

COUR DES COMPTES

LA
SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2008

	Pages	Réponses
<i>Introduction générale</i>	<i>1</i>	
<i>Première partie – La situation des comptes sociaux 2007</i>	<i>3</i>	
CHAPITRE I LES COMPTES SOCIAUX EN 2007	5	445
I. Les tableaux d'équilibre	7	
<i>Recommandations</i>	16	
II. L'évolution des comptes sociaux en 2007	16	
III. Les relations entre l'Etat et la sécurité sociale	32	
IV. La dette de la sécurité sociale	36	
<i>Synthèse</i>	45	
<i>Recommandations</i>	46	
V. L'évolution des ressources du régime général depuis 2001	46	
<i>Recommandations</i>	57	
CHAPITRE II L'OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE	59	446
I. Les réalisations de l'ONDAM 2007	61	
<i>Synthèse</i>	76	
<i>Recommandation</i>	77	
II. Les dépenses de soins infirmiers dans l'ONDAM 2007	77	
<i>Recommandations</i>	91	

	Pages	Réponses
III. L'ONDAM et les négociations conventionnelles	91	
<i>Synthèse</i>	112	
<i>Recommandations</i>	113	
CHAPITRE III		
LES PROGRAMMES DE QUALITE ET D'EFFICIENCE	115	
I. Les conditions de mise en œuvre	117	
II. Les améliorations à apporter aux PQE	126	
<i>Synthèse</i>	129	
<i>Recommandations</i>	130	
CHAPITRE IV		
LES CONTROLES SOUS LA SURVEILLANCE DE LA COUR	131	448
I. Les contrôles classiques des COREC	133	
II. Les contrôles dans le cadre du réseau d'alerte	136	
III. Les créances prescrites	144	
IV. Le contrôle interne dans les caisses de mutualité sociale agricole	149	
V. Les contrôles effectués sur l'Etat employeur	155	
<i>Recommandations</i>	160	

	Pages	Réponses
<i>Deuxième partie – La gestion des risques</i>	161	
CHAPITRE V		
LE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE : REPARTITION ET TRANSFERTS DE CHARGE ENTRE CONTRIBUTEURS DEPUIS 1996	163	453
I. La dépense finale de santé : qui finance quoi ?	165	
II. Une relative stabilité depuis 1996	172	
III. Les mesures de transfert introduites depuis la loi du 13 août 2004	177	
IV. Coût et effets de la couverture complémentaire	185	
<i>Synthèse</i>	<i>191</i>	
<i>Recommandation</i>	<i>192</i>	
CHAPITRE VI		
LES PHARMACIES D’OFFICINES ET LEURS TITULAIRES LIBERAUX	193	458
I. Un réseau officinal excédentaire au regard de la réglementation	195	
II. La rémunération de l’officine	201	
III. Les revenus des pharmaciens	214	
<i>Synthèse</i>	<i>220</i>	
<i>Recommandations</i>	<i>221</i>	
CHAPITRE VII		
L’ACCES EN LIGNE AUX DOSSIERS MEDICAUX	223	459
I. Une diversité de téléservices	226	
II. Des choix structurants à venir	240	

	Pages	Réponses
III. Le pilotage administratif, juridique et financier	253	
<i>Synthèse</i>	261	
<i>Recommandations</i>	262	
CHAPITRE VIII		
LES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES	263	463
I. La politique de restructuration des établissements de santé	266	
II. Le bilan des restructurations	279	
III. Les conditions d'une relance des restructurations	298	
<i>Synthèse</i>	303	
<i>Recommandations</i>	304	
CHAPITRE IX		
LES SYSTEMES D'INFORMATION DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	305	470
I. Les constats faits au niveau des établissements	308	
II. Le pilotage national des systèmes d'information hospitaliers	319	
III. L'appui régional aux projets des établissements en matière de systèmes d'information hospitaliers	324	
IV Le financement du système d'information hospitalier	327	
<i>Synthèse</i>	331	
<i>Recommandations</i>	331	

	Pages	Réponses
CHAPITRE X		
LES AIDES A LA GARDE DES JEUNES ENFANTS	333	472
I. Un dispositif peu simplifié	335	
II. Un dispositif plus coûteux que prévu	340	
III. Le libre choix d'activité	343	
IV. Le libre choix du mode de garde	346	
<i>Synthèse</i>	355	
<i>Recommandations</i>	356	
CHAPITRE XI		
ASPECTS DE LA GESTION DES REGIMES DE RETRAITE	357	476
I. Les outils de pilotage des régimes de retraite	359	
<i>Synthèse</i>	365	
<i>Recommandations</i>	365	
II. L'adossment des régimes spéciaux aux régimes de droit commun	366	
<i>Recommandations</i>	377	
III. Les minima de pension	377	
<i>Synthèse</i>	393	
<i>Recommandations</i>	393	
CHAPITRE XII		
LE SUIVI DES PRECEDENTES RECOMMANDATIONS	395	486
I. Le suivi des recommandations effectué par les administrations	397	

	Pages	Réponses
II. La situation des UGECAM	401	
III. Le retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes de base du régime général de sécurité sociale	405	
IV. La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles	410	
V. L'examen du dispositif spécifique prévu pour les victimes de l'amiante	421	
<i>Synthèse</i>	424	
<i>Conclusion générale</i>	425	
<i>Annexe</i>	427	
Liste récapitulative des recommandations		
<i>Réponses des ministres</i>	433	
<i>Réponses des organismes</i>	443	
<i>Glossaire</i>	491	

DÉLIBÉRÉ

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

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

Étaient présents : M. Séguin, premier président, MM. Pichon, Picq, Babusiaux, Mmes Bazy-Malaurie, Cornette, Ruellan, MM. Hernandez, Descheemaeker, présidents de chambre, M. Sallois, président de chambre maintenu en activité, MM. Billaud, Berthet, de Mourgues, Malingre, Hespel, Richard, Devaux, Arnaud, Bayle, Bouquet, Gillette, Duret, Martin (Xavier-Henri), Cardon, Théron, Mme Froment-Meurice, M. Beysson, Mme Bellon, MM. Gasse, Moreau, Ritz, Mme Levy-Rosenwald, MM. Pannier, Lebuy, Lesouhaitier, Lefas, Durrleman, Cazala, Gauron, Alventosa, Lafaure, Mme Morell, MM. Gautier, Morin, Braunstein, Mme Saliou (Françoise), MM. Levy, Deconfin, Mme Ulmann, MM. Barbé, Tournier, Vermeulen, Mmes Colomé, Seyvet, MM. Bonin, Vachia, Vivet, Mme Moati, MM. Mollard, Cossin, Davy de Virville, Diricq, Lefebvre, Mme Aubin-Saulière, MM. Sabbe, Pétel, Martin (Christian), Valdiguié, Ténier, Lair, Mme Trupin, M. Corbin, Mme Froment-Védrine, MM. Rigaudiat, Ory-Lavollée, Korb, de Gaulle, Mmes Saliou (Monique), Carrère-Gée, MM. Uguen, Zérah, Guédon, Mme Gadriot-Renard, MM. Martin (Claude), Bourlanges, Le Méné, Urgin, Baccou, Schwarz, conseillers maîtres, MM. Gleizes, Lemasson, Schaefer, Zeller, d'Aboville, Limodin, André, Cadet, Blanc, Pélissier conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général.

Était présent et a participé aux débats : M. Bénard, Procureur général.

Était présent en qualité de rapporteur et n'a donc pas pris part aux délibérations : M. Queyranne, auditeur.

Madame Mayenobe, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 9 septembre 2008.

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

- M. Jean-François Carrez, MM. Alain Gillette, Christian Cardon, Mmes Martine Bellon, Marianne Lévy-Rosenwald, MM. André Gauron, Michel Braunstein, Jean-Pierre Bonin, Noël Diricq, Laurent Rabaté, conseillers maîtres ;

- M. Emmanuel Roux, Mmes Pascale Bouzane de Mazery, Stéphanie Bigas-Reboul, conseillers référendaires ;

- M. Maximilien Queyranne, Mme Barbara Falk, auditeurs ;

- Mme Béatrice de Casson, MM. Clément Contan, Sébastien Gallée, Mme Anny Golfouse-Buet, MM. Jacques Minery, Frédéric Salas, Fabrice Lenseigne, rapporteurs ;

- Mmes Sylvie Apparitio, Martine Koci-Cillario, assistantes ;

- Mme Camille L'Hernault, expert ;

Mme le Dr. Yvette Ract, M. Eduardo Gelbstein.

Ce projet de rapport a été délibéré par la 6^{ème} chambre de la Cour le 10 juillet 2008 sous la présidence de Mme Rolande Ruellan, présidente de chambre.

Ce projet a ensuite été arrêté par le comité du rapport public et des programmes du 22 juillet 2008 présidé par M. Philippe Séguin, premier président, et a été communiqué, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés.

L'examen des réponses des administrations et organismes a été effectué par la 6^{ème} chambre le 29 août 2008.

INTRODUCTION GENERALE

Dans une première partie, le présent rapport porte sur les éléments propres à l'année 2007 : la Cour rend son avis sur « la cohérence des tableaux d'équilibre » et procède à une « analyse de l'ensemble des comptes »¹ des organismes inclus dans le champ des LFSS.

L'examen de la mise en œuvre de l'objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) est complété par des analyses plus ciblées, portant sur la régulation des dépenses de soins infirmiers et sur l'articulation entre l'ONDAM et les négociations conventionnelles.

La Cour examine ensuite les programmes de qualité et d'efficience (PQE) joints à la LFSS pour 2008 qui ont pour objet d'améliorer la performance des politiques sociales.

Enfin, comme la loi l'a prévu, le rapport rend compte des « contrôles et avis émis en 2007 par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance » dans le cadre des COREC et du réseau d'alerte ainsi que des contrôles effectués par les URSSAF sur le respect par l'Etat de ses obligations d'employeur².

Une deuxième partie présente les travaux effectués par la Cour sur la gestion des risques sociaux. Pour la branche maladie, sont présentées des insertions relatives au développement des dossiers médicaux en ligne, au réseau officinal et aux revenus des pharmaciens et à la répartition des financements entre assurance obligatoire, complémentaires et ménages.

Les dépenses hospitalières, qui représentent près de la moitié des dépenses de l'assurance maladie, font l'objet de deux insertions, l'une relative aux restructurations hospitalières, l'autre aux systèmes d'information³.

La branche retraite fait l'objet d'analyses portant successivement sur le pilotage des régimes, sur les opérations d'adossment de certains régimes au régime général et sur le minimum de pensions ou « minimum contributif ». Enfin, une insertion est relative aux aides aux jeunes enfants distribuées par la branche famille.

1. Ces deux missions sont explicitement prévues par l'article LO 132-3 du code des juridictions financières (CJF)

2. Conformément aux dispositions prévues, d'une part dans l'article précité LO 132-3, d'autre part au L. 111-6, du CJF.

3. Dans ce dernier cas, les travaux dont « rend compte » ce rapport ont été réalisés en liaison avec les chambres régionales des comptes, dans le cadre du « programme trisannuel de travaux » prévu à l'article L. 132-3-2 du CJF.

Comme les années précédentes, des recommandations ou orientations accompagnent et prolongent les constats effectués. Une analyse particulière est consacrée, dans le présent rapport, au suivi des recommandations précédentes, tel qu'il apparaît dans le bilan annuel qu'en dresse le Gouvernement, à l'intention du Parlement. La Cour a souhaité revenir en outre plus particulièrement sur certaines de ses recommandations, encore insuffisamment suivies d'effet.

PREMIERE PARTIE

**LA SITUATION DES COMPTES
SOCIAUX 2007**

Chapitre I

Les comptes sociaux en 2007

PRESENTATION

Conformément à l'article LO.132-3 du code des juridictions financières, le présent chapitre « comprend l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos ». En application de la loi organique du 2 août 2005 (LOLFSS), ces tableaux, qui retracent les résultats annuels d'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale pour 2007, sont présentés en vue de leur approbation dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Ce chapitre expose, dans sa première partie, l'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre de 2007 et les vérifications afférentes. Distinct de la certification des comptes du régime général, cet exercice tient compte cependant de l'opinion qu'elle a exprimée sur les comptes de 2007. Les tableaux d'équilibre servent également de fondement à l'analyse de l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2007, présentée dans la deuxième partie du chapitre et effectuée notamment en référence aux prévisions votées par le Parlement. La Cour revient ensuite sur les relations entre l'Etat et la sécurité sociale, afin d'éclairer les évolutions constatées en 2007 et d'apprécier la pertinence des informations financières disponibles.

Ce chapitre évoque enfin, comme les années précédentes, la situation financière des régimes et examine spécifiquement la question du financement de la dette de la sécurité sociale et de son coût. La dernière partie du chapitre dresse un panorama de l'évolution des ressources du régime général depuis 2001, qui constitue le prolongement d'une analyse effectuée sur la période 1980-2000, publiée par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2001.

I - Les tableaux d'équilibre

Etablis par la direction de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre se présentent sous la forme de comptes de résultat simplifiés, avec trois agrégats : les « dépenses », les « recettes » et les « soldes ». Ils portent sur trois sous-ensembles distincts : le régime général, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale dont les résultats sont présentés par branche et les organismes concourant à leur financement. Les tableaux sont établis pour trois exercices : l'exercice clos, l'année en cours et celui de la loi de financement (aux termes de la loi, les tableaux d'équilibre prévisionnels pour 2008 et 2009 du PLFSS pour 2009 ne font pas l'objet d'un avis de la Cour).

A – Le cadre de la mission de la Cour

Conformément aux dispositions de la LOLFSS, la Cour a exprimé un premier avis sur les tableaux d'équilibre dans son rapport sur la sécurité sociale de 2007, au titre de l'exercice clos au 31 décembre 2006.

A cette occasion, elle avait défini le cadre normatif de cette nouvelle mission⁴, destinée à « exprimer l'appréciation de la Cour sur la cohérence d'ensemble de la présentation des résultats annuels de la sécurité sociale ». Cette appréciation porte sur trois éléments :

- les processus de centralisation et de contrôle des comptes des régimes et organismes, en amont de leur consolidation dans les tableaux d'équilibre ;
- les règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre (consolidation des comptes), en particulier leur conformité aux principes comptables applicables à la sécurité sociale ;
- la comparabilité des tableaux d'équilibre d'une année sur l'autre (permanence des méthodes).

La portée de l'avis avait également été précisée. En particulier, la Cour soulignait que, par nature, son avis ne visait pas à apprécier les comptes des régimes et organismes pris individuellement mais qu'il tenait compte des conclusions des missions de certification légale ou contractuelle réalisées par des auditeurs indépendants, dont le régime général audité directement par la Cour.

Les vérifications mises en œuvre par la Cour au titre des tableaux d'équilibre de 2007 s'inscrivent dans un cadre inchangé par rapport à 2006.

B – Les tableaux d'équilibre de l'exercice 2007

Objet de l'avis de la Cour, les tableaux d'équilibre présentés ci-dessous lui ont été transmis avec la signature du directeur de la sécurité sociale et figureront dans le projet de loi de financement pour 2009.

4. Voir rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, chapitre I. Celui-ci avait été préfiguré dans le rapport sur la préparation à la certification des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006.

Tableau d'équilibre par branche du régime général*En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	144,4	149,0	-4,6
Vieillesse	85,7	90,3	-4,6
Famille	54,6	54,4	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,1	10,6	-0,5
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	290,0	299,5	-9,5

*Source : Direction de la sécurité sociale***Tableau d'équilibre par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale***En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	167,6	172,6	-5,0
Vieillesse	169,0	172,9	-3,9
Famille	55,1	54,9	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	12,0	-0,4
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	398,3	407,4	-9,1

*Source : Direction de la sécurité sociale***Tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de base***En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,4	14,3	0,1
FFIPSA	14,3	16,5	-2,2

*Source : Direction de la sécurité sociale***C – La construction des tableaux d'équilibre de 2007**

Dans son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre de l'exercice 2006, la Cour avait souligné l'absence de garanties suffisantes en termes de contrôle et de traçabilité des opérations sous-tendant leur établissement (centralisation, contrôle et consolidation des comptes des régimes et organismes) et l'assurance limitée qui en découlait quant à la correcte ventilation des résultats par branche de l'ensemble des régimes.

En outre, leur cohérence avec les comptes des régimes et organismes était affectée par l'existence d'un retraitement des données comptables établies par ces derniers, consistant à contracter certains produits et charges (présentation « en net ») et ayant pour effet de minorer artificiellement leur montant au regard des règles comptables applicables, sans incidence, cependant, sur les « soldes » de l'exercice.

La Cour avait cependant observé que la permanence des méthodes d'établissement des tableaux d'équilibre permettait leur comparabilité d'une année à l'autre.

1 – Une amélioration limitée de leur mode d'élaboration

En réponse aux observations formulées par la Cour l'an dernier, plusieurs éléments concourant à une amélioration des modalités d'établissement des tableaux d'équilibre pour 2007 ont été observés. Une démarche visant à contrôler les données comptables des régimes et organismes intégrées dans les tableaux d'équilibre a été mise en place et la traçabilité des opérations de consolidation comptable a été renforcée.

Pendant, ces évolutions ont une incidence limitée sur l'assurance apportée à la Cour quant à la cohérence entre les comptes annuels arrêtés par les régimes et organismes (pour certains examinés par des auditeurs indépendants) et leur restitution sous une forme agrégée dans les tableaux d'équilibre.

En effet, s'il est désormais possible d'examiner la décomposition des tableaux d'équilibre par régime et par branche, les contrôles effectués à partir des comptes annuels par la mission comptable permanente (MCP) rattachée au ministère chargé de la sécurité sociale, restent insuffisants. La démarche récemment engagée en réponse aux attentes de la Cour a vocation à être précisée et structurée afin d'apporter des éléments d'assurance probants sur lesquels elle pourrait se fonder pour exprimer son avis.

En outre, alors que les dispositions réglementaires fixent au 15 avril $n+1$ ⁵ la date de communication des comptes par les régimes à la MCP en vue de leur contrôle, celle-ci ne disposait pas, à la mi-juillet 2008 des comptes de l'ensemble des régimes et organismes importants, limitant de facto le champ possible de ses contrôles. Cette situation, déjà soulignée par la Cour l'an dernier, doit impérativement évoluer.

Si les vérifications effectuées par la Cour n'ont pas mis en évidence d'anomalie majeure dans la reprise des comptes, seule une assurance limitée peut être apportée sur la ventilation des charges et produits par branche. En outre, elles ont été limitées par l'indisponibilité des comptes de certains régimes et organismes évoquée précédemment.

5. Arrêté du 30 décembre 2005. Cette date correspond à la date à laquelle sont arrêtés définitivement les comptes.

2 – La persistance d’opérations injustifiées de contraction des comptes

Les tableaux d’équilibre des régimes donnent toujours lieu aux retraitements critiqués depuis 2006 par la Cour⁶, qui conduisent à une minoration injustifiée des dépenses et recettes affichées et les éloignent de la présentation des résultats faite par les régimes et organismes dans leurs comptes annuels.

Ces retraitements correspondent à des contractions de charges et de produits, sans incidence sur les soldes. Ils ont un impact de 17,7 Md€ pour le régime général et de 21,2 Md€ pour l’ensemble des régimes. Il doit notamment être souligné que les tableaux d’équilibre de 2007 ne portent pas trace des charges et produits exceptionnels pourtant comptabilisés dans les comptes du régime général suite aux observations exprimées par la Cour, dans le cadre de la certification, sur la comptabilisation de l’opération d’extinction partielle des dettes de l’Etat (5,1 Md€).

Pour la direction de la sécurité sociale, ces retraitements se justifient par le fait qu’ils donnent une vision « économique » de l’équilibre annuel des régimes et branches dans la mesure où ils corrigent certains soldes comptables et tendances d’évolutions dépourvus de signification. Cependant, les lois de financement de la sécurité sociale répondent au cadre unique de la comptabilité d’engagement (droits constatés). Le plan comptable des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), référentiel réglementaire appliqué par les organismes, devrait donc constituer, par principe, la seule grille de lecture possible de leurs résultats annuels et de leur situation financière.

En outre, le caractère « économique » d’un solde ou flux comptable est indéfini et potentiellement extensible. S’il est possible d’admettre que la contraction des dotations et reprises de provisions statistiques traduit mieux la réalité des flux financiers annuels, tel n’est évidemment pas le cas pour certains éléments constitutifs de dépenses, comme les charges liées à la prise en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux ou les charges de gestion administrative, minorées par les produits d’activités annexes.

Tel n’est pas non plus le cas pour les charges ayant un caractère de pertes, comme les pertes de créances de cotisations sociales, qui viennent

6. Contraction des charges et produits constatés par la CNAMTS au titre de la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux, des pertes sur créances de cotisations avec les produits de cotisations, des charges et produits de gestion courante, des dotations et reprises de provisions.

diminuer le montant des produits de cotisations de l'année. En sens inverse, il peut être observé que les flux financiers entre la CNAMTS et la CNSA, bien que « gonflant » les charges et produits de la branche maladie en raison des règles comptables qui leur sont propres, ne font pas l'objet d'une contraction, alors qu'ils n'ont pourtant pas de signification économique particulière⁷.

La certification, à partir de 2008⁸, des comptes des régimes et organismes autres que le régime général par des commissaires aux comptes ne peut qu'accroître la nécessité d'assurer la cohérence des tableaux d'équilibre avec les comptes dont ils sont issus. La Cour réitère ainsi sa recommandation d'abandonner les retraitements n'ayant pas de justification comptable. L'abandon des retraitements injustifiés serait sans incidence sur la série historique des soldes des régimes et la comparabilité dans le temps des évolutions des produits et des charges serait assurée par la série tirée des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale⁹.

Il conviendrait donc que la DSS engage une réflexion de fond sur l'ensemble des opérations auxquelles elle procède pour l'établissement des tableaux d'équilibre afin d'abandonner celles qui sont comptablement injustifiées.

3 – La terminologie imparfaite des tableaux d'équilibre

Bien que la LOLFSS indique que les tableaux d'équilibre retracent des flux de « recettes » et de « dépenses » ainsi que des « soldes », cette dénomination reflète imparfaitement la nature des montants présentés. Les résultats traduits par les tableaux d'équilibre ont vocation à être appréhendés en tenant compte de deux précisions méthodologiques.

D'une part, les flux ne correspondent pas à des recettes et dépenses au sens, communément admis, de la comptabilité budgétaire, mais bien à des produits et charges comptables, même s'ils sont minorés par les retraitements évoqués précédemment. Ils sont d'ailleurs dénommés « produits et charges nets » par la commission des comptes de la sécurité sociale. D'autre part, les « soldes » correspondent strictement à

7. Selon la DSS, cette question devrait être réglée dans le cadre d'une révision du traitement comptable, qui sera soumise au Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (HCICOSS) d'ici la fin de 2008.

8. Article 31-III de la LFSS pour 2006.

9. Les rapports de la CCSS présentent deux tableaux, l'un relatif aux comptes bruts l'autre aux comptes retraités dits nets.

l'agrégation des résultats comptables et n'ont qu'une relation éloignée avec la notion de solde de trésorerie que ce terme désigne souvent.

4 – L'incidence de l'opinion de la Cour sur les comptes du régime général

Les vérifications effectuées par la Cour dans le cadre de la certification des comptes du régime général l'ont conduite à constater qu'au regard du référentiel comptable en vigueur, le déficit de l'exercice 2007 est sous évalué de près d'1 Md€¹⁰ en raison d'irrégularités comptables portant sur trois opérations de l'exercice 2007.

Celles-ci concernent d'abord le rattachement aux résultats de 2007 des acomptes de CSG sur revenus de placement, exigibles au titre de janvier 2008 ; ensuite, la compensation intégrale du coût des exonérations sur les heures supplémentaires, inscrite dans les comptes sans attendre de disposition en loi de finances et enfin l'absence de comptabilisation au compte de résultat de la régularisation à la baisse des créances de cotisations du régime général.

Cette situation, dont la responsabilité incombe aux administrations de tutelle, a conduit la Cour à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, pilotée par l'ACOSS. Les irrégularités relevées ont une incidence directe sur les résultats des branches maladie et retraite dont le déficit est minoré respectivement de 0,7 Md€ et de 0,3 Md€. Elles sont en revanche sans incidence significative sur les soldes des branches famille et accidents du travail et maladies professionnelles¹¹.

En outre, comme en 2006, la Cour s'est déclarée dans l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille en raison notamment des insuffisances du contrôle interne et de la sous évaluation de certaines charges, estimée à 0,3 Md€. Elle a certifié les comptes des autres branches avec des réserves, celles-ci n'appelant toutefois pas, compte tenu de leur nature ou d'une impossibilité de les chiffrer précisément, une correction des résultats de l'exercice.

Les tableaux d'équilibre présentés dans le projet de loi de financement pour 2009 sont fondés sur les comptes tels qu'ils ont été

10. Voir rapport de certification des comptes du régime général, p. 38 et p. 42.

11. L'excédent de la branche famille passerait de 156 M€ à 226 M€ et le déficit de la branche AT-MP de 455 M€ à 488 M€

arrêtés¹² par les régimes et organismes, lesquels n'intègrent pas les observations faites par la Cour sur les irrégularités comptables à l'issue de sa mission de certification des comptes, le 30 juin 2008.

D – L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre

En application de l'article I-VIII-2 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005, la Cour des comptes a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre par branche, établis sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils seront présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et soumis à l'approbation du Parlement. Sur la base des vérifications effectuées, la Cour exprime l'avis suivant :

Même si les vérifications effectuées par la Cour ont montré des progrès dans le mode d'élaboration des tableaux d'équilibre, il demeure que seule une assurance limitée peut être apportée sur la cohérence entre les comptes des régimes et organismes et ces tableaux d'équilibre en raison d'un contrôle insuffisant des données comptables en amont. Ils intègrent, d'autre part, des retraitements sans justification comptable, consistant à contracter les charges et les produits.

En outre, ces tableaux sont fondés sur les comptes tels qu'ils ont été arrêtés par les régimes, lesquels n'intègrent pas les observations que la Cour a faites sur les irrégularités comptables qui l'ont conduite à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale. Cette situation améliore de 1,0 Md€ les résultats d'ensemble présentés dans le tableau d'équilibre du régime général et dans celui de l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

E – Les conséquences de l'avis de la Cour

La Cour présente ci-dessous des tableaux d'équilibre rectifiés qui incluent les corrections des irrégularités comptables susvisées et la suppression des retraitements contestés¹³.

12. Les modalités d'arrêt et d'approbation des comptes étaient encore variables, pour l'exercice 2007, selon les régimes. Un décret en préparation prévoit de les unifier. L'approbation des comptes par le conseil d'administration interviendra après qu'il a pris connaissance du rapport de certification des comptes.

13. Le tableau relatif aux fonds de financement n'est pas modifié (voir supra).

Tableau d'équilibre par branche du régime général*En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	156,5	161,8	-5,3
Vieillesse	87,4	92,3	-4,9
Famille	57,3	57,1	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,0	11,5	-0,5
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	307,3	317,7	-10,5

*Source : Cour des comptes***Tableau d'équilibre par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale***En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	181,9	187,6	-5,7
Vieillesse	171,7	175,9	-4,2
Famille	57,8	57,6	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	13,0	-0,4
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	418,9	429,0	-10,1

Source : Cour des comptes

La commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) a examiné les résultats du régime général le 18 juin 2008¹⁴, alors qu'elle n'avait pas encore connaissance des opinions de la Cour. Ces résultats ont été repris sans changement dans les tableaux d'équilibre du PLFSS pour 2009.

Si l'opportunité d'une adaptation du calendrier de la CCSS paraît devoir être examinée, il convient, en tout état de cause, d'accompagner toute communication financière sur les comptes du régime général antérieure à l'expression de l'opinion de la Cour, des précautions qui s'imposent de manière usuelle pour des données financières non encore auditées.

Plus généralement, depuis que les comptes du régime général sont soumis à certification, l'implication de la CCSS dans la communication des résultats de l'année passée ne peut conduire qu'à un risque de confusion, son intervention étant à tort assimilée à une forme de validation des comptes. La Cour recommande donc, à nouveau, de recentrer les missions de la CCSS sur les prévisions. Un changement de sa dénomination contribuerait à cette clarification indispensable.

14. Cette commission prend connaissance, au printemps, des comptes du régime général pour l'année précédente et, à l'automne, des comptes de l'ensemble des régimes de base.

RECOMMANDATIONS

1. *Améliorer le dispositif de contrôle des comptes des organismes intégrés aux tableaux d'équilibre.*
 2. *Mettre fin à la pratique de présentation des résultats intégrant des retraitements sans justification comptable.*
 3. *Accompagner toute communication financière sur les résultats des régimes de sécurité sociale, antérieure à l'expression des opinions de la Cour et des commissaires aux comptes, des précautions d'usage.*
 4. *Recentrer la CCSS sur ses missions de prévision et modifier sa dénomination en conséquence.*
-

II - L'évolution des comptes sociaux en 2007

Les observations de la Cour sur les comptes du régime général ou sur la construction du tableau d'équilibre conduisent à proposer des données rectifiées. Pour autant, il n'a pas paru souhaitable de se fonder sur celles-ci pour présenter les évolutions de l'exercice 2007, par régimes ou par branches. Afin d'assurer l'homogénéité des données présentées et leur cohérence avec celles qui seront présentées dans le projet de loi de financement pour 2009, les commentaires relatifs à l'évolution des comptes sont donc fondés sur les données des tableaux d'équilibre du PLFSS pour 2009 et des LFSS antérieures.

A – Les résultats d'ensemble

1 – Les résultats du régime général

Dans le tableau qui suit, une double comparaison est effectuée : en premier lieu entre les réalisations de 2007 et celles de l'année précédente ; et en second lieu entre les réalisations et les prévisions. Ce sont ces prévisions rectifiées qui ont été retenues comme point de comparaison avec les comptes de 2007, dans la mesure où elles ont fait l'objet d'un vote plus récent du Parlement (LFSS 2008). Bien entendu, la comparaison entre prévisions et réalisations serait très différente, si l'on retenait les prévisions initiales, dans la mesure où les prévisions de déficit

ont été réévaluées à la hausse de près de moitié¹⁵, entre le PLFSS pour 2007 et le PLFSS pour 2008 qui les a rectifiées.

Résultats du régime général

En M€

	Tableaux d'équilibre			
	Réalisés 2006	Prévisions initiales (en LFSS 2007)	Prévisions rectifiées (en LFSS 2008)	Réalisés 2007
Maladie	-5 936	-3 898	-6 203	-4 629
AT – MP	-59	84	-366	-455
Famille	-891	-729	-499	156
Retraite	-1 854	-3 504	-4 584	-4 572
Régime général	-8 740	-8 046	-11 652	-9 500

Source : Comptes combinés des branches (exécution), LFSS (prévisions)

Le déficit d'ensemble du régime s'établit à -9,5 Md€ en 2007, en hausse de 8,7 % par rapport à 2006. Il est plus dégradé que les prévisions initiales de la loi de financement pour 2007 (-8,0 Md€), mais en net retrait par rapport aux prévisions rectifiées présentées dans la LFSS pour 2008 (-11,7 Md€).

