de droits » actuel qui respecte notre modèle social et permette de rétablir sa soutenabilité financière dans l'équité entre les personnes et les diverses catégories socioprofessionnelles.

1. À l'exclusion du risque chômage traité par le collège travail- emploi et des risques logement, pauvreté et exclusion sociale traités par le collège cohésion sociale.

Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012 liant l'État et la CNAF et perspectives pour la prochaine COG

Abdelkrim Kiour, Michel Laroque et Julien Rousselon
Une mission du programme d'activité de l'IGAS

La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) gère la branche famille avec le concours de 102 caisses d'allocations familiales et de structures informatiques régionales. Ses dépenses se sont élevées en 2011 à 77 Mds € de prestations familiales, de logement et de lutte contre la précarité versées à 11,4 millions de bénéficiaires et concernant plus de 30 millions de personnes. 34 000 agents participent à cette gestion.

Priorité de la COG, **l'offre globale de service, qui vise une approche unifiée de l'allocataire en combinant prestations légales et interventions sociales, n'a émergé que lentement et devrait être généralisée dans le cadre de la prochaine convention**. Les aides personnelles au logement pourraient dans ce cadre être un objectif privilégié. La qualité de service offerte, après une détérioration due à la crise économique et à la création du revenu de solidarité active, devrait atteindre les objectifs de la COG, malgré une hétérogénéité persistante entre CAF.

Le bilan de l'action sociale familiale est nuancé. Si l'objectif de création des places d'accueil de jeunes enfants fixé à la CNAF est presqu'atteint, les créations, nettes de réduction de places, notamment pour les enfants de deux à trois ans en écoles maternelles, sont limitées et posent la question des priorités de financement et d'effectif dans ce domaine. Les autres domaines de l'action sociale mériteraient d'être mieux priorisés.

En matière de performance de gestion, la difficile opération de départementalisation des CAF a été quasiment réalisée sur le plan juridique. Il reste à la mener à terme dans la gestion quotidienne des nouveaux organismes. Des mutualisations de formes diverses ont été multipliées et soulèvent à terme la question des capacités de pilotage de la caisse nationale ainsi que de l'optimisation de la structure du réseau.
La mission recommande une pluri-départementalisation pragmatique, au cours des prochaines COG, concentrée sur l'atteinte d'une taille critique par les plus petites CAF.

Les progrès de la dématérialisation et des logiciels devraient conduire à une mutation sensible des modes de gestion. S'appuyant essentiellement sur une analyse de la réduction des écarts entre caisses, la mission a estimé que des économies et des réductions de postes non négligeables étaient réalisables sur la durée de la COG. Une véritable direction des ressources humaines de la branche serait à mettre en place.

Pour ce qui concerne la maîtrise des risques, malgré la non certification de l'exercice 2011 par la Cour des comptes, qui correspond effectivement à la nécessité de limiter les indus et rappels ainsi que de renforcer la gestion du recouvrement, de nouvelles techniques sont en développement. Diverses recommandations sont formulées pour remobiliser les CAF sur la politique de contrôle, améliorer un recouvrement inadéquatement scindé entre l'ordonnateur et le comptable et développer un objectif de production « zéro défaut », que devrait porter la nouvelle gestion par les processus.

Pour ce qui concerne l'évolution du système d'information, des progrès significatifs ont été réalisés. La dématérialisation et la liquidation automatique devraient constituer les priorités de gestion de la prochaine COG. Le développement des échanges informatisés avec les partenaires devra être renforcé et l'organisation des centres informatiques unifiée dans des services communs interrégionaux.

Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion de l'IRCANTEC (2010-2012)

Constance Bensussan, Frédéric Laloue, Annick Morel (IGAS)
Pierre Amidey (CéGEFI)

L'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'état et des collectivités publiques (IRCANTEC) recouvre les cotisations de 66 000 employeurs et verse à 1,7 million de retraités 2,2 Mds € de prestations (chiffres 2010).

Ce régime est géré (avec 48 autres fonds de protection sociale) par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion, celle évaluée étant la première et s'étant révélée un élément structurant pour la gestion du régime, bien appropriée par le conseil d'administration et le gestionnaire.

Une réforme de consolidation du régime est intervenue en 2008 afin d'assurer sa solvabilité à long terme, notamment par un ajustement progressif des taux de cotisations et des valeurs de service du point jusqu'en 2018. Le conseil d'administration disposera à cette date de la pleine responsabilité dans le pilotage du régime et la prochaine COG devra poursuivre l'accompagnement par la Caisse des dépôts et consignations du nouveau rôle des administrateurs.

L'IRCANTEC a progressé dans sa qualité de service, notamment en ce qui concerne l'information des usagers, employeurs, actifs, retraités. Les objectifs de délais de liquidation des pensions n'ont cependant pas été tenus en 2011.

La productivité du processus liquidation apparaît comme le point faible des résultats obtenus, nécessitant une mobilisation de tous les leviers disponibles pour l'améliorer (articulation avec AGIRC-ARRCO dans les Centres d'information conseil et accueil des salariés (CICAS), optimisation de la gestion interne de la CDC, attitude proactive sur la mise à jour des comptes de droits, développement des systèmes d'information), a fortiori avec la perspective de forte croissance des liquidations à partir de 2014.

La maîtrise des coûts de gestion reste très perfectible ainsi que leur transparence, qu'il s'agisse de la répartition des frais généraux de la CDC et de celle des coûts de gestion des différents autres fonds de protection sociale. Il n'est alors pas possible de mesurer les avantages liés à cette large mutualisation.

L'action sociale de l'IRCANTEC est enfin apparue complexe, donc coûteuse et pas assez articulée avec la CNAV et l'AGIRC-ARRCO, notamment vers la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Note de proposition sur une analyse des niveaux de protection sociale

Étienne Marie

Une mission du programme d'activité de l'IGAS

La note propose d'établir une échelle de mesure du niveau de tel segment de protection sociale en rapportant le taux de prise en charge au risque considéré. Une protection sociale serait ainsi qualifiée de minimale avec un taux de prise en charge de 40 %, puis d'élémentaire (50 %), acceptable (60 %), satisfaisante (70 %), de haut niveau (80 %), de très haut niveau (90 %), intégrale (100 %), excessive (supérieure à 100 %).

Il ne s'agit que d'une hypothèse, trop nuancée sans doute, trop partielle aussi (d'autres éléments jouent pour mesurer une protection sociale) mais qui vise à faire comprendre que l'on ne peut raisonner sur la protection sociale et ses réformes selon que l'on part d'une couverture minimale ou d'une couverture de très haut niveau, ce qui est parfois la tentation.
La note rappelle aussi que l'absence de mesure peut conduire à se fixer une référence implicite de prise en charge intégrale des risques sociaux par la collectivité, non soutenable financièrement et socialement, et qui n'a jamais été de ce fait dans la pensée des fondateurs de la sécurité sociale.

La note constate que s'il y a un débat public sur le niveau de tel type de protection sociale (ex : minima sociaux, chômage, retraite), cela est loin d'être généralisé, que la référence de niveau soit implicite (ex : prise en charge à haut niveau des soins de santé) ou inconnue (ex : longue maladie et invalidité, famille-logement, autonomie).

Il n'y a pas enfin de consolidation de la mesure entre les différents risques sociaux. Ces limites s'expliquent par la complexité (éclatement des régimes notamment) et le voile d'ignorance qui caractérisent les transferts sociaux, la préférence du politique pour le champ des risques et des bénéficiaires par rapport au niveau de protection accordé, par l'absence de débat doctrinal sur le sujet et de référence normative.

La note propose d'approfondir le référentiel de mesure proposé, de positionner les diverses couvertures sociales sur celui-ci et de rendre publics ces résultats ; elle propose d'exclure les couvertures extrêmes et de promouvoir l'idée d'une protection sociale de haut niveau ; elle propose enfin de construire des mécanismes de prise en compte des avantages servis par l'ensemble des collectivités publiques, dont l'éclatement est une des principales sources de difficulté de maîtrise du niveau de notre protection sociale.

L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque

Dr. Pierre Aballea, Étienne Marie

L'article 80 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit que « le Gouvernement dépose au Parlement avant le 1er janvier 2012 un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés … ; ce rapport propose des indications pertinentes de pratique pour les échelons locaux du service médical de l'assurance maladie en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions ».

La mission a tout d'abord jugé important de rappeler qu'**évaluer l'invalidité n'est pas évaluer l'altération grave et stabilisée de l'état de santé d'une personne, mais évaluer les effets de cette altération sur sa capacité de travail donc de gain en vue de sa compensation financière par les régimes de sécurité sociale**. Cette définition est universelle et acquise dès la création du risque invalidité il y a 80 ans. Cette double évaluation, fortement dépendante de la personne et de l'environnement de chaque individu, est à cet égard un des programmes sociaux les plus complexes, en France comme dans les autres pays.

La mission a étendu le champ de ses réflexions à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, de base et complémentaires et ne s'est donc pas limitée au seul régime général. Elle a en effet constaté que, seule parmi les autres pays, la France connaissait un tel éclatement du risque invalidité et que l'hétérogénéité des attributions entre régimes conduisait à une hétérogénéité au moins aussi importante qu'au sein d'un même régime.

Après avoir replacé la problématique proposée par le Parlement dans ces diverses perspectives, le rapport donne une réponse positive à la question posée par celui-ci et se prononce **pour la création d'un barème d'évaluation de l'état d'invalidité cohérent avec celui du handicap**, dès lors que cette création :

- est complétée par la création de référentiel et de processus de mesure de l'employabilité, le premier d'entre eux étant le suivi de la situation de la personne durant la période de longue maladie et la prévention de sa désinsertion professionnelle ;
- fait l'objet d'une animation des réseaux d'évaluateurs ; si les barèmes et référentiels sont des outils nécessaires, ils ne sont nulle part suffisants, dès lors qu'ils sont toujours indicatifs et engagent un jugement sur une situation complexe ;
- est généralisée à tous les régimes, ceux-ci étant sur la durée unifiés, compte tenu des trop forts écarts qui existent actuellement entre nos concitoyens sur ce risque certes rare, mais grave et fortement prévalant chez les plus modestes d'entre eux ;
- est expérimentée, le travail de vérification de ses propositions mené par la mission sur un département devant être élargi ;
- est pilotée par une instance interne commune aux administrations de la sécurité sociale d'une part, du travail et de l'emploi d'autre part, un tel pilotage n'existant pas actuellement pour un risque, perpétuel angle mort des politiques sociales alors qu'il représente 7,5 Mds €.

Le collège santé en 2012

La santé a donné lieu à 37 missions en 2012.

Dans le cadre de la production de son rapport 2012 consacré à l'hôpital, l'IGAS a continué d'investir fortement le champ hospitalier : évaluation du dispositif de la liste en sus, évaluation de la place et du rôle des cliniques privées, bilan sur les fusions et regroupements hospitaliers, évaluation du pilotage et du financement de l'investissement hospitalier.

Par ailleurs, outre des missions s'inscrivant dans le cadre d'une procédure disciplinaire pour des praticiens hospitaliers, l'IGAS a mené plusieurs missions de contrôle d'établissements de santé en difficulté.

Les agences sanitaires et les opérateurs de l'État restent un sujet de préoccupation. Un audit approfondi de l'ANSES a eu lieu, ainsi qu'une évaluation du contrat d'objectifs et de performance de l'Institut de veille sanitaire (InVS), un bilan de l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS) et de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN). Une évaluation des missions des principaux opérateurs du champ sanitaire et social a également été menée, en vue d'une hiérarchisation des missions de l'État dans le domaine de la santé et de l'autonomie.

D'autres missions ont porté sur les produits de santé : évaluation de la politique des génériques, expertise juridique sur les dispositifs médicaux, pilotage de la réforme visant à supprimer la vignette pharmaceutique, évaluation de la fiscalité applicable aux médicaments.

Plusieurs rapports traitent également de sujets relatifs à l'outre-mer. Il s'agit notamment du contrôle de la situation financière de l'agence de santé de Wallis et Futuna, d'un appui à l'ARS de l'Océan indien en vue de la définition d'une stratégie prospective du système de santé à Mayotte et d'une évaluation des conditions de mise en œuvre d'une majoration du traitement des fonctionnaires affectés à Mayotte.

Enfin, l'IGAS a conduit, en lien avec l'Inspection générale des finances (IGF), une mission d'évaluation visant à proposer une stratégie permettant de maîtriser l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) entre 2013 et 2017. Il s'agit en effet d'un enjeu majeur si l'on souhaite sauvegarder le système de soins, compte tenu du contexte actuel très tendu sur le plan des finances publiques.

Évaluation de la politique française des médicaments génériques

Dorothée Imbaud, Alain Morin, Dr. Sylvain Picard, François Toujas
Une mission du programme d'activité de l'IGAS

L'IGAS a évalué la politique française des médicaments génériques selon deux axes principaux : les enjeux de sécurité, d'efficacité et de qualité du médicament générique et la pertinence du modèle médico-économique.

La politique du médicament générique souffre de nombreux freins structurels. La politique de développement du médicament générique a permis de réaliser depuis 2002 des économies importantes, même si le niveau atteint en France reste largement inférieur à celui de ses voisins européens. La politique menée en leur faveur se heurte à de nombreux freins structurels : le poids important des primo-prescriptions hospitalières, les prises de position de certains leaders d'opinion mettant en cause la qualité des médicaments génériques, les stratégies de contournement des laboratoires.
La procédure d'autorisation de mise sur le marché des médicaments génériques est identique à celle des princeps à l'exception des études cliniques qui sont remplacées par des études de bioéquivalence. La mission a procédé à une revue de la littérature médicale internationale concernant l'efficacité qui démontre une absence de supériorité des princeps par rapport aux médicaments génériques, y compris pour les médicaments à marge thérapeutique étroite.
Les contrôles réalisés depuis plus de 10 ans par les autorités sanitaires sur les produits commercialisés ont mis en évidence un taux de conformité satisfaisant.

La mission préconise de revoir le système de fixation de prix qui organise une rente pérenne au profit des laboratoires de princeps en diminuant de 20 % le prix des princeps tombés dans le domaine public et de 10 % celui des médicaments génériques. Elle incite les pouvoirs publics à ne pas rémunérer comme des princeps les fausses innovations médicamenteuses (« me too »).

La mission recommande de mobiliser l'ensemble des acteurs du secteur. Pour les médecins, elle suggère la mise en place d'un système de bonus-malus pénalisant les faibles prescripteurs dans le répertoire et la généralisation des logiciels d'aide à la prescription.
Pour les pharmaciens, elle recommande la stabilité des marques lors de la délivrance des médicaments génériques à l'ensemble des patients chroniques. En outre, le plafond réglementaire des remises sur achat pourrait être supprimé et un système de remise sur ristournes (inspiré du modèle anglais Claw back) mis en place.
Les patients, quant à eux, doivent être davantage informés.

Concernant la sécurité sanitaire, **la mission estime indispensable de relocaliser en Europe une partie de la production stratégique de médicaments** et de renforcer au niveau européen les procédures d'inspection des centres réalisant les études de bioéquivalence et des exploitants de médicaments génériques.

La suppression de la vignette pharmaceutique : évaluation des modalités de mise en œuvre

Bruno MAQUART

L'Inspection générale des affaires sociales s'est intéressée aux modalités de suppression de la vignette pharmaceutique, portée par chaque boîte de médicament remboursable. **La vignette, permettant le remboursement par la Sécurité sociale, est inutile depuis la généralisation de la télétransmission des feuilles de soins.** Aussi, envisagée dès 1999, sa disparition a-t-elle enfin été programmée pour la fin de l'année 2012. Le rapport évalue les conditions de cette évolution et propose une solution de remplacement simple, compatible avec des délais contraints.

Chaque boîte de médicament comporte notamment, outre la vignette, un code de traçabilité communément appelé **DataMatrix. Il est proposé de se servir de ce dernier comme support unique de l'identifiant du médicament.** Ce changement conduit à la suppression de toute mention du prix sur la boîte, ainsi qu'y procèdent de nombreux pays étrangers. Les prix et les conditions de prise en charge par l'assurance maladie seraient dès lors appelés sur des bases de données embarquées sur le poste informatique de l'officine, régulièrement mises à jour. Le corollaire en serait l'obligation, pour le pharmacien, de remise au patient d'une facture détaillée sur papier.

Cette solution présente l'avantage de simplifier l'utilisation du prix comme outil de régulation de la dépense pharmaceutique collective. Afin d'en neutraliser les effets négatifs sur l'économie de l'officine, le rapport propose d'introduire une nouvelle procédure de changement de prix progressive. L'obstacle résiduel à une suppression de la vignette à court terme est d'ordre technique, mais il est surmontable : si l'équipement matériel des pharmacies est à 70 % adapté, les logiciels ne le sont encore que dans une proportion d'environ 20 %. Il est suggéré que l'assurance maladie prenne les mesures permettant d'améliorer la situation à très court terme.

Au-delà, le rapport apporte sa pierre à la réflexion sur un meilleur usage du médicament en proposant **l'introduction d'une mention claire et lisible du caractère remboursable ou non du médicament sur la boîte. Il suggère également de réfléchir à une mention du service médical rendu sur la boîte ou la notice du médicament.** Dans le même esprit, une base informative publique et gratuite pourrait être créée, consultable également sur smartphone, en scannant le DataMatrix de toute boîte.

Enfin, le rapport plaide pour une refonte complète des conditions de publicité de l'information tarifaire par l'autorité publique : seraient désormais publiés selon un calendrier fixe, sous forme téléchargeable, des avis tarifaires standardisés, facilement incorporables aux bases de prix utilisés par les pharmaciens.

Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017

Virginie Cayre, Hubert Garrigue-Guyonnaud, Dominique Giorgi et Marine Jeantet (IGAS)
Vincent Lidsky, Pierre-Emmanuel Thiard, Maryvonne Le Brignonen, Jérôme Thomas et Mathieu Olivier (IGF)

Dans un contexte de déficit persistant de l'assurance-maladie (8,6 Mds € en 2011), la maîtrise de la progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) apparaît comme un enjeu majeur. Une progression limitée à 2,5 % par an suppose ainsi de réaliser un effort d'économies de 2,8 Mds € par an. Cela correspond *a minima* à la poursuite de celui qui a été engagé au cours des dernières années. Toutefois, **seules des mesures structurelles concernant l'ensemble du système de santé permettront de soutenir un tel effort d'économies tout en préservant, voire en améliorant, la qualité et l'équité de l'accès aux soins**.