L'évolution des résultats par rapport à 2006 traduit des situations contrastées selon les branches : si le déficit de la branche maladie se réduit nettement et si le résultat de la branche famille devient légèrement excédentaire pour la première fois depuis 2003, le déficit de la branche retraite et, dans une moindre mesure, celui de la branche AT-MP enregistrent une forte dégradation. A l'exception de la branche retraite, les résultats de l'exercice diffèrent sensiblement des prévisions.

Le tableau qui suit présente le passage, par branche, des prévisions aux réalisations¹⁶. Il fait apparaître que l'essentiel des écarts entre prévisions et réalisations résulte du dynamisme inattendu des produits de cotisations sociales (+1,0 Md€) et de CSG (+1,1 Md€ dont 0,8 Md€ au titre des revenus de placement), auquel plusieurs facteurs contribuent (voir infra).

Les impôts et taxes affectés (ITAF) apparaissent à l'inverse en recul de 0,3 Md€ En effet, les prévisions de septembre 2007 intégraient par hypothèse¹⁷ un financement d'1 Md€ au titre des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires. Si ce montant était cohérent

15. La révision du déficit résultait principalement de la réévaluation des dépenses maladie (+2,4 Md€) et retraite (+1,1 Md€) et des exonérations de cotisations (+0,6 Md€), partiellement compensée par une révision des cotisations (+0,4 Md€).

16. Les éléments précédés d'un (-) minorent le résultat prévisionnel.

17. En l'absence de disposition législative à cette date.

avec l'estimation du coût des exonérations annoncé à cette date, il s'est révélé excessif au regard des réalisations (0,6 Md€).

Décomposition des écarts entre prévisions et réalisations

En M€

	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	Régime général
Prévision 2007 rectifiée (LFSS 08)	-6 203	-366	-499	-4 584	-11 652
Cotisations effectives	259	142	27	616	1 043
Cotisations prises en charge par l'État	2	-27	48	9	33
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	-80		-19		-99
CSG	834		183		1 017
ITAF	-167	20	-17	-154	-318
Contributions publiques	-19	0	120	8	109
Transferts entre organismes (nets)	105	-113	238	-264	-36
Prestations	297	-221	60	34	170
<i>prestations légales</i>	<i>-90</i>	<i>-226</i>	<i>-32</i>	<i>17</i>	<i>-330</i>
<i>prestations extra-légales</i>	<i>37</i>	<i>0</i>	<i>136</i>	<i>18</i>	<i>191</i>
<i>autres prestations</i>	<i>-9</i>	<i>10</i>	<i>30</i>	<i>0</i>	<i>31</i>
<i>provisions et pertes sur créances de prestations</i>	<i>360</i>	<i>-5</i>	<i>-75</i>	<i>-1</i>	<i>279</i>
Charges nettes de gestion courante	91	10	38	-15	124
Autres produits et charges	252	100	-24	-221	107
Résultat 2007 réalisé	-4 629	-455	156	-4 572	-9 500

Source : Cour des comptes

2 – Les résultats consolidés des régimes obligatoires de base et des fonds de financement

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'établit à -9,1 Md€ en 2007 contre -7,8 Md€ en 2006. En tenant compte des résultats des fonds de financement des régimes sociaux (FSV et FFIPSA), ce déficit atteint -11,0 Md€, après -10,2 Md€ en 2006.

Résultats des régimes obligatoires de base

En M€

	Tableaux d'équilibre			
	Réalisés 2006	Prévisions initiales (en LFSS 2007)	Prévisions rectifiées (en LFSS 2008)	Réalisés 2007
Régime général	-8 740	-8 046	-11 652	-9 500
Régimes spéciaux	229	-71	-111	-98
Régimes agricoles	-93	-72	-111	-91
<i>dont exploitants agricoles</i>	-222	-217	-286	-219
Régime social des indépendants	412	284	339	105
CNRA CL	369	453	111	465
Ensemble des régimes de base	-7 823	-7 452	-11 423	-9 119
FSV	-1 259	-664	-292	151
FFIPSA	-1 296	-2 100	-2 300	-2 230
Déficit d'ensemble (régimes + fonds de financement)*	-10 156	-9 999	-13 729	-10 979

*Le FFIPSA reprenant le déficit du régime des exploitants agricoles, ce dernier est déduit pour le calcul du total des besoins de financement.

Source : Cour des comptes

3 – Evolution des résultats depuis 2003

Le déficit d'ensemble des régimes de sécurité sociale et des fonds est resté constamment supérieur à 10 Md€ depuis 2003, confirmant le caractère structurel de l'insuffisance des ressources.

	2003	2004	2005	2006	2007
Régime général	-11,5	-13,2	-11,6	-8,7	-9,5
Tous régimes	-11,7	-12,8	-11,6	-7,8	-9,1
Fonds de financement	-0,9	-1,4	-3,4	-2,6	-2,1
Total*	-12,6	-14,1	-14,4	-10,2	-11

*Le total tient compte de la déduction des résultats du régime des exploitants agricoles, traduit à la fois dans les résultats des régimes et dans ceux des fonds.

Source : Cour des comptes

B – Les évolutions retracées dans les tableaux d'équilibre des régimes de base**1 – Les faits marquants de l'exercice***a) Evolutions dans l'architecture des comptes sociaux*

A la différence de l'année 2006, qui avait vu évoluer l'architecture des comptes avec, notamment, l'incidence de la création de la CNSA et la fusion des régimes des travailleurs indépendants dans le RSI, les comptes

sociaux de 2007 traduisent peu de modifications de périmètre. Les principales évolutions concernent la mise en place, au 1^{er} avril 2007, de la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG) et, au 30 juin 2007, de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRPSNCF).

Ces évolutions n'ont pas d'effet sur les comptes. La CAMIEG a reçu la gestion des prestations anciennement assurée par les caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale de la branche des IEG, les personnels de la branche restant affiliés, de droit, au régime général pour les prestations de base en nature du régime¹⁸. La création de la CPRP SNCF était, quant à elle, consécutive à l'adoption par la SNCF des normes comptables internationales au 1^{er} janvier 2007¹⁹.

b) Elargissement du périmètre des recettes fiscales affectées

Les impôts et taxes affectés (ITAF) représentent une part croissante des produits des régimes de sécurité sociale (26 % en 2007)²⁰. En 2007, plus d'une trentaine d'impôts et taxes sont affectés aux régimes de base, hors CSG et autres prélèvements sociaux. Pour cette seule année, quatre nouvelles recettes fiscales ont été affectées, en tout ou partie, à la sécurité sociale, tandis que la part de certaines recettes antérieurement affectées a évolué. Au total, le supplément de recettes fiscales affectées représente 1,8 Md€ en 2007.

Deux points, relatifs à la compensation des exonérations, doivent être signalés :

- d'une part, l'entrée en vigueur du dispositif d'exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, issu de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (TEPA) du 21 août 2007, a donné lieu à l'affectation de recettes fiscales en lois de finances²¹, évaluées à 4,1 Md€ en année pleine²². A l'instar du mécanisme en vigueur pour le financement des allègements généraux de cotisations en 2006, non reconduit en 2007, ces lois de finances comprennent une disposition organisant l'exacte compensation par l'Etat de la perte de cotisations supportée par les régimes : en cas

18. Voir rapport public thématique « les institutions sociales des industries électriques et gazières », avril 2007, pages 34-38.

19. Voir chapitre XI – Aspects de la gestion des régimes de retraite.

20. L'évolution des ressources du régime général est analysée infra.

21. Art. 6, LFR 2007 : 22,38 % de la taxe sur les véhicules de société (TVS), art. 53, LFI 2008 : 50,57 % de la TVS, intégralité de la TVA sur les alcools et de la contribution sociale sur les bénéfices.

22. PLF 2008, exposé des motifs de l'article 28.

d'insuffisance de recettes fiscales, l'écart constaté « fait l'objet d'une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte ».

Dans les comptes de 2007, les produits d'impôts et taxes affectés à ce dispositif d'exonération s'élèvent à 0,65 Md€ dont 0,6 Md€ pour le régime général. Comme l'a souligné la Cour dans le rapport de certification des comptes du régime général, ces produits équilibrent exactement la perte de cotisations estimée au titre de l'année, dans la mesure où, sans attendre de disposition en loi de finances, un montant de 0,2 Md€ a été inscrit en comptabilité pour compenser l'insuffisance des recettes fiscales effectivement perçues. Pour autant, cet engagement n'a pas été reconnu par l'Etat dans sa comptabilité générale²³, ce qui illustre les difficultés d'application de la disposition précitée dont la portée normative se limite à une injonction pour l'avenir ;

- d'autre part, le financement des allègements généraux de cotisations pour 2007 (dispositif « Fillon »), assuré par affectation d'impôts et taxes depuis le 1^{er} janvier 2006, a été modifié par trois lois de finances successives (LFI 2007, LFR 2007, LFI 2008). En l'absence de reconduction du mécanisme de compensation « par la plus prochaine loi de finances » qui prévalait en 2006, ces évolutions avaient pour objet d'ajuster le niveau des recettes fiscales affectées sur celui des pertes de cotisations estimées²⁴.

Ainsi, la part de la taxe sur les salaires antérieurement affectée à l'Etat (5 %) ainsi qu'une fraction des droits de consommation sur les tabacs (8,61 %) ont été affectées aux régimes de base en 2007, pour un montant évalué à 1,4 Md€ et concernant à 95 % le régime général. Ces taxes ont notamment permis de compenser, à hauteur de 0,4 Md€, des remboursements de cotisations effectués par l'ACOSS à l'initiative des cotisants, suite à la réévaluation des allègements de cotisations, elle-même consécutive à l'évolution de la définition légale de leur assiette. Au total, les impôts et taxes affectés au financement des allègements généraux pour 2007 permettent juste d'équilibrer le coût du dispositif selon le principe des « droits constatés » (21,8 Md€, en hausse de 11,8 %) ²⁵.

23. Depuis 2007, les recettes fiscales affectées sont comptabilisées en tant que dettes au bilan de l'Etat.

24. Toutefois, ces ajustements n'ont pas suivi la procédure prévue par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, qui prévoit qu'en cas d'écart supérieur à 2 % entre le montant constaté des exonérations et celui des impôts et taxes, le gouvernement doit recueillir l'avis d'une commission présidée par un magistrat de la Cour.

25. Les comptes combinés de l'ACOSS indiquent un léger excédent pour le régime général (8 M€).

Enfin, l'évolution de la répartition des droits de consommation sur les tabacs²⁶, a conduit à réduire la part affectée au financement de la CNAMTS de 32,46 % à 30 %, pour un effet estimé à -0,3 Md€ en 2007 et à affecter une fraction de 1,69 % (0,1 Md€) au financement des frais financiers supportés par le régime général au titre des dettes de l'Etat. Le budget de l'Etat ne bénéficie plus, quant à lui, de la part de cette recette (11,51 %) qui lui était affectée en 2006.

c) Les autres mesures affectant les produits

Deux mesures ayant eu un effet significatif en 2006 n'ont pas connu d'équivalent en 2007. D'une part, les branches retraite et AT-MP du régime général avaient bénéficié d'un relèvement des taux de cotisation au 1^{er} janvier 2006. D'autre part, les produits de CSG de 2006 enregistraient l'effet de la taxation de l'ensemble des plans d'épargne logement ouverts depuis plus de 10 ans, évalué à 1,8 Md€ dont 1,5 Md€ pour le régime général.

Pour autant, les produits de CSG sur les placements enregistrent, en 2007, une croissance plus importante que prévu (+4,4 % au lieu d'une baisse estimée de 15 %, soit un supplément de produits de 0,8 Md€ pour le régime général par rapport aux prévisions de septembre 2007), sous le double effet d'une sous évaluation de l'assiette et du changement de méthode comptable indiqué ci-dessous.

En effet, les règles comptables relatives aux prélèvements sociaux collectés par les services fiscaux (CSG et prélèvements sur revenus du patrimoine, des placements et des jeux) ont évolué en 2007 et sont désormais conformes aux principes de la comptabilité d'engagement. Ce changement de méthode comptable a eu pour effet l'inscription, au compte de résultat, de produits à recevoir évalués à 0,4 Md€ pour le régime général²⁷, soit environ 40 % du supplément de CSG constaté par rapport aux prévisions.

26. Le rendement de cette taxe s'élève à 9,6 Md€ en 2007, tous affectataires confondus.

27. 0,6 Md€ pour l'ensemble des affectataires.

d) *La dégradation de la situation financière du régime général*

En dépit de l'extinction par l'Etat d'une partie de ses dettes envers le régime général pour 5,1 Md€, les besoins de financement de ce régime ont continué à s'accroître en 2007 (-7,5 Md€), atteignant 20,1 Md€ au 31 décembre 2007 après un point bas à 24,9 Md€ fin septembre (voir infra).

Cette situation a pour conséquence un alourdissement significatif des charges d'intérêt, qui s'élèvent à 648 M€ en 2007 après 271 M€ en 2006.

2 – L'évolution des résultats du régime général

a) *La branche maladie*

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Réalizations		Prévision 2007 rectifiée (3)	Variation 2006/2007		Ecart réalisation/ prévision (2-3)
	Tableau d'équilibre 2006 (1)	Tableau d'équilibre 2007 (2)		en valeur (2-1)	en %	
CHARGES NETTES	143 442	149 049	149 729	5 607	3,9	-680
Prestations	123 094	128 130	128 427	5 036	4,1	-297
prestations légales	121 048	126 471	126 381	5 424	4,5	90
prestations extra-légales	427	380	417	-46	-10,9	-37
autres prestations	656	708	699	52	7,9	9
dotations nettes aux provisions	924	529	895	-395	-42,8	-366
pertes sur créances irrécouvrables	39	42	35	2	5,5	6
Transferts entre organismes	13 832	14 096	14 227	264	1,9	-131
Charges financières	130	255	258	125	96,1	-3
Charges nettes de gestion courante	4 956	4 984	5 075	28	0,6	-91
Autres charges	1 431	1 585	1 743	154	10,8	-158
PRODUITS NETS	137 506	144 420	143 527	6 914	5,0	894
Cotisations effectives	62 331	64 606	64 347	2 274	3,6	259
cotisations sociales des actifs	62 261	64 437	64 119	2 176	3,5	319
cotisations des inactifs	503	524	513	21	4,2	11
autres cotisations sociales	161	199	222	39	24,0	-23
majorations et pénalités	192	191	195	-2	-0,8	-4
reprises nettes de provisions	-22	1	26	23	-105,7	-25
pertes sur créances irrécouvrables	-763	-746	-727	17	-2,2	-19
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 365	1 611	1 609	246	18,0	2
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	200	160	240	-39	-19,7	-80
CSG	47 139	49 793	48 959	2 654	5,6	834
ITAF	12 909	13 359	13 527	450	3,5	-167
Contributions publiques	413	398	417	-15	-3,7	-19
Transferts entre organismes	10 677	11 930	11 956	1 253	11,7	-26
Produits financiers	10	10	0	0	-2,1	10
Autres produits	2 463	2 553	2 471	90	3,7	82
Résultat net	-5 936	-4 629	-6 203	1 307	-22,0	1 573

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

Le déficit de la branche s'est réduit d'1,3 Md€ en 2007, à 4,6 Md€ compte tenu d'une progression des produits plus forte que celle des charges. Il s'inscrit en repli d'environ 25 %, soit 1,6 Md€ par rapport à la prévision de septembre 2007, du fait d'une surévaluation des charges prévisionnelles de 0,7 Md€, dont 0,4 Md€ au titre des provisions sur prestations légales et d'une sous-évaluation des produits de 0,9 Md€, notamment de CSG et de cotisations sociales (voir supra).

Afin d'appréhender l'évolution du résultat de l'exercice, la CNAMTS a indiqué, dans ses comptes combinés, le montant du résultat dit courant, excluant l'effet des opérations non reconductibles de 2006 comme de 2007. Selon ces estimations, le déficit courant s'élève à -5,7 Md€ en 2007, compte tenu d'éléments positifs non récurrents évalués à 1,1 Md€ dont 0,8 Md€ de CSG, contre -7,4 Md€ en 2006 du fait du produit exceptionnel lié à la taxation des PEL de plus 10 ans (1,5 Md€).

L'évolution des dépenses des régimes maladie est commentée dans le chapitre II consacré à l'ONDAM. Par ailleurs, les charges de prestations légales comprennent, à hauteur de 10,7 Md€, les prestations médico-sociales prises en charge par la CNSA, qui trouvent leur exacte contrepartie en produits.

b) La branche AT-MP

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Réalisations 2006 (1)	Prévision initiale (LFSS 2007)	Prévision rectifiée (LFSS 2008) (2)	Réalisations 2007 (3)	2007/2006 (3/1)	Ecart entre réalisation et prévision rectifiée (3-2)
Produits nets	9 796	10 251	9 992	10 175	+3,9%	183
Charges nettes	9 854	10 167	10 358	10 630	+7,9%	272
Résultat	-59	84	-366	-455	ns	-89

Source : LFSS et DSS

La forte dégradation du solde de la branche est imputable en quasi-totalité à des corrections demandées par la Cour dans le cadre de la certification des comptes 2006, comptabilisées en 2007. Celles-ci concernent la répartition des dépenses hospitalières avec la branche maladie (-0,2 Md€) et la dépréciation des créances de la branche envers le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), fonds non doté de la personnalité morale (-0,2 Md€) et sans perspective de retour à l'équilibre à moyen terme.

Par ailleurs, dans le cadre de ses travaux en vue de la certification des comptes 2007, la Cour a constaté des insuffisances dans les processus, notamment informatiques, destinés à mettre à jour les informations fondant la liquidation des cotisations AT-MP. Celles-ci créent une incertitude, dont l'incidence financière est difficile à apprécier, quant au montant des cotisations mises en recouvrement.

En effet, contrairement aux autres cotisations, les cotisations AT-MP sont liquidées à partir des salaires déclarés par les entreprises et des taux de cotisation déterminés par les CRAM. Or, les tests effectués par la Cour ont mis en évidence des divergences importantes entre les informations détenues par les CRAM et celles dont disposent les URSSAF. La CNAMTS et l'ACOSS ont engagé une démarche commune d'analyse destinée à définir les actions de fiabilisation nécessaires²⁸.

c) La branche retraite

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Réalizations		Prévision 2007 rectifiée (3)	Variation 2006/2007		Ecart réalisation/ prévision (2-3)
	Tableau d'équilibre 2006 (1)	Tableau d'équilibre 2007 (2)		en valeur (2-1)	en %	
CHARGES NETTES	84 850	90 302	89 984	5 452	6,4	318
Prestations	77 850	82 613	82 647	4 763	6,1	-34
prestations légales	77 543	82 298	82 315	4 755	6,1	-17
prestations extra-légales	281	286	304	5	1,8	-18
dotations nettes aux provisions	22	25	25	3	13,2	1
pertes sur créances irrécouvrables	3	4	4	1	19,5	0
Transferts entre organismes	5 800	5 956	5 897	157	2,7	59
Charges financières	257	492	473	235	91,7	18
Charges nettes de gestion courante	900	937	922	37	4,1	15
Autres charges	43	303	44	260	597,9	259
PRODUITS NETS	82 995	85 730	85 400	2 735	3,3	330
Cotisations effectives	58 020	60 200	59 584	2 180	3,8	616
cotisations sociales des actifs	57 677	59 827	59 233	2 149	3,7	594
autres cotisations sociales	523	614	568	90	17,3	46
majorations et pénalités	190	188	193	-2	-1,0	-5
reprises nettes de provisions	106	34	20	-72	-67,9	14
pertes sur créances irrécouvrables	-477	-463	-430	14	-3,0	-33
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 110	1 290	1 281	181	16,3	9
ITAF	6 144	7 296	7 450	1 152	18,7	-154
Contributions publiques	131	139	131	9	6,6	8
Transferts entre organismes	17 388	16 628	16 833	-760	-4,4	-205
Produits financiers	4	3	0	-1	-29,2	3
Autres produits	199	174	120	-25	-12,7	53
Résultat net	-1 855	-4 572	-4 584	-2 717	146,5	12

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

28. Voir rapport de certification des comptes du régime général 2007, page 31.

Le déficit de la branche s'élève à -4,6 Md€ contre -1,9 Md€ en 2006. Il n'est conforme aux prévisions qu'en raison du supplément de cotisations constaté en fin d'année, qui permet de compenser l'incidence d'évolutions non prévues.

La forte dégradation du résultat traduit le dynamisme des charges de prestations légales (+6,1 %, dont 1,8% au titre de la revalorisation des pensions), qui augmentent près de deux fois plus vite que les produits. Cette évolution résulte des effets conjugués de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom » et de l'absence de ralentissement des demandes de départ anticipé en retraite, dont le coût atteint 2,1 Md€ en 2007 après 1,8 Md€ en 2006. Fin 2007, 454 500 retraités ont bénéficié de cette mesure entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004. Le nombre total de titulaires d'une pension (de droit propre ou/et de droit dérivé) servie par le régime général s'établit à 11,9 millions à fin 2007, contre 11,4 millions à fin 2006 (+3,5 %).

En outre, la branche retraite enregistre une croissance des produits moindre que la moyenne du régime général qui s'établit à 4,4 %. En effet, la réduction du nombre de chômeurs notifié par l'UNEDIC au FSV²⁹, qui fonde le montant que ce dernier verse à la CNAVTS au titre de la prise en charge des cotisations retraite des chômeurs, a conduit à réduire le transfert financier correspondant du FSV de 7,6 Md€ en 2006 à 7,0 Md€ en 2007. Cette réduction est l'un des facteurs explicatifs du léger excédent dégagé par le FSV en 2007 (151 M€ voir infra).

Dans le cadre de la certification des comptes du régime général, la Cour a d'ailleurs souligné que l'absence de rattachement des résultats du FSV à la branche retraite, à hauteur de la quote-part de la branche dans l'ensemble des prestations non contributives qu'il finance³⁰, ne permet pas d'avoir une image fidèle de ses résultats. Compte tenu de l'amélioration du résultat du FSV et à la différence de l'an dernier, ce rattachement réduirait légèrement le déficit de la branche retraite pour 2007.

29. Les données notifiées par l'UNEDIC au FSV comportent une baisse du nombre de chômeurs indemnisés (2,3 millions en moyenne annuelle contre 2,53 millions en 2006) et de celui des chômeurs non indemnisés (1,59 million contre 1,71 million en 2006).

30. 88,1 % en 2007.

d) La branche famille

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Réalizations		Prévision 2007 rectifiée (3)	Variation 2006/2007		Ecart réalisation/ prévision (2-3)
	Tableau d'équilibre 2006 (1)	Tableau d'équilibre 2007 (2)		en valeur (2-1)	en %	
CHARGES NETTES	53 391	54 461	54 761	1 070	2,0	-301
Prestations	40 977	42 231	42 291	1 254	3,1	-60
prestations légales	37 463	38 574	38 542	1 111	3,0	32
prestations extra-légales	3 337	3 495	3 632	158	4,7	-136
autres prestations	0	0	30	0	-50,6	-30
dotations nettes aux provisions	75	59	-18	-16	-20,9	77
pertes sur créances irrécouvrables	102	103	104	1	1,2	-2
Transferts entre organismes	6 819	6 815	7 061	-4	-0,1	-246
Charges financières	2	8	2	7	368,9	7
Charges nettes de gestion courante	1 585	1 589	1 627	4	0,2	-38
Autres charges	4 009	3 817	3 781	-192	-4,8	36
PRODUITS NETS	52 500	54 617	54 263	2 116	4,0	354
Cotisations effectives	30 128	31 090	31 063	962	3,2	27
cotisations sociales des actifs	30 340	31 274	31 269	933	3,1	4
majorations et pénalités	109	110	112	1	0,7	-1
reprises nettes de provisions	9	51	0	42	440,5	51
pertes sur créances irrécouvrables	-331	-345	-318	-14	4,1	-27
Cotisations prises en charge par l'Etat	581	707	659	127	21,8	48
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	262	257	275	-6	-2,1	-19
CSG	11 084	11 657	11 473	573	5,2	183
ITAF	3 494	3 945	3 963	451	12,9	-17
Contributions publiques	6 296	6 582	6 462	286	4,5	120
Transferts entre organismes	16	19	27	3	15,7	-8
Produits financiers	70	64	45	-6	-9,1	19
Autres produits	568	296	295	-273	-48,0	0
Résultat net	-891	156	-499	1 047	-117,5	655

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

L'amélioration du résultat de la branche famille, devenu bénéficiaire, traduit le ralentissement de la croissance de ses charges de prestations, qui s'établit à +3,1 % après +4,5 % en 2006 et, de manière plus générale, la dynamique des produits (+4,0 %), qui croissent deux fois plus vite que les charges (+2,0 %).

L'inversion apparente de tendance par rapport aux prévisions de septembre 2007, qui indiquaient un résultat déficitaire de 0,5 Md€ résulte pour l'essentiel d'éléments conjoncturels ou ponctuels, notamment la dynamique inattendue de la CSG, ou l'opération de régularisation des

cotisations d'AVPF envers la CNAVTS évoquée précédemment. La moindre progression des charges d'action sanitaire et sociale, qui contribue à l'amélioration relevée, est délicate à interpréter compte tenu des constats effectués par la Cour et la CNAF elle-même dans le cadre de la certification des comptes³¹. En effet, si celle-ci reflète l'effet restrictif des nouvelles politiques d'action sociale, elle est également susceptible de traduire un report de charges sur l'année 2008.

Par ailleurs, l'évolution d'ensemble des prestations légales (+3,0 %) recouvre des tendances contrastées en fonction des prestations. Elle doit être mise en regard de la faible évolution du nombre de bénéficiaires de prestations (+0,5 %)³².

Evolution des prestations légales

En M€

	Réalizations		Prévision 2007 rectifiée	Variation 2006/2007		Ecart réalisation/ prévision
	Tableau d'équilibre 2006	Tableau d'équilibre 2007		en valeur	en %	
Prestations légales	37 463	38 574	38 542	1 111	3,0	32
allocations en faveur de la famille	15 922	16 196	16 183	274	1,7	12
allocations et aides pour la garde des jeunes enfants	10 441	10 911	10 965	471	4,5	-54
allocation de rentrée scolaire	1 390	1 381	1 378	-9	-0,6	3
allocations de logement familial	3 616	3 672	3 702	56	1,6	-30
allocation en faveur des handicapés	5 798	6 113	6 000	315	5,4	113
Frais de tutelle et autres	297	301	314	4	1,4	-13

Source : Tableaux de centralisation des données comptables (CNAF)

Les allocations en faveur de la famille progressent de 1,7% compte tenu d'une croissance modérée des allocations familiales (+1,5 % soit 0,2 Md€), légèrement plus faible que la revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales au 1^{er} janvier 2007 (+1,7 %) et d'une légère baisse de la natalité. L'allocation de parent isolé (API), prise en charge par l'Etat, reste stable à 1,1 Md€ malgré la baisse du nombre de bénéficiaires (-5,5 %) et la mise en place, au 1^{er} janvier 2007, d'un dispositif de subsidiarité avec l'allocation de soutien familial.

31. Voir rapport précité, pages 95-96 et 104.

32. Cette évolution traduit un changement de méthode statistique, le suivi des bénéficiaires s'effectuant désormais avec un champ modifié, puisque les mesures intègrent désormais les bénéficiaires d'un contrat aidé ou d'un dispositif de retour à l'emploi (RMA, RSA) même s'ils ne perçoivent pas de prestations légales.

En revanche, les prestations en faveur de la petite enfance enregistrent une croissance de 4,5 % en raison de la poursuite de la montée en charge de la PAJE, dont le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5%. Le volet « complément du mode de garde » est particulièrement dynamique (+32 % soit +0,9 Md€) tandis que l'extinction des dispositifs antérieurs à la PAJE se poursuit.

Enfin, l'allocation aux adultes handicapés, prise en charge par l'Etat, reste en forte croissance (+5,4 % après +5 % en 2006), du fait d'une revalorisation de son montant de 1,8 %³³ au 1^{er} janvier 2007 et de la croissance du nombre de bénéficiaires de 1,3 %. La variation résiduelle (+2,3 %) correspond à un changement de méthode d'évaluation des prestations à rattacher à l'exercice.

3 – Les résultats des autres régimes de base

Les résultats de la plupart des autres régimes de base sont équilibrés par des financements extérieurs ou par un mécanisme de cotisations d'équilibre des employeurs. Leurs résultats sont donc globalement proches de l'équilibre. Les mécanismes d'équilibrage sont divers et, dans certains cas, plusieurs mécanismes coexistent pour un même régime en fonction des risques qu'il gère. Ils se distinguent des compensations entre régimes, dont les finalités sont différentes.

Parmi les principaux dispositifs d'équilibrage, on distingue :

- l'intégration financière au régime général, c'est-à-dire la prise en charge du déficit par ce dernier ; ce mécanisme, qui représente un coût d'1,0 Md€ pour la CNAMTS et 0,3 Md€ pour la CNAVTS, concerne les branches maladie et retraite du régime des salariés agricoles et de la caisse qui gère les avantages des ministres des cultes³⁴, la branche maladie du régime des militaires et les branches maladie et AT-MP du régime des marins ;
- les subventions d'équilibre de l'Etat, versées à la plupart des régimes spéciaux de retraite, principalement ceux de la SNCF, des marins et des ouvriers de l'Etat ; elles s'élèvent à 3,8 Md€ en 2007 ;
- les cotisations d'équilibre des employeurs, qui concernent les régimes d'employeurs non dotés d'une personnalité juridique distincte de ces derniers, notamment l'Etat. Elles représentent 2,8 Md€ en 2007.

33. Le montant de l'AAH suit la revalorisation des prestations du minimum vieillesse.

34. En 2006, le régime des cultes a été supprimé : la CAVIMAC gère les avantages du régime général destinés à cette population (art. 75, LFSS 2006).

En outre, le régime des exploitants agricoles fait l'objet d'un équilibrage par le FFIPSA (voir infra). Les déficits de la couverture de base du régime social des indépendants sont, quant à eux, équilibrés par l'attribution, à due proportion, de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (3,3 Md€ en 2007). Le reliquat de cet impôt a été versé au FSV pour 0,5 Md€ (voir infra).

Enfin, le financement du régime de retraite des IEG a été partiellement adossé à la CNAVTS au 1^{er} janvier 2005, au titre des prestations équivalentes à celle du régime général. Son coût net annuel est d'environ 0,2 Md€ pour la CNAVTS, compte non tenu de la fraction de la soulte versée au FRR qui en assurera la gestion jusqu'en 2020 (3,1 Md€) et des produits financiers engendrés par cette dernière (0,7 Md€ au 31 décembre 2007). Ses conditions de reversement à la CNAVTS, qui doivent être fixées par une convention, ne sont pas arrêtées à ce jour³⁵.