La maîtrise médicalisée des prescriptions, et notamment des volumes, doit être renforcée en médecine de ville, mais aussi dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux. La mise en place d'objectifs médicalisés de prescription pour chaque médecin libéral pourrait ainsi générer près de 1,5 Mds € d'économies sur la période 2012-2017.

La maîtrise de l'ONDAM passe également par une facturation à l'assurance-maladie des prestations de santé aux meilleurs prix possibles. Cette démarche suppose d'engager des restructurations et des gains d'efficience, notamment pour les laboratoires de biologie et les pharmacies d'officine, marqués par une densité sensiblement supérieure à la moyenne européenne. Il faut y ajouter les baisses de prix sur les produits de santé, notamment sur les génériques et sur les biosimilaires, alors même que des tombées de brevets importants sont attendues d'ici 2017.

Une pression continue sur le sous-objectif hospitalier de l'ONDAM avec une tarification à l'activité techniquement stabilisée, conduirait les gestionnaires à gagner régulièrement en efficience. Une meilleure maîtrise des charges de fonctionnement et un suivi plus rigoureux des charges financières de l'ensemble des établissements peuvent être obtenus dans le cadre d'une démarche contractuelle. Dans le secteur médico-social, la révision des modèles de tarification et la construction d'une échelle des coûts sont des pré-requis pour pouvoir financer au juste prix et de manière équitable les établissements.

Enfin, la maîtrise des dépenses doit se traduire par un recentrage de l'hôpital sur son cœur de métier, qui est la prise en charge des pathologies lourdes nécessitant des équipes spécialisées et des équipements coûteux. A cet égard, des progrès peuvent être réalisés par un désengorgement des urgences, le développement d'alternatives à l'hospitalisation ou encore des reconversions du sanitaire vers le médico-social. L'objectif est de permettre aux établissements de diminuer progressivement leurs effectifs sans altérer la qualité des soins. Cela nécessite en parallèle une structuration des soins de ville autour d'équipes pluridisciplinaires et une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

Le succès de ces mesures est cependant conditionné au développement de systèmes d'information communicants, d'une politique de prévention ambitieuse, d'une politique de qualité et de formation des professionnels à la hauteur des enjeux et à une gouvernance clarifiée de nature à faciliter la mise en œuvre des réformes proposées.

Évaluation de la prise en charge du diabète

Danièle Jourdain-Menninger, Annick Morel, Dr. Gilles Lecoq,
Une mission du programme d'activité de l'IGAS

L'Inspection générale des affaires sociales a mené une mission d'évaluation transversale de la politique de santé publique relative à la prise en charge du diabète, qu'elle s'opère en ville ou à l'hôpital. A travers le diabète, devenue la première des maladies chroniques en France (3 millions de personnes atteintes), le rapport illustre la nécessaire adaptation du système de soins au nombre croissant des maladies au long cours.

La mission relève, malgré les nombreuses initiatives des pouvoirs publics et des régimes d'assurance maladie, **les limites de l'impact des politiques publiques sur la courbe de croissance de l'obésité et du surpoids**, principal facteur d'apparition du diabète de type 2 : son développement est particulièrement préoccupant chez certaines populations (notamment les milieux socio-économiques défavorisés) et dans certains territoires (dont les départements d'outre-mer).

Les progrès dans la surveillance et le traitement de la pathologie marquent le pas, notamment en raison de l'organisation actuelle du système de soins primaires qui a été conçu pour répondre à des pathologies aigües. L'adaptation des soins primaires aux maladies chroniques, qui est débutante, doit connaître une amplification, en particulier avec une plus grande coopération des professions de santé, notamment entre les médecins et les infirmiers à l'image des expériences de collaboration déjà engagées (maisons de santé pluri professionnelles, expérience Action de santé libérale en équipe (ASALEE).

Au-delà de cet élément essentiel, le rapport insiste, en matière de prévention ou d'éducation thérapeutique, sur la recherche d'une hiérarchisation des besoins, d'un ciblage des actions et d'une adaptation des outils. Est soulignée la nécessité d'optimiser les ressources hospitalières et de renforcer l'accessibilité de certains actes ou prestations (ophtalmologistes, podologues) dispensés en ville. La mission attire en outre l'attention sur les problèmes de sécurité à long terme des nouveaux antidiabétiques oraux.

Le rapport évoque enfin les pistes d'amélioration de l'organisation du dépistage et des soins relatifs au diabète de type 1 chez l'enfant : information de la population et formation des personnels médicaux à l'identification des premiers signes de la maladie ; concentration de l'offre hospitalière diabéto-pédiatrique.

Le collège travail-emploi-formation professionnelle en 2012

Les politiques publiques du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle sont suivies par le collège travail-emploi-formation professionnelle (TEFP) qui en 2012 a assuré une veille et une capitalisation des savoirs sur ces champs, tout en accompagnant en formation de copairs les différentes missions.
Les sujets de fond de la qualité au travail, notamment sous l'angle de la place et du rôle des comités d'hygiène et de sécurité et du développement économique et de l'emploi ont été débattus avec des intervenants extérieurs. Les évolutions récentes des politiques d'emploi, notamment la mise en place des emplois d'avenir et des contrats de générations ont également fait l'objet de présentations et débats.
Au cours de l'année 2012, l'IGAS est intervenue dans le champ TEFP pour réaliser 28 missions qui se répartissent en quatre ensembles :

- l'évaluation : 10 missions (36 %) ;
- l'audit et de contrôle : 9 missions (32 %), dont 7 missions relatives au Fond Social Européen (FSE) ;
- l'appui-conseil : 7 misions (25 %) ;
- la méthodologie : 2 missions (7 %).

Le mouvement de repli des missions d'appui conseil et de contrôle (hors FSE) se poursuit au profit des missions d'évaluations qui se maintiennent.

L'année a vu un investissement méthodologique important portant sur le contrôle des organismes paritaires collecteur agréés qui collectent les contributions des entreprises de la formation professionnelle continue (OPCA) et sur la création d'une cartographie des politiques sociales, outil permettant, par le rassemblement de données et de concepts, d'élaborer des diagnostics utiles pour toute mission d'évaluation.
Les missions sur le fonctionnement des services relèvent à la fois de contrôles récurrents (poursuite des contrôles des sections d'inspection du travail et des OPCA), mais aussi de l'évaluation des modes d'organisation (missions sur le service public de l'orientation et sur l'Agefiph)
L'IGAS a été mobilisée pour la tenue de la grande conférence sociale à un double titre : quelques-uns de ses membres ont participé comme rapporteurs à différentes tables rondes, elle a soumis des propositions en particulier sur le développement de l'activité partielle.
Enfin, elle a conduit l'évaluation de l'impact du recul de l'âge légal de la retraite sur deux aspects de politique publique : d'une part sur le cumul emploi-retraite, d'autre part sur le retour à l'emploi des demandeurs d'emploi seniors.

Le contrat de sécurisation professionnelle (CSP) : premier bilan d'un dispositif individualisé de retour à l'emploi et d'accès à la formation - Analyses et préconisations

Philippe Dole

L'Inspection générale des affaires sociales a conduit auprès des partenaires sociaux et de l'État une mission d'appui au déploiement du contrat de sécurisation professionnelle (CSP) qui, du 1er octobre 2011 au 31 décembre 2012, a concerné 120 000 personnes licenciées pour motif économique, dont 80 % provenant d'entreprises occupant moins de 50 salariés dépourvues de plan de sauvegarde de l'emploi.

Le rapport dresse un premier bilan des conditions de mise en œuvre et de pilotage du CSP, et de l'expérimentation de cet accompagnement au retour à l'emploi au profit de personnes en fin de contrat de travail précaire.

Le contrat de sécurisation professionnelle est assorti d'un accompagnement personnalisé permettant la co-construction du projet professionnel et la mobilisation d'un effort de formation qui facilite le retour à l'emploi durable. Les premiers constats confirment les tendances observées dans les précédents dispositifs de contrats de transition professionnelle – conventions de reclassement personnalisé (CTP-CRP) quant au retour à l'emploi durable, une évaluation devant être réalisée au printemps prochain par la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES).

La souplesse du dispositif permet d'exploiter au plan territorial les flux d'emplois disponibles, et pour les bénéficiaires de s'adapter au regard de leurs capacités à toutes les opportunités du moment. La relation à l'entreprise et à l'emploi est facilitée par l'investissement de Pôle Emploi et d'opérateurs privés dans un réseau d'agences spécialisées, assorti d'un partenariat avec la Région et les acteurs économiques.

Parmi les constats dressés, **la formation bénéficie**, à la faveur du processus souple mobilisé par le fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels et les organismes paritaires collecteurs agréés, à **quatre fois plus de demandeurs d'emplois que dans le cadre du droit commun**. Ainsi les travailleurs peu qualifiés ou souhaitant se reconvertir ont-ils eux aussi accès aux savoirs de base ou numérique, au développement des compétences, à la qualification et ils peuvent ainsi se reconvertir.

Parmi les marges de progrès énoncées, le rapport invite à approfondir au plan local la connaissance du marché de l'emploi et des modes de recrutement, ne se limitant pas au taux de tension des métiers, comme à réduire les délais d'accès à la formation par une meilleure concertation locale entre financeurs. De même, Pôle Emploi est invité à réduire les délais d'accès au premier accompagnement et à ajuster et fiabiliser son système d'information et de suivi des publics.

Enfin, le pilotage national et territorial a permis une adaptation constante du dispositif comme de son expérimentation au profit des publics précaires. Il doit désormais appréhender la qualité des services délivrés au moyen des outils et méthodes et d'un dialogue de performance attachés au dispositif.

Évaluation du cumul emploi retraite

Christine Daniel, Laurence Eslous, François Romaneix
Une mission du programme d'activité de l'IGAS

L'IGAS a mis à son programme d'activité la thématique des transitions entre emploi et retraite. L'évaluation du cumul emploi retraite en est le premier volet, un deuxième volet ayant porté sur les seniors au chômage.

Le cumul emploi retraite s'exerce selon trois modalités différentes :

- un cumul « inter-régime », lorsque le retraité exerce une activité qui ne relève pas du régime qui lui sert sa pension ; ce cumul s'exerce librement ;
- un cumul « intra-régime » intégral non plafonné, qui permet au sein d'un même régime de retraite de cumuler sa retraite avec l'ensemble de ses revenus d'activité ; l'accès à ce cumul est sous conditions ;
- un cumul « intra-régime » plafonné, lorsque les conditions du cumul « intra-régime » intégral ne sont pas remplies.

La coexistence de ces modalités de cumul génère complexité et inégalités d'accès aux possibilités de cumul pour les assurés sociaux.

Le cumul emploi retraite est statistiquement mal appréhendé. **Le rapport évalue le nombre de retraités actifs à 500 000 personnes en 2010**, dont 400 000 retraités actifs « intra-régime ».
Au régime général, les 300 000 retraités actifs exercent le plus souvent une activité à temps partiel avec des revenus du tiers de ceux perçus avant la retraite. Le cumul est une forme d'aménagement de fin de carrière.
Au sein du régime social des indépendants, les situations de cumul reflètent le nombre important de créations d'auto-entreprises par les plus de 60 ans mais apportant des revenus faibles.
Enfin, pour les retraités du régime général qui ont une activité indépendante, il s'agit dans trois quarts des cas d'une poursuite de l'activité indépendante, avec liquidation en parallèle des droits acquis au régime général lors d'une carrière antérieure de salarié.

A long terme, **l'impact financier inter temporel du cumul emploi retraite pour les régimes de retraite est favorable** : en effet, la personne qui choisit le cumul « intra régime », et peut bénéficier du taux plein, renonce à obtenir par ses revenus d'activité une majoration de sa retraite future (mécanisme de la « surcote »).

La mission recommande de maintenir la possibilité pour un retraité d'avoir une activité générant des revenus, et de la créer pour les bénéficiaires du minimum vieillesse.
Elle préconise **la fusion de toutes les modalités de cumul d'une pension et de revenus d'activité en un dispositif unique**, qui respecte les principes fondateurs de la retraite. Une fusion garantirait l'égalité d'accès de tous au dispositif, quels que soient les régimes de retraite auxquels l'assuré a pu cotiser au cours de sa vie professionnelle, et une clarification des choix s'offrant au futur retraité.

Évaluation du système français d'activité partielle dans la perspective d'une simplification de son circuit administratif et financier

Anousheh KARVAR *et François* SCHECHTER

Ce rapport examine **des pistes d'amélioration du circuit administratif de traitement des demandes d'indemnisation des entreprises, notamment dans le recours au dispositif de chômage partiel**. Pour rappel, le chômage partiel permet de suspendre, sans le(s) rompre, le(s) contrat(s) de travail dans une entreprise en difficulté économique exceptionnelle et temporaire (critères définies selon la loi). Les entreprises conservent alors leurs effectifs, les salariés bénéficient d'un revenu de remplacement et d'un droit à des actions de formation professionnelle.

Entre 2007 et 2009, moins de 0,85 % de la population active française a bénéficié de ce dispositif, contre plus de 3 % en Italie et en Allemagne. S'il est peu utilisé en France, c'est que d'autres dispositifs lui sont préférés : baisse du nombre d'intérimaires, non-renouvellement des CDD, plans de départ volontaire, mobilités internes, ralentissement des cadences, annualisation du temps de travail et congé de reclassement…

Le dispositif a pourtant été fortement reconfiguré, mais se trouve aujourd'hui confronté à de nouvelles incertitudes. Exemple : l'employeur a obligation de rémunérer ses salariés au cas où l'administration n'accorde pas *in fine* l'allocation. Or, l'instruction du dossier par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) se fait a posteriori de la mise en chômage partielle. L'employeur ne sait donc pas à l'avance s'il sera aidé par l'État. À ce **risque financier pour l'entreprise**, s'ajoute un **risque juridique**, par l'accroissement des recours administratifs et hiérarchiques, par exemple. Ou encore des **incertitudes budgétaires** pour l'État.

La somme de ces risques plaide pour un rétablissement de l'autorisation préalable. Le rapport explique comment lever les malentendus sur le système, et améliorer son traitement administratif et financier : harmonisation des bases de calcul et des paiements, offre de saisie en ligne des Cerfa aux entreprises, actions d'accompagnement, etc. En cas de montée en puissance probable du dispositif, **le rapport plaide pour un dispositif unique d'activité partielle** qui offre les meilleures perspectives, partir de la généralisation des conventions activités partielles de longue durée (APLD).

Évaluation du pilotage des contrats aidés et de leur performance en termes d'insertion

Stéphanie Fillion, Agnès Jeannet, François Schechter (IGAS)
Matthieu Guerlain, Sandra Desmettre, Vincent Claudon, Jean-Michel Charpin (IGF)

La politique des contrats aidés a toujours été marquée **par la contradiction entre un objectif « conjoncturel », visant la diminution du taux de chômage et un objectif « structurel », visant l'insertion professionnelle des bénéficiaires les plus éloignés de l'emploi.**

Dans le cas du contrat unique d'insertion, cette contradiction s'est traduite par la prédominance de l'objectif conjoncturel, au détriment de la qualité, avec en outre une gestion fluctuante du nombre de contrats.

Cette focalisation sur l'objectif conjoncturel a un impact sur toute la chaîne décisionnelle :
- des circulaires nationales de programmation dictées par des objectifs quantitatifs ;
- des arrêtés préfectoraux uniformes, instables et dictés par les volumes, non par les besoins locaux ;
- un pilotage par les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) centré sur le suivi physique et financier.

La crise économique a conduit à recourir massivement au dispositif, entraînant des dépassements d'enveloppe. Cette mobilisation ne s'est pas faite au profit de ceux qui en avait le plus besoin : baisse de la part des bénéficiaires de minima sociaux et des chômeurs de longue durée dans les publics bénéficiaires, hausse des niveaux de qualification.

L'obligation d'accompagnement et de formation pesant sur l'employeur est restée peu effective, malgré les exigences légales. L'inscription non automatique du bénéficiaire en demandeur d'emploi de catégorie E limite les possibilités de suivi.

Enfin, l'insertion durable en sortie de contrat est limitée, voire diminue entre 2008 et 2010.

La réforme proposée : distinguer deux logiques d'usage au sein d'une enveloppe unique.
Au sein d'une enveloppe budgétaire unique, un volant de contrats serait soumis aux fluctuations conjoncturelles, mobilisé de manière contracyclique à travers des paramètres nationaux uniformes.
Parallèlement, un socle stable de contrats viserait explicitement la réduction du chômage structurel des personnes les plus en difficulté sur le marché du travail, avec :
- des paramètres bonifiés ;
- des conventions locales signées avec les employeurs, permettant une sécurisation des actions d'accompagnement ainsi qu'un suivi effectif du bénéficiaire ;
- une répartition régionale des enveloppes réalisée sur la base de remontées de besoins et de critères prenant en compte les spécificités des marchés de l'emploi locaux ;
- un pilotage physico-financier assorti d'un volet qualitatif régional ;
- la définition d'une doctrine d'usage entre les prescripteurs afin de promouvoir une logique de parcours d'insertion et non plus seulement une logique de guichet.

Le collège appui et conseil au management en 2012

L'activité du collège et du copairs appui et conseil au management (ACM) s'est exercée prioritairement en 2012 sur le champ des établissements de santé, au travers de quatre types d'interventions : évaluation, appui-conseil, suivi de la mise en œuvre de recommandations et plans d'actions, administration provisoire.