C – La situation des fonds de financement

1 – Le fonds de solidarité vieillesse

Créé en 1993, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) finance des avantages de retraite à caractère non contributif servis par certains régimes. Ainsi il prend en charge les majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge (3,9 Md€ en 2007), les allocations du minimum vieillesse (2,7 Md€), ainsi que certaines cotisations, essentiellement au titre de la validation des périodes de chômage (7,6 Md€). A elle seule, la branche retraite du régime général bénéficie de près de 90 % des concours du FSV, qui représentent environ 15 % de ses produits techniques.

Pour la première fois depuis 2000 et contrairement aux prévisions pour 2007, le résultat du FSV est légèrement excédentaire (0,15 Md€), sous le double effet de la croissance de la CSG et de la réduction des prises en charge de cotisations des chômeurs consécutive à la réduction du nombre de chômeurs. La forte hausse de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (+8,2 % pour l'ensemble des affectataires)³⁶, dont le solde après affectation au RSI est versé au FSV, contribue également à cette amélioration.

35. Voir chapitre XI – Aspects de la gestion des régimes de retraite.

36. La C3S est recouvrée par le RSI pour le compte de l'Etat.

Comptes annuels du fonds de solidarité vieillesse

En Md€

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CSG, prélèvement social de 2%	10,1	9,5	9,7	10,0	10,3	11,1	11,6
Contribution CNAF ³⁷	0,5	1,0	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3
C3S	0,6	0,6	0,9	1,3	0,2	0,2	0,5
Autres	0,8	0,1	ns	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Produits</i>	<i>12,0</i>	<i>11,1</i>	<i>12,5</i>	<i>13,4</i>	<i>12,7</i>	<i>13,6</i>	<i>14,5</i>
Prises en charge de prestations	5,5	5,6	5,8	5,9	6,2	6,4	6,6
Prises en charge de cotisations	6,0	6,7	7,4	7,9	8,4	8,2	7,6
Autres	0,5	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
<i>Charges</i>	<i>12,1</i>	<i>12,4</i>	<i>13,4</i>	<i>14</i>	<i>14,7</i>	<i>14,8</i>	<i>14,3</i>
Résultat	-0,1	-1,4	-0,9	-0,6	-2,0	-1,3	0,2

Source : FSV

Alors que la LFSS 2007 prévoyait, selon les hypothèses les plus conservatrices (scénario bas), un retour à l'équilibre du FSV en 2009, avec un résultat cumulé de -0,5 Md€ sur la période 2008-2010, les prévisions annexées à la LFSS 2008 traduisent une vision plus optimiste. Sur la période 2008-2010, les résultats cumulés atteindraient 2,4 Md€ et 5,6 Md€ jusqu'en 2012. Dans le scénario haut, les excédents cumulés 2008-2012 s'élèveraient à 7,2 Md€. Toutefois, l'ampleur de ces excédents suppose la poursuite à la fois de la décrue du chômage et d'une croissance forte de la CSG et du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, dont l'évolution pourrait pâtir de la crise financière.

La Cour estime que ces excédents devraient être prioritairement affectés à la résorption des déficits cumulés du FSV, qui atteignent 4,8 Md€³⁸, au 31 décembre 2007 et dont le coût financier est de facto supporté par la CNAVTS au travers des créances non rémunérées que détient cette dernière sur le FSV (5,8 Md€ au 31 décembre 2007).

Cette affectation au désendettement du FSV privera le FRR d'une recette potentielle complémentaire et ne lui laissera comme ressources récurrentes que le produit de la fraction du prélèvement social de 2 % qui lui est affecté (1,8 Md€ en 2007 contre 1,5 Md€ en 2006) et le produit de sa gestion financière (2,7 Md€ en 2007 contre 2,1 Md€ en 2006). Les capitaux propres du FRR atteignent 30,6 Md€ au 31 décembre 2007 contre 27,5 Md€ fin 2006.

Ceux-ci représentent moins de 20% de l'objectif assigné au FRR lors de sa création en 2000. Seul un désendettement du FSV permettrait de lui affecter d'éventuels excédents futurs et de lui apporter un

37. Prise en charge, à compter de 2003, de 60 % des majorations pour enfants.

38. Résultats cumulés depuis la création du FSV, minorés des versements au FRR.

complément de ressources, sans lequel il ne pourra remplir pleinement sa mission.

2 – Le FFIPSA

Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles, créé par la loi de finances pour 2004, a pour mission d'assurer le financement du régime des exploitants agricoles. Conformément à la loi, ses comptes retracent, outre le financement, l'ensemble des charges et produits du régime.

Au 31 décembre 2007, les déficits cumulés du FFIPSA s'élèvent à 4,9 Md€ pour un endettement net de 4,7 Md€³⁹. La situation financière du FFIPSA s'est à nouveau nettement dégradée en 2007, avec un déficit de 2,2 Md€ après 1,3 Md€ en 2006. En effet, en dépit d'une hausse contenue des charges techniques (+0,1 Md€), qui bénéficient de la non reconduction de charges ponctuelles de 2006 et de l'effet de la régularisation de la prise en charge de l'APL pour 2005, les produits techniques se contractent de 0,6 Md€ dans la mesure où, en 2006, un changement de méthode comptable avait conduit à comptabiliser l'équivalent de treize mois de taxes sur les tabacs. En outre, les frais financiers font plus que doubler par rapport à 2006, à 0,2 Md€

La Cour réitère ses recommandations relatives à la recherche d'une solution pérenne pour le financement du régime des exploitants agricoles et à la suppression du FFIPSA.

III - Les relations entre l'Etat et la sécurité sociale

A – La reconstitution partielle des dettes de l'Etat envers le régime général

La situation financière des régimes de sécurité sociale pâtit de la persistance de dettes de l'Etat qui grèvent une capacité de financement déjà mise à mal par des résultats structurellement déficitaires. Dans la comptabilité générale de l'Etat, les passifs envers la sécurité sociale atteignent 6,0 Md€ au 31 décembre 2007, après 9,1 Md€ en 2006, dont 4,6 Md€ pour le seul régime général (contre 7,2 Md€ au 31 décembre 2006).

39. Ce solde tient compte de la reprise par l'Etat du solde des dettes hérité du BAPSA pour 0,6 Md€ et de la trésorerie disponible pour 0,4 Md€

Les dettes envers les autres régimes ont diminué, mais uniquement grâce à la reprise par l'Etat de la dette du FFIPSA héritée du BAPSA (voir supra). Vis-à-vis du régime général en revanche, en 2007, en dépit de l'opération d'extinction des dettes de l'Etat d'un montant de 5,1 Md€ dont la Cour a critiqué l'absence de comptabilisation en charge budgétaire dans son rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'Etat⁴⁰, elles se sont partiellement reconstituées.

Décomposition des passifs de l'Etat envers le régime général⁴¹

En M€

Situation au 31/12/2007	Total RG	CNAF	ACOSS	CNAMTS	CNAVTS
Dettes (A) (1)	1 022,3	612,9	406,5	0,6	2,3
Charges à payer (B)	3 559,1	1 241,9	2 036,7	272,2	8,3
Provisions (C)	130,8	0,0	0,5		130,3
Passifs (D=A+B+C)	4 712,2	1 854,8	2 443,7	272,8	140,9
Créances (E)	106,9	72,9	11,7	17,5	4,8
Passifs nets en comptabilité au 31/12/2007 (F=D-E)	4 605,3	1 781,9	2 432,0	255,3	136,1
(1) Dont dettes 2007 réglées en période complémentaire(G)	740,3	543,3	197,0		
Passifs nets après versements en période complémentaire (H=F-G)	3 865,0	1 238,6	2 235,0	255,3	136,1

Source : Cour des comptes (à partir de la comptabilité de l'Etat)

Comme en 2006, les travaux effectués en vue de la certification des comptes de l'Etat et de ceux du régime général ont mis en évidence une divergence d'appréciation entre les organismes de sécurité sociale et l'Etat quant au caractère exigible ou non des dettes à la fin de 2007. Celle-ci n'a pas d'impact sur le montant total des passifs, mais uniquement sur leur présentation au bilan de l'Etat : les insuffisances de crédit de 2007 sont présentées en charges à payer alors qu'elles constituent des dettes compte tenu du caractère certain à la fois de leur échéance et de leur montant⁴².

Au total, sur les 3,8 Md€ de passif net après versements en période complémentaire, la Cour a estimé à 2,8 Md€ le montant total des dettes au 31 décembre 2007⁴³ et à 1,0 Md€ le montant des charges à payer, qui

40. Cependant, l'Etat a suivi la Cour dans la traduction en comptabilité générale de cette opération partielle d'extinction par le biais de la caisse de la dette publique (cf. acte de certification p. 4) Voir également le rapport sur les résultats et la gestion budgétaire (exercice 2007) pp. 9 à 11.

41. Dans les comptes du régime général, les créances nettes envers l'Etat s'élèvent à 4,2 Md€ compte tenu de l'absence, justifiée, de réciprocité comptable de certaines opérations (provisions notamment).

42. Voir rapport de certification des comptes de l'Etat (2007), page 46.

43. Ce montant correspond aux dettes nées en 2007 (2,5 Md€), à un reliquat de dettes antérieures à 2007 (0,1 Md€) et à une dette comptabilisée en doublon (0,2 Md€)

correspondent à une estimation statistique des charges à rattacher à l'exercice.

Ces dettes concernent en premier lieu la compensation des exonérations ciblées de cotisations sociales (1,5 Md€). Pour une large part concentrées sur les programmes 102 et 103⁴⁴ de la mission travail et emploi, dont la sous dotation chronique a été encore récemment soulignée par la Cour⁴⁵, elles portent tant sur des dispositifs anciens (apprentissage et DOM, 0,7 Md€) que récents, dont la montée en charge est rapide (zones de revitalisation rurale, services à la personne, contrats de professionnalisation, 0,7 Md€). Les charges rattachables à l'exercice, au titre des déclarations de cotisations de fin d'année, ont été estimées statistiquement à 0,5 Md€ par l'ACOSS⁴⁶, portant l'engagement total de l'Etat à 2 Md€ après versements en période complémentaire.

Elles ont également trait aux prestations gérées par la CNAF pour le compte de l'Etat (0,9 Md€), dont 0,4 Md€ au titre de l'AAH et 0,3 Md€ au titre de l'ALS, incluant les prestations de décembre versées à terme échues (le 5 janvier 2008) mais liquidées en décembre. En tenant compte des charges de fin d'année évaluées à 0,3 Md€⁴⁷, le passif de l'Etat vis-à-vis de la CNAF, net des versements en période complémentaire, s'élève à 1,2 Md€

Enfin, l'aide médicale d'Etat reste fortement sous budgétée : alors que son coût atteint 470 M€ en 2007, en tenant compte de l'évaluation des charges du quatrième trimestre pour 120 M€ comptabilisées en produits à recevoir par la CNAMTS, les crédits versés ont été limités à 205 M€

La reconstitution rapide des dettes de l'Etat à l'égard du régime général, constatée à peine quelques mois après l'opération d'extinction de 5,1 Md€ de dettes antérieures, appelle, dès 2008, des mesures appropriées en loi de finances en vue de leur règlement. Sur les 2,8 Md€ de dettes constatées au 31 décembre, 1,7 Md€ correspondent à une insuffisance de versement du fait de l'absence de crédits en loi de finances.

En outre, de nouvelles dettes risquent de se créer en 2008 du fait que les crédits inscrits dans la loi de finances 2008, sont apparus dès l'origine nettement insuffisants, notamment en matière de prise en charge

44. Programmes 102 « accès et retour à l'emploi » et 103 « accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques ».

45. Voir notamment le rapport sur les résultats de la gestion budgétaire 2007, page 207.

46. Elles sont comptabilisées en produits à recevoir par l'ACOSS.

47. Voir note précédente.

des exonérations. En effet, les crédits d'intervention des programmes 102 et 103 de la mission travail et emploi ont été reconduits pour les montants inscrits en LFI 2006 et 2007⁴⁸.

Un dispositif visant à prévenir la reconstitution d'impayés a été mis en place pour 2008, sous la forme d'une instruction du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique⁴⁹. Celle-ci a notamment conduit à réviser le processus d'élaboration des conventions annuelles, qui doivent désormais porter sur un montant correspondant aux crédits inscrits en LFI minorés de la mise en réserve de précaution et limiter à trois le nombre de versements annuels⁵⁰.

Toutefois, ces dispositions, certes utiles, ne permettent pas de prévenir la reconstitution de dettes envers le régime général due à l'insuffisance récurrente de crédits votés en loi de finances. Si des ajustements sont inévitables en année n+1, un rapprochement des montants inscrits en loi de finances avec les prévisions de dépenses à la charge de l'Etat qui sont connues avec une relativement bonne précision limiterait la reconstitution des dettes : le vote de la loi de finances rectificative de fin d'année autorise les ajustements au plus près de prévisions rectifiées de dépenses pour l'année en cours.

La Cour souligne la nécessité de porter les crédits budgétaires destinés à la sécurité sociale au niveau des prévisions de dépenses des organismes telles qu'elles sont adoptées dans les lois de financement. En outre, le règlement des dettes nées en 2007 appelle une solution à court terme fondée sur l'inscription des crédits budgétaires correspondants.

B – Les limites de l'« état semestriel » des dettes de l'Etat

En application de l'article 17 de la LOLFSS, le gouvernement doit remettre au Parlement « un état semestriel des sommes restant dues par l'Etat aux régimes obligatoires de base ». Il remet au Parlement un document intitulé « état semestriel des dettes de l'Etat », établi en trésorerie au sens de l'article L. 139-2 du code de sécurité sociale relatif à la neutralité des flux de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale.

48. Rapport sur les résultats de la gestion budgétaire, page 208.

49. Instruction du 17 décembre 2007 aux ministres et secrétaires d'Etat.

50. Ces conventions doivent également être signées avant le 15 janvier. La convention avec l'ACOSS, qui porte sur les exonérations ciblées ainsi que l'AAH et l'API, a été signée le 31 décembre 2007. En revanche, la convention avec la CNAMTS au titre de l'AME n'est pas signée à ce jour.

Comme l'indiquait déjà la Cour l'an dernier⁵¹, ce document ne retrace pas une situation des dettes au sens comptable du terme, c'est-à-dire des montants que l'Etat devra décaisser, de manière certaine, afin d'éteindre ses obligations envers les organismes de sécurité sociale. De ce fait, il ne donne qu'une vision partielle des « sommes dues par l'Etat » visées par la LOLFSS, lesquelles ne peuvent s'entendre qu'en « droits constatés »⁵².

Il ne permet pas non plus un suivi budgétaire de la consommation de crédits, information qui serait sans doute également utile au Parlement.

Ainsi, alors que l'« état semestriel » devrait présenter des montants cohérents en lecture directe avec ceux inscrits dans la comptabilité générale de l'Etat, il présente un solde des « dettes » de l'Etat de 3,0 Md€ au 31 décembre 2007, dont 1,7 Md€ envers le régime général, sensiblement différent des informations issues de la comptabilité. Ce montant correspond à la fraction des dettes de l'Etat relative aux dépenses de l'année décaissées par les organismes à la date du 31 décembre. Il exclut en particulier les prestations versées par la branche famille (AAH, API) liquidées en décembre et versées le 5 janvier 2008 (0,9 Md€).

La Cour a pris note de l'engagement de la direction de la sécurité sociale d'accompagner le prochain état semestriel au 31 décembre d'une note méthodologique. Elle réitère cependant sa recommandation de communiquer au Parlement un état cohérent avec la comptabilité en droits constatés (en ce sens qu'il puisse s'en déduire grâce à un tableau de passage) et de l'accompagner d'un document de suivi de la consommation des crédits budgétaires.

IV - La dette de la sécurité sociale

Alors que l'équilibre des régimes sociaux est au centre de la loi organique de 2005 sur les lois de financement de la sécurité sociale, on constate à nouveau une accumulation de résultats déficitaires financés par des ressources de trésorerie.

A la mi 2008, les perspectives financières des différentes branches et le volume des financements à court terme mobilisés par l'ACOSS et le

51. Voir le rapport sur la sécurité sociale, septembre 2007, pp. 47-48.

52. Selon les principes de la comptabilité générale, une dette correspond à un passif certain dont le montant et l'échéance sont connus avec certitude. Elle n'est donc pas nécessairement exigible.

FFIPSA rendent nécessaire une nouvelle restructuration de la dette de la sécurité sociale pour en assurer l'amortissement et en réduire le coût.

A – Une dette en progression constante

1 – Périmètre et montant

Dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, la Cour analyse les différentes composantes de la dette de la sécurité sociale, somme de la dette portée par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et de la dette des administrations de sécurité sociale au sens de l'INSEE.⁵³ Cette dette a fortement progressé au cours des douze dernières années, passant de 41,3 Md€ à la fin 1996, année de création de la CADES, à 129,9 Md€ à la fin 2007.

La loi organique sur le financement de la sécurité sociale ne traite de cette dette qu'au travers de deux dispositions relatives à la CADES : d'une part, elle prévoit la fixation par le Parlement d'un objectif annuel d'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base, d'autre part, elle subordonne « tout nouveau transfert de dette à la CADES » à « une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale ».

Par ailleurs, le Parlement fixe annuellement les plafonds de ressources non permanentes destinées à couvrir les besoins de trésorerie infra-annuels des régimes⁵⁴. Toutefois, comme la Cour l'a souligné

53. Dans la typologie établie par l'INSEE, la dette des administrations de sécurité sociale (ASSO) comprend notamment la dette de l'ACOSS (20,3 Md€ fin 2007), celle des hôpitaux (16,7 Md€), celle de la MSA-FFIPSA (5,2 Md€), celle de l'UNEDIC (9,9 Md€), enfin celle d'organismes divers (2,7 Md€). Dans le rapport de la Cour de juin 2008 sur la situation et les perspectives des finances publiques, le chiffre retenu pour la dette de la CADES est celui de 75,0 Md€, correspondant à la dette au sens de Maastricht (dette brute moins titres d'Etat).

54. Le programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS 2008, relatif au financement, fixe trois objectifs relatifs à la dette, assortis d'indicateurs. Voir sur cette question le chapitre III relatif aux programmes de qualité et d'efficience.

depuis plusieurs années, ces plafonds ont été détournés de leur objet et relevés chaque année à concurrence des déficits prévisionnels des régimes obligatoires de base, sauf en cas de reprise de dettes par la CADES⁵⁵.

Plafonds des ressources non permanentes votés en LFSS

En Md€

	LFSS 2004	LFSS 2005	LFSS 2006	LFSS 2007	LFSS 2008
Régime général	33,0	13,0	18,5	28,0	36,0
Régime des exploitants agricoles (FFIPSA)	4,1	6,2	7,1	7,1	8,4
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	0,5	0,5	0,55	0,35	0,25
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	0,05		0,15	0,15	0,15
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
Caisse nationale des industries électriques et gazières		0,5	0,475	0,5	0,55
Caisse de retraite de la RATP			0,05	0,05	0,05
Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF					1,7

Source : LFSS

Pour le régime général, dont la trésorerie est centralisée par l'ACOSS, ainsi que pour le régime des exploitants agricoles, dont le financement est assuré à travers le FFIPSA⁵⁶, le mécanisme des plafonds d'avance est clairement utilisé pour couvrir non pas un besoin de trésorerie courant, mais un déficit provenant du décalage entre les dépenses et les recettes de sécurité sociale.

Pour appréhender la dette issue des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement, il est donc nécessaire d'ajouter à la dette de la CADES une part des ressources non permanentes mobilisées par l'ACOSS pour le compte du régime général et par le FFIPSA. L'objectif des organismes de sécurité sociale étant de terminer l'année avec une trésorerie aussi faible que possible,

55. En 2005, l'abaissement du plafond de ressources non permanentes du régime général correspond au transfert à la CADES des déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et des déficits prévisionnels au titre des exercices 2004 à 2006.

56. L'analyse n'inclut pas l'endettement en fin d'année des régimes spéciaux, ce d'autant plus que la facilité de trésorerie octroyée pour 2007 à la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF n'a pas été utilisée par cette dernière. La trésorerie du régime continue d'être assurée par la SNCF, ce qui se traduit par une dette de la caisse à l'égard de l'entreprise de 1,4 Md€ à la fin 2007.

l'endettement à court terme apparaissant à leur bilan en fin d'exercice peut être considéré comme représentatif de la dette portée par l'ACOSS⁵⁷ et par le FFIPSA.

La dette de ces organismes peut ainsi être évaluée à 97,5 Md€ en progression de 7 % par rapport à 2006⁵⁸.

Dette de la sécurité sociale (périmètre LFSS)

En Md€

	31.12.06	31.12.07
CADES ⁵⁹	75,4	72,7
ACOSS (régime général)	12,7	20,1
FFIPSA (régime des exploitants agricoles)	3,1	4,7
Total	91,2	97,5

Source : *Cour des comptes*

2 – Les composantes de la dette de la sécurité sociale

a) La dette portée par la CADES

La CADES a été créée en 1996 pour refinancer et apurer la dette de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) résultant des déficits cumulés du régime général de la sécurité sociale. Elle est autorisée à emprunter sur les marchés financiers (appel public à l'épargne et émission de titres négociables représentatifs d'un droit de créance). Ses ressources sont constituées à titre principal du produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a fixé un objectif d'amortissement de la dette de 2,5 Md€, rectifié à 2,6 Md€ dans la loi de financement suivante. Le résultat dégagé par la CADES lui a permis d'éteindre sa dette à hauteur de 2 578 M€, en ligne avec les prévisions rectifiées de la LFSS pour 2008.

Au 31 décembre 2007, le montant de la dette reprise par la CADES s'élevait à 107,6 Md€. Compte tenu des amortissements effectués, l'endettement net résiduel de la caisse atteignait 72,9 Md€ (contre 75,4 Md€ à la fin 2006).

57. La dette du fonds de solidarité vieillesse à l'égard de la CNAVTS est incluse dans celle de l'ACOSS.

58. L'augmentation serait plus importante si l'Etat n'avait pas procédé à l'extinction de ses dettes envers le régime général antérieures à 2007 (elle aurait atteint 13,4 %).

59. Pour la CADES et le FFIPSA, les chiffres figurant dans le tableau correspondent à l'endettement net en fin d'année de ces organismes.

Situation nette de la CADES au 31 décembre 2007

En Md€

Total de dette votée	110,4
Dette reprise	107,6
Total de CRDS perçue	55,4
* Capital amorti estimé	34,7
* Intérêts payés	20,7
Situation nette	- 72,9

Source : CADES

b) La dette de l'ACOSS et du FFIPSA

En dépit de l'extinction par l'Etat d'une partie de ses dettes envers le régime général pour 5,1 Md€, les besoins de financement du régime général ont continué à s'accroître en 2007 (-7,5 Md€) pour atteindre 20,1 Md€ au 31 décembre 2007. Outre le besoin de financement induit par les déficits du régime général, la trésorerie du régime général supporte le poids des dettes de l'Etat (4,2 Md€⁶⁰) et du FSV (5,8 Md€) à son égard.

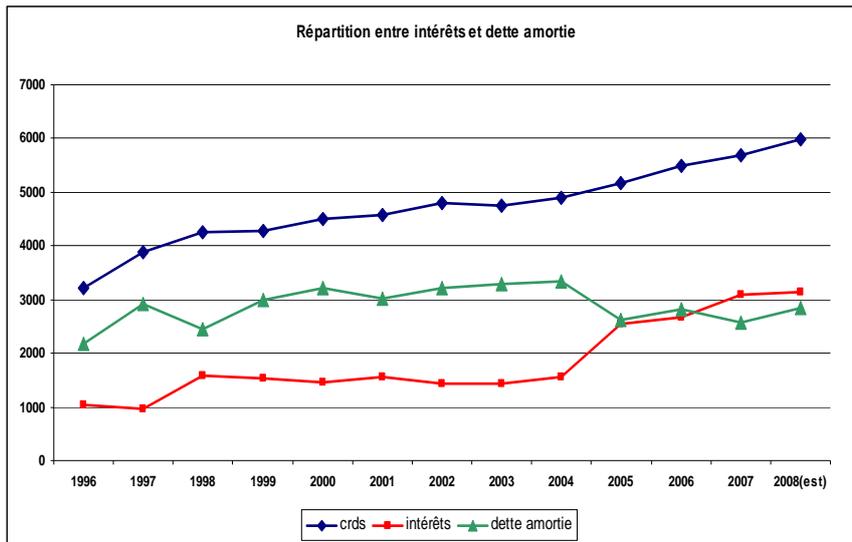
Jusqu'à la fin 2007, dans le cadre d'une convention de mandat, la CCMSA assurait la gestion de la trésorerie du FFIPSA et finançait son découvert par des ressources d'emprunt. L'organisation du financement et de la gestion de trésorerie du régime a été revue à la fin de 2007 pour être confiée en totalité au FFIPSA, qui négocie désormais directement auprès d'établissements bancaires des ouvertures de crédit à court terme (OCC). A la fin 2007, la situation nette négative du FFIPSA atteignait 5,1 Md€ contre 2,7 Md€ à la fin 2006.

3 – L'alourdissement des charges d'intérêt

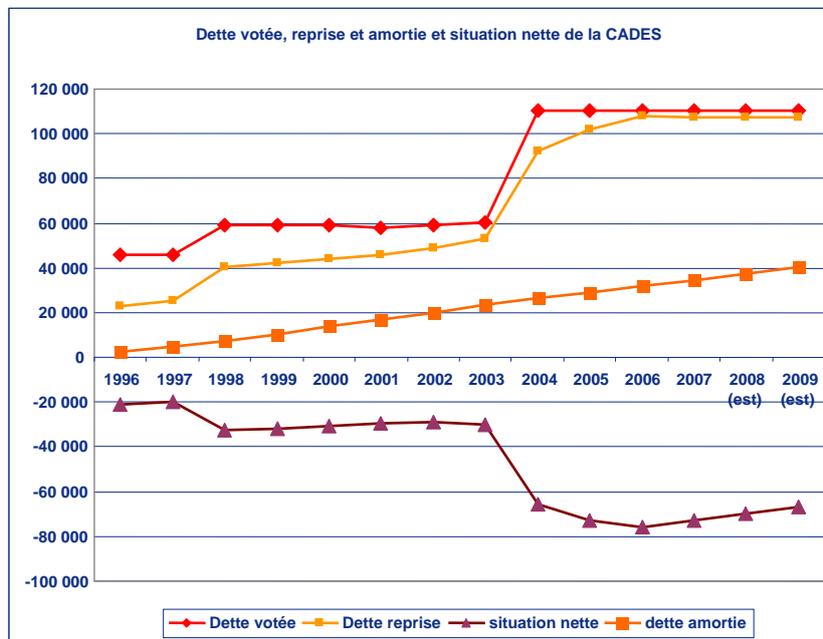
Alors que jusqu'en 2004 la CRDS était affectée aux deux tiers à l'amortissement de la dette, les derniers transferts de dette ont entraîné un alourdissement des charges d'intérêts supportées par la CADES, qui ont atteint 3,1 Md€ en 2007 et dépassé pour la première fois l'amortissement annuel de la dette. La CADES escomptait pour les années suivantes une stabilisation des frais financiers. Si cette projection tenait compte de la perspective d'une remontée des taux courts, elle n'intégrait pas celle d'une nouvelle reprise de dette par la CADES.

60. Voir note 40 page 33.

CRDS annuelle et répartition entre intérêts payés par la CADES et dette amortie



Source : CADES



Source : CADES

La dégradation de la situation financière du régime général a par ailleurs pour conséquence un alourdissement significatif des charges d'intérêt de l'ACOSS, qui se sont élevées à 648 M€ en 2007 (après 271 M€ en 2006. Celles du FFIPSA atteignent 186 M€ (contre 86 M€).

Si on ajoute aux charges financières de la CADES les intérêts payés par l'ACOSS et par le FFIPSA la charge d'intérêt totale induite par la dette de la sécurité sociale a été de 3,9 Md€ en 2007, en progression de 30 % par rapport à 2006.

Charges d'intérêt

En M€

	2006	2007
CADES ⁶¹	2 661	3 101
ACOSS	271	648
FFIPSA	86	186
Total	3 018	3 935

Source : Cour des comptes

B – Une restructuration inévitable

1 – L'absence de perspective proche de retour à l'équilibre

Depuis la loi organique du 2 août 2005, les lois de financement de la sécurité sociale doivent contenir pour l'année de la loi et les trois années suivantes un tableau des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes de chacune des branches des régimes et des fonds concourant à leur financement.

Alors que les prévisions annexées à la LFSS pour 2007 laissaient entrevoir un retour à l'équilibre en 2010 pour le régime général en hypothèse basse (et un excédent de 4,7 Md€ sous des hypothèses économiques plus favorables), les prévisions révisées de la LFSS pour 2008 repoussent à 2012 les perspectives de rééquilibrage.

Pour le FSV, l'amélioration des résultats annuels, observée en 2007, devrait, selon les prévisions de la LFSS pour 2008, se poursuivre.

En revanche, le déficit prévisionnel annuel du FFIPSA devrait s'accroître pour atteindre 3,1 Md€ en 2010.

Les déficits anticipés pour les exercices à venir auront pour effet d'augmenter la dette de la sécurité sociale constatée à la fin 2007. Selon

61. Pour la CADES il s'agit de la charge d'intérêts nette des produits de placement (soit le produit net bancaire).

les prévisions annexées à la loi de financement pour 2008, le déficit cumulé du régime général et du FSV devrait être compris entre 19,7 Md€ et 24,1 Md€ sur la période 2008-2011, tandis que celui du FFIPSA devrait atteindre 8,5 Md€. Cette situation appelle une restructuration en profondeur du financement de la dette de la sécurité sociale.

2 – Les limites des financements à court terme

a) Un profil d'endettement déconnecté des perspectives financières de la sécurité sociale

L'utilisation de facilités de trésorerie pour financer les déficits du régime général et du FFIPSA a pour conséquence d'accroître la part de l'endettement financée par des ressources à court terme.

Profil de la dette de la sécurité sociale (périmètre LFSS)

En Md€

	Court terme (< 1 an)	Moyen terme	Long terme (> 5 ans)	Total
CADES*	11,9	22,6	37,6	72,1
ACOSS	20,1			20,1
FFIPSA	4,7			5,1
Total	37,1	22,6	37,6	96,9
%	38%	23%	39%	100%

*Il s'agit ici de l'endettement sur titres

Source : Cour des comptes

Alors que la dette à moins d'un an représente 17 % de l'endettement de la CADES, le pourcentage de dette à court terme monte à 38 % en incluant dans l'analyse l'endettement de l'ACOSS et du FFIPSA. Le choix de durées supérieures ou égales à quatre ans serait plus adapté à une situation caractérisée à la fois par la nécessité d'un portage sur longue période de la dette et par l'absence, en l'état actuel, d'une perspective de retour rapide à l'équilibre du régime général et du FFIPSA.

b) L'impact des tensions qui affectent les marchés financiers

Les emprunteurs sont confrontés depuis l'été 2007 (suite à la crise des crédits hypothécaires américains) à une raréfaction des liquidités et à une perspective de remontée des taux courts, anticipée par un renchérissement des ressources à deux mois, qui se situaient à la mi 2008 à 70 points de base au-dessus du taux au jour le jour. Toutefois, les organismes mentionnés dans les lois de financement de la sécurité sociale n'ont été que modérément touchés en 2007.