- Cinq missions d'évaluation de la situation d'établissements de santé ou de l'organisation des soins dans un territoire ont ainsi été assurées en 2012.
- L'IGAS a également réalisé douze missions d'appui aux équipes des établissements ou des Agences régionales de santé (ARS). Il s'agissait de les aider : à poser un diagnostic des difficultés rencontrées et proposer des mesures opérationnelles visant à réorganiser les activités médicales en cohérence avec l'offre de soins territoriale ; à résoudre des difficultés de fonctionnement ou de gestion des ressources humaines ou enfin à rétablir l'équilibre financier.
- L'IGAS a par ailleurs renforcé son intervention sur le suivi des recommandations faites dans le cadre du Copairs ou dans celui du comité de suivi des risques financiers animé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Neuf missions ont ainsi été effectuées en 2012 pour vérifier la bonne application des plans d'actions et proposer, le cas échéant, des mesures correctives. Ce suivi rapproché apparait comme un facteur clé du maintien dans la durée de l'effort de redressement engagé par les établissements et de l'appui de l'ARS à ceux-ci.
- Quatre établissements (Lens, Ajaccio, Basse-Terre et l'établissement public de santé mentale de Colson à la Martinique) ont fait l'objet d'une administration provisoire par des membres du service de l'IGAS en substitution aux équipes dirigeantes. En outre, une mission de capitalisation de l'expérience acquise au cours de ces administrations provisoires a précisé les conditions de réussite de ce type d'intervention.
- Par ailleurs, l'Inspection générale a réalisé une mission d'évaluation portant sur l'investissement hospitalier.

En association à la Mission méthodologie performance (MMP) et à la Mission d'audit interne (MAI), le copairs ACM a suivi quatre missions : deux relatives aux missions inspection-contrôle de premier niveau et deux missions d'audit.

Enfin, le collège a commencé à élargir son champ de compétences au management des organisations sur l'ensemble du champ sanitaire et social. Ce mouvement sera poursuivi en 2013 par l'accompagnement de missions relatives à la modernisation de l'action publique et au management d'établissements du secteur médico-social.

L'administration provisoire d'établissements de santé par des membres de l'IGAS en 2012

Capitalisation sur les missions d'administration provisoire

François Maury et Christian Cahut
Une mission du programme d'activité de l'IGAS

La situation de certains établissements hospitaliers nécessite parfois la mise en œuvre urgente de mesures rigoureuses de gestion et de management pour permettre leur redressement.
Depuis 2005, l'État dispose d'une faculté d'intervention l'autorisant à substituer des administrateurs provisoires au chef d'établissement, voire au conseil de surveillance, des structures de soins publiques ou privées à but non lucratif.

L'administration provisoire (AP) ne peut, toutefois, intervenir que sous des conditions strictes de péril financier ou de mise en danger de la sécurité des patients.
Cinq administrations provisoires et un intérim « d'intervention »[2] ont été assurés entre 2008 et mi-2012 par des conseillers généraux des établissements de santé (CGES), rattachés à l'IGAS. Compte tenu de l'importance grandissante de ces actions, une mission de capitalisation sur ces administrations a été retenue dans le cadre du programme d'activité de l'Inspection.
L'analyse des rapports rédigés à la fin de ces administrations provisoires et la réalisation d'une cinquantaine d'interviews des différents partenaires de ces actions, tant au niveau local, régional que national, ont permis de tirer les premières conclusions de cette nouvelle forme d'intervention managériale qualifiée, dans le secteur privé, de « management de transition ».

À l'issue des administrations provisoires, le constat est unanime d'une amélioration des situations financières des établissements, de leur gouvernance et de leurs relations sociales.
Mais après quelques mois de retour à une direction classique, le bénéfice s'atténue pour des raisons diverses dont la difficulté à poser une nouvelle organisation territoriale de l'offre de soins, à remettre en cause des comportements locaux inadéquats, à poursuivre des objectifs financiers exigeants et à reconstituer des équipes de direction.

Ces obstacles ont montré tout l'intérêt de respecter les préalables (diagnostic partagé, équipe adaptée), les étapes constitutives de l'administration provisoire (lettre de mission, note de cadrage négociée, recrutement anticipé du futur directeur) et les préconisations finales (feuille de route pluriannuelle).

La préparation comme la mise en œuvre d'une administration provisoire nécessite, bien évidemment, la collaboration de plusieurs partenaires et une étroite coopération entre l'échelon régional (Agence régionale de santé) et le niveau national (Direction générale de l'offre de soins, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, IGAS).

Mesure par nature exceptionnelle, l'administration provisoire garantira des améliorations pérennes à condition qu'elle ne soit qu'une des composantes d'un processus constant de suivi, d'accompagnement et éventuellement d'intervention auprès des hôpitaux.

2. Cinq administrations provisoires (AP) : CH Ajaccio, Hospitalor, Montceau-les-Mines, AHNAC (Association Hospitalière Nord Artois Cliniques), Lens - Un intérim (AP nécessaire mais conditions réglementaires non réunies) : le CHI Clermont de l'Oise – Ces missions ont été d'une durée de 4 à 12 mois, et pour un cas de 24 mois.

Évaluation de la contribution du Grand conseil de la mutualité à l'offre de santé des Bouches-du-Rhône et appui à l'évaluation de sa situation financière

Jean-Louis Bonnet *et Anne* Bruant-Bisson

Le Grand conseil de la mutualité (GCM) est une mutuelle qui gère 55 œuvres de soins dans les Bouches-du-Rhône : centres de santé, centres dentaires, centres optiques, pharmacie, et une clinique. Il emploie près de 1 200 personnes.
En difficulté depuis près de dix ans, il est placé en redressement judiciaire en novembre 2011. L'IGAS est missionnée en février 2012 pour éclairer la place du GCM dans l'offre de soins départementale et apprécier sa situation financière.

Un apport indéniable à l'offre de santé du département
De manière globale, l'offre de santé est importante dans ce département et la densité des professions libérales médicales et paramédicales est supérieure aux moyennes régionale et nationale.
Dans certains secteurs toutefois, l'offre du GCM apporte une réponse indispensable en raison d'une densité médicale localement faible, d'une vulnérabilité particulière des populations ou d'indicateurs médico-sanitaires défavorables.
Ce n'est pourtant pas le cas de certains centres, ni de la clinique, située dans un secteur où l'offre, y compris publique est très importante, ou de la pharmacie dont le maintien n'apparaît pas indispensable.

Un fonctionnement perfectible et des implantations ou activités à réévaluer
Outre certaines carences de gestion relevées par la mission, le manque de stratégie pénalise l'activité du GCM.
S'ajoutent pour les centres de santé des fonctionnements peu pertinents, en terme d'accueil, de dispersion de certaines spécialités, ou d'activité des médecins généralistes, inférieure à la moyenne des centres du GCM dans 7 centres sur 11 et aux préconisations du modèle développé par la Mutualité et le réseau des centres de santé mutualistes.

Une situation financière très dégradée
Malgré l'implication des mutuelles adhérentes, la situation financière se dégrade depuis 2002. Le passif exigible s'élevait au moment de la mission à environ 30 M€ ; les indicateurs financiers demeuraient très mauvais (fonds propres négatifs, dette à court terme en progression de 25 % en deux ans), et seul le gel du passif consécutif à la procédure de redressement judiciaire maintenait une trésorerie positive.

Les recommandations de la mission
- redéfinir le périmètre des activités du CGM dans le cadre d'une approche territorialisée pour les centres de santé,
- optimiser la gestion et le fonctionnement avec un apport de compétences finances et RH,
- réviser les modalités de rémunération des médecins généralistes,
- réaliser plus globalement un bilan de l'accord national de 2002 entre centres de santé et assurance-maladie.

Évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé

Anne Bruant-Bisson, Paul Castel, Maurice-Pierre Planel
Une mission du programme d'activité de l'IGAS

La mission, complémentaire d'autres travaux sur l'architecture même de la tarification, a retenu une approche visant à analyser l'impact de la tarification à l'activité sur le comportement des acteurs, notamment sur la situation managériale des établissements.

Le principe de la T2A en tant que système d'allocation des ressources n'est pas remis en cause par les acteurs

Dans les établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A) est perçue comme un levier de la performance.

Dans les hôpitaux publics, elle a favorisé un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité et la maîtrise des coûts. Elle a accéléré la mise en place d'outils de gestion et s'est avérée un élément clé du renouveau du dialogue interne. Elle a contribué à une accélération de la contractualisation avec les pôles et introduit plus de lisibilité dans le processus de décision, avec une implication plus grande du corps médical dans le management.

Une évolution qui reste à consolider

La T2A et ses enjeux ne sont pas perçus pareillement par ceux qui en maîtrisent les mécanismes, membres du directoire, chefs et cadres de pôles, médecins DIM d'une part, et les autres praticiens hospitaliers ou personnels soignants d'autre part.

La crainte reste en outre réelle d'une approche trop financière de l'organisation des prises en charge médicales, dans un contexte de contrainte budgétaire forte.

La contractualisation reste peu volontariste et l'implication de l'encadrement intermédiaire trop timide.

Un manque de lisibilité qui gêne le management quotidien et la définition d'une stratégie de moyen terme

L'instabilité du modèle tarifaire est dénoncée par les acteurs, tout comme le manque de lisibilité dans la fixation du niveau des tarifs par rapport aux coûts de production. La politique d'investissement hospitalier en modèle T2A demande aussi à être clarifiée.

Un impact limité du modèle tarifaire sur les organisations médicales

La durée moyenne de séjour fait désormais l'objet d'une attention particulière ; la chirurgie ambulatoire s'est développée (mais la T2A n'est qu'un des facteurs de ce développement), et des initiatives intéressantes de coopérations liées aux impacts tarifaires ont été observées par la mission. Globalement, néanmoins, le passage à la T2A n'a que peu influé sur les prises en charge.

La T2A n'a eu qu'un effet très limité sur la régulation régionale des Agences régionales de santé. Elle est perçue comme un outil d'allocations de ressources, non comme un levier des réorganisations au niveau régional ; le lien entre équilibre financier des établissements et planification demeure très ténu.

Le bilan de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et la nouvelle démarche de modernisation de l'action publique (MAP)

Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État

Nathalie Destais, Michel-Henri Mattera et Yves Rabineau (IGAS),
Marianne Bondaz, Sophie Delaporte, Werner Gagneron, Philippe Rey
et Cyrille Bret (IGA),
Martine Marigeaud et Pierre Deprost (IGF)

Guide « Cadrage méthodologique de l'évaluation des politiques publiques partenariales »

Nathalie Destais (IGAS),
Jean-Pierre Battesti et Marianne Bondaz (IGA),
Martine Marigeaud (IGF)

L'IGAS a participé en 2012, aux côtés de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale de l'administration (IGA), à deux missions demandées par le Premier ministre relatives à la réforme de l'État :

- la première, menée de juillet à septembre, portant sur « le bilan de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et les conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État » ;
- la deuxième, réalisée en novembre, concernant « le cadrage méthodologique de l'évaluation des politiques publiques partenariales », qui a approfondi l'une des orientations tracées dans le précédent rapport et adoptée par le Gouvernement.

Le bilan de la RGPP :
une ambition initiale compromise par la méthode retenue

Le bilan de la Révision Générale des Politiques Publiques s'est appuyé sur une large consultation des acteurs concernés (administration centrale et territoriale de l'État, partenaires sociaux, associations d'élus locaux, etc.) et sur l'exploitation d'une documentation abondante.

Dans la longue série des efforts de réforme de l'État, la RGPP se singularise par son mode de gouvernance : un portage politique continu au plus haut niveau, un processus de décision centralisé, intégré et irréversible, impliquant fortement la présidence de la République, des travaux d'audit confidentiels faisant une large place aux consultants.

Or cette gouvernance, si elle a permis une prise de décision rapide et un suivi systématique des actions retenues, s'est révélée inconciliable avec une revue de politiques publiques : le rythme et le caractère secret des travaux ont empêché toute concertation avec les divers acteurs publics (voire privés) impliqués aux côtés de l'État dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques.

La RGPP s'est donc écartée de sa visée initiale, pour se centrer sur des réformes de structure sur le seul périmètre de l'État et sur certains projets relatifs à la gestion de ses moyens.

Des effets très ambivalents sur les modes et les dépenses de fonctionnement de l'État

Le paysage administratif a certes été restructuré, au niveau central et plus encore déconcentré, parallèlement au non remplacement d'un fonctionnaire partant en retraite sur deux. La mise en œuvre souvent précipitée des mesures, négligeant la coordination des différents chantiers, la conduite du changement et leur accompagnement en termes de ressources humaines a toutefois été très mal vécue par les personnels concernés. Sa dimension budgétaire a focalisé les attentions au détriment de la cohérence entre les moyens et les missions de l'État. Les évolutions semblent bien souvent inabouties.

Si les économies résultant de la RGPP sur la période 2009-2012 atteignent la somme totale non négligeable de 12 Mds € environ, leur imputabilité à telle ou telle mesure est en revanche incertaine et leur ordre de grandeur (à peine plus de 1 % de la dépense publique consolidée, ou 0,6 points de PIB) reste bien en-deçà de l'effort requis pour maîtriser les déficits publics.

La nécessité d'une nouvelle politique de réforme non seulement de l'État, mais de l'ensemble des missions et interventions publiques

Le rapport souligne que, dans un contexte devenu plus difficile – contrainte budgétaire renforcée, potentiel d'économies sur le fonctionnement de l'État fortement réduit, lassitude des agents – il importe désormais de travailler par politique publique pour construire une vision collective à moyen terme, en élargissant la réforme aux collectivités territoriales comme aux organismes sanitaires et sociaux.

La mission a donc préconisé, outre une amélioration profonde de la gestion des ressources humaines de l'État, l'organisation d'un processus cyclique de revue des politiques publiques, ainsi qu'une gouvernance adaptée en conséquence, qui affirme un pilotage interministériel fort sous l'autorité du Premier ministre, tout en donnant aux ministres la responsabilité de leurs réformes.

Les grandes lignes d'une évaluation des politiques publiques partenariales

Ces orientations ont été adoptées lors du séminaire gouvernemental du 1er octobre 2012, qui prévoit notamment que soit engagé un travail d'évaluation des politiques publiques partenariales, dont l'IGAS, l'IGA et l'IGF ont tracé les grandes lignes méthodologiques.

Ce deuxième rapport, remis en décembre 2012, souligne la nature spécifique de l'exercice : ni revue de dépenses – car l'objectif de qualité des politiques publiques est affirmé – ni évaluation scientifique – les délais et ressources disponibles ne le permettant pas – mais un exercice fortement connecté à la décision politique, équilibrant les temps de diagnostic et les temps de préparation des réformes, sur la base de plusieurs critères d'appréciation – pertinence, cohérence, efficacité, efficience, soutenabilité de la politique publique – susceptibles de fonder d'éventuels redéploiements de ressources, recentrages ou nouvelles modalités de mise en œuvre et d'articulation entre collectivités publiques.

L'ouverture de l'exercice au-delà des seules inspections générales en découle ; le rapport précise ainsi, outre les principales étapes et le pilotage d'une évaluation, les modalités d'association des parties prenantes tant au niveau du pilotage qu'à celui de la réalisation des travaux d'évaluation… en affirmant cependant le nécessaire pragmatisme de la démarche.

Les missions permanentes de l'IGAS en 2012

La Mission méthodologie performance (MMP) en 2012

En 2010, la mise en place du nouveau projet de service de l'IGAS s'était accompagnée d'un renforcement de l'appui apporté aux réseaux territoriaux pour les activités d'inspection-contrôle. Cette priorité s'est traduite par la création de la Mission méthodologie performance (MMP) qui a succédé à la Mission d'animation des fonctions d'inspection (MAFI) et par la désignation de plusieurs inspecteurs territoriaux, chargés d'accompagner les nouvelles structures d'inspection-contrôle, de leur fournir une aide méthodologique et des outils en veillant à favoriser les échanges d'expériences et de bonnes pratiques.

Au cours de l'année 2012, la MMP et les inspecteurs territoriaux se sont attachés à assurer des contacts suivis avec les structures d'inspection-contrôle des Agences régionales de Santé (ARS) et des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

La réalisation d'un état des lieux de la fonction inspection-contrôle a fait apparaître la nécessité, face aux ressources limitées des réseaux territoriaux, de développer des outils méthodologiques et un tableau de bord pour le pilotage et la réalisation des programmes de contrôle.

Trois axes majeurs d'amélioration ont été proposés :

- un accompagnement méthodologique national par la MMP ;
- un renforcement de la professionnalisation du métier d'inspection-contrôle ;
- une évolution des organisations à court et moyen termes.

Il en est découlé un programme de travail, qui est venu compléter les orientations initiales des missions confiées aux inspecteurs territoriaux en relation avec la MMP.

Ainsi, ont été publiés ou sont en cours d'élaboration plusieurs guides méthodologiques de contrôle. Un réseau collaboratif d'échanges, le RESIC, destiné aux référents inspection-contrôles des ARS et DRJSCS, est également venu compléter l'intranet déjà créé.

Plusieurs missions ont été lancées : développement d'un outil de ciblage des contrôles par la méthode d'analyse des risques, élaboration d'un tableau de bord national des programmes de contrôle, recherche d'articulations entre l'inspection-contrôle et d'autres fonctions concourant à la qualité de prise en charge de l'usager, telles que la certification d'établissements sanitaires ou les évaluations internes et externes des structures médico-sociales, outils de coopération entre les services de contrôle des différents acteurs de l'État, des agences sanitaires et des collectivités territoriales.

L'animation des réseaux territoriaux s'est poursuivie, en relation étroite avec le secrétariat général des ministères en charge des affaires sociales, par la tenue de séminaires nationaux et l'organisation de rencontres régionales pour les responsables d'inspection-contrôle des ARS et des DRJSCS, au cours desquels les meilleures pratiques issues des réseaux ont été valorisées et partagées.

La Mission internationale en 2012

La Mission internationale assure la circulation interne des informations relatives aux missions internationales des membres du corps ainsi qu'un conseil documentaire et méthodologique à celles-ci.
Elle est chargée des relations avec la Délégation aux affaires européennes et internationales des Ministères sociaux (DAEI) et organise les activités d'échanges de l'IGAS avec des institutions similaires dans d'autres pays ou au sein d'organisations internationales. A titre d'illustration, une coopération s'est ainsi poursuivie en 2012 par la participation d'inspecteurs généraux du Ministère du travail du Maroc à des formations de membres de l'IGAS et par l'organisation d'un cycle de formation à l'analyse des risques pour les inspecteurs de la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale (CIPRES), chargée du contrôle des organismes de sécurité sociale d'Afrique noire francophone.
Une revue de documents et d'articles de presse internationaux a été mise en place pour compléter l'annuaire international des instances supérieures d'inspection et d'évaluation du secteur sanitaire et social, réalisé avec le concours des conseillers sociaux, la liste de sites web sociaux internationaux ou étrangers à enrichir par les inspecteurs et la fiche pratique de mission à l'étranger consultables sur le site intranet de l'IGAS.