Le financement du découvert de l'ACOSS

En particulier, l'ACOSS se trouve en partie protégée d'une forte remontée des taux de marché par les conditions de financement prévues par la convention qui la lie à la Caisse des dépôts et consignation (CDC). Cette convention lui assure des ressources de trésorerie prédéterminées (outre une avance d'une durée maximale de six mois, des avances mobilisables à 24 heures), tarifées sur une base de taux au jour le jour, (EONIA) plus une marge fixée avant la crise. Ainsi en 2007, l'ACOSS a eu recours 55 fois aux avances prédéterminées de la CDC, pour un montant total de 184,7 Md€ et 104 fois aux avances de 24 heures, pour 50,8 Md€. Au 31 décembre 2007, les encours étaient de 10,5 Md€ pour les avances à 2 mois et de 1,04 Md€ pour celles à 24 heures.

L'ACOSS a aussi la possibilité d'émettre des billets de trésorerie (BT) dont le plafond fixé initialement à 6,5 Md€ a été relevé à l'automne 2007 à 11,5 Md€. Au 31 décembre, l'encours de BT s'élevait à 8,5 Md€ souscrits par l'Etat qui ont été remboursés le 12 janvier 2008⁶².

La marge maximale perçue par la CDC, selon les termes de la convention financière 2006-2010, ne permet pas à celle-ci de répercuter le coût des ressources à 1 ou 2 mois (qui ont atteint, lors de périodes récentes, jusqu'à 80 points de base au-dessus du jour le jour) mobilisées le cas échéant sur les marchés pour financer le découvert permanent de l'ACOSS⁶³.

Mettant en avant les effets de la crise financière sur les marchés de taux, la CDC a annoncé un durcissement de ses conditions financières en 2008, en cas de découvert dépassant 25 Md€. Ses réticences à envisager en tout état de cause la mise à disposition d'un montant d'avances supérieur à 31 Md€ montrent que le mécanisme des refinancements permanents à court terme, outre qu'il est contraire à l'esprit de la loi, se heurte désormais aux contraintes de marché subies par la CDC.

Le financement du découvert du FFIPSA

Pour financer son découvert, le FFIPSA quant à lui négocie des lignes de crédit auprès d'établissements bancaires (cf. supra). Le niveau atteint par son besoin de financement, l'absence de perspective de

62. La Cour a critiqué dans son rapport sur les résultats de la gestion budgétaire de l'Etat l'émission de billets de trésorerie fin décembre, réservés à l'Etat, qui lui permet de réduire faiblement la dette publique au 31 décembre. Toutefois elle permet aussi à l'ACOSS de réduire son exposition aux marchés en fin d'année.

63. Une partie du financement apporté par la Caisse des dépôts provient des ressources propres dont elle dispose pour financer ses missions d'intérêt général.

redressement de ses comptes et la crise des marchés financiers ont pesé sur le bouclage de son financement pour 2008.

Les lignes de crédit négociées avec des établissements bancaires⁶⁴, dans la limite fixée par le Parlement (8,4 Md€), sont pour l'essentiel tarifées sur une base Euribor qui dépend des durées des différents tirages. Ce dispositif répercute pleinement sur l'emprunteur la différence entre le taux au jour de jour et le taux interbancaire de un à dix mois (la différence entre l'Euribor à deux mois et l'EONIA atteignait 75 points de base le 23 juin 2008).

La signature de la CADES

Présente depuis plusieurs années sur le marché des emprunts en devises (qu'elle adosse systématiquement à des produits neutralisant le risque de change), la CADES a continué d'émettre en 2007 à des conditions proches de celles des meilleurs emprunteurs de taille comparable (KfW allemande et banque européenne d'investissement), alors que les emprunts en euros émis par le Trésor voyaient leurs conditions se dégrader par rapport à celles obtenues par le Bund allemand. Les taux obtenus par la CADES demeurent cependant supérieurs de 10 à 15 points de base à ceux exigés du Trésor français.

Tout nouveau transfert de dette à la CADES, exigera d'abord l'affectation de nouvelles ressources pérennes pour respecter l'article 20 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui interdit d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale. Ainsi dans l'hypothèse d'un transfert supplémentaire de 30 Md€, 2,4 Md€ (soit une hausse de 0,2 point de CRDS, c'est-à-dire une augmentation de 40 % de cette cotisation) de ressources nouvelles devraient être dégagées.

—SYNTHÈSE—

Dans un contexte d'augmentation prévisible de l'endettement du régime général et du FFIPSA et de tensions sur les marchés financiers, la Cour estime que priorité devrait être donnée à une remise à l'équilibre des comptes sociaux et au renforcement des mesures susceptibles d'enrayer la dérive des dépenses par rapport aux ressources disponibles.

Par ailleurs, il appartient à la loi de finances de prévoir les crédits nécessaires d'une part, pour apurer dans des conditions normales, tant budgétaires que comptables, les créances nées d'une insuffisance de crédits votés en 2007 et, d'autre part, pour abonder ceux votés en LFI 2008

64. Il s'agit d'une ligne de crédit de 8,0 Md€ avec un syndicat bancaire mené par CALYON et d'une ligne de crédit de 0,4 Md€ négociée avec la société générale.

afin de faire face à l'intégralité des dépenses à la charge de l'Etat et d'éviter la reconstitution d'une nouvelle dette.

Enfin, le plafond des ressources non permanentes devrait être à l'avenir fixé au niveau requis par les seuls besoins de trésorerie infra-annuels, ce qui implique de recourir à des ressources de moyen et long terme pour financer l'endettement. En tout état de cause, dans le respect de la loi organique, tout nouveau transfert de dettes à la CADES devra être accompagné de l'abondement d'une ressource pérenne sur toute la durée de l'amortissement de cette dette, qu'elle qu'en soit la nature.

RECOMMANDATIONS

5. Financer les dettes des régimes par des ressources à long terme conformes à leur nature.

6. Réduire les plafonds de ressources non permanentes à un niveau correspondant à la seule couverture de leurs besoins de trésorerie courants.

7. Asseoir tout nouveau transfert de dette à la CADES sur des ressources pérennes.

V - L'évolution des ressources du régime général depuis 2001

Dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de 2001, la Cour avait dressé un panorama des ressources du régime général de 1980 à 2000. Elle y formulait plusieurs constats :

- la structure des recettes avait été modifiée avec la montée en puissance de la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- la nature des recettes était relativement cohérente avec la nature, universelle ou contributive, des prestations, sauf dans la branche famille où la part de cotisations sociales était encore élevée ;
- les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale s'étaient complexifiées du fait de financements croisés, de règles hétérogènes de facturation des services mutuellement rendus et de l'écran constitué par plusieurs fonds de financement.

La Cour a souhaité revenir en 2008 sur la question du financement du régime général, afin de mettre en évidence les évolutions les plus récentes de sa structure et notamment celles liées aux dispositifs d'exonérations de charges.

A – Les évolutions de la structure du financement

1 – Une dynamique des dépenses plus forte que celle des recettes sur la période 2000-2007

Entre 2000 et 2007, les dépenses nettes du régime général ont augmenté de 84,4 Md€, pour atteindre 290,2 Md€ contre 205,8 Md€ en 2000. En 2007, elles représentaient 15,34 % du PIB contre 14,30% en 2000, soit une augmentation de 1,04 point.

Sur la même période, les recettes ont augmenté de 68,7 Md€ et n'ont donc couvert l'augmentation des dépenses qu'à hauteur de 81 %. Cette croissance des recettes a résulté presque exclusivement de la dynamique de leur assiette. En effet, les augmentations de taux ont été limitées⁶⁵, sauf pour la CSG sur les revenus du capital et des jeux (respectivement de 0,85 et 2,15 points).

Une autre assiette que celle des revenus d'activité n'aurait pas donné des résultats très différents. Sur longue période, les deux principales assiettes envisageables, revenus d'activité ou consommation des ménages, augmentent au mieux comme le PIB, voire légèrement moins vite. De même, les revenus du patrimoine, qui ont connu une forte croissance entre 1983 et 2006, reculent très légèrement sur la période 2000-2006 et cette assiette est trop faible pour constituer une alternative possible. Seuls les revenus de remplacement voient leur part dans le PIB augmenter régulièrement du fait de la croissance des effectifs concernés.

65. 0,2 point de cotisations retraite plafonnée et 0,1 point de cotisations AT-MP en 2006 ; 0,15 point de CSG sur les revenus d'activités et d'allocation chômage et 0,55 point sur certaines pensions de retraite.

Part de différents agrégats dans le PIB (1983-2006)*En Md€*

	1983	1990	2000	2006	Evolution 1983-2006*	Evolution 2000-2006*	Montant 2006
Consommation	57,1%	56,1%	54,4%	55,0%	-2,2	0,6	993,2
Salaires et traitements bruts	40,9%	37,5%	38,3%	38,1%	-2,8	-0,2	689,1
Revenus de remplacement	13,6%	13,6%	14,5%	15,3%	1,7	0,8	277,3
EBE + revenu mixte (**)	15,7%	14,9%	14,5%	15,0%	-0,7	0,5	271,5
Revenus du patrimoine	5,1%	6,2%	6,6%	6,5%	1,4	-0,1	118,4
Dépenses nettes du régime général	13,4%	13,8%	14,3%	15,4%	1,9	1,1	277,6

*L'évolution est présentée en points de PIB

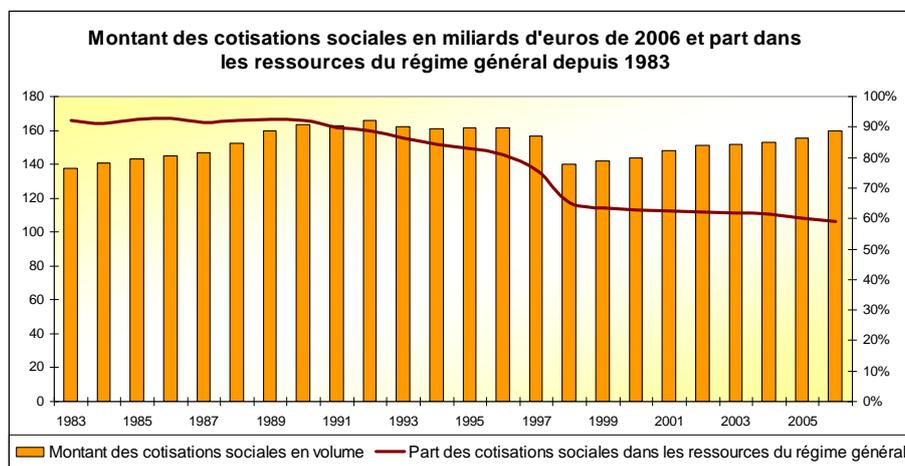
**La catégorie « EBE+ revenus mixtes » représente le solde d'exploitation des entreprises (sociétés et entreprises individuelles)

Source : DREES, CCSS 07 et calculs de la Cour.

Dès lors, les ressources ne peuvent pas s'ajuster automatiquement aux dépenses. En l'absence de recettes nouvelles ou d'une moindre croissance des dépenses, le solde du régime général est appelé à se dégrader. Ainsi, entre 2001 et 2007, il est passé d'un excédent de 1,2 Md€ à une suite continue de déficits annuels de plus de 10 Md€ par an en moyenne depuis 2003.

2 – La part croissante des impôts et taxes

La part des cotisations sociales, qui représentaient 97 % des produits du régime général en 1980 et 67 % en 2000, a continué à décroître et n'en représente plus que 59 % en 2006 (même si, en volume, les cotisations sociales des salariés et des employeurs ont augmenté, puisqu'elles représentaient 165,1 Md€ contre 128,4 Md€ en 2000, soit une hausse de 28,6 %).



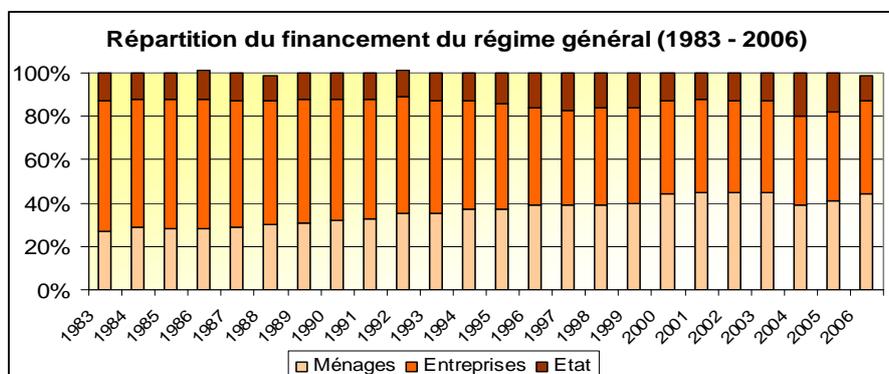
Source : DSS et calculs de la Cour

Cette évolution est la conséquence de l'augmentation des impôts et taxes dont la part dans les ressources du régime général est passée en dix ans de moins de 5 % à plus de 30 %.

- le produit de la CSG représente 24,2 % des ressources du régime général. Il s'est établi en 2007 à 61,4 Md€ contre 42,5 Md€ en 2000, soit une progression de 44,5 % due à la fois au dynamisme et à l'élargissement de l'assiette ainsi qu'à l'augmentation des taux. Son rendement est élevé puisqu'un point représente 10,7 Md€ de recettes en 2007⁶⁶.
- la baisse du poids des cotisations sociales supportées par les entreprises, observée entre 1984 et 2000 (de 9,6 % du PIB à 7,2 %), s'est poursuivie : en 2006 elles représentaient 5,8 % du PIB, les entreprises assurant désormais moins de 44 % des contributions au régime général contre près de 60 % au début des années 1980.

Toutefois, le poids respectif des entreprises et des ménages dans le total des ressources a peu varié depuis 2000, dans la mesure où les deux tiers des impôts et taxes affectés (ITAF) qui financent le régime général depuis 2006, en compensation des pertes de recettes induites par les exonérations de charges, sont dues par des employeurs (taxe sur les salaires) ou des entreprises (taxes pharmaceutiques).

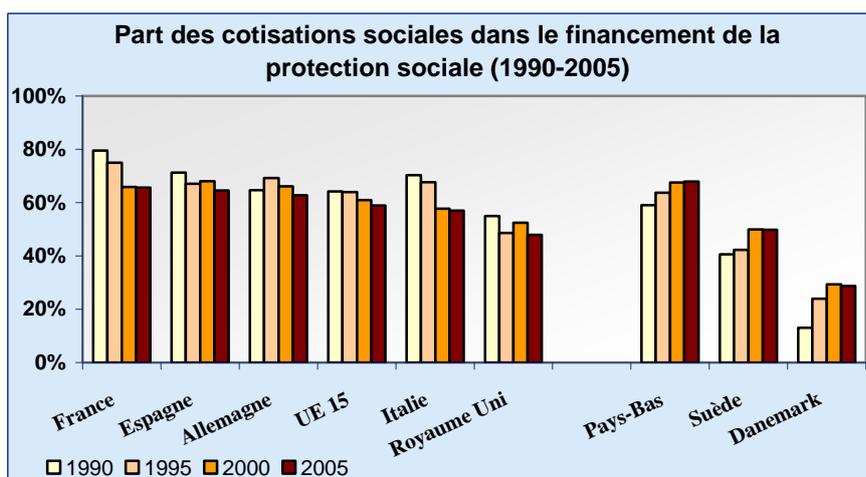
⁶⁶. Contre 8,94 Md€ en 2001, ce qui correspond à 9,98 Md€ de 2007 (selon les calculs de la CCSS).



Source : DSS-pour la méthodologie de calcul, voir rapport de la CCSS de septembre 2006, p. 94.

3 – Une convergence au plan européen

Les réformes des cotisations sociales conduites depuis un quart de siècle se sont inscrites dans une tendance à la convergence au niveau européen, vers un financement de la protection sociale de plus en plus équilibré entre cotisations, contributions publiques et autres ressources. En 1990, les cotisations sociales représentaient 79 % des ressources de l'ensemble de la protection sociale en France contre 64 % en moyenne en Europe -soit un écart de 15 points. En 2005, ce taux était tombé à 66 %, contre 59 % en moyenne- soit un écart de 7 points. A l'inverse, des pays comme le Danemark ou la Suède, qui financent leurs dépenses de protection sociale très majoritairement par des contributions publiques, ont désormais davantage recours à des cotisations sociales.



Source : Données annuelles d'Eurostat et calculs de la Cour

Toutefois, les évolutions en termes de type de recettes n'ont pas été accompagnées en France d'une modification significative de la part des différentes assiettes dans le total. Les revenus d'activité sont encore la source de financement principale de toutes les branches du régime général, la diversification s'étant faite surtout à travers la CSG, dont l'assiette est elle-même composée aux trois quarts de revenus d'activité. Le taux global de prélèvement au titre de la protection sociale est de 58,3 % sur les salaires, à comparer avec 7,1 % pour les revenus de remplacement et 2,4 % pour la consommation⁶⁷.

B – La réforme des cotisations sociales

Dès les années 1980, les pouvoirs publics, après avoir écarté la proposition de substituer une assiette assise sur la valeur ajoutée à celle sur les salaires et achevé le déplafonnement de la plupart des cotisations, ont engagé une profonde réforme des cotisations sociales à la fois salariales et patronales. Trois objectifs ont été poursuivis : élargir l'assiette des prélèvements pour faire face à des besoins de financement croissants, assurer une plus grande équité dans le financement de prestations devenues universelles et défendre l'emploi et la compétitivité par l'allègement du coût du travail sur les bas salaires.

1 – Le remplacement d'une partie des cotisations salariales par la CSG

La création de la CSG, intervenue en 1991, a eu pour objet d'élargir l'assiette des seuls revenus d'activité à l'ensemble des revenus (revenus de remplacement, de patrimoine, de placement, des jeux et d'activité avec un nombre limité d'exonérations⁶⁸). Son taux est proportionnel et elle finance des prestations de nature universelle : branches maladie et famille, fonds de solidarité vieillesse (FSV) et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le rendement élevé de cette contribution sociale d'assiette large en fait un bon instrument de financement de la sécurité sociale. La CSG a été utilisée soit pour apporter des ressources nouvelles soit pour se substituer à des cotisations salariales. Mais la poursuite du mouvement de substitution aux cotisations salariales qui subsistent -indemnités

67. Source : DREES.

68. Prestations familiales, revenus de remplacement des personnes non imposables à l'impôt sur le revenu si elles ne sont également pas imposables à la taxe d'habitation (sinon taux réduit), certains revenus du capital (livret A, livret jeune, livret de développement durable, livret d'épargne populaire...).

journalières (0,75 points) et pensions de retraite (6,65 points sous plafond et +0,10 points déplafonnés)- se heurte au fait que celles-ci sont liées à l'ouverture de droits directement rattachés à l'activité professionnelle

Lors de sa création la CSG s'est substituée à des cotisations familiales patronales. Toutefois, cette solution s'est révélée très complexe à mettre en œuvre. En effet, pour neutraliser l'impact de la hausse des prélèvements sur le salaire net et de la baisse des charges pour l'employeur, la cotisation salariale d'assurance vieillesse plafonnée a été ramenée de 7,6 % à 6,55 %, tandis qu'une cotisation patronale d'assurance vieillesse déplafonnée était créée au taux de 1,6 points. Toute nouvelle substitution de CSG à des cotisations patronales se heurte à la nécessité de restituer dans le salaire direct l'équivalent du prélèvement qui serait opéré sur les revenus des salariés, en substitution à un prélèvement sur l'employeur.

2 – La baisse des charges patronales et leur financement

Après avoir réduit le taux des cotisations (employeurs) familiales une première fois de 9 % à 7 % à l'occasion de leur déplafonnement total, puis à 5,4 % lors de la création de la CSG, les pouvoirs publics ont ciblé les allègements de cotisations sur des publics, zones géographiques ou secteurs d'activité particuliers. Au 1^{er} septembre 2007, on comptait 51 dispositifs particuliers, pour un montant estimé de 6,4 Md€ dont seulement 60 % soit 3,8 Md€ sont compensés par l'Etat à la sécurité sociale - sous forme de dotations budgétaires. Toutefois, ce sont surtout des mesures générales qui ont été mobilisées au titre de la politique de l'emploi.

a) Le poids des exonérations générales de cotisations sociales

Les exonérations générales visant à alléger le coût du travail des emplois peu qualifiés se sont développées à partir de 1993 et ont connu une forte accélération (+50 %) lors du passage aux 35 heures. La loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et à l'emploi, dite loi Fillon, a simplifié les dispositifs précédemment existants en instaurant une réduction générale dégressive des cotisations patronales de 26 points au niveau du SMIC, s'annulant à 1,6 SMIC. Elle s'applique aux employeurs du secteur privé hors particuliers employeurs et aux employeurs du secteur public de nature industrielle et commerciale, sauf pour leurs salariés affiliés à des régimes spéciaux.

Au 1^{er} juillet 2007, le taux d'exonération au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés est passé de 26 % à 28,1 % du salaire brut, soit l'intégralité des cotisations sociales patronales des

branches maladie, famille et retraite. Au total, les cotisations sociales sont aujourd'hui progressives jusqu'à 1,6 SMIC, proportionnelles de 1,6 SMIC jusqu'au plafond de la sécurité sociale, puis légèrement dégressives au delà⁶⁹.

La loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (loi TEPA) a instauré un dispositif complémentaire d'exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires qui, à la différence des exonérations bas salaires, concernent tous les salariés quel que soit leur niveau de salaire et aussi bien la part patronale (exonérée au même taux que les heures de base pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC et bénéficiant en plus, pour tous, d'une réduction forfaitaire) que salariale (exonération totale).

Entre 2000 et 2006, le taux de croissance moyen des exonérations générales s'est établi à 9 % par an. En 2007, leur coût s'élevait à 20,6 Md€ soit 13 % du montant des cotisations patronales du régime général. Elles concernaient 11 millions de salariés.

Montant des mesures d'exonérations (régime général)

En M€

		1993 ⁷⁰	1997	2000	2003	2005	2006	2007
Mesures compensées	Exonérations à vocation générale	614	6 977	10 961	15 039	16 360	18 369	20 629
	Exonérations heures supplémentaires							614
	Exonérations ciblées	1 272	2 519	2 308	2 330	2 609	3 303	3 867
	Total mesures compensées	1 886	9 496	13 269	17 369	18 970	21 672	25 110
Mesures non compensées	Total mesures non compensées	1 313	2 024	2 390	2 167	2 073	2 353	2 692
Coût total des exonérations		3 199	11 520	15 659	19 536	21 043	24 025	27 802

Source : ACOSS

En 2007, le montant total de l'ensemble des dispositifs d'exonérations a atteint 27,8 Md€, dont 21,2 Md€ ont fait l'objet d'une compensation sous la forme d'une affectation d'impôts et taxes et 3,8 Md€ d'une dotation budgétaire. En 2008, leur coût attendu est estimé par le PLFSS à 32,3 Md€, y compris plus de 4 Md€ au titre des exonérations sur les heures supplémentaires prévues par la loi TEPA. Ce

69. Au-delà du plafond, les prélèvements destinés à la sécurité sociale sont quasiment proportionnels lorsqu'on y intègre les cotisations obligatoires dues aux institutions de retraite complémentaire.

70. Données établies en encaissement / décaissement (jusqu'en 1996).

coût représente environ 10 % des recettes du régime général ou de l'Etat et 70 % du déficit de ce dernier.

b) Les modalités de financement des exonérations

Le principe de compensation intégrale des exonérations est posé par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Seules les exonérations créées avant cette loi ou dont une loi postérieure prévoit explicitement la non compensation ne donnent pas lieu à compensation. En 2007, sur 27,8 Md€ 2,7 Md€ n'étaient pas compensés à la sécurité sociale.

Les exonérations ciblées

Les exonérations ciblées sont compensées par des dotations, votées au titre des programmes budgétaires correspondant à la politique sectorielle à laquelle elles participent. Toutefois, l'estimation initiale des dotations budgétaires utilisées est chroniquement insuffisante. En outre, le remboursement par l'Etat des sommes dues n'intervient qu'avec retard. Ainsi pour l'année 2007, l'Etat a accumulé vis-à-vis de la sécurité sociale une nouvelle dette de 1,7 Md€ à ce titre.

Les exonérations générales

En ce qui concerne les exonérations bas salaires, elles ont fait l'objet d'une compensation au franc ou à l'euro près jusqu'à la loi de finances pour 2006. Cette compensation a revêtu des formes différentes au fil du temps : concours budgétaires de 1993 à 2000, prise en charge par le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), lui-même alimenté par des impôts et taxes affectés, de 2001 à 2003, puis, à partir de 2004, concours budgétaires.

La loi de finances pour 2006 (art. 56) a profondément modifié le mécanisme de financement des exonérations générales. D'une part, elle est revenue au principe, qui avait présidé à la création du FOREC, d'une affectation d'un « panier fiscal » d'impôts et taxes sans toutefois recréer l'écran qu'il avait constitué. D'autre part, la garantie d'une compensation à l'euro l'euro, maintenue en 2006, disparaît à partir de 2007.

L'Etat affecte depuis 2006 un panier de taxes pour compenser les pertes de recettes dues aux exonérations bas salaires. Celui-ci est constitué de huit taxes hétéroclites, peu lisibles et diversement dynamiques. En outre, trois taxes ont été ajoutées pour compenser (à l'euro près) la perte due aux exonérations sur les heures supplémentaires. Toutefois, dans la mesure où les paramètres des exonérations n'ont jamais été stabilisés, la composition du panier de taxes est constamment

modifiée pour suivre le rythme de progression des exonérations sur les bas salaires : ainsi, la loi de finances rectificative pour 2008 a dû abonder le panier 2007 à hauteur de 1 Md€

Bien que le panier ait été constitué pour évoluer comme la masse salariale, le choix de le déconnecter du montant exact des exonérations s'est trouvé mis en échec dès la première année. Non seulement le montant global a dû être réévalué, mais la répartition entre les bénéficiaires du produit de ces taxes, qui devait être arrêtée définitivement, a dû être réajustée par un arrêté du 4 mars 2008.

Autrement dit, pour préserver les ressources de la sécurité sociale, toute modification du dispositif d'exonération et toute revalorisation du SMIC allant au-delà de l'augmentation du salaire horaire moyen doivent s'accompagner d'un ajustement du panier de taxes affectées. A cet égard, pour éviter que les revalorisations du SMIC n'augmentent le montant des exonérations, la Cour a recommandé dans son rapport au Parlement sur l'intégration des exonérations dans un barème⁷¹ de supprimer toute référence au SMIC dans la fixation du seuil de sortie des exonérations : celui-ci pourrait être déterminé en euros ou en pourcentage du plafond de la sécurité sociale.

En outre, l'affectation d'un nombre réduit d'impôts (autant que possible à assiette large et dynamique) permettrait de renforcer la transparence et la lisibilité de ces compensations.

c) L'évaluation des dispositifs d'exonération

Les dispositifs ciblés

En 2007, la Cour a procédé à la demande de la commission des finances de l'Assemblée nationale à une enquête sur les exonérations en faveur des territoires et des secteurs d'activité⁷². Il ressort de ces analyses que ces dispositifs ne font pas l'objet d'une évaluation financière suffisante, sont peu lisibles et mal contrôlés. Les données disponibles montrent que leur impact sur l'emploi est limité au regard des efforts financiers importants consentis par les finances publiques. La Cour

71. Communication à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur l'intégration dans un barème des taux de cotisations patronales et des exonérations bas salaires et sur les heures supplémentaires, Cour des comptes, mai 2008.

72. Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du plan de l'Assemblée nationale sur les exonérations de charges sociales en faveur des territoires et des secteurs d'activité, Cour des comptes, octobre 2007.

recommandait un réexamen de ces différents dispositifs à la lumière des résultats d'évaluations ciblées.

Les mesures générales

La Cour a également procédé à la demande de cette même commission à une évaluation de l'efficacité des mesures d'exonération sur les emplois peu qualifiés⁷³. Elle avait conclu en premier lieu que si aucune évaluation ne démontre un effet négatif sur l'emploi, l'ampleur de l'effet positif observé dépend, pour une large part, de l'ampleur de la substitution entre travail qualifié et travail non qualifié, laquelle est trop peu connue et trop peu assurée. En particulier, la Cour avait souligné que l'effet global peut résulter de deux effets très différents -mais qui peuvent être complémentaires- : un effet de déplacement entre secteurs au profit de ceux qui emploient beaucoup de peu qualifiés et un effet baisse de prix qui suscite un surcroît de demande, donc d'activité.

En second lieu, la Cour avait observé que les évaluations étant effectuées « toutes choses égales par ailleurs » ne tiennent pas compte en particulier de la revalorisation du SMIC intervenue au cours de la même période, qui a été d'une ampleur comparable à celle des allègements (26 points d'allègement et 28 % d'augmentation du SMIC). Le résultat a été une forte progression du pourcentage de salaires bénéficiant des exonérations « bas salaires », passé de 40 % en 1995 à plus de 50 % en 2003. Dans ces conditions, la Cour estimait que l'effet net des exonérations traduit plutôt un ralentissement des destructions d'emploi qu'une augmentation des créations.

En troisième lieu, dans l'industrie, si les exonérations de charges sociales ont permis durant dix ans d'accompagner des mutations inévitables vers des modes de production nécessitant des qualifications plus élevées, cette problématique semble désormais dépassée, tandis que dans le secteur tertiaire et notamment dans la grande distribution, elle procure des rentes de situation que rien ne justifie.

Enfin, la Cour relevait que les études disponibles ne mettaient pas en évidence d'effet de « trappe à bas salaires » dont la crainte avait justifié le relèvement du seuil d'exonération à 1,8 SMIC avant qu'il ne soit ramené à 1,6 SMIC.

Ces constats justifient qu'une attention particulière soit apportée aux facteurs qui contribuent le plus à l'augmentation du coût des

73. Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du plan de l'Assemblée nationale sur les exonérations de charges sociales en faveur des peu qualifiés, Cour des comptes, septembre 2006.

exonérations pour les finances publiques. La Cour a recommandé un meilleur ciblage des exonérations⁷⁴, d'une part, en les limitant aux entreprises de moins de 20 salariés ou en resserrant la plage de 1,6 à 1,3 SMIC et, d'autre part, comme indiqué précédemment, en fixant le point de sortie en euros ou en pourcentage du plafond de la sécurité sociale en lieu et place du SMIC.

Par ailleurs, ces mesures et en particulier la loi TEPA, ont fortement complexifié les contrôles des URSSAF -à l'origine facilités par la simplicité d'un dispositif de cotisations auto-liquidées à partir de taux proportionnels et uniformes sur une assiette large- et ont accru les risques de contentieux et de fraude. En effet, les informations demandées aux entreprises sont de plus en plus nombreuses et plus difficilement vérifiables, en l'absence de déclaration sociale nominative, dont le projet est actuellement à l'étude.