Le Courrier du citoyen en 2012

Depuis août 2011, le traitement du courrier émanant des particuliers a été réorganisé. Tous les échanges font l'objet d'un archivage dématérialisé.
Au cours de l'année 2011, l'IGAS avait reçu 304 courriers de particuliers. Il a été procédé à l'enregistrement de 401 courriers au cours de l'année 2012 (+ 30 %). 36 % des courriers ont été classés sans aucune suite, s'agissant soit d'envois anonymes, soit d'envois circulaires dont l'IGAS n'était destinataire qu'en copie ou à titre d'information.

255 courriers ont donné lieu à traitement, avec à minima une lettre d'accusé réception précisant la suite donnée. Le plus souvent il s'agit d'une retransmission à l'autorité administrative compétente pour y donner suite : direction de l'administration centrale, opérateur (principalement ARS), direction régionale, collectivités territoriales lorsque le sujet entre dans leur champ de compétence.

La répartition par matière des dossiers traités est la suivante :
- Correspondances émanant de détenus : 122 (48 %)
- Santé (fonctionnements des établissements, comportement des professionnels) : 31 (12 %)
- Sécurité sociale (régime général, régimes complémentaires et mutuelles) : 41 (16 %)
- Conflits individuels du travail : 24 (9,5 %)
- Aide sociale à l'enfance : 16 (6 %)
- Cohésion sociale : 9 (3,5 %)
- Fonctionnement des EHPAD : 4 (1,5 %)
- Divers : 8 (3 %)

La Mission santé pénitentiaire en 2012

Le flux de courrier le plus important est celui qui émane des détenus qui s'adressent à l'IGAS en raison de la mission confiée au service au titre de l'article D348-1 du code de procédure pénale : « L'IGAS et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires ».

Dans ce cadre, l'IGAS a été destinataire de 122 courriers émanant de personnes détenues au cours de l'année 2012 (-18 %). Par rapport à la masse des courriers émanant de particuliers, les correspondances de détenus représentent 30 % du flux, mais près de la moitié des dossiers qui font l'objet d'une suite, le classement d'un courrier émanant d'une personne détenue restant exceptionnel.

Le chef de l'IGAS figure parmi les autorités administratives ou judiciaires avec lesquelles les détenus peuvent correspondre sous pli fermé (art. A40 du code de procédure pénale). De ce fait, nombre de détenus s'adressent au service pour tenter de régler des difficultés qui relèvent de la compétence de l'administration pénitentiaire, des autorités judiciaires ou d'autres administrations de l'État ou des collectivités territoriales. En 2012, ce sont 49 % des courriers émanant de détenus qui ont été retransmis au ministère de la justice, car la demande se rapportait au fonctionnement de l'établissement ou à l'activité des services sociaux.

63 courriers de détenus ont donné lieu à une transmission aux autorités sanitaires. La plupart des plaintes ont été instruites par les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) des Agences régionales de santé (ARS) concernées.

Compte tenu de la restructuration du service courrier du citoyen de l'IGAS, le rôle dévolu au médecin inspecteur général chargé de la mission santé pénitentiaire a évolué. Il reste destinataire en copie de toutes les correspondances de détenus se rapportant à la santé ou à l'hygiène - ce qui lui permet d'intervenir s'il l'estime nécessaire -, mais son intervention se limite désormais aux situations dont le traitement requiert son expertise et/ou des échanges directs avec les médecins inspecteurs, voire les médecins traitants du requérant au sein de l'établissement.

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

L'IGAS, rapporteur permanent devant le Comité national de l'organisation sanitaire (CNOS)

Les recours hiérarchiques (article L-6122-10-1 du code de la santé publique) prévus dans le régime des autorisations d'installations, d'équipements lourds et d'activités de soins dans les établissements de santé (article L-6122-1) sont adressés par la Direction générale de l'offre de soins au chef de l'inspection générale des affaires sociales en vue de leur instruction et de leur présentation devant le Comité national de l'organisation sanitaire (CNOS).
En 2012, 30 recours ont été présentés en CNOSS. Ils portaient notamment sur les soins de suite (2), le matériel lourd (3), activité de soins en médecine chirurgie obstétrique psychiatrie (9), le traitement du cancer (5), attaque d'un volet d'un SROS-PRS (9).

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

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

Les missions interministérielles rattachées à l'IGAS en 2012

La Mission d'audit interne des ministères chargés des affaires sociales (MAI) en 2012

En 2012, la Mission d'audit interne des ministères chargés des affaires sociales (MAI), rattachée à l'IGAS, a poursuivi le déploiement du dispositif de maîtrise des risques des ministères sociaux prévu par le décret 2011-497 : Comité d'audit interne actif et Comité stratégique de maîtrise des risques.

Elle a préparé, dans la concertation, les plans d'audits internes des ministères sociaux (plans 2012-2013 et pluriannuel 2013-2015).

Au sein de ces ministères, par des travaux avec les directions d'administration centrale, la MAI a diffusé une culture de maîtrise des risques liés à la gestion des politiques publiques sous leur responsabilité.
La MAI a élaboré et conduit à la validation de la charte d'audit interne et du code de déontologie des ministères sociaux et a favorisé la formation d'auditeurs IGJS et IGAS.

Fin février 2013, 7 des 13 missions (soit 60 %) du plan d'audit interne 2012-2013 sont achevées ou en cours de réalisation. Deux seront lancées au 1er semestre 2013 et les autres sont reprogrammées ou devenues hors périmètre ministériel.
Le système de pilotage de l'activité de la MAI a participé à l'amélioration du taux de mise en œuvre du plan d'audit en 2012.

Le suivi des recommandations des audits internes s'est développé en apportant également un appui pour leur rédaction.
La MAI a contribué au renforcement des relations avec la Cour des comptes par son appui au suivi de ses recommandations et a participé aux travaux interministériels du Comité d'harmonisation de l'audit interne (préparation du cadre de référence de l'audit interne de l'État).

Ces avancées ont permis, notamment grâce aux ressources de l'IGAS et l'IGJS, l'accompagnement politique de missions et des engagements pris devant la Cour des comptes (audits portant sur le contrôle interne comptable). Mais l'audit interne reste encore parfois mal compris, la taille de la MAI a pesé sur sa capacité de supervision, il y a encore trop peu d'auditeurs internes expérimentés et les partenariats sont à renforcer pour la conduite de missions. Cette analyse guide les priorités 2013 de la MAI.

La Mission Inspection santé sécurité au travail (ISST) en 2012

La Mission Inspection santé et sécurité au travail anime et coordonne le réseau des inspecteurs santé sécurité au travail (ISST) des ministères chargés des affaires sociales et de la santé ainsi que du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Les ISST ont un rôle de contrôle, de conseil et d'alerte en matière de santé au travail, de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Les quatre ISST (deux médecins généraux de santé publique, un ingénieur général du génie sanitaire, un directeur adjoint du travail) sont compétents pour les administrations centrales des ministères cités, pour les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) - en partage avec les ISST des ministères économiques et financiers) et pour les ARS -, ainsi que pour certains établissements publics administratifs.

L'année 2012 a été marquée par le suivi de la mise en œuvre du décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, en particulier l'installation des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail à laquelle la mission consacre un rapport spécifique.

Le programme de travail pour 2013 s'inscrit dans la continuité du programme des années précédentes, dans l'attente de la conclusion des négociations en cours entre la ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique et les organisations syndicales sur l'amélioration des conditions de vie au travail, dont le principe avait été arrêté lors de la Conférence sociale de juillet 2012.
Dans un premier temps, cette négociation devrait aboutir à la conclusion d'un accord cadre portant sur un plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique.

En 2013, la mission va plus particulièrement :
1. Accompagner la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport 2012 des ISST sur le fonctionnement des CHSCT.
2. Analyser les actions mises en œuvre pour la prévention de la souffrance au travail.
3. Sensibiliser à l'évaluation et à la prévention des risques aigus pour les agents de l'inspection du travail, notamment via les CHSCT et les documents uniques d'évaluation des risques.
4. Suivre la mise à jour des diagnostics techniques amiante.

Organigramme de l'IGAS en mars 2013

Adjointe et suppléante
Pascale Romenteau **

Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Pierre Boissier **

Adjointe, carrières – compétences
Christine Daniel **

Mission d'audit interne des ministères chargés des affaires sociales
Didier Eyssartier

Mission Inspection santé sécurité au travail (ISST)
Philippe Barbezieux

Collèges – Comités des pairs

- Cohésion sociale – Pascal Penaud*
- Protection sociale – Étienne Marie*
- Santé – Marine Jeantet*
- Travail, emploi, formation professionnelle – Christine Daniel*
- Appui et conseil au management – Jean-Louis Bonnet*

Inspecteurs et inspecteurs généraux des affaires sociales
Conseillers généraux des établissements de santé

Missions permanentes

- Mission méthodologie performance – Maryse Fourcade*
- Mission pénitentiaire – Dr. Sylvain Picard
- Mission internationale – Michel Laroque

Diffusion chef de cabinet
Patricia Mounier**

Section des rapports
Béatrice Giron

Secrétariat général
Pierre Bocquet**

Ressources humaines
Pierre Bocquet

Budget-Logistique
Philippe Donnart

Systèmes d'information
Philippe Romenteau

Documentation
Sylvie Bertani

(*) Membres du Comité exécutif (Orientations stratégiques)

(**) Membres du Comité exécutif et du Comité de direction

Liste des rapports rendus publics en 2012

La diversité des « produits » de l'IGAS

Chaque mission de l'IGAS donne lieu à la production d'un ou plusieurs « produits ». Un « produit » peut prendre la forme d'un rapport classique, mais aussi d'une note de préfiguration, d'une note d'expertise, d'un compte-rendu de mission d'appui ou d'une note d'alerte.
La diversité des produits de l'IGAS est un gage de l'adaptation de ses membres à la variété des missions qui leur sont confiées et doit permettre de répondre au mieux aux attentes des commanditaires.

449 rapports en ligne

Fin 2012, 449 rapports de l'IGAS étaient disponibles en ligne sur les sites internet de l'IGAS et de la Documentation française.
De mai à décembre 2012, sur 8 mois, les rapports de l'IGAS ont enregistré 95 240 téléchargements sur le site de Documentation française.
Depuis 2003, ils ont enregistré plus d'un million de téléchargements.
Le site internet de l'IGAS, qui présente les activités de l'IGAS, a connu en 2012 une fréquentation de 120 000 connexions.
Certains rapports de l'IGAS ont fait l'objet d'une communication particulière en 2012, comme par exemple : les enjeux sanitaires de la prostitution, les aides personnelles au logement, les modalités d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées, les propositions pour la maîtrise de l'ONDAM, ou encore les rapports sur la modernisation de l'action publique (MAP).
.

Cohésion sociale

Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale
Nathalie Destais, Vincent Ruol, Michel Thierry

Rapport sur la pertinence du renforcement de la règlementation de la « sécurité incendie » de la petite hôtellerie décidé en 2006
Michel Raymond

Évaluation du dispositif local d'accompagnement (DLA)
Christine Branchu, Alain Morin

Évaluation de l'accueil de mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance hors de leur département d'origine
Claire Aubin, Nicolas Durand, Patricia Sitruk

Bilan de la mise en œuvre des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)
Dorothée Imbaud, Marine Jeantet

Modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées
Michel Raymond (mission conjointe CGEDD / CGEFI)

Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement
Anne Auburtin, Agnès Jeannet, Claire-Marie Foulquier-Gazagnes (stagiaire)
(mission conjointe IGF)

Prostitutions : les enjeux sanitaires
Claire Aubin, Dr. Julien Emmanuelli, Danièle Jourdain-Menninger

Évaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD
Michel Thierry

Implication de la police et de la gendarmerie dans la prévention de la délinquance
Catherine Hesse, Didier Lacaze

Protection Sociale

Bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2007-2011 signée entre l'État et le régime social des indépendants (RSI) et recommandations pour la future convention
Aurélien Besson, Pierre-Yves Bocquet, Laurence Eslous, Frédéric Salas

Évaluation d'un passage à un calcul sur les 25 meilleures années pour les retraites des non-salariés agricoles
Yann-Gaël Amghar

Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale
Dominique Giorgi, Louise Deygout (stagiaire)

Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour raisons de santé
Bernard Krynen, Isabelle Yeni (mission conjointe IGA)

Évaluation des aides personnelles au logement – Rapport de synthèse
Rapport thématique n° 1 : L'efficacité sociale des aides personnelles au logement
Rapport thématique n° 2 : Les aides personnelles dans la politique du logement
Rapport thématique n° 3 : La gestion des aides personnelles au logement par la branche famille
Blanche Guillemot, Olivier Veber (mission conjointe MNC)

L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque
Dr. Pierre Aballea, Étienne Marie

Santé

Rapport de l'IGAS 2012 : L'Hôpital
Ouvrage collectif

La mise en œuvre par les Agences régionales de santé (ARS) des politiques de santé-environnement
Béatrice Buguet, Anne Burstin, Bertrand Deumie

Évaluation des plans d'action Chlordécone aux Antilles (Martinique, Guadeloupe)
Philippe Blanchard (mission conjointe CGEDD, CGAAER, IGAENR)

Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme
Muriel Dahan, Hayet Zeggar

La prise en charge du diabète
Danièle Jourdain-Menninger, Dr. Gilles Lecoq, Annick Morel

Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017
Virginie Cayre, Hubert Garrigue-Guyonnaud, Dominique Giorgi, Marine Jeantet (mission conjointe IGF)

Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?
Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, Dr. Françoise Lalande, Claire Scotton

Évaluation du dispositif de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé
Dr. Gilles Duhamel, Dr. Aquilino Morelle

La suppression de la vignette pharmaceutique : évaluation des modalités de mise en œuvre
Bruno Maquart

Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux
Pierre-Louis Bras, Pierre Lesteven, Jean-Luc Vieilleribiere

Évaluation de la politique française des médicaments génériques
Dorothée Imbaud, Alain Morin, Dr. Sylvain Picard, François Toujas

Contrôle du cadre juridique s'appliquant à la stérilisation à l'oxyde d'éthylène des biberons, tétines et téterelles utilisés dans les établissements de santé, ainsi que de l'ampleur de cette pratique
Muriel Dahan, Aurélie Lorrain-Itty, Bruno Maquart

Rapport fin de mandat du groupe de travail national amiante et fibres
Dominique Tricard

Travail, Emploi, Formation Professionnelle

Évaluation de la mise en œuvre des achats de formation de Pôle Emploi
Virginie Cayre, Jacques-Bertrand de Reboul, Monique Mousseau

Organisation et financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation
Patrick Broudic

Évaluation des modalités de recouvrement et de contrôle de la contribution supplémentaire à l'apprentissage dans le cadre de la mise en œuvre du bonus-malus
Yann-Gaël Amghar, Laurence Eslous, Claire Scotton

L'action sociale dans la fonction publique de l'État
Philippe Barbezieux, Michel Duraffourg (mission conjointe CGEFI)

Évaluation de la mise en place des DIRECCTE
Philippe Blanchard, Myriam Mesclon-Ravaud (mission conjointe IGF / CGIET)

Évaluation du système français d'activité partielle dans la perspective d'une simplification de son circuit administratif et financier
Anousheh Karvar, François Schechter

Évaluation du cumul emploi retraite
Christine Daniel, Laurence Eslous, François Romaneix

Mission 2011 de contrôle de sections d'inspection du travail
Marie-Laure Balmes, Laurent Caillot, Christian Lenoir, Didier Noury

Évaluation des modes de pilotage par les conseils régionaux de la formation professionnelle (rapport de synthèse)
Bernard Krynen, Hervé Leost, Monique Mousseau, David Soubrie

Le contrat de sécurisation professionnelle (CSP) : premier bilan d'un dispositif individualisé de retour à l'emploi et d'accès à la formation
Analyses et préconisations
Philippe Dole

Appui – conseil au management des structures opérationnelles

Évaluation de la contribution du Grand conseil de la mutualité à l'offre de santé des Bouches-du-Rhône et appui à l'évaluation de sa situation financière
Jean-Louis Bonnet, Anne Bruant-Bisson

Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants
Dominique Acker, Dr. Anne-Carole Bensadon, Delphine Chaumel, Patrice Legrand, Céline Mounier

Évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé
Anne Bruant-Bisson, Paul Castel, Maurice-Pierre Planel

Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État
Nathalie Destais, Michel-Henri Mattera et Yves Rabineau (mission conjointe IGA / IGF)

Guide 'Cadrage méthodologique de l'évaluation des politiques publiques partenariales'
Nathalie Destais (mission conjointe IGA / IGF)

Les missions conjointes ont été menées notamment avec :

- **CGAAER** : Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux
- **CGEDD** : Conseil général de l'environnement et du développement durable
- **CGEFI** : Conseil général économique et financier
- **CGIET** : Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies
- **IGA** : Inspection générale de l'administration
- **IGAENR** : Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
- **IGF** : Inspection générale des finances
- **IGSJ** : Inspection générale des services judiciaires
- **MNC** : Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale

Le service de l'IGAS en novembre 2012

Crédits photos

© IGAS/DICOM/Jacques Witt/SIPA : p. 3, p. 65
© IGAS/DICOM/Jacky d. Frenoy : p. 6
© Fotolia : p. 10, p. 20, p. 23, p. 28, p. 34, p. 39, p. 44, p. 50
© Documentation française : p. 9

Inspection générale des affaires sociales

39-43 quai André-Citroën
75739 Paris cedex 15

www.igas.gouv.fr

© Ministère des Affaires sociales et de la Santé/DICOM (DICOM/BCIA) • Rédaction : IGAS • Conception : La Fabrique/DICOM (DICOM/BCGM) • Réalisation : Élise Julienne-Grosberg • Impression : ICL • Septembre 2013