D'une manière plus générale, ce système est rendu complexe par l'assignation à un même instrument de politique publique d'objectifs multiples et conflictuels. C'est le cas notamment des exonérations, utilisées successivement et souvent concomitamment pour favoriser des publics particuliers, la réduction du temps de travail, le temps partiel, la lutte contre la délocalisation des industries, la compétitivité, la lutte contre le chômage (en particulier des moins qualifiés) et finalement le pouvoir d'achat. Une plus grande simplicité des flux financiers ne pourra donc être atteinte que si l'Etat met en œuvre ses politiques publiques en ayant davantage recours à ses propres outils qu'à des instruments relevant de la sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

8. *Réduire sensiblement la plage actuelle des exonérations générales et déconnecter leur seuil de sortie des évolutions du SMIC, en l'exprimant en euros ou en pourcentage du plafond de sécurité sociale.*

9. *Réexaminer la composition du panier fiscal affecté en compensation des exonérations.*

10. *Réexaminer les dispositifs d'exonérations ciblées à la lumière de l'évaluation de leur efficacité et de leur efficience.*

74. En outre, toutes les conséquences devraient être tirées de la volonté, exprimée par le législateur à l'occasion de la LFSS pour 2007, de renforcer la logique assurancielle des cotisations AT-MP en les excluant expressément du bénéfice des exonérations générales. A l'occasion d'un éventuel resserrement du dispositif d'allègements, souhaitable pour les finances publiques, pourraient également être exclues de son bénéfice les cotisations de la branche vieillesse.

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

PRESENTATION

Les dépenses d'assurance maladie sujettes à régulation sont retracées dans un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont la valeur est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pour 2007 l'ONDAM était fixé à 144,8 Md€, soit une augmentation de 2,6 % par rapport à une base de référence de 141,1 Md€. Cet objectif a été fortement dépassé en 2007, de plus de 3 Md€. Un tel écart, sensible en cours d'année, a d'ailleurs justifié la mise en œuvre, pour la première fois, de la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004. Cet écart, par son ampleur, a conduit la Cour à en rechercher et en analyser les causes.

Au-delà de la description des faits ayant marqué la mise en œuvre de l'ONDAM 2007, le présent chapitre analyse tout d'abord les modalités de construction de l'ONDAM, puis les réalisations de ses principales composantes (en masse financière) relatives aux soins de ville, aux établissements de santé et au secteur médico-social. Deux éclairages thématiques portant sur les dépenses de soins infirmiers libéraux d'une part, sur l'articulation entre l'ONDAM soins de ville et les négociations conventionnelles d'autre part, complètent cette présentation.

I - Les réalisations de l'ONDAM 2007

A – L'ONDAM de 2007 : vue d'ensemble

1 – La construction de l'ONDAM

L'ONDAM de 2007 a le même périmètre que celui de 2006, à une modification mineure près⁷⁵, les observations formulées par la Cour sur ce point en 2007 n'ayant pas été suivies d'effet⁷⁶. Le montant de chacun de ses sous-objectifs a été fixé en appliquant à la base retenue (les dépenses concernées de 2006 telles qu'elles étaient estimées en septembre 2006 au moment de l'élaboration de la LFSS pour 2007) un taux d'évolution prévisionnel, tenant compte à la fois de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies escomptées. Mais ces bases et ces taux ont été déterminés pour 2007 de façon particulièrement irréaliste.

75. Les dépenses des instituts de formation en soins infirmiers ayant été transférées aux collectivités locales, 74 M€ de crédits ont été retirés de la base de l'ONDAM de 2007.

76. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, pp. 64-65.

ONDAM 2007 : bases, taux d'évolution et montants votés*En Md€*

Sous-objectifs	Base	Taux d'évolution	Montants votés
Dépenses de soins de ville	65,9	+ 1,1 %	66,7
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,7	+ 3,7 %	47,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,7	+ 3,0%	18,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3	+ 8,3 %	4,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	+ 5,6 %	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,6	+ 7,6 %	0,7
TOTAL ONDAM	141,1	+ 2,6 %	144,8

*Source : Direction de la sécurité sociale**a) Les bases*

Pour chaque sous-objectif, la base de référence est fixée en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours, puisqu'elles ne peuvent pas être encore connues exactement au moment du vote de la LFSS. La détermination de la base procède également du choix des pouvoirs publics de prendre en compte, en tout ou partie, le dépassement prévu de l'ONDAM de l'année qui se termine.

La base retenue pour les soins de ville (65,9 Md€) avait sous-estimé de 0,8 Md€ environ les dépenses réelles correspondantes de 2006 (66,7 Md€, selon le constat finalement effectué par la CCSS en septembre 2007) : ces dépenses réelles de 2006 étaient donc d'emblée égales au sous-objectif fixé pour les soins de ville en 2007 (66,7 Md€). Ce dernier paraissait dès lors impossible à respecter du moins à législation constante.

Au contraire, les bases des sous-objectifs relatifs aux établissements de santé (63,5 Md€) étaient supérieures de 120 M€ aux dépenses réelles de ces établissements (63,4 Md€) ; mais ces prévisions prudentes étaient loin de compenser l'insuffisance de la base des soins de ville.

b) Le taux

Bien que le Parlement ait porté de 2,5 à 2,6 % le taux de progression prévu pour l'ONDAM, ce dernier était largement inférieur à l'évolution tendancielle des dépenses estimée à l'automne 2006 (+4,5 %), car la LFSS tablait sur la réalisation de 3 Md€ d'économies, dont 2,8 Md€ dans le secteur des soins de ville, incluant plus de 2,0 Md€ d'économies sur les médicaments et 460 M€ dans le secteur des établissements de santé.

Le taux d'évolution prévu pour les soins de ville (de 1,1 %)⁷⁷ était en particulier nettement inférieur à ceux des autres sous-objectifs, en raison notamment d'une diminution de 2,5 % attendue des dépenses de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et produits d'origine humaine).

2 – La mise en œuvre

Les transferts opérés entre sous-objectifs de l'ONDAM après le vote de la LFSS ont représenté des montants limités en 2007⁷⁸. En revanche, les réalisations se sont écartées rapidement des prévisions initiales.

a) La procédure d'alerte et ses résultats

L'année 2007 a vu la première mise en œuvre de la procédure d'alerte instaurée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Dans ce cadre, il revient au comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, lorsqu'il constate un risque de dépassement d'une ampleur supérieure à un seuil réglementaire⁷⁹, de déclencher une procédure conduisant à des propositions de mesures de redressement.

Cette procédure a été déclenchée en mai 2007 à la suite d'une prévision de dépassement de l'ONDAM de l'ordre de 2 Md€ supérieure de 900 M€ au seuil d'alerte. Les propositions d'économies émanant de la CNAMTS, du RSI ainsi que de la CCMSA ont porté sur un montant

77. Le PLFSS proposait pour ce sous-objectif un taux encore plus irréaliste de 0,8 %, que le Parlement a porté à 1,1 %.

78. Ils ont réduit de 3 M€ le sous-objectif des soins de ville et de 79 M€ ceux des établissements de santé au profit des secteurs des établissements médico-sociaux (+81 M€) et des autres modes de prise en charge (+1 M€).

79. Le seuil en vigueur est de 0,75 % de l'ONDAM, soit 1,1 Md€ en 2007.

s'échelonnant, selon les évaluations du comité d'alerte, entre 430 M€ et 800 M€ (pour l'année 2007).

Le montant annoncé des mesures de redressement retenues sur cette base par le Gouvernement en juillet 2007 était de 417 M€ pour 2007. Ces économies consistaient principalement en une plus grande responsabilisation des assurés (modification du plafond de la participation forfaitaire de 1 €, pénalisation des consultations réalisées hors du parcours de soins) et des baisses de tarifs de certains actes ou dispositifs médicaux et de prix pour certains médicaments.

Compte tenu de la date de mise en œuvre des mesures, leur incidence ne pouvait être que très limitée pour l'année 2007 (250 M€), comme l'a par la suite souligné le comité d'alerte le 30 mai 2008⁸⁰.

b) Les modifications introduites fin 2007 par la LFSS pour 2008

La LFSS comporte chaque année des dispositions portant révision de l'ONDAM de l'année en cours.

Préparée à l'automne 2007, la LFSS pour 2008 a ainsi rectifié à la hausse trois sous-objectifs de l'ONDAM de 2007, concernant respectivement les soins de ville (augmentés de 2,8 Md€), les établissements pour personnes âgées et les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge. Le total de l'ONDAM a été porté de 144,8 Md€ à 147,7 Md€ (+2,9 Md€).

Cette révision prenait en compte les estimations de la CCSS de septembre 2007 qui prévoyait à l'époque une augmentation des soins de ville en 2007 de 4,1 %.

c) Les réalisations de 2007 constatées en 2008

Le tableau qui suit indique les données les plus récentes –qui ne devraient plus être modifiées qu'à la marge– quant aux réalisations pour 2007.

80. L'effet report de ces mesures d'économies pour 2008 a été estimé, en revanche, à 700 M€

ONDAM 2007 – Réalisations*En Md€*

Sous-objectifs	Réalisations	Écart par rapport à l'objectif	Taux d'évolution constatés
Dépenses de soins de ville	69,8	3,1	+4,6 %
ONDAM hospitalier ⁸¹	65,5	-0,2	+3,3 %
ONDAM médico-social ⁸² , dont :	11,8		+6,7 %
sous-objectif personnes âgées	4,8	0,0	+9,3 %
sous-objectif personnes handicapées	7,0		+5,0 %
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,8	0,1	+3,6 %
TOTAL ONDAM	147,8	3,0	+4,2 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2008

Les dépenses d'assurance maladie relevant du périmètre de l'ONDAM se sont élevées à 147,8 Md€ en 2007, contre 141,8 Md€ en 2006, ce qui correspond à une augmentation de 4,2 % en valeur, contre 3,1 % en 2006. La progression des dépenses du champ de l'ONDAM, qui s'était ralentie chaque année de 2002 à 2006, est donc repartie à la hausse en 2007 et l'objectif fixé pour 2007 a été dépassé de 3 Md€, dérapage beaucoup plus important que ceux constatés depuis 2003.

Taux d'évolution annuel constaté des dépenses du champ de l'ONDAM et dépassement annuel de l'ONDAM par ces dépenses

En Md€ courants

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Évolution des dépenses constatées	+7,1 %	+6,4 %	+4,9 %	+4,0 %	+3,1 %	+4,2 %
Dépassement annuel de l'ONDAM	3,9	0,6	0,5	0,2	1,2	3

Source : Direction de la sécurité sociale et INSEE. Le dépassement de l'ONDAM de 2007 est provisoire

3 – L'incidence sur la détermination de l'ONDAM de 2008

Les derniers résultats disponibles permettent également de constater à nouveau que la révision de l'ONDAM de 2007 décidée fin 2007 par la LFSS pour 2008 était insuffisante, particulièrement en ce qui

81. L'ONDAM hospitalier regroupe les sous-objectifs des « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » et des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » ; il recouvre toutes les dépenses de l'assurance maladie au profit des établissements, que ces derniers soient publics ou privés.

82. L'ONDAM médico-social regroupe les sous-objectifs relatifs aux contributions de l'assurance maladie concernant respectivement les personnes âgées et handicapées.

concerne les soins de ville : alors que le dépassement sur le sous-objectif soins de ville était évalué en septembre 2007 à 2,8 Md€, son montant révisé en juin 2008 a été, comme vu plus haut, de l'ordre de 3 Md€. Il s'ensuit un manque en base de 330 M€ qui rendra d'autant plus difficile le respect du sous-objectif des soins de ville fixé pour 2008. Dans son avis du 30 mai 2008, le comité d'alerte a ainsi estimé que ce sous-objectif pourrait être dépassé de 700 M€ à 900 M€ en 2008, conséquence de l'insuffisance de la base et de la non réalisation d'une partie des économies prévues.

B – Les dépenses de soins de ville

Le dépassement de l'ONDAM est dû presque exclusivement à la progression de 4,6 % des dépenses de soins de ville, qui ont atteint 69,8 Md€ pour l'ensemble des régimes, dépassant ainsi de 3,1 Md€ le sous-objectif concerné. Ce dérapage a trois causes :

- la sous-estimation déjà évoquée de la base de référence retenue pour les soins de ville (770 M€) ;
- la non réalisation des économies prévues sur les médicaments, les dépenses de produits de santé ayant augmenté de 5,0 % au lieu de diminuer de 2,5 % (environ 1 250 M€) ;
- au-delà des seuls médicaments, l'accélération de l'ensemble des dépenses de soins de ville (4,6 % contre 2,6 % en 2006 et 1,1 % de taux de progression retenu par la LFSS pour 2007 pour ce sous-objectif).

Évolution prévisionnelle des dépenses de soins de ville du régime général en 2007 (métropole)

En Md€

	Montants en 2007	Évolution par rapport aux dépenses constatées en 2006
Honoraires médicaux	15,1	+ 3,9 %
- dont généralistes	4,9	+ 5,2 %
- dont spécialistes	7,6	+ 3,4 %
Honoraires paramédicaux	5,5	+ 8,3 %
- dont infirmières	2,8	+ 9,5 %
Indemnités journalières	7,4	+ 3,6 %
Transports des malades	2,3	+ 5,2 %
Laboratoires	2,6	+ 1,4 %
Médicaments	17,7	+ 4,6 %
- dont remboursés à 100 %	10,5	+ 6,2 %
Dispositifs médicaux	3,2	+ 11,3 %
Total soins de ville	55,1	+ 4,9 %

Source : Rapport de la CCSS de juin 2008

1 – Les économies non réalisées sur les médicaments

Le respect du sous-objectif des soins de ville passait par la réalisation de 2 803 M€ d'économies, dont 2 072 M€ sur les produits de santé⁸³ grâce à :

- l'effet report de mesures prises en 2006 (évalué à 575 M€ dont 220 M€ au titre du développement des génériques) ;
- la poursuite du plan médicaments de 2005 pour 1 096 M€ (dont 300 M€ de nouvelles initiatives concernant les génériques, 107 M€ de développement des grands conditionnements, 209 M€ de baisses de prix ciblées de médicaments et dispositifs médicaux) et 420 M€ d'actions de maîtrise médicalisée des dépenses portant notamment sur la réduction de la consommation des statines, antibiotiques, anxiolytiques et hypnotiques ;
- 300 M€ de mesures nouvelles, dont 100 M€ de réduction des prescriptions hospitalières en ville, 50 M€ de prélèvement sur les grossistes et 150 M€ d'économies diverses (notamment par l'établissement d'une liste de médicaments non liés aux affections de longue durée -ALD- et ne devant donc pas bénéficier de la prise en charge à 100 % réservée à ces derniers).

Le total des mesures précitées ne représente que 1 971 M€ 101 M€ d'économies sur les médicaments n'étaient donc pas explicités⁸⁴.

Les résultats de ces dispositifs ont été très inférieurs aux ambitions affichées, les dépenses de médicaments proprement dits ayant augmenté pour le régime général de 4,6 % (et de 6,2 % pour ceux destinés aux ALD, remboursés à 100 %) et celles des dispositifs médicaux de 11,3 %, d'après la CCSS de juin 2008. Seules les dépenses de laboratoires ont été stabilisées (+1,4 %).

Les économies réalisées sur les soins de ville grâce aux mesures initiales n'ont en effet représenté que 752 M€ grâce aux génériques (280 M€), à la maîtrise médicalisée (259 M€), aux baisses de prix ciblées (170 M€), à l'adaptation des conditionnements (23 M€) et à la réduction

83. Ce montant cumule deux postes souvent distingués par la DSS, l'un relatif aux économies attendues du plan médicament, qui relève de l'État et consiste essentiellement en des baisses des prix et l'autre portant sur la maîtrise médicalisée, négocié par les partenaires conventionnels et visant à une réduction des volumes de prescription, notamment de produits de santé.

84. La DSS, consciente de cette lacune, la sous-estime néanmoins, tout en précisant qu'une « économie supplémentaire non fléchée à ce stade de 78 M€ est nécessaire au respect de l'objectif ».

de la prise en charge des médicaments non liés à des ALD (20 M€). Au total, l'écart entre les économies attendues et réalisées s'élève pour les seuls produits de santé à 1 250 M€⁸⁵ ; il est significatif du caractère irréaliste des économies annoncées lors de l'adoption de la LFSS pour 2007, qui représentaient plus de 10 % de l'ensemble des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux du régime général.

2 – Le dérapage des autres dépenses

Tous les autres postes de dépenses de soins de ville ont augmenté beaucoup plus que le taux de 1,1 % assigné par la loi à ce sous-objectif, selon les estimations de la CCSS de juin 2008. Les honoraires médicaux ont progressé de 3,9 % contre 2,9 % en 2006 (+3,4 % pour les spécialistes et +5,2 % pour les généralistes), en raison de l'épidémie de grippe du début de l'année, de l'effet report de la revalorisation de consultation accordée le 1^{er} août 2006 et de la nouvelle augmentation décidée le 1^{er} juillet 2007 (portant la consultation à 22 €).

Les honoraires paramédicaux ont, quant à eux, progressé de 8,3 % contre 6,8 % en 2006, dont 9,5 % pour les infirmières (cf. infra). Le transport des malades a augmenté de 5,2 %, rythme inférieur à celui de 2006 (9 %).

Les indemnités journalières sont également reparties à la hausse (+3,6 %), alors que leur progression avait été enrayée depuis 2003. L'augmentation particulièrement forte des indemnités liées aux accidents du travail (+5,8 %) est un effet constaté de l'amélioration de l'emploi.

C – L'ONDAM hospitalier

La LFSS pour 2007 avait fixé l'ONDAM hospitalier à 65,7 Md€ contre 63,7 Md€ en 2006, soit 47,4 Md€ pour le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité et 18,2 Md€ pour le sous-objectif des « autres dépenses » de ces établissements. L'ONDAM hospitalier avait été ainsi construit de manière à contenir à +3,5 % la progression des dépenses, soit +3,7 % pour le premier sous-objectif et +3,0 % pour le second.

85. A ces mesures d'économie se sont ajoutées celles du plan mis en œuvre dans le cadre de la procédure d'alerte (cf. supra) dont l'impact en 2007 avait été estimé à 217 M€ en matière de médicaments (nouvelles baisses de tarifs ciblées pour 47 M€ mesures de lutte contre la fraude pour 100 M€ et développement du tiers payant pour les génériques pour 15 M€). Là encore, on constate un écart semblable entre économies prévues et réalisées, le plan d'alerte n'ayant engendré selon la DSS que 77 M€ d'économies sur les produits de santé sur les 217 M€ escomptés.

La CCSS de juin 2008 a estimé que les dépenses de l'assurance maladie au profit des établissements s'établiraient à 65,5 Md€, soit une progression de 3,3 %. L'ONDAM hospitalier resterait ainsi inférieur de 170 M€ à l'objectif assigné pour 2007. Le taux de progression de ces dépenses est toutefois supérieur à celui constaté en 2006 (+2,9 %). Ce résultat provisoire doit être toutefois apprécié avec précaution en raison de la réforme du mode de calcul des versements de l'assurance maladie aux hôpitaux au titre de la T2A d'une part, de la dégradation des comptes des établissements de santé d'autre part.

En effet, l'année 2007 a été marquée par des retards de transmission de données d'activité de la part des hôpitaux⁸⁶.

Dans ce contexte, la détermination du montant de charges à rattacher à l'année 2007 -qui prend la forme de provisions calculées par le ministère de la santé- a été rendue très délicate. En définitive, ces provisions ont été calculées par référence aux montants prévus dans l'ONDAM hospitalier. Ce choix du ministère de la santé revenait à afficher nécessairement un respect de l'ONDAM hospitalier pour sa partie relative au secteur public⁸⁷.

Par ailleurs, comme la Cour l'a déjà relevé, l'accroissement du besoin de financement des hôpitaux traduit de fortes tensions financières dans certains établissements⁸⁸ soulignées par la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

86. Ces retards sont consécutifs à une modification, intervenue en 2007, du mode de calcul des sommes dues par l'assurance maladie : alors qu'initialement, un coefficient forfaitaire était appliqué aux tarifs, les ARH doivent dorénavant, séjour par séjour, neutraliser le reste à charge en prenant en compte de nouvelles données de la part des hôpitaux, en sus des données PMSI. C'est l'association de ces deux catégories de données qui s'est avérée problématique pour les établissements.

87. Ces provisions passées en 2007 ont fait l'objet d'une réserve de la part de la Cour dans le cadre de ses missions de certification des comptes du régime général.

88. Le déficit 2007 est estimé par la DGFIP à 663 M€ pour les comptes de résultats principaux. Il est sensiblement accru par rapport à l'exercice précédent.

1 – La construction de l'ONDAM hospitalier de 2007

Répartition de l'ONDAM hospitalier de 2007

En M€

	Dépenses 2006 retenues en base 2007	Taux d'évolution prévus pour 2007	Objectifs 2007
Sous-objectif des établissements de santé tarifés à l'activité	45 781	3,7 %	47 452
dont ODMCO ⁸⁹	40 179	2,8 %	41 317
dont MIGAC	5 602	9,5 %	6 134
Sous-objectif des autres dépenses des établissements	17 725	3 %	18 251
faisant l'objet d'un arrêté (ODAM + OQN)	16 642	2,8 %	17 109
dont ODMCO	14 826	2,5 %	15 199
dont OQN	1 816	5,2 %	1 910
dont autres publics	517	1,5 %	525
dont autres privés	237	1,5 %	241
dont FMESPP	327	15,0 %	376
Total ONDAM hospitalier	63 506	3,5 %	65 703

Source : Direction de la sécurité sociale

La LFSS pour 2007 a fixé le taux de progression de l'ONDAM hospitalier à 3,5 %, comme en 2006, compte tenu d'une évolution tendancielle des dépenses hospitalières estimée à +4,2 % et d'un montant de 460 M€ d'économies à réaliser par les établissements de santé.

Ces deux taux sont supérieurs à celui de la progression réelle des dépenses hospitalières en 2006 (+2,9 %) : cette surestimation de la tendance a facilité le respect de l'objectif, les dépenses du champ de l'ONDAM hospitalier n'ayant augmenté que de 3,3 % en 2007.

Toutefois, les taux de progression prévus pour trois postes de dépense sont supérieurs au taux global. Cet écart illustre également les particularités observées dans la construction de l'ONDAM hospitalier :

- l'ODMCO devrait progresser de 2,8 %, contre 2,5 % pour l'ODAM car une augmentation de 12 % des dépenses de médicaments

89. Objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO), mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM), objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (OQN), fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

remboursés en sus des prestations MCO était prévue, pour le remboursement intégral de certains médicaments dans le cadre du plan cancer, par exemple ;

- l'OQN devait augmenter de 5,2 % à cause des capacités nouvelles créées en matière de soins de suite et de réadaptation ;
- le taux de progression de 9,5 % des MIGAC était justifié par 561,1 M€ de mesures nouvelles incluant 176,3 M€ au titre des plans de santé publique, 114,7 M€ de charges de personnel nouvelles, 99 M€ de charges d'investissement et 159,3 M€ « d'autres mesures », qui semblent constituer un volant de sécurité permettant d'aider les établissements publics de santé en situation de déficit et notamment les CHU. Plus du tiers (33,9 %) des crédits des MIGAC sont d'ailleurs consacrés aux aides à la contractualisation qui permettent aux ARH d'accorder des dotations spécifiques à certains établissements.

2 – La progression des dépenses d'assurance maladie au profit des établissements

a) Les économies réalisées

Le montant de l'ONDAM hospitalier avait été fixé en prévoyant 460 M€ d'économies pour l'assurance maladie dans les établissements : 100 M€ grâce à l'augmentation du forfait journalier, de 15 € en 2006 à 16 € en 2007 ; 80 M€ par l'effet report de la mise en place en 2006 d'un forfait de 18 € pour tout acte ou série d'actes supérieur à 91 € et 280 M€ « par l'amélioration de la gestion hospitalière », en application du plan d'économies de l'assurance maladie.

En juillet 2007, une économie supplémentaire de 100 M€ a été programmée, fondée sur le développement potentiel de la chirurgie ambulatoire, dans le cadre du plan d'alerte consécutif à l'avis du comité d'alerte de mai 2007. Cette mesure ne pouvait pourtant guère avoir de résultats concrets dès 2007.

La DHOS estime en juin 2008 que l'augmentation du forfait journalier a rapporté 71 M€ dans les hôpitaux publics et que le forfait de 18 € a procuré une recette de 88 M€, supérieure à la prévision. Elle ne peut en revanche évaluer les autres économies et notamment pas celles relevant de « l'amélioration de la gestion hospitalière ».

b) Les réalisations par secteur

Le tableau qui suit résume la progression des dépenses entre les deux années 2007 et 2006, à partir des données encore provisoires sur

2007, rapportées aux données équivalentes, à la même période, pour 2006, puis aux données désormais définitives disponibles pour ce même exercice.

Les dépenses constatées en 2006 et 2007

En M€

	2006 Comptes provisoires mars 2007	2006 Comptes définitifs mars 2008	2007 Comptes provisoires mars 2008
Établissements publics	52 268	52 251	53 978
a- Établissements publics	51 881	51 815	53 521
dont			
ODMCO	31 514	31 468	32 120
MIGAC	5 427	5 420	6 193
ODAM	14 940	14 921	15 209
b- autres frais d'établissements publics	387	436	453
Établissements privés	10 964	10 901	11 105
FMESPP	327	327	373
Total établissements de santé	63 560	63 479	65 456

Source : DSS

Le respect de l'ONDAM hospitalier semble résulter avant tout de deux évolutions contraires : pour les cliniques privées, la forte croissance de l'activité observée après le lancement de la réforme de la tarification à l'activité se modère (+1,87 % en 2007 contre +3,5 % en 2006), tandis que dans le cas des hôpitaux publics, la croissance constatée des dépenses de l'assurance maladie s'est accélérée (+3,3 % contre +2,2 % en 2006).

D – L'ONDAM médico-social

L'ONDAM médico-social est l'agrégat retraçant les financements de l'assurance maladie destinés à couvrir les prestations de soins au sein des établissements et services médico-sociaux prenant en charge des personnes handicapées ou des personnes âgées. Il est d'usage de désigner par ce terme l'ensemble que forment aujourd'hui les quatrième et cinquième sous-objectifs de l'ONDAM.

1 – L'évolution de l'ONDAM médico-social

En Md€

	ONDAM MS voté	ONDAM MS réalisé	ONDAM total voté	ONDAM total réalisé	ONDAM MS/ONDAM voté	ONDAM MS/ONDAM réalisé
2000	N.D	7,11	N.D	103,01	N.D	6,9%
2001	7,70	7,56	105,70	108,77	7,3%	7,0%
2002	8,29	8,28	112,79	116,72	7,3%	7,1%
2003	9,00	9,00	123,50	124,60	7,3%	7,2%
2004	9,80	9,70	129,70	130,40	7,6%	7,4%
2005	10,90	10,80	134,90	135,10	8,1%	8,0%
2006	11,00	11,00	140,70	141,80	7,8%	7,8%
2007	11,70	11,70	144,80	147,8	8,1%	7,9%

Source : Cour des comptes

Entre 2000 et 2007, les dépenses du champ de l'ONDAM médico-social ont augmenté de 64,6 %, alors que l'ensemble des dépenses sous ONDAM ont augmenté de 43,4 %. Dans ces conditions, l'ONDAM médico-social représente en 2007 près de 8 % des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM contre près de 7 % initialement.

Cette augmentation de la part de la composante médico-sociale dans l'ensemble de l'ONDAM concerne essentiellement le secteur relatif aux personnes âgées et s'est fait sentir à partir de 2004.

Une sous-consommation de l'ONDAM médico-social a cependant été constatée jusqu'en 2005. Si tel n'est plus le cas depuis 2006, c'est en raison du changement de nature de l'ONDAM médico-social intervenu cette année, qui, par effet de la loi, conduit à une exacte coïncidence entre les prévisions et les réalisations. Les écarts à l'objectif se manifestent désormais sous une autre forme.

2 – La nouvelle nature de l'ONDAM médico-social

Depuis 2006 et la mise en place du nouveau circuit financier consécutif à la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'ONDAM médico-social ne retrace plus des prestations à encadrer et réguler, mais uniquement la part de ces dépenses mises à la charge de l'assurance maladie. L'agrégat ainsi soumis au vote du Parlement se définit comme une contribution dont le montant n'est plus susceptible de varier.

La totalité des prestations effectivement versées aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) fait cependant l'objet d'un

encadrement sous la forme d'un objectif global de dépenses (OGD), mais qui est extérieur à l'ONDAM et donc distinct de celui-ci.

En complément de l'ONDAM médico-social voté par le Parlement, le financement de ces dépenses est assuré par un apport financier de la CNSA. Tant l'OGD que cet apport financier sont fixés par voie d'arrêté, le Parlement n'étant informé de leur montant prévisionnel que dans le cadre de l'annexe 8 au PLFSS dont la lisibilité est faible.

Dans le cadrage financier ainsi retenu pour 2007, l'OGD a été arrêté à 12,9 Md€ la contribution de l'assurance maladie à 11,8 Md€⁹⁰ et l'apport financier de la CNSA à 1,1 Md€

Outre sa complexité, le dispositif dorénavant en vigueur réduit donc l'ONDAM médico-social à l'inscription d'une écriture d'ordre⁹¹ dans les comptes des régimes d'assurance maladie pour un montant égal à ce qui a été prévu initialement. Le Parlement est donc appelé à voter sur une contribution au financement d'un montant global de dépenses (l'OGD) qui demeure déterminé par l'administration.

Pour une meilleure information du Parlement, il conviendrait que la répartition du financement de ces dépenses entre l'assurance maladie et la CNSA soit présentée de manière plus lisible dans le cadre de l'annexe 8 au PLFSS.

3 – Les modalités d'élaboration de l'ONDAM médico-social

Les conditions d'élaboration de l'ONDAM médico-social se distinguent de celles qui prévalent pour les autres composantes de l'ONDAM, en ce qu'elles s'insèrent dans un processus plus global conduisant également à la fixation des dépenses autorisées des ESMS ainsi qu'à celle de l'OGD.

La détermination de l'apport financier de la CNSA implique le calcul d'un montant tendanciel, assis sur le montant prévisionnel de

90. La différence entre l'ONDAM médico-social (11,7 Md€) et le montant auquel s'est référé l'administration (11,8 Md€) s'explique par les opérations de fongibilité pratiquées postérieurement au vote de la LFSS.

91. L'ONDAM médico-social ne donne pas lieu à un paiement de la part des régimes d'assurance maladie en direction de la CNSA. Le seul décaissement qui intervient entre ces organismes consiste en l'apport de la CNSA, égal à la différence entre, d'une part, le remboursement dû par la CNSA aux régimes au titre des versements aux établissements et, d'autre part, l'ONDAM médico-social. Cf. rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2007, page 72.

recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)⁹². Pour le secteur des personnes âgées, ce montant est égal à 40 % des recettes attendues et pour les personnes handicapées, le taux de référence est de 12,7 %⁹³.

A ce montant tendanciel, un supplément est susceptible d'être apporté, sur décision des pouvoirs publics, par un prélèvement sur les excédents antérieurs de la CNSA.

La détermination tant des dépenses autorisées que de l'OGD implique la détermination d'une base de référence et de mesures nouvelles. Cette base n'est pas construite à partir des prévisions de réalisation⁹⁴, mais à partir des objectifs de l'année antérieure et compte tenu de diverses opérations de rebasage ou de débasage.

Concernant en particulier l'OGD, cette déconnexion entre la base et les réalisations alimente le risque de sous-consommation, dans un contexte de montée en charge des dépenses médico-sociales pour répondre aux besoins des personnes handicapées d'une part, à l'impact de la montée de la dépendance, d'autre part.

4 – Les réalisations

Si aucun écart n'est plus susceptible d'intervenir par rapport à l'ONDAM médico-social voté, les phénomènes de dépassement ou de sous-consommation demeurent et se mesurent maintenant par la différence entre les prestations payées aux ESMS et l'OGD.

En 2007, l'impact financier des écarts au niveau de l'OGD entre les prévisions (12 920 M€) et les réalisations (12 489 M€), soit une sous-consommation globale de 431 M€, se fait dorénavant sentir dans les comptes de la CNSA et non plus dans ceux des régimes d'assurance maladie comme cela était le cas jusqu'en 2006. Le niveau de l'ONDAM médico-social étant désormais figé, cette sous-consommation globale implique une moindre sollicitation de la CNSA que prévu d'un montant identique, ce qui génère des réserves équivalentes dans les comptes de la CNSA.

92. Pour le secteur des personnes âgées, le taux de 40 % résulte directement des dispositions du code de l'action sociale et des familles et pour les personnes handicapées, le taux résulte d'un vote du conseil de la CNSA dans le cadre d'une fourchette fixée par le CASF.

93. Dans le budget de la CNSA, ces recettes de CSA sont affectées à la section 1, dédiée au financement des établissements et services médico-sociaux.

94. Ni la CNSA, ni les administrations centrales ne connaissent d'ailleurs le montant des dépenses effectives des ESMS, faute de remontée des comptes financiers.

Prévisions et réalisations pour 2007

En Md€

	Personnes handicapées		Personnes âgées		Total	
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
OGD	7,232	7,289	5,688	5,200	12,920	12,489
ONDAM médico-social	6,996	6,996	4,795	4,795	11,791	11,791
Apport financier CNSA	0,236	0,293	0,893	0,405	1,129	0,698

Source : CNSA

En 2007, la sous-consommation globale de 431 M€ correspondait à une sous consommation dans le secteur des personnes âgées de 487,7 M€ et à une surconsommation de 57 M€ dans le secteur des personnes handicapées⁹⁵.

S'agissant du secteur des personnes âgées, la sous-consommation constatée en 2007 (487,7 M€) est en forte augmentation. Elle n'a été que de 289,7 M€ en 2006 et de 142,7 M€ en 2005. Cette sous-consommation croissante tient au fait que l'utilisation de ces moyens n'intervient que lors de l'installation effective des places autorisées dans les ESMS laquelle est susceptible de connaître des retards importants du fait notamment des délais de signature des conventions tripartites.

Ces nouvelles modalités de financement des établissements médico-sociaux pourraient en outre par leur complexité et par l'éclatement induit des responsabilités entre l'assurance maladie et la CNSA, nuire au pilotage de ces dépenses.

—SYNTHÈSE—

Le dépassement de l'ONDAM de 2007 (3 Md€) a été beaucoup plus élevé que celui de 2006 (1,2 Md€), en raison du caractère irréaliste des bases retenues pour les soins de ville et de la progression élevée des dépenses de ce sous-objectif (4,6 %), supérieure à la fois au taux voté par le Parlement (2,6 %) et à l'évolution constatée en 2006 (3,1 %). Les économies attendues, en particulier sur les produits de santé, n'ont été réalisées que très partiellement, ce qui amène à s'interroger sur la sincérité des objectifs affichés en la matière par le Gouvernement.

Le respect du sous-objectif relatif aux établissements de santé n'exclut pas les risques de dérapage non retracés dans les réalisations de l'ONDAM de 2007, qu'il s'agisse de l'effet des nouveaux modes de calcul

95. Le résultat réel est proche de l'équilibre, une erreur d'imputation liée à des établissements situés en Belgique ayant majoré les charges.

des versements de l'assurance maladie aux hôpitaux ou du creusement des déficits des comptes des établissements hospitaliers.

L'ONDAM médico-social pour sa part porte désormais sur une contribution à un objectif global de dépenses arrêté par le Gouvernement, conduisant à une nécessaire coïncidence entre le montant voté et la réalisation effective. Le suivi de cet agrégat ne suffit donc plus à constater les phénomènes de sous consommation ou de dépassement qui continuent à se manifester dans les faits.

RECOMMANDATIONS

11. Mieux expliciter dans l'annexe 8 au PLFSS le montant prévisionnel et les réalisations de l'OGD, ainsi que la répartition du financement entre l'assurance maladie et la CNSA.

II - Les dépenses de soins infirmiers dans l'ONDAM 2007

PRESENTATION

En 2007, les dépenses constatées de soins infirmiers libéraux, incluses dans le sous-objectif des soins de ville de l'ONDAM, sont de 4 097 M€, en croissance de +8,3 % par rapport à celles de 2006.

Cette forte augmentation, déconnectée de celle des soins de ville pris dans leur ensemble (+4,6 %), s'inscrit dans une phase d'accélération : +5,3 % en 2005, +7,6 % en 2006 et près de +10 % au cours du premier trimestre 2008⁹⁶ malgré l'instauration d'une participation forfaitaire de 50 centimes par acte paramédical dès le 1^{er} janvier 2008.

Cette situation préoccupante a conduit la Cour à analyser l'origine d'une telle progression au cours des trois derniers exercices et à apprécier l'impact potentiel de la nouvelle convention infirmière, applicable depuis le 26 juillet 2007⁹⁷.

96. L'évolution des dépenses du régime général, en date de remboursement, a été de +9,9 % au cours du premier trimestre (par rapport au premier trimestre de l'année précédente).

97. La nouvelle convention a été conclue le 22 juin 2007 et approuvée par arrêté le 25 juillet 2007.

A – Les caractéristiques de la croissance depuis 2005

Depuis 2005, la hausse des dépenses de soins infirmiers délivrés en ville est due principalement à deux facteurs qui se sont cumulés en fin de période : d'abord l'augmentation de la quantité d'actes réalisés à laquelle s'est ajouté, à partir du 26 juillet 2007, un effet prix découlant des revalorisations tarifaires accordées par la nouvelle convention.

1 – Des séries hétérogènes

Les dépenses de soins infirmiers libéraux constatées dans l'ONDAM proviennent des données comptables des caisses : il s'agit des dépenses remboursées tous régimes en France entière, exprimées en droits constatés (date de soins). Toutefois, pour analyser les facteurs de croissance de ce poste de dépenses qui n'est d'ailleurs isolé dans l'ONDAM que depuis 2004, il est nécessaire de recourir à d'autres sources d'informations, en particulier le système national interrégimes fourni par la CNAMTS (SNIR) et la série statistique démarrée en 1994 (régime général-CNAMTS) : en raison de leur hétérogénéité, celles-ci présentent des écarts significatifs non seulement en montants, mais aussi en taux d'évolution. Ainsi, selon les sources, le taux de croissance affiché pour 2007 varie de +8,3 % à +9,7 %.

Caractéristiques des principales sources utilisées

En M€

	France	Régimes	Date de comptabilisation	Dépenses remboursables ou remboursées	Montants 2007	Croissance 2007/2006
ONDAM	Entière	Tous	Soins	Remboursées	4 097	8,3 % *
RG ONDAM	Entière	RG	Soins	Remboursées	3 177	8,7 % *
Série RG 94	Métro	RG	Soins	Remboursées	2 861	9,7 %
Série RG 94	Métro	RG	Soins	Remboursables	3 112	9,7 %
SNIR	Métro	Tous	Liquidation	Remboursables	3 726	9,0 %
SNIR + DOM	Entière	Tous	Liquidation	Remboursables	3 958	9,3 %

*Source DSS : ces deux chiffres sont calculés par rapport à la base 2006 non corrigée des reprises de provisions

Source : Cour des comptes

La comparaison de ces séries hétérogènes permet au demeurant de cerner quelques facteurs d'évolution depuis 2005 dont il ne sera plus fait état par la suite :

- le taux de remboursement moyen de l'assurance maladie obligatoire sur la dépense reconnue est demeuré stable (avec un taux très élevé de 91,9 %), après une baisse de 1,2 point intervenue en 2004⁹⁸ ;
- la part du régime général dans le total des dépenses de soins infirmiers s'accroît (de 75,98 % en 2004 à 77,54 % en 2007), ce qui entraîne mécaniquement une croissance pour le régime général supérieure à celle des dépenses tous régimes (+7,93 % au lieu de +7,20 % en taux de croissance annuels moyens (TCAM) sur les trois derniers exercices) ;
- les dépenses des DOM connaissent une croissance beaucoup plus forte que celles de la France métropolitaine (de l'ordre de 35 % contre 23 % sur les trois derniers exercices - source CNAMTS, SNIR sans et avec DOM) ;
- enfin, les dépenses constatées en décaissements (SNIR) présentent des à-coups importants au cours de ces trois exercices qui incitent à raisonner en tendance sur plusieurs exercices⁹⁹.

2 – Une quantité d'actes croissant à plus de 5 % par an

Afin de mieux cerner les éventuelles ruptures de tendance survenues au cours des trois derniers exercices, les TCAM ont été calculés sur trois périodes différentes.

98. Cette baisse de 1,2 point du taux de prise en charge par l'AMO est intervenue en 2004, avec la modification des modalités d'exonération des actes supérieurs à K50 (actes associés). Une nouvelle baisse de ce taux est également intervenue en 2008 avec l'instauration de la participation forfaitaire de 50 centimes par acte paramédical (non chiffrée pour l'instant).

99. Selon les indications de la CNAMTS, un report important s'est produit de 2005 sur 2006, dû aux perturbations de liquidation que l'introduction de la T2A et de la CCAM aurait engendrées ; le rapprochement des séries en décaissements et en droits constatés suggère davantage un report de 2006 sur 2007.

Le rythme et les composantes de la croissance en volume

	2007 (2007/2006)	TCAM 2007/1995	TCAM 2007/2000	TCAM 2007/2004
Quantité globale d'actes réalisés (en milliers)	426 964 (+5,8 %)	+4,1 %	+5,2 %	+5,1 %
dont actes médicaux infirmiers (AMI) ¹⁰⁰	274 152 (+5,8 %)	+6,1%	+7,8 %	+5,7 %
dont actes infirmiers de soins AIS	152 812 (+5,7 %)	+1,5 %	+1,6 %	+4,1 %
Démographie des professionnels	55 646 (+4,4 %)	+1,9 %	+2,0 %	+3,8 %
Quantité d'actes par professionnel (APE*)	8 316 (+2,4 %)	+2,7 %	+4,0 %	+3,4 %

*APE : actifs à part entière, c'est-à-dire professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, non à temps partiel et ayant moins de 65 ans ; ils représentent 93,4 % des professionnels et évoluent au même rythme.

Source : Cour des comptes d'après le SNIRAM

Cette comparaison apporte les éclairages suivants :

- c'est à partir de 2000 que le rythme de croissance de la quantité totale d'actes réalisés s'est accéléré, pour se stabiliser autour de +5 % par an, avec une légère décélération depuis 2004 ;
- en revanche, depuis 2004, les causes de cette croissance se sont modifiées de manière importante, la démographie des infirmiers libéraux devenant le facteur prédominant : stabilisé autour de +2 % par an sur longue période, le rythme annuel de croissance du nombre de professionnels a en effet quasiment doublé depuis 2004 (les causes en sont évoquées plus loin) ;
- dans le même temps, la quantité d'actes réalisés par professionnel a néanmoins continué de progresser (+3,4 % depuis 2004) avec une légère décélération en 2006 et 2007 (+2,0 % et +2,4 %) ;
- cette augmentation est en réalité encore plus importante car l'activité, réalisée par les infirmiers libéraux dans les établissements

100. Les actes sont exprimés dans la nomenclature à l'aide de deux lettres-clefs, AIS pour les actes infirmiers de soins (nursing avec gardes et séances de soins infirmiers à domicile dont toilettes) et AMI pour les actes médicaux infirmiers (actes techniques). Ces lettres-clefs sont affectées de coefficients : le coefficient le plus souvent affecté aux actes en AIS est de 3 (soit 30 minutes de temps passé), mais la cotation des actes en AMI est différenciée (avec une moyenne constatée de 1,6, soit 16 minutes en moyenne).

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et incluse dans les honoraires comptabilisés par le SNIR, a été progressivement remplacée par celle d'infirmiers salariés au cours de cette période.

Quant à l'effet de structure (évolution de la lourdeur moyenne des actes réalisés), mesuré par l'évolution du nombre moyen de coefficients par acte, il est légèrement négatif : -0,3 % par an sur la période. En effet, si la cotation moyenne des actes est demeurée parfaitement stable (1,6 en AMI et 3,2 en AIS), la quantité d'actes techniques dont le coefficient est plus bas (AMI) a progressé un peu plus que celle des actes en AIS. L'introduction envisagée pour 2008 de la vaccination antigrippale cotée AMI 2¹⁰¹ (alors que les injections sont cotées AMI 1) devrait jouer en sens inverse.

3 – Un effet prix intervenant en fin de période

Après les revalorisations tarifaires très importantes accordées par la convention de 2002, pour un montant proche de 300 M€¹⁰² en année pleine -soit plus de 10 % des honoraires de l'époque- et étalées sur deux exercices (2002 et 2003), aucune revalorisation des tarifs n'est intervenue jusqu'à la convention de juillet 2007.

Celle-ci comporte des revalorisations sur tous les honoraires (117 M€ sur les AMI, 99 M€ sur les AIS, 120 M€ sur l'indemnité forfaitaire de déplacement et 5 M€ sur la majoration de dimanche) et crée une prestation AMI 2 (9 M€) pour les vaccinations antigrippales : le surcoût de cette dernière disposition devrait être gagé par la diminution des honoraires médicaux. Ces mesures représentent un montant supplémentaire d'honoraires versés aux infirmiers de 350 M€ (la demande initiale de la fédération nationale des infirmiers -FNI- exposée en 2006 avait été estimée à plus de 800 M€ par la CNAMTS) et, pour la sécurité sociale, un supplément de dépenses remboursées de 321 M€ en année pleine¹⁰³. En y ajoutant les 2 M€ d'augmentation de l'aide à la télétransmission et de l'indemnisation pour formation, il en résulte une recette supplémentaire totale pour les infirmiers de 352 M€ et à un coût total pour la sécurité sociale de 323 M€

101. A ce jour, cette tarification proposée par les parties signataires à la convention n'a pas été fixée, les syndicats infirmiers ayant refusé de siéger dans la commission ad hoc.

102. 100 M€ sur les actes en AIS revalorisés pour la première fois depuis leur création en 1992, 60 M€ sur les actes en AMI revalorisés en 1999, enfin 130 M€ sur les frais de déplacement.

103. Les méthodes de valorisation (en particulier la prise en compte des effets volume) n'ont pas été indiquées à la Cour.

La convention a programmé l'étalement de ces mesures sur les deux exercices 2007 et 2008, les rendant applicables le 26 juillet 2007 et le 1^{er} août 2008 (voir infra pour le caractère conditionnel de la seconde étape) : en découle un effet prix théorique de 65 M€ en 2007, 159 M€ en 2008 et 97 M€ en 2009 sur les remboursements en nature de la sécurité sociale (c'est-à-dire sans compter l'aide à la télétransmission, l'indemnisation pour formation et la prise en charge des cotisations sociales).

4 – Des conséquences favorables sur le pouvoir d'achat des infirmiers libéraux

Malgré une croissance en volume de leur activité, les infirmiers libéraux avaient connu une baisse de 5 % de leur pouvoir d'achat¹⁰⁴ entre 1995 et 2001, due à la faiblesse des revalorisations tarifaires et à l'augmentation simultanée de leur taux de charges. Depuis 2002, en revanche, leur pouvoir d'achat a augmenté de +34,5 % (soit +5,1 % en moyenne par an sur six ans, de 2002 à 2007¹⁰⁵).

Il s'agit au demeurant d'une progression en dents de scie : +25,9 % sur les deux exercices 2002 et 2003 consécutifs à la signature de la convention de 2002 et +6,8 % de 2004 à 2007. L'étalement des mesures tarifaires fixées par la nouvelle convention de 2007 doit produire un impact important en 2008 et 2009.

Il convient de préciser que, faute d'informations existantes sur le sujet¹⁰⁶, cette analyse ne prend pas en compte les honoraires que les infirmiers libéraux peuvent percevoir en sus et qui leur sont payés directement par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD, voir plus loin).

104. Le revenu brut est calculé en déflatant les honoraires perçus (source SNIR) du taux de charge (source CNAMTS : de 40 % en 2000, il était de 38,7 % en 2005, dernière année connue ; pour 2006 et 2007, le taux de 40 % a été retenu (pour tenir compte notamment de la hausse des carburants). Le pouvoir d'achat s'obtient en déflatant le revenu brut de l'indice des prix à la consommation.

105. En 2007, les honoraires par professionnel et par an sont en moyenne de 71 125 € et le revenu brut de 42 675 € (calculé comme indiqué en note 9).

106. L'assurance maladie ne connaît pas ces honoraires, mais uniquement les dotations qu'elle verse aux structures, figurant dans l'objectif médico-social (personnes âgées).

B – Une capacité de régulation dégradée

Au vu de ces éléments, force est de constater que les principaux problèmes structurels de la profession, relevés par la Cour dans son rapport de 2006 (qui analysait la période 1992-2004), n'ont fait que s'aggraver au cours des trois derniers exercices : absence de maîtrise de la démographie (en quantité globale comme en répartition géographique), absence de maîtrise de l'activité produite (en particulier de la nature des soins délivrés).

1 – Une démographie dérégulée

L'effectif des infirmiers libéraux, qui représente une part mineure des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) : 55 646 sur 483 380 en 2007, soit 11,5 %, augmente fortement depuis 2004, après une période de croissance stabilisée à moins de 2 % par an entre 1995 et 2000, puis une stagnation totale entre 2000 et 2003.

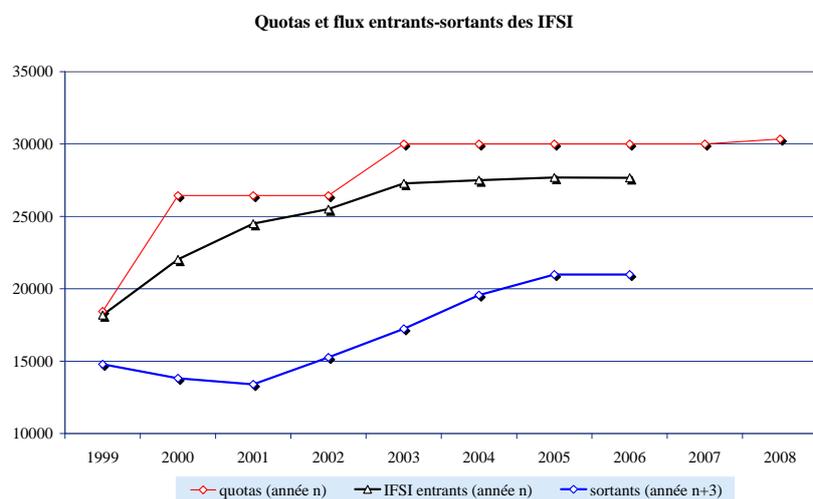
Leur nombre moyen pour 100 000 habitants est passé de 83 en 2004 à 87 en 2006, sans que les fortes disparités locales se soient atténuées (de 1 à 5 par région et de 1 à 7,5 par département en excluant la Corse¹⁰⁷).

Cette augmentation de l'effectif, qui n'a cessé de s'accroître (+2,39 % en 2004, +3,11 % en 2005, +3,77 % en 2005, +4,41 % en 2007), résulte de la conjonction de trois éléments, indépendants des besoins de la population par ailleurs mal définis :

- l'augmentation régulière du nombre total d'IDE¹⁰⁸ dont les flux entrants (nouveaux diplômés) sont supérieurs aux flux sortants. Il convient toutefois de préciser à cet égard que le nombre de nouveaux diplômés sortant des institutions de formation des soins infirmiers (IFSI) est toujours nettement inférieur au quota de places ouvertes à l'entrée en IFSI chaque année : ainsi, les quotas de places ont été relevés en 2000 de 18 436 à 26 436, en 2003 à 30 000, enfin en 2008 à 30 342, soit +63 % au total, alors que les nouveaux diplômés - à considérer en année n+3- sont passés de 15 262 à 20 982 entre 2002 et 2006, soit +37 %.

107. Aux extrêmes : 28 dans les Hauts-de-Seine, 260 en Corse. Hors la Corse, les départements où la densité est la plus élevée (entre 202 et 212) sont les Bouches-du-Rhône, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault et le Gard.

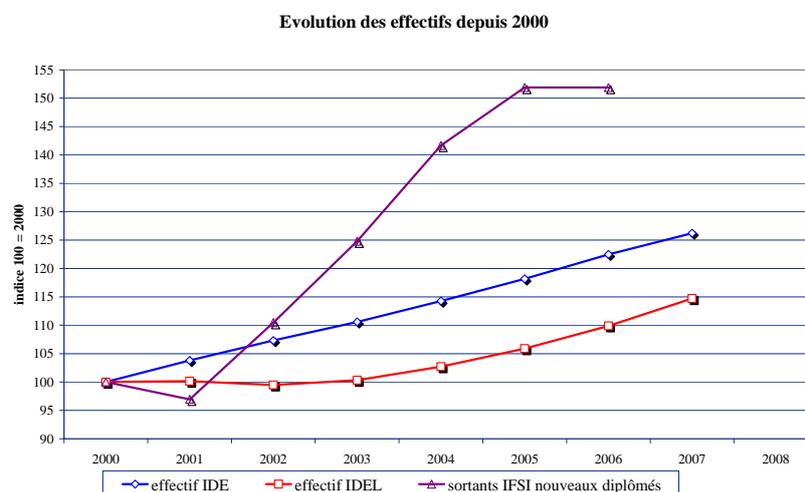
108. Mesurée par l'écart entre l'effectif de l'année n et de l'année n-1, enregistré dans ADELI.



Source : Cour des comptes d'après les arrêtés fixant les quotas et l'étude annuelle de la DREES sur la formation des professions de santé

- la situation du marché de l'emploi infirmier, sans doute moins tendue que pendant la mise en place des 35 heures dans les établissements ;
- enfin le raccourcissement à deux ans de la durée d'expérience en structure exigée entre la sortie de l'école et l'installation en ville (conformément à l'avenant n° 6 de la convention de 2002 du 25 juin 2004), qui s'est étalé sur 2005 et 2006 (en commençant par les départements à plus faible densité)¹⁰⁹.

109. Les nouvelles installations d'infirmiers libéraux sont donc décalées de six ans par rapport aux promotions d'entrants en IFSI jusqu'en 2004, de cinq ans depuis 2007.



Source : Cour des comptes d'après l'étude annuelle de la DREES sur la formation des professions de santé, le répertoire ADELI et le SNIR

En conséquence, la part des infirmiers libéraux dans l'effectif total des IDE augmente à partir de 2007, alors qu'elle avait chuté de 2000 à 2004 puis stagné en 2005 et 2006 ; cette tendance haussière semble devoir se poursuivre.

2 – Une évolution récente de l'activité contraire aux objectifs poursuivis depuis plus de 15 ans

Depuis 1992, la CNAMTS s'est efforcée de cantonner l'activité de nursing des infirmiers libéraux, principalement constituée de soins de toilettes, d'abord en l'isolant (création d'une lettre clef AIS particulière), puis en gelant ce tarif jusqu'en 2002, enfin en organisant un dispositif destiné à transférer une partie de ces soins sur les auxiliaires de vie ou les familles, lequel a finalement pris la forme de la démarche de soins infirmiers (DSI) à partir de 2002¹¹⁰.

Deux raisons économiques ont été avancées de manière constante pour expliquer cet objectif : d'une part l'aide à la dépendance ne requiert pas l'intervention d'infirmiers diplômés, intervention qui en renchérit le coût, d'autre part cette activité apparaît comme une variable d'ajustement des revenus des infirmiers libéraux, car elle est principalement réalisée dans les zones de surdensité infirmière.

110. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, pp. 15-28.

Il existe en outre une offre de soins infirmiers largement substituable à celle des professionnels libéraux et spécifiquement organisée pour pourvoir aux soins de nursing à domicile : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont l'une des caractéristiques est de recourir à des aides-soignants salariés pour réaliser l'activité de nursing.

Les SSIAD

Ces services comportent en moyenne dix personnes dont 80 % d'aides-soignants, organisées autour d'un infirmier salarié coordonnateur. 85 % de leurs interventions concernent des soins de nursing.

Les SSIAD, financés à 100 % par dotation de l'assurance maladie, peuvent recourir à des infirmiers libéraux qu'ils rémunèrent alors en honoraires.

Créés à partir de 1980, ils sont en progression constante : 91 478 places installées dans 2 000 services environ en 2006 selon la DGAS contre 81 458 places en 2004, pour une dépense de 1,1 Md€ en 2007 (+9,7 % en moyenne par an depuis 2005). Le plan solidarité grand âge de juin 2006 prévoit la création de 6 000 places nouvelles tous les ans à partir de 2006 et de 7 500 à partir de 2010.

Depuis 1999, la répartition entre activité de nursing et actes techniques des infirmiers libéraux a évolué jusqu'en 2005 dans le sens souhaité : alors qu'ils représentaient 48 % du nombre d'actes et 67 % des coefficients (représentatifs du temps passé) en 1999, les actes en AIS ne représentent plus que 36 % des actes et 53 % des coefficients en 2007.

Bien qu'aucune étude disponible ne vienne étayer cette hypothèse¹¹¹, la réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), progressivement mise en œuvre depuis 1999, a dû contribuer à cette amélioration : en effet, avant la réforme, les soins infirmiers techniques et de nursing réalisés dans les établissements y étaient dispensés par des infirmiers libéraux dont les prestations étaient facturées en honoraires et remboursées aux assurés résidents comme s'il s'agissait de soins de ville¹¹². Avec cette réforme, l'activité infirmière a été incluse dans les forfaits versés par l'assurance maladie aux EHPAD, lesquels ont été incités par ailleurs à

111. Une étude intitulée EHPAD 4 a été lancée par la CNAMTS en 2004 auprès des caisses, mais n'a produit aucun résultat. En 2008, un plan de contrôle par les caisses des possibles doubles paiements a été défini (forfait et remboursement de soins de ville).

112. En 2001, le montant d'honoraires d'actes infirmiers figurant dans les soins de ville mais réalisés en établissements avait été estimé à 445 M€, dont 369 M€ d'actes en AIS.

faire appel à des infirmiers salariés. Ce nouveau mode de financement a donc dû engendrer une diminution des actes facturés en AIS.

Cependant, depuis 2005, la situation s'est nettement dégradée : la croissance annuelle des actes de nursing (AIS) a été en moyenne de +4,1 %, alors qu'elle n'a été que de +0,8 % entre 1995 et 2004. Ce rythme tend à rejoindre celui des actes techniques en AMI, qui ont augmenté de +5,7 % depuis 2005 (contre +6,3 % depuis 1995).

On peut regretter que, dans ce contexte, les conventions de 2002 et de 2007 aient mis fin au gel des tarifs des actes en AIS.

C – Les effets incertains de la nouvelle convention

Les accords conventionnels -convention nationale et protocole relatif à la régulation démographique- signés le 22 juin 2007¹¹³ par les quatre syndicats représentatifs¹¹⁴ ont été perçus comme des textes novateurs, susceptibles d'amorcer une véritable restructuration de la profession, car remettant en cause certains fondements de l'exercice libéral en vigueur. Le protocole, en effet, met fin au principe de conventionnement automatique à l'installation dans les zones identifiées comme surdensées. Par ailleurs, le partage des tâches entre médecins et infirmiers, que le rapport Berland a préconisé de réorganiser dès 2003, a commencé d'être modifié : deux mesures, mentionnées dans la nouvelle convention et introduites dans les LFSS de 2007 et 2008, ont renforcé le rôle propre des infirmiers en leur accordant le droit de prescrire certains dispositifs médicaux¹¹⁵ ainsi que la faculté de réaliser certaines vaccinations antigrippales sans prescription médicale préalable¹¹⁶.

Toutefois, sans sous-estimer la portée de ces dispositions, la convention de 2007 n'est pas de nature, en l'état, à endiguer rapidement la forte croissance des dépenses de soins infirmiers en ville : elle met un terme définitif aux instruments de régulation dont la logique avait été

113. Précédés d'un protocole signé le 17 avril 2007.

114. En 2006, quatre syndicats ont été déclarés représentatifs : la fédération nationale des infirmiers (FNI) -10 % des effectifs- seule signataire des conventions de 1992 et 1997, convergence infirmière -3 %- seule signataire de la convention de 2002, l'organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) -3 %- et le syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) -4%.

115. LFSS 2007 article 51, décret n° 2007-551, arrêté du 13 avril 2007.

116. Décrets du 29 août 2008 : les infirmiers sont désormais habilités à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal sans prescription d'un médecin, à l'exception de la première injection, pour les personnes âgées et celles souffrant de certaines pathologies lourdes.

posée à partir de 1991, en particulier les seuils d'activité¹¹⁷ et la démarche de soins infirmiers, sans pour autant les remplacer par de nouveaux mécanismes, immédiatement applicables. Son efficacité, à terme, dépendra donc de la bonne fin des travaux et des accords dont elle dessine les pistes, mais dont les fortes implications corporatistes rendent le résultat incertain.

Certes, les négociations prévues par la nouvelle convention donnent l'impression d'aborder des thématiques nouvelles telles que la place de l'infirmier libéral dans le parcours de soins coordonné ou dans l'accompagnement des pathologies chroniques¹¹⁸, mais elles s'inscrivent en réalité dans deux problématiques anciennes, structurellement conflictuelles, auxquelles les conventions précédentes ont apporté des solutions insuffisantes en raison des fortes résistances rencontrées :

- l'étendue des compétences infirmières et de leur rôle propre en matière de soins, de prévention, d'éducation et de coordination (au sein du binôme médecin - infirmier, socle des soins primaires) ;
- la juste fonction de l'infirmier dans la prise en charge des personnes dépendantes (au sein du trinôme infirmier -aide soignant- auxiliaire de vie) que complexifie l'existence de plusieurs offres concurrentes ou complémentaires, financées de manière différente et gérées en tuyaux d'orgue par des acteurs distincts (les partenaires conventionnels, l'Etat et la CNSA depuis 2006).

L'antécédent du plan de soins infirmiers, finalement introduit sous la forme édulcorée de la démarche de soins infirmiers après dix ans de négociations et déjà abandonné, a montré qu'il y avait loin de l'intention à la mise en œuvre. La nécessité d'obtenir désormais une signature de l'ensemble des syndicats¹¹⁹ dont les aspirations demeurent souvent divergentes n'a fait que renforcer la difficulté de l'exercice.

Sans détailler l'ensemble des dispositions conventionnelles, les points suivants méritent d'être précisés :

117 .L'application des seuils d'activité a été suspendue dès 2004 (avenant conventionnel n° 5).

118. LFSS 2007, article 91-II (mise en place de programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques) ; mise en place par la CNAMTS depuis mars 2008 d'une phase expérimentale du programme « Sophia », destiné aux patients diabétiques de plus de 18 ans, en ALD, fondé sur le principe du volontariat.

119. L'article L. 162-15 du CSS (issu de la loi relative à l'assurance maladie de 2004) prévoit que l'opposition formée par deux syndicats représentant le double des organisations signataires peut faire obstacle à l'entrée en vigueur d'un texte conventionnel.

- au mécanisme des seuils doit se substituer une démarche de maîtrise médicalisée de l'activité infirmière individuelle, inspirée de celle en vigueur auprès des médecins et fondée sur l'élaboration progressive de recommandations et références professionnelles par la HAS : le premier thème d'application retenu est celui de la prescription des dispositifs médicaux évoquée ci-dessus, mais l'avenant qui devait définir avant le 31 décembre 2007 les modalités de « retour » financier à la profession des dépenses évitées n'est pas paru ;
- quant à la démarche de soins infirmiers, dont l'objet était à la fois d'octroyer aux infirmiers un pouvoir d'autoprescription encadré par le médecin et de transférer une partie des soins de nursing sur les auxiliaires de vie (cf. supra), elle est supposée être redéfinie par un groupe de travail (qui préexistait à la convention) : les propositions qui devaient être faites dès le mois de septembre 2007 et au plus tard le 30 juin 2008 ne sont, pour l'instant, pas connues¹²⁰ ;
- enfin, le projet emblématique, qualifié de rationalisation démographique dans la convention infirmière, repose sur un principe introduit dès le protocole du 17 avril 2007, repris dans celui du 22 juin et dans la convention : la régulation doit se fonder sur une définition préalable des besoins en soins infirmiers, appelés à croître avec le vieillissement de la population et s'appliquer à la totalité de l'offre, ce qui inclut les SSIAD et les centres de soins infirmiers (CSI) directement concurrents de l'offre libérale, mais implique également les EHPAD et les hospitalisations à domicile qui délivrent des prestations de nature théoriquement différentes et complémentaires (hébergement pour les premiers, charge en soins plus lourde pour la seconde). Une mission a été confiée en ce sens par le ministre à l'IGAS en avril 2007 dont les résultats, communiqués en février 2008¹²¹ (c'est-à-dire postérieurement à la signature de la convention qui s'y réfère explicitement), débouchent moins sur des solutions immédiates que sur des perspectives de travaux et d'expérimentations à engager.

Constatant en effet que la création de la CNSA n'a pas corrigé la gestion cloisonnée des diverses composantes de l'offre de soins infirmiers, déjà critiquée par la Cour à plusieurs reprises¹²², le rapport de mission de l'IGAS insiste en particulier sur le paradoxe suivant : « On dispose d'un système de régulation de l'offre SSIAD par les services de l'Etat, mais aucun véritable système d'information pour asseoir les décisions. Du côté de l'assurance maladie et du suivi de l'offre libérale, on dispose d'un système

120. Aucune indication n'a été fournie à la Cour.

121. Note RM2008-017P, rendue publique en juin 2008.

122. Voir le rapport public thématique sur les personnes âgées dépendantes de novembre 2005 et le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006.

d'information sophistiqué et performant, mais aucun mécanisme de régulation collective n'est mis en place ».

Ainsi, la comparabilité des services rendus par ces deux types d'offres est en fait impossible, puisque les SSIAD sont principalement appréhendés à travers leurs capacités (nombre de places) et non en fonction du volume et de la nature de leur activité (nombre d'actes en AMI et AIS des infirmiers libéraux).

Les préconisations de l'IGAS concernent donc au premier chef l'amélioration de la connaissance qui suppose une mise en commun des données entre les divers gestionnaires et conditionne toute réorganisation sérieuse, fondée à la fois sur l'analyse quantitative et qualitative des services rendus et la définition des besoins d'une population vieillissante.

Dans le même temps, malgré l'ampleur manifeste du chantier ouvert, les syndicats d'infirmiers ont été incités à négocier rapidement les « modalités de mise en place d'un dispositif expérimental de régulation démographique de la profession » afin que se concrétise le plus rapidement possible un accord jugé politiquement très important : d'une part, la LFSS 2008 (article 46) en a posé la base législative, d'autre part, la deuxième étape de revalorisations prévue pour le 1^{er} août 2008 (article 9-1 de la convention) est conditionnée par « l'engagement de la profession dans les mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins ». Il a été exposé aux syndicats que cette étape ne pourrait donc entrer en vigueur qu'après signature d'un avenant conventionnel comportant des mesures effectives de régulation démographique de la profession.

De leur côté, les syndicats infirmiers ont concrétisé le principe vertueux de rationalisation globale de l'offre en posant immédiatement comme condition essentielle à leur accord qu'aucune place de SSIAD ne soit créée dans les zones surdenses où les nouveaux conventionnements leur seraient refusés : cette revendication que sous-tendait le protocole du 17 avril 2007 répond à la préoccupation constante des infirmiers libéraux de préserver leur activité de nursing¹²³. La ministre leur a donné satisfaction par lettre adressée aux syndicats le 17 juin 2008.

L'avenant prévu a finalement été signé le 4 septembre 2008. Il fixe au 1er avril 2009 le démarrage concret d'un dispositif expérimental de

123. Dès la convention de 1992, cette position s'exprimait à travers cet article, repris dans les textes suivants : « les caisses expriment leur volonté de s'abstenir, pendant la durée de la convention, de toute action tendant au développement des organismes de distribution de soins infirmiers pouvant être considérés par les infirmières comme étant susceptibles de nuire à l'exercice libéral de leur profession dans le cadre du régime conventionnel ».

régulation démographique. La seconde étape de revalorisation (légèrement supérieure à celle prévue initialement) s'appliquera à compter de la même date.

Ce résultat positif se fait cependant au prix d'un risque de limitation des places de SSIAD pourtant susceptibles d'assurer de manière adaptée et à moindre frais la prise en charge des soins de nursing aux personnes âgées.

RECOMMANDATIONS

12. *Etablir par région une estimation prospective des besoins de la population en soins infirmiers techniques d'une part, en soins de nursing d'autre part.*

13. *Redéfinir la contribution optimale des différents intervenants aux soins de nursing (infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de vie) et en tirer les conséquences en termes d'évolution des modes d'exercice (libéral et salarié) et d'organisation (en cabinet, en groupe ou en structure).*

III - L'ONDAM et les négociations conventionnelles

PRESENTATION

La Cour a déjà examiné la politique conventionnelle entre les professions de santé et l'assurance maladie et analyse chaque année, dans son rapport sur la sécurité sociale, la mise en œuvre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cependant, elle n'avait plus, depuis 2001, examiné l'articulation de ces deux outils de régulation.

L'ONDAM voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) arrête un montant prévisionnel de dépenses d'assurance maladie soumises à régulation. Les accords conventionnels, négociés entre les caisses d'assurance maladie et les professions de santé exerçant en ville, fixent les tarifs de leurs actes et l'évolution de leurs revenus et portent également depuis quelques années sur l'organisation de l'offre de soins.

La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 d'une part, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005 d'autre part, ont rénové les modalités d'articulation de ces deux mécanismes. Le législateur a entendu, par une fiabilisation de l'ONDAM et une responsabilisation accrue des partenaires conventionnels, renforcer les leviers de la maîtrise annuelle des dépenses d'assurance maladie. L'institution d'un ONDAM pluriannuel devait par

ailleurs permettre un pilotage à moyen terme des dépenses de santé, seul à même de peser durablement sur les déterminants structurels de leur évolution. La présente enquête procède à un premier bilan de ces réformes.

A – La recherche d’une meilleure articulation dans un cadre annuel

1 – Deux logiques différentes

a) L’ONDAM, un objectif annuel de dépenses évaluatives

Jusqu’en 1996 et l’institution des LFSS, la régulation des dépenses de sécurité sociale reposait sur l’adoption ponctuelle de plans de redressement pour faire face aux déficits récurrents de la branche maladie, mais sans parvenir à les résorber durablement. L’ONDAM devait répondre à ces insuffisances, en inscrivant la régulation des dépenses d’assurance maladie dans un cadre annuel.

Cependant, à la différence du budget de l’Etat, l’ONDAM ne constitue pas un plafond limitatif de dépenses, mais un objectif prévisionnel de dépenses, dont l’éventuel dépassement ne remet pas en cause les prestations dues aux assurés. En outre, l’ONDAM est défini comme un agrégat de nature économique, distinct des dépenses des régimes de sécurité sociale qui sont retracées selon des règles comptables.

Cet outil de régulation hybride avait paru pouvoir néanmoins être rendu opposable aux professions de santé par la mise en œuvre de procédures de sanction en cas de dépassement, telles qu’en avait instituées l’ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée ou la LFSS pour 2000, mais celles-ci ont toutes échoué.

Dénué de caractère normatif, l’ONDAM voté chaque année par le Parlement a été systématiquement dépassé, à l’exception de la première année de mise en œuvre (1997) et de l’année 2005¹²⁴.

b) Une négociation pluriannuelle avec les professionnels de santé

Depuis la loi du 3 juillet 1971, les rapports entre les caisses d’assurance maladie et les médecins exerçant en ville reposent sur des conventions nationales conclues pour cinq ans. Cet outil de régulation,

124. En 2005 toutefois et contrairement aux autres années, le dépassement n’a été que très limité.

progressivement étendu à l'ensemble des professions intervenant en ville, entre en vigueur après approbation par arrêté du ministre de la santé.

Il confère des droits étendus aux professionnels de santé adhérents¹²⁵ et permet aux assurés de se faire rembourser totalement ou partiellement les honoraires versés.

Les revalorisations tarifaires, accordées aux professions de santé dans le cadre de ces négociations conventionnelles, constituent ainsi un des facteurs de progression des dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM. La bonne articulation de ces deux mécanismes de régulation est donc essentielle pour garantir le respect de l'ONDAM voté par le Parlement. Mais, comme la Cour l'a montré, les précédentes tentatives de les intégrer dans une même démarche se sont révélées décevantes.

2 – Une rénovation parallèle des deux outils

Depuis 2004, les deux procédures de fixation de l'ONDAM d'une part, de la négociation conventionnelle d'autre part, ont été réformées sans amélioration de leur articulation.

a) Une volonté de fiabiliser l'ONDAM

Depuis 2004, les conditions d'élaboration et de suivi de l'ONDAM ont été renouvelées, afin de renforcer l'efficacité de cet outil de régulation. Le vote d'un ONDAM plus précis devait en particulier lui conférer une plus grande opposabilité à l'égard des partenaires conventionnels.

Le Parlement s'est en effet vu reconnaître par la LOLFSS le pouvoir de voter des sous-objectifs au sein de l'ONDAM, alors qu'il ne se prononçait auparavant que sur son seul montant global. Ainsi, l'enveloppe de dépenses de soins de ville, jusque là arrêtée par le Gouvernement après la promulgation de la LFSS, est désormais déterminée par un texte de niveau législatif. Cependant, si cette évolution offre davantage de visibilité aux dépenses de soins de ville, elle ne donne pas à ce sous-objectif davantage d'effet contraignant à l'égard des partenaires conventionnels.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (LAM) crée pour sa part un comité chargé d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas de dépassement de l'ONDAM. Elle renforce ainsi le contrôle de la

125. Par exemple pour les médecins de secteur I la prise en charge partielle des cotisations maladie au régime général, retraite (avantage supplémentaire vieillesse) et famille par les régimes d'assurance maladie qui jouent le rôle d'employeur.

mise en œuvre de l'ONDAM, en permettant de vérifier que l'évolution des dépenses est conforme à l'objectif voté par le Parlement. Le comité d'alerte est appelé notamment à mesurer l'impact des revalorisations accordées aux professionnels de santé en cours d'année. Il remplit donc un rôle potentiellement dissuasif à l'égard des partenaires conventionnels, puisque tout dépassement de l'ONDAM supérieur à 0,75 % donne lieu à l'adoption de mesures de redressement. De manière plus subtile, il agit préventivement sur le Gouvernement et le Parlement, en les incitant à définir un ONDAM crédible, sous peine du déclenchement d'une procédure d'alerte qui traduirait leur incapacité à maîtriser l'évolution des dépenses.

b) Une recherche accrue d'efficacité dans la conduite des négociations

L'UNCAM, un négociateur unique aux responsabilités élargies

L'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), créée par la LAM pour rassembler la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) et le régime social des indépendants (RSI), est désormais chargée de négocier et signer les accords conventionnels.

L'organisation de la procédure de négociation a été renouvelée : le directeur général de l'UNCAM a, dans le cadre des orientations fixées par son conseil et sur la base d'un mandat défini par le collège des directeurs des trois caisses nationales, la responsabilité pleine et entière des négociations. Précédemment cette responsabilité était assurée principalement par le président du conseil d'administration de la CNAMTS¹²⁶.

Le champ des négociations conventionnelles a également été élargi à l'organisation des soins, afin d'associer les professions de santé aux évolutions de l'assurance maladie et d'offrir à l'UNCAM des marges de négociation en échange de l'octroi de revalorisations tarifaires. La Cour a jugé que cette réforme risquait de subordonner l'organisation du système de soins aux objectifs d'optimisation des revenus des professionnels de santé¹²⁷.

126. En outre, le pouvoir de substitution de l'Etat, jusque là prévu en cas de carence des partenaires conventionnels, est remplacé par l'intervention d'un arbitre, désigné par les partenaires conventionnels ou, à défaut, par le président du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

127. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007.

Une nouvelle stratégie de négociation

Forte de ces nouvelles compétences, l'UNCAM a réorienté la stratégie de négociation avec les professions de santé et le contenu des accords qui les lient. La convention du 12 janvier 2005 avec les syndicats de médecins en a défini les grands principes, étendus progressivement aux autres professions de santé.

L'UNCAM a privilégié jusqu'à présent une négociation permanente avec les professionnels de santé, tandis qu'auparavant les caisses nationales tentaient d'en différer le calendrier afin de minimiser l'impact des accords conventionnels sur les dépenses de santé. Elle en attend une moindre pression sur les demandes de revalorisation, en prévenant les phases de crispation et souhaite enserrer les syndicats représentatifs dans un ensemble d'engagements et de contreparties. Les négociations interviennent désormais à un rythme infra-annuel, l'UNCAM ayant conclu depuis le 1^{er} janvier 2005 une convention et vingt-sept avenants avec les médecins, six conventions et dix huit accords avec les autres professions de santé.

Le morcellement des thèmes de négociation constitue le deuxième principe mis en œuvre par l'UNCAM. Elle entend ainsi éviter une concentration des négociations sur des éléments de rémunération jugés symboliques par les professions de santé et dont la revalorisation aurait un impact massif sur les dépenses (à l'exemple du tarif de consultation des généralistes, dont l'augmentation de 1 € représente environ 300 M€ de dépenses supplémentaires en année pleine). La stratégie de l'UNCAM repose donc sur une segmentation des mesures de revalorisation, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) techniques pour les médecins spécialistes¹²⁸ ou par la création de majorations ou de forfaits pour les médecins généralistes.

Pour ces derniers cependant, cette stratégie s'est traduite par un surcoût important, il est vrai dans un contexte de revalorisation du rôle du médecin généraliste, lié notamment à la mise en place du parcours de soins coordonné et de rattrapage des écarts de rémunération qui s'étaient accentués sur la période récente avec les médecins spécialistes.

3 – Une articulation insuffisante des deux mécanismes

L'absence de liens entre les négociations conventionnelles et l'ONDAM entraîne une moindre opposabilité de ce dernier et nuit à sa

128. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 226 et suivantes.

fiabilité. Elle se traduit également par une efficacité amoindrie des négociations conventionnelles du point de vue de la maîtrise des dépenses. L'année 2007 aura révélé l'ensemble de ces dysfonctionnements et conduit à l'adoption de premières mesures correctrices.

a) Un ONDAM fragilisé

L'absence de délégation formelle aux partenaires conventionnels

La fixation par le Gouvernement d'un objectif de dépenses de soins de ville avait constitué jusqu'en 2000 le principal mécanisme d'articulation entre l'ONDAM et les négociations conventionnelles. Cela permettait éventuellement de subordonner l'octroi de revalorisations tarifaires au respect de cet objectif.

Cet objectif de dépenses était défini au sein de l'ONDAM, dans le cadre d'un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion liant l'Etat aux caisses nationales d'assurance maladie. Il couvrait les dépenses d'honoraires et de prescription des professionnels de santé libéraux, jusqu'à ce que la LFSS pour 2000 crée, au son sein, un sous-objectif dit objectif de dépenses délégué (ODD) aux régimes d'assurance maladie. Cet ODD, qui ne concernait que les dépenses d'honoraires, a été supprimé par la LFSS pour 2003.

Désormais, si le code de la sécurité sociale impose à l'UNCAM de conclure des accords conventionnels « dans le respect des objectifs fixés en LFSS », aucun mécanisme de délégation des dépenses n'est formalisé. Les partenaires conventionnels négocient donc sans cadrage financier préalable. En conséquence de cette absence d'opposabilité de l'ONDAM, le programme de qualité et d'efficacité maladie annexé au PLFSS 2008 fixe un objectif de dépassement de l'ONDAM limité à 0,75 %, au lieu de viser un respect de l'objectif voté par le Parlement. Une telle approche revient à considérer que l'ONDAM est un simple outil de prévision et non un outil opposable de régulation des dépenses d'assurance maladie¹²⁹.

La LAM n'ayant pas formalisé le périmètre des dépenses sujettes à régulation dans le cadre des accords conventionnels, il revient à leurs signataires, comme l'indique la convention nationale du 12 janvier 2005, d'en définir le champ.

129. Le programme de qualité et d'efficacité maladie, qui constitue un dispositif de pilotage à moyen terme des dépenses de sécurité sociale par la performance, inclut plusieurs indicateurs relatifs à l'ONDAM et aux négociations conventionnelles. Voir chapitre III relatif aux programmes de qualité et d'efficacité (PQE).

L'UNCAM a donc privilégié une maîtrise médicalisée des dépenses portant sur les seules prescriptions et ne fait aucune référence à l'ONDAM. En effet, ce dispositif entend mettre fin à toute maîtrise comptable des dépenses de ville, c'est-à-dire à tout encadrement quantitatif des revalorisations accordées aux professionnels ou de leurs prescriptions. Il vise une inflexion structurelle de dépenses de certains produits de santé ou de certaines prestations, en faisant évoluer de façon collective les pratiques de prescription des médecins et cible les produits pour lesquels une surconsommation est constatée par rapport à d'autres pays aux caractéristiques sanitaires équivalentes. Les accords conventionnels déclinent donc sur cette base des thèmes de maîtrise (les antibiotiques, les statines, les arrêts de travail...) fixent des objectifs chiffrés d'inflexion des tendances de consommation et parfois quantifient les économies attendues.

L'absence de sanctions associées au dépassement de l'ONDAM

Aucun dispositif juridique n'a été établi pour donner à l'ONDAM une valeur contraignante sur les négociations conventionnelles à venir.

Entre 1996 et 2004, plusieurs mécanismes avaient été successivement mis en place pour sanctionner un éventuel dépassement de l'objectif soins de ville. D'abord limités aux médecins, ces mécanismes de sanction collective mis en place par l'ordonnance du 24 avril 1996, puis individualisés par la LFSS pour 1999, devaient être étendus à l'ensemble des professions sujettes à accords conventionnels par la LFSS pour 2000, sous la forme de baisses automatiques des tarifs (système dit des « lettres-clefs flottantes »). Cependant, ces dispositifs n'ont jamais fonctionné, suite à des annulations contentieuses dans un premier temps, par manque de volonté politique par la suite.

Confirmant l'inflexion déjà inscrite en LFSS pour 2003, la LAM ne prévoit aucun mécanisme permettant, même a posteriori, d'assurer une opposabilité de l'ONDAM aux négociations conventionnelles. Cette question a été laissée à nouveau à l'appréciation des partenaires conventionnels qui n'ont mis en place qu'un système d'incitation positive par intéressement financier aux économies réalisées. La convention du 12 janvier 2005 prévoit ainsi qu'une partie des dépenses supposées évitées dans le cadre de la maîtrise médicalisée pourrait être utilisée pour valoriser la rémunération des actes. Conformément à la COG 2006-2009, la même logique inspire l'avenant n° 23 à la convention médicale, conclu le 29 mars 2007, qui met en place un dispositif de prévention, décliné sur la base d'indicateurs pour chaque médecin et pouvant donner lieu à une revalorisation sur trois ans des conditions d'exercice de la médecine générale.

Une articulation insuffisante qui nuit à la fiabilité de l'ONDAM

L'absence d'articulation formalisée entre les deux mécanismes affecte les conditions d'élaboration de l'ONDAM. Ce dernier résulte en effet d'opérations successives conduisant, à partir d'une estimation tendancielle de l'évolution des dépenses, à ajouter des provisions pour mesures nouvelles puis à déduire des économies attendues. L'intégration des surcoûts résultant de revalorisations tarifaires intervenues l'année précédente ou qui pourraient résulter des négociations conventionnelles à venir, ainsi que les économies attendues des engagements de maîtrise médicalisée, donnent lieu à des opérations de « bouclage », dont les modalités nuisent à la fiabilité de l'ONDAM.

Des provisions pour revalorisation sous-évaluées

La constitution de provisions pour des revalorisations tarifaires qui pourraient intervenir l'année suivante est un exercice de prévision soumis à un certain nombre d'aléas tenant aux incertitudes inhérentes à toute négociation, à la date de conclusion des accords (plus elle est tardive, plus son coût est limité pour l'année en cours) et au montant des revalorisations finalement accordées.

Mais, sous ces réserves, la Cour a observé une tendance à sous-provisionner les accords conventionnels pour les professions les plus coûteuses en revalorisation. Ainsi, aucune provision n'a été constituée en 2006 pour les médecins qui se verront accorder, selon les évaluations de la CNAMTS, 162 M€ de revalorisations pour la seule année 2006. En LFSS pour 2007, le projet d'ONDAM soumis au Parlement excluait sciemment toute provision pour les médecins, alors que de fortes pressions s'exerçaient sur l'UNCAM pour revaloriser la consultation des généralistes et aussi pour revoir la situation des infirmières, dont la convention nationale arrivait pourtant à échéance en février 2007.

Ce sous-provisionnement tient parfois également au manque d'information du ministère sur la politique conventionnelle menée par l'UNCAM. Ainsi, la nouvelle convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclue le 3 avril 2007, n'avait pu être provisionnée dans l'ONDAM de 2007, la DSS n'ayant pas été informée par l'UNCAM de son intention de conclure un tel accord.

Des objectifs d'économie surévalués

Les économies attendues dans le cadre de l'ONDAM portent essentiellement sur le sous-objectif soins de ville (86 % des 3,3 Md€ d'économies attendues en 2007), dont plus de la moitié résulte de la politique du médicament menée par l'Etat (générication, baisse de prix...). Les économies prévues dans les accords conventionnels font

l'objet d'une prévision dans l'ONDAM, qui a tendance à être surestimée par rapport aux engagements conventionnels des médecins¹³⁰.

Comparaison entre économies attendues dans l'ONDAM et engagements de maîtrise médicalisée des partenaires conventionnels

En M€

	2005	2006	2007
Economies ONDAM	1 200	890	688
Engagements conventionnels portant sur divers postes individualisés	998	791	623

Source : Tableau Cour, d'après données DSS et CNAMTS

Cette surestimation tient pour partie à la volonté de la DSS de peser sur les engagements des partenaires conventionnels, définis postérieurement au vote des ONDAM pour 2005 et 2006. Pour 2007 cependant, les engagements de maîtrise médicalisée des professions médicales étaient connus lors de la construction de l'ONDAM, puisqu'ils avaient été pris dans l'avenant n° 12 du 3 mars 2006. Mais le montant des économies attendues n'y était pas chiffré, contrairement aux engagements pris par la CNAMTS dans le cadre de sa COG 2006-2009.

La DSS n'en a pas moins inclus dans l'ONDAM 80 M€ d'économies de maîtrise médicalisée non identifiées afin d'afficher un taux d'évolution volontariste.

Au final, les conditions de prise en compte des surcoûts d'une part, des économies d'autre part, qui pourraient résulter de futurs accords conventionnels affectent la sincérité de l'ONDAM.

b) Des résultats incertains pour la maîtrise des dépenses

Une information insuffisante du Gouvernement et du Parlement

Les modalités de suivi des accords conventionnels ou d'information du Parlement ou du Gouvernement ne font l'objet d'aucune obligation précise. La LFSS pour 2003 délègue ainsi aux partenaires conventionnels l'appréciation de la cohérence des engagements qu'ils signent¹³¹, mettant fin à la procédure stricte de suivi instaurée par la LFSS pour 2000, que la Cour avait d'ailleurs jugée inapplicable. Elle obligeait en effet les caisses nationales à transmettre au Parlement et au Gouvernement plusieurs rapports d'équilibre en cours d'année destinés à

130. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 73 et suivantes.

131. Article L. 162-14-1 du CSS.

démontrer que les revalorisations accordées s'inscrivaient dans le cadrage financier découlant de l'ONDAM.

Les partenaires conventionnels ont choisi de charger des instances paritaires constituées aux niveaux national, régional et local, de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée et du suivi de ses résultats. Dans le cadre de la convention médicale du 12 janvier 2005, une commission nationale réunit les caisses nationales d'assurance maladie, le conseil national de l'ordre des médecins et les syndicats représentatifs et pilote l'ensemble du dispositif de maîtrise médicalisée. Elle est en particulier chargée du suivi des résultats de chaque région et de proposer toute mesure de nature à permettre le respect des objectifs d'économies. Cette commission, qui ne s'est réunie qu'une seule fois par an en 2006 et en 2007, apparaît néanmoins davantage comme un organe de dialogue entre gestionnaires de l'assurance maladie et syndicats de médecin que comme une instance de pilotage de la maîtrise médicalisée. En particulier, les mesures prises en 2007 par la CPN n'apparaissent pas de nature à répondre au fort dynamisme des dépenses d'assurance maladie, puisqu'elles n'envisageaient que l'envoi d'un courrier aux commissions paritaires locales pour les inciter à « définir des plans d'action, notamment en termes d'information des praticiens sur les objectifs à poursuivre et sur leur pratique ».

L'information du Gouvernement repose sur la transmission par l'UNCAM des accords conclus pour approbation¹³², accompagnés le plus souvent d'éléments d'explication. Cependant, le coût de plusieurs accords conclus en 2006 et en 2007 avec les syndicats de médecins n'a pas été chiffré et le ministère peine à vérifier les données financières relatives à la CCAM technique, les chiffrages transmis n'étant pas jugés assez détaillés.

L'information du Parlement sur les négociations conventionnelles repose depuis la LAM, à titre principal, sur le rapport que l'UNCAM est chargée de lui transmettre (ainsi qu'au Gouvernement) avant le 15 juin, dans lequel elle formule des propositions pour assurer le respect de l'ONDAM pluriannuel¹³³ (cf. infra). Chacune des caisses nationales a jusqu'ici élaboré un rapport distinct, transmis sous couvert de l'UNCAM. La CNAMTS, dans le cadre de son rapport annuel, y présente de sa propre initiative un bilan de la politique conventionnelle menée par l'UNCAM. Mais les informations y demeurent lacunaires, puisqu'elles portent à titre essentiel sur les médecins et présentent un bilan déséquilibré de ces accords, en valorisant surtout les économies qui

132. Article L. 162-15 du CSS.

133. Article L. 111-11 du CSS.

résulteraient de la maîtrise médicalisée et en évoquant de manière plus laconique ou en occultant parfois les surcoûts qu'ils génèrent. L'obligation d'information pesant sur l'UNCAM apparaît donc insuffisante pour permettre au Parlement d'apprécier la manière dont elle a mis en œuvre l'ONDAM.

Des évaluations optimistes

Le bilan réalisé par les partenaires conventionnels a eu tendance à surestimer les économies générées par la maîtrise médicalisée en 2005 comme en 2006. Des évaluations concurrentes réalisées par le ministère de la santé, il ressort que cette surestimation des résultats provient de deux facteurs.

Le premier tient aux modalités de calcul des économies. Celles-ci constituent en réalité de moindres dépenses, puisqu'elles résultent de l'infléchissement de la croissance tendancielle des remboursements pour un produit de santé ou une prestation donnée. Dès lors, la définition des hypothèses de croissance tendancielle sous-jacentes aux engagements de maîtrise médicalisée est essentielle pour déterminer l'ampleur de l'effort de maîtrise. Les évaluations de la DSS pour 2005 montrent des écarts sensibles avec celles de la CNAMTS sur les produits de santé, qui viennent minorer fortement les économies générées.

Evaluation des économies de maîtrise médicalisée pour 2005 sur les produits de santé

EN M€

	Tendances sous jacente		Objectifs d'inflexion de la tendance	Taux d'évolution réalisés		Objectifs conventionnels d'économie	Montants d'économie réalisés	
	CNAMTS	DSS		CNAMTS	DSS		CNAMTS	DSS
Antibiotiques	0 %	-0,2 %	-10 %	-3,8 %	4,3 %	91	35	6
Statines	11 %	13 %	-12,5 %	1,9 %	4,6 %	161	122	9
Psychotropes	0 %	-4 %	-10 %	-3,3 %	-2,7 %	33	11	2
TOTAL							168	17

Note de lecture : les montants des économies réalisées sur le poste statines divergent fortement entre la CNAMTS et la DSS, cette dernière retenant une évolution tendancielle supérieure et une moindre inflexion des dépenses.

Source : Tableau Cour, d'après données CNAMTS et DSS

Le second facteur d'écart tient aux modalités de comptabilisation des économies. La CNAMTS comptabilise les économies en valeur et prend donc en compte pour les médicaments les effets de baisse de prix et de générique qui ne relèvent pas des négociations conventionnelles. La DSS les isole, jugeant que l'UNCAM ne peut agir que sur les seuls volumes.

En 2006, pour un objectif d'économies attendues de 791 M€ ces différences méthodologiques conduisent la DSS à évaluer les résultats de la maîtrise médicalisée à 461 M€ contre 581 M€ pour la CNAMTS¹³⁴. Aucune évaluation des résultats de la maîtrise médicalisée n'a été réalisée par la DSS pour 2007.

Un impact limité sur la maîtrise des dépenses

Des revalorisations coûteuses

Si l'UNCAM est parvenue depuis 2005 à relancer la vie conventionnelle, en concluant de nouvelles conventions nationales avec les principales professions de santé (médecins en 2005, chirurgiens-dentistes en 2006, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sages femmes et pédicures podologues en 2007), cette politique aura été coûteuse en revalorisations tarifaires. Selon les évaluations de la DSS¹³⁵, l'impact cumulé des revalorisations entre 2005 et juillet 2007 pour l'ensemble des professions de santé intervenant en ville s'élèverait à 2,2 Md€ (en année pleine). Ces évaluations n'intègrent cependant pas les mesures d'économie sur les tarifs décidées dans le cadre des accords conventionnels, évaluées par la DSS à environ 230 M€ en 2006¹³⁶ et à 150 M€¹³⁷ en 2007 (en année pleine).

134. L'évaluation de la DSS porte sur un objectif global de dépenses de 766 M€ (voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, pp. 73-74).

135. Ces chiffres résultent pour chaque année d'une évaluation ex ante de l'effet en année pleine des mesures de revalorisation, sur la base des dépenses constatées. Leur cumul sur moyenne période ne peut donner qu'un ordre de grandeur.

136. Pour l'essentiel tenant à la baisse de tarifs de certains actes d'analyse de biologie médicale (95 M€) et à la moindre prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes (140 M€).

137. Economies résultant des mesures de redressement ayant suivi le déclenchement de la procédure d'alerte le 29 mai 2007, consistant pour l'essentiel en une baisse de tarifs de certains actes de biologie et de radiologie.

Revalorisations accordées entre 2003 et juillet 2007*En M€*

Professions	Impact en année pleine					Impact total depuis 2003
	Mesures 2003	Mesures 2004	Mesures 2005	Mesures 2006	Mesures à juillet 2007*	
Omnipraticiens	73	1	370	292	273	1 009
Spécialistes	121,3	62,6	308	117	143,5 ¹³⁸	752,4
Biologistes	0	0	0	0	2,5	2,5
Chirurgiens-dentistes	66,3	0	0	311,6 ¹³⁸	0	377,9
Sages-femmes	37,9	2	0	0	0	39,9
Infirmières	118,8	2,7	0	0	155	276,5
Masseurs	21,3	33,1	0	40	87	181,4
Orthophonistes	2,7	0	0	10	0	12,7
Transports sanitaires	40	10	63	33	0	146
Montant total des revalorisations	481,3	111,4	741	803,6	659	2 796,3

*Impact en année pleine des accords conclus entre janvier et juillet 2007.

Source : DSS

La période 2005-2007 est caractérisée par un montant brut annuel moyen de revalorisations tarifaires (735 M€) supérieur à celui constaté sur la période précédente, même si l'année 2002 avait connu un fort pic selon d'autres évaluations réalisées par la CNAMTS (1 317 M€ compte non tenu des chirurgiens-dentistes, des orthophonistes, sages-femmes et transports sanitaires). Les revalorisations accordées entre janvier 2005 et juillet 2007 représentent une part importante des montants d'honoraires perçus en 2006 : 12 % pour les médecins (généralistes et spécialistes) et 5,3 % pour les infirmières.

Des objectifs et des résultats de maîtrise médicalisée en recul

Au regard des évaluations de la CNAMTS, les objectifs et les résultats de la maîtrise médicalisée tendent à diminuer sur la période 2005-2007 pour les médecins.

Ainsi, le montant total d'économies attendues passe de 998 M€ en 2005 à 623 M€ en 2007, soit une baisse de 38% en trois ans. Les résultats de la maîtrise médicalisée connaissent une diminution encore plus marquée (50 %), de 721 M€ en 2005 à 397 M€ en 2007. La CNAMTS souligne néanmoins que la maîtrise médicalisée, désormais étendue aux

138. La CNAMTS présente des chiffres proches à l'exception des revalorisations accordées aux chirurgiens dentistes en 2006 estimées à 206 M€ et aux spécialistes en 2007 (100 M€), pour lesquelles sont déduites des mesures d'économies (moindre prise en charge des cotisations sociales pour les chirurgiens dentistes, baisses de tarifs pour certaines spécialités).

pharmaciens et aux établissements de santé, permettrait en 2007 d'afficher des résultats de 607 M€

Cette diminution tendancielle des ambitions et des résultats de la maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale illustre la difficulté de maintenir des efforts d'économie à moyen terme, à l'image de la difficulté à peser durablement sur la consommation de soins. Et ce d'autant plus que certaines des économies supposées reproductibles peuvent ne pas être durables, au contraire des revalorisations qui restent quant à elles presque toujours acquises.

Au final, l'information sur les revalorisations accordées aux professionnels de santé est très lacunaire, tandis que l'évaluation des économies de maîtrise médicalisée est systématiquement surestimée. En outre, aucun bilan coûts avantages des accords conventionnels conclus depuis 2005 n'a été réalisé tant par l'UNCAM que par le ministère de la santé. Les modalités de pilotage et de contrôle de la politique conventionnelle n'apparaissent donc pas à la mesure des enjeux financiers. Dès lors que la convention médicale prévoit un système d'intéressement aux économies réalisées, il est nécessaire de conditionner les revalorisations accordées aux résultats effectivement obtenus.

c) Une défiance croissante des acteurs de la régulation

Un sous-objectif soins de ville irréaliste au regard des mesures d'économie décidées

A la suite de l'adoption de la réforme de l'assurance maladie en 2004, une inflexion sensible de la progression des dépenses de soins de ville a été observée, mais sur une courte période. Ainsi, alors qu'en 2004, cette progression s'élevait à +4,4%, les dépenses auront décéléré en 2005 (+3,1 %) et 2006 (+2,6 %¹³⁹).

Cette relative modération aurait pu permettre un respect durable du sous-objectif soins de ville. Or, si en 2005 les dépenses de soins de ville ont été inférieures de 430 M€ au sous-objectif voté dans la LFSS, les exercices suivants ont été marqués par des dépassements croissants. En 2006, le sous-objectif soins de ville avait été, il est vrai, fixé de manière irréaliste au regard des mesures d'économie annoncées (+0,9 % par rapport à la base de 2005), conduisant à concentrer l'essentiel du

139. En valeur. Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2007.

dépassement de l'ONDAM (+1,1 Md€ par rapport à l'objectif voté) sur ce sous-objectif¹⁴⁰.

Pour 2007 et alors même que les dépenses de soins de ville s'accéléraient au cours du deuxième semestre de 2006, le Gouvernement a proposé au Parlement le vote d'un ONDAM soins de ville en progression de 0,8 %. Estimant que cette progression ne permettait aucune revalorisation des honoraires, le Parlement a, pour la première fois, voté un sous-objectif soins de ville supérieur à celui proposé par le Gouvernement, en portant son évolution à 1,1 %. Cependant, ce sous-objectif devrait être largement dépassé. La CCSS a ainsi estimé, dans sa note d'avril 2008, que le taux de progression de ce sous-objectif pour le régime général devrait s'établir à 4,6 %, entraînant un dépassement de 3,1 Md€ du montant du sous-objectif voté.

Pour que l'ONDAM constitue un outil crédible d'encadrement des négociations conventionnelles, le sous-objectif soins de ville doit être fixé à un niveau réaliste au regard des économies prévues en LFSS. En effet, l'UNCAM pouvait difficilement invoquer les limites fixées par un sous-objectif dont les partenaires conventionnels connaissaient, dès le vote de la LFSS pour 2007, le caractère délibérément sous-évalué. Le rôle préventif du comité d'alerte sur la fixation du taux de progression de l'ONDAM, qui semblait avoir fonctionné les deux premières années, n'a pu ainsi pleinement jouer son rôle en 2007 dans un contexte d'accélération des dépenses de soins de ville et en raison de la volonté du Gouvernement d'afficher une réduction du déficit de l'assurance maladie en 2007.

Une intervention croissante du Parlement et du Gouvernement

Les interventions du Gouvernement et du législateur dans le champ des négociations conventionnelles se sont multipliées à partir du vote de la LFSS pour 2007. Ils ont adressé des messages contradictoires à l'UNCAM et aux professions de santé, en les encourageant à octroyer des revalorisations, tout en renforçant dans le même temps l'encadrement de leurs marges de manoeuvre.

A l'initiative du Gouvernement, le Parlement a inclus dans la LFSS pour 2007 un amendement enjoignant les partenaires conventionnels d'aboutir avant le 3 janvier 2007 à un accord sur la création d'un nouvel espace tarifaire ouvert à certaines spécialités exercées en secteur 1, dit « secteur optionnel », qui leur aurait permis de facturer des dépassements à l'assurance maladie. A défaut, il prévoyait de

140. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, pp. 63-67.

conférer à l'Etat un pouvoir de substitution pour une période limitée. Cet amendement, déclaré contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel¹⁴¹, a été repris dans une loi du 30 janvier 2007.

Le ministre de la santé a également fait publiquement pression sur l'UNCAM au printemps 2007 afin qu'elle accorde une revalorisation de la consultation des généralistes à 23 € Fin 2007 ensuite, la ministre de la santé, dans un contexte de manifestations contre le projet d'une réglementation du lieu d'installation des nouveaux médecins inscrit dans le PLFSS pour 2008, a annoncé qu'elle préparerait « le cadrage de la négociation que l'UNCAM conduira au premier semestre 2008 », alors que le code de la sécurité sociale dispose que le conseil de l'UNCAM fixe les orientations relatives à la négociation des accords conventionnels.

La ministre est à nouveau intervenue dès le mois de décembre 2007 en annonçant l'extension du dispositif de la permanence des soins, qui vise à rémunérer les médecins de garde ou d'astreinte en soirée, la nuit, les dimanche et jours fériés, aux lundi 24 et 31 décembre¹⁴². L'avenant n°27 à la convention médicale, conclu le 19 décembre et prévoyant un tel dispositif a été approuvé en conséquence par un arrêté du 21 décembre. Or, si l'Etat a un rôle à jouer en matière de permanence des soins, notamment par l'action des préfets pour la définition des secteurs géographiques d'astreinte, le code de la sécurité sociale confie néanmoins aux partenaires conventionnels la détermination des modes de rémunération de la permanence des soins¹⁴³.

Au final, la mise en œuvre de la LAM aura montré toute la difficulté de stabiliser durablement un dispositif de régulation des soins de ville, le nouvel équilibre prévoyant de responsabiliser l'UNCAM et les professions de santé dans la réforme de l'assurance maladie ayant été rapidement et fréquemment remis en cause.

Une volonté de mieux encadrer la politique conventionnelle

Plusieurs dispositions de la LFSS pour 2008 visent à pallier certaines des insuffisances constatées dans le pilotage de la politique conventionnelle.

La LFSS pour 2008 a entendu tout d'abord renforcer l'individualisation des objectifs de maîtrise médicalisée. Elle institue la

141. Au motif que les amendements du Gouvernement introduisant des mesures nouvelles dans une LFSS doivent en premier lieu être soumis à l'Assemblée nationale (DC 2006-544 du 14 décembre 2006).

15. Pour un coût estimé à 750 000 €(à raison de 150 €par médecin participant).

143. Article L. 162-5-16° du CSS.

possibilité d'un contrat, reposant sur des engagements de maîtrise médicalisée liant le praticien volontaire à sa caisse primaire d'assurance maladie et prévoit une rémunération complémentaire à ce titre. Par cette disposition, l'Etat a souhaité renforcer les contraintes pesant sur les professionnels de santé, l'usage des contrats individuels préexistants ayant été jugé trop marginal. Cependant, la mise en œuvre de ce nouveau dispositif pourrait s'avérer difficile, l'individualisation des accords conventionnels étant mal acceptée par les représentants des professionnels de santé.

Afin de remédier aux surestimations constatées, la LFSS 2008 fait ensuite obligation à la CNAMTS de distinguer dans ses évaluations l'effet prix de l'effet volume¹⁴⁴, en prévoyant que « les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions sont exprimés en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire ».

La même loi vise également à conférer davantage d'opposabilité à l'ONDAM à l'égard des partenaires conventionnels. Le déclenchement de la procédure d'alerte le 29 mai 2007 n'avait en effet pas empêché l'UNCAM de conclure avec les syndicats d'infirmiers une nouvelle convention nationale le 22 juin, pour un coût estimé à 68 M€ pour 2007 (155 M€ en année pleine). Or, dans le même temps, les caisses nationales étaient invitées à proposer des mesures de redressement au Gouvernement, afin de permettre le respect de l'ONDAM voté. Pour remédier à cette contradiction, la LFSS pour 2008 a créé un mécanisme de suspension de l'entrée en vigueur des accords conventionnels, en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM constaté par le comité d'alerte.

La LFSS prévoit enfin une suspension automatique de l'entrée en vigueur des revalorisations, pour une durée de six mois après leur approbation par arrêté, afin de minimiser leur impact sur l'ONDAM en cours de mise en œuvre. Mais à court terme, cette disposition aura eu l'effet inverse de celui escompté, puisque les partenaires conventionnels ont accéléré leurs négociations afin d'y échapper, en obtenant ainsi une approbation de leurs accords avant le 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la mesure. Sept accords ont en conséquence été conclus entre mi octobre et mi décembre, dont deux conventions nationales (sages-femmes et pédicures podologues). La ministre de la santé a approuvé par arrêté six de ces accords avant la fin 2007, alors que la procédure d'approbation tacite aurait permis une entrée en vigueur en 2008 et donc le report de six mois des revalorisations.

144. Ainsi que l'avait demandé la Cour (voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007).

B – L’esquisse d’une articulation pluriannuelle

1 – Un nouveau cadre pluriannuel

A l’absence d’articulation entre l’ONDAM voté chaque année par le Parlement et les négociations conventionnelles devait répondre un encadrement à moyen terme des dépenses d’assurance maladie, reposant sur un ONDAM pluriannuel et sur un étalement des revalorisations tarifaires.

a) La création d’un ONDAM pluriannuel

La régulation annuelle des dépenses d’assurance maladie dans le cadre de l’ONDAM a été complétée à partir de 2004 par la recherche d’un cadrage à moyen terme des dépenses. La réforme de l’assurance maladie prévoyait ainsi un retour à l’équilibre de la branche à horizon 2007.

Le vote de la LOLFSS a confirmé cette évolution, avec notamment la création d’un cadrage pluriannuel des finances sociales annexé à la LFSS, décrivant les prévisions de recettes et de dépenses des branches et organismes concourant au financement des régimes et fixant un ONDAM pour les quatre années à venir.

La LAM associe l’UNCAM à la mise en œuvre de ce cadrage, en lui confiant la responsabilité, dans le cadre d’un rapport annuel transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 15 juin, de proposer « les mesures nécessaires pour atteindre l’équilibre prévu par le cadrage pluriannuel des dépenses d’assurance maladie »¹⁴⁵.

Certes, l’ONDAM pluriannuel, qui ne fait pas l’objet d’un vote formel du Parlement, ne se substitue pas pour autant à l’ONDAM annuel mais le Gouvernement lui accorde néanmoins une primauté, puisque les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses fixés chaque année doivent en principe lui être conformes.

b) Une gestion à moyen terme des négociations conventionnelles

On retrouve une perspective analogue, de recherche d’un horizon temporel plus large, en ce qui concerne les négociations conventionnelles.

Un premier indice est lié aux effets reports. Certes, les revalorisations tarifaires accordées par l’UNCAM ont par nature un

145. Article L. 111-11 du CSS.

impact sur plusieurs exercices et la multiplication des accords depuis 2005 a conduit à une forte croissance de ces effets reports, qui sont passés de 10 M€ en 2001, à près de 360 M€ en 2006.

Mais on note surtout que l'UNCAM a privilégié une stratégie d'étalement des revalorisations tarifaires sur plusieurs exercices. Ainsi, la mise en place de la CCAM technique, entamée par un avenant de février 2005 à la convention médicale, a été réalisée en plusieurs étapes, la dernière étant intervenue au 1^{er} janvier 2008.

En 2007, l'UNCAM a reporté l'entrée en vigueur de certaines des revalorisations accordées aux professionnels de santé afin de minimiser leur coût pour l'ONDAM de 2007. Elle a également souhaité renforcer à cette occasion l'opposabilité de l'ONDAM aux partenaires conventionnels.

Ainsi, l'avenant n° 23 à la convention médicale a fixé au 1^{er} juin 2008 l'entrée en vigueur d'une nouvelle revalorisation de la consultation de 1 euro, à condition que des marges de manœuvre soient permises par la LFSS pour 2008. Pour les infirmières, l'UNCAM a suivi la même stratégie, en conditionnant en outre certaines des revalorisations accordées dans le cadre de la nouvelle convention nationale du 22 juin 2007 à l'engagement de la profession dans la mise en place d'un mécanisme d'encadrement de la liberté d'installation.

La LFSS pour 2008 accentue cette évolution en prévoyant que toute mesure de revalorisation des tarifs d'honoraires, rémunérations et frais accessoires entre en vigueur à l'expiration d'un délai de six mois après l'approbation par arrêté (cf. supra).

2 – Des outils insuffisants

Les décisions de revalorisation tarifaire tout comme les mesures d'économie ont un impact à moyen terme sur les dépenses de santé entrant dans le champ du sous-objectif soins de ville. Il est dès lors essentiel que l'UNCAM dispose, par la fixation d'un ONDAM pluriannuel crédible, d'un cadrage à moyen terme pour les négociations avec les professions de santé. Or, l'ONDAM pluriannuel actuel ressort davantage d'un outil de communication que d'un véritable levier de régulation des dépenses de santé, en l'absence de cadrage des dépenses, d'une part, de répartition des efforts de maîtrise d'autre part.

a) *Un objectif irréaliste de rééquilibrage du solde de la branche maladie à moyen terme*

L'institution de l'ONDAM annuel devait permettre un pilotage des dépenses d'assurance maladie basé sur la définition d'une norme de progression. Ce nouveau mode de régulation visait à déconnecter les dépenses de l'évolution des recettes, pour éviter la tentation de mesures nouvelles en haut de cycle. La définition d'un ONDAM pluriannuel s'inscrivait dans la même logique.

Pourtant, les deux premiers exercices de cadrage pluriannuel ont privilégié un objectif de rééquilibrage du solde du régime général (ainsi que de l'ensemble des régimes), à moyen terme. Le ministère de la santé a ainsi proposé une évolution des dépenses de santé très volontariste. Certes, l'annexe B à la LFSS pour 2008 remet partiellement en cause cette approche en écartant un retour à l'équilibre de la branche maladie, même à horizon 2012, pour le scénario central (ONDAM progressant tendanciellement de 2 % sur la période). Elle maintient cependant cet objectif de retour à l'équilibre pour le seul régime général dans le cadre d'un scénario alternatif (ONDAM à +1,5 %).

Prévision de soldes de la branche maladie (tous régimes et régime général)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
LFSS 2006 (ONDAM : 2,2 %)	Tous	-4,6	-2,8	0,5			
	RG	-3,5	-1,7	0,6			
LFSS 2007 (ONDAM 2,2 %)	Tous	-4,0	-2,7	-0,5	2,0		
	RG	-3,9	-2,3	-0,1	2,4		
LFSS 2008 (ONDAM 2 %)	Tous	-6,6	-4,1	-4,8	-4,3	-3,7	-3,2
	RG	-6,2	-4,2	-4,7	-4,1	-3,6	-3,0

Source : Annexe B à la LFSS 2006, 2007 et 2008.

Cette évolution peut paraître heureuse, car les prévisions pluriannuelles de soldes avaient précédemment été fixées à un niveau irréaliste, même pour le scénario économique le plus prudent (qualifié de bas), au risque de décrédibiliser l'exercice du cadrage pluriannuel¹⁴⁶. Mais, même avec des soldes négatifs prévus pour la branche maladie en LFSS pour 2008, le cadrage pluriannuel qui lui est annexé requiert

146. Ainsi, pour les années 2007 et 2008, les prévisions de solde de la branche maladie du régime général en LFSS 2008 conduisent à un accroissement de plus de 2 Md€ du déficit par rapport à celles de la LFSS 2006 ; et l'ampleur du décalage entre les premières prévisions et celles de la LFSS 2008 s'accroît sensiblement pour 2009 et 2010, avec entre 5 Md€ et 6 Md€ de dégradation par an.

encore, pour être respecté, des efforts d'économie massifs. Ainsi, les projections tendancielle réalisée par la DSS au stade de l'élaboration de la LFSS pour 2008 prévoyait que le déficit « spontané » de la branche maladie s'établirait à -13,7 Md€ en 2011, contre -3,6 Md€ prévus par l'annexe B. Il faudrait donc dégager pour cette seule année une dizaine de milliards d'euros d'économies.

Dès lors, l'ONDAM pluriannuel restant fixé en fonction d'un objectif de rééquilibrage du solde à moyen terme, sa progression est donc calculée en vue de cet objectif et non au regard de l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et des mesures susceptibles de l'infléchir.

Le cadrage pluriannuel annexé à la LFSS *pour 2006* prévoyait ainsi une norme de progression moyenne de l'ONDAM de 2,2 % en valeur pour la période 2007-2009. Le Gouvernement s'est trouvé de ce fait dans l'impossibilité de proposer pour 2007 un ONDAM compatible avec ce taux de progression, puisqu'il l'aurait conduit à retenir un taux de 1,8 % en valeur, soit une stabilité des dépenses de santé hors inflation, supposant des mesures d'économies substantielles. Le PLFSS *pour 2007* a dès lors plutôt retenu une progression de l'ONDAM à 2,5 %, portée à 2,7 % par le Parlement. Bien que l'ONDAM se soit ainsi écarté de son cadrage pluriannuel, il devrait être largement dépassé en exécution, la note d'avril 2008 de la CCSS évaluant sa progression à 4,6 % en 2007.

Le cadrage pluriannuel annexé à la LFSS pour 2008 fixe pour sa part l'ONDAM pluriannuel à un niveau qui pourrait paraître moins volontariste en termes d'économies attendues, puisqu'il retient (selon les scénarios) une progression de 1,5 % ou 2 % en volume (soit 3,1 % à 3,6 % en valeur, avec une inflation prévisionnelle fixée à 1,6 %) ¹⁴⁷. Mais cette progression est inférieure à celle qui était attendue pour le PIB. Compte tenu de l'estimation initiale des progressions tendancielle (+5,4 % en valeur pour la CNAMTS, soit près de 4 % en volume), on voit que l'objectif 2008 resterait donc difficile à atteindre, faute de mesures d'économie correspondant à l'inflexion visée et dans un contexte où se profile une nouvelle augmentation de la valeur de la consultation ¹⁴⁸.

147. Ce choix d'une norme de progression en volume, s'il permet d'écarter le risque d'une erreur de prévision de l'inflation, rend cependant moins lisible son articulation avec l'ONDAM annuel qui est exprimé en valeur, le Parlement votant un montant de dépenses pour l'exercice à venir.

148. Pour autant, la ministre de la santé n'a pas attendu que le comité d'alerte rende un avis sur l'évolution des dépenses de santé pour annoncer en mars 2008 que les conditions étaient réunies pour porter le tarif des médecins généralistes à 23 €

b) Une documentation insuffisante des efforts de maîtrise

L'ONDAM pluriannuel fixé en annexe à la LFSS apparaît au total insuffisamment documenté pour constituer un levier de régulation contraignant pour l'ensemble des acteurs.

Dans cette annexe, les prévisions de dépenses de la branche maladie se distinguent, en ce qu'elles se fondent sur un ONDAM pluriannuel qui constitue un taux d'évolution après mesures d'économie alors que les prévisions de dépenses des branches famille et retraite reposent seulement sur l'évolution tendancielle. Or, le passage d'une évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie à un objectif incluant des mesures d'économie n'est pas explicité, ce qui ne permet pas d'apprécier les efforts de redressement à réaliser sur les quatre années à venir.

On peut noter comme un point positif qu'une contre-expertise s'est récemment développée sur ce sujet, qui permettrait d'améliorer la qualité des prévisions tendancielles : le HCAAM, le conseil d'analyse économique et la CNAMTS ont réalisé sur la période récente des exercices de prévision à moyen et long terme de l'évolution des dépenses de santé, en retenant des facteurs de progression parfois différents.

Pour autant, jusqu'ici, l'annexe B ne détaille pas les mesures d'économie envisagées pour « tenir » l'ONDAM annuel et n'en précise pas davantage le montant. Dès lors le cadrage pluriannuel ne paraît pas en mesure de constituer l'outil de programmation pourtant indispensable des économies sur plusieurs années, afin que la mise en œuvre progressive des réformes permette d'infléchir durablement le comportement des prescripteurs et des consommateurs de soins.

SYNTHESE

Le choix de déconnecter les négociations conventionnelles de l'ONDAM voté annuellement par le Parlement comme la volonté de les inscrire dans un cadre de gestion pluriannuel, n'ont pas permis d'assurer le respect du sous-objectif soins de ville en 2006 comme en 2007.

Les marges de manœuvre des partenaires conventionnels ont été excessives, faute d'encadrement préalable par l'ONDAM et d'un suivi rigoureux a posteriori. Cette situation a contribué à renforcer la tendance de l'Etat à réinvestir progressivement leur champ. Les conditions d'élaboration des ONDAM annuel et pluriannuel n'ont pas permis de fiabiliser cet outil, qui fait l'objet d'un affichage volontariste non appuyé sur des mesures d'économies crédibles. Il ne parvient donc pas à peser durablement sur les négociations conventionnelles.

Dans ce contexte, il conviendrait que l'Etat réexamine dans son ensemble le dispositif de régulation des soins de ville, afin d'une part de fiabiliser l'ONDAM et de renforcer son caractère opposable et d'autre part de mieux lier à celui-ci le programme des négociations et d'encadrer les revalorisations tarifaires ainsi accordées aux professionnels de santé. Le cadrage pluriannuel annexé à la loi de financement, pour peu qu'il soit au préalable suffisamment fiabilisé, pourrait fournir à l'UNCAM une trajectoire à moyen terme des revalorisations qu'elle serait habilitée à accorder aux professions de santé dans le cadre du renouvellement de leurs conventions nationales pour cinq ans.

Enfin, le non respect des règles du jeu fixées par la loi de 2004 conduit à s'interroger sur leur pertinence. La Cour a déjà observé que la délégation accordée aux outils conventionnels est excessive. Elle constate ici qu'elle n'est pas respectée, ce qui contribue à enlever sa cohérence au dispositif de régulation des dépenses.

RECOMMANDATIONS

14. Améliorer la sincérité de l'ONDAM et du cadrage pluriannuel annexé à la LFSS, en documentant l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et les économies sous-jacentes.

15. Instaurer (dans le rapport annuel de l'UNCAM transmis en juin au Parlement et au Gouvernement) une obligation d'information sur les résultats de la maîtrise médicalisée et sur le coût des revalorisations tarifaires.

16. Tenir compte des résultats de la maîtrise médicalisée pour l'octroi de revalorisations tarifaires.

Chapitre III

Les programmes de qualité et d'efficience

PRESENTATION

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a redéfini la liste des rapports et annexes qui accompagnent le PLFSS de l'année et a notamment prévu que la première des neuf annexes présenterait les « programmes de qualité et d'efficience (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ».

Présentés incomplets à titre exploratoire en annexe au PLFSS pour 2007, les PQE ont été joints pour la première fois au PLFSS pour 2008, conformément au calendrier de mise en œuvre prévu par la loi organique.

Bien au-delà d'une obligation formelle de présentation de données, les PQE traduisent une démarche ambitieuse qui vise à la fois à améliorer l'information du Parlement et à contribuer à l'analyse de la performance des politiques sociales.

Pour cette première année, la Cour a donc examiné les choix effectués par les administrations pour mettre en œuvre ces objectifs et à identifier les évolutions possibles, à partir d'un examen de cinq PQE (maladie, accidents de travail, retraite, famille et financement).

I - Les conditions de mise en œuvre

La loi organique a défini des objectifs ambitieux mais très généraux, ce qui a rendu nécessaire des choix, de principe ou de méthode, pour sa mise en œuvre.

A – Les objectifs de la loi organique

1 – Les textes

L'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 2 de la loi organique de 2005, définit dans son III - 1° les PQE :

« sont jointes au PLFSS de l'année des annexes : 1° présentant pour les années à venir les programmes de qualité et d'efficience relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des

résultats atteints lors des deux exercices clos et le cas échéant, lors de l'année en cours (...) ».

L'exposé des motifs de la loi organique précisait qu'il s'agissait « d'introduire une démarche objectifs-résultats, dans le prolongement de celles engagées par les conventions d'objectifs et de gestion liant l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale et en s'inspirant de la démarche introduite par la loi organique relative aux lois de finances » (LOLF) du 1^{er} août 2001.

Les divers éléments constitutifs de cette démarche sont donc :

- « un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population », qui étend aux autres branches la transmission de données synthétiques sur les différentes politiques sociales, qui n'existait que pour la seule branche maladie (ancienne annexe A) ;
- « des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié », qui constituent la véritable novation, en cherchant à introduire une démarche de performance fondée sur des objectifs quantifiés dans le champ des politiques sociales ;
- enfin « une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints », mettant plus spécifiquement l'accent sur les leviers d'action et sur les résultats des politiques.

2 – L'interprétation donnée sur le périmètre à couvrir

Des objectifs aussi complexes et ambitieux devaient être interprétés et c'est d'ailleurs pourquoi un projet exploratoire, précédé d'une introduction méthodologique, a été présenté en 2006 en annexe au PLFSS pour 2007, puis soumis à l'examen des commissions parlementaires. Plusieurs questions liées au périmètre retracé par les PQE devaient en particulier être tranchées.

a) Le choix d'une extension à l'ensemble de la protection sociale

Devait-on dans le PQE retraites intégrer les retraites complémentaires ou s'en tenir aux seuls régimes de base ? Devait-on dans le PQE familles se limiter aux seules « prestations familiales », au sens du code de la sécurité sociale ou intégrer d'autres prestations dont le montant tient compte du nombre d'enfants et qui sont servies par les caisses d'allocations familiales, comme les allocations logement ou le revenu minimum d'insertion (RMI) ? Devait-on intégrer l'effet du quotient familial et plus largement les dépenses fiscales en faveur des familles ?

Ces questions, parmi d'autres, n'ont pas reçu de réponse univoque : les données présentées, dans la partie introductive de cadrage comme dans celle relative aux objectifs et aux indicateurs qui les accompagnent, correspondent à un périmètre variable.

Pour la branche famille, associé à l'objectif n° 2 « d'aider les familles vulnérables », l'indicateur n° 2-1 « impact redistributif des prestations familiales, des minima sociaux et des allocations logement pour des ménages de même composition familiale » correspond à une définition large de la politique familiale. Elle est justifiée notamment par l'incidence importante des allocations logement sur cet effet redistributif.

De même, pour la branche retraite, les deux indicateurs associés à l'objectif n° 1 « d'assurer un niveau de vie adapté aux retraités », le « taux de remplacement net pour une carrière entière au SMIC » (n° 1-1), ou l'indicateur de « comparaison entre les ressources des retraités et des actifs » (n° 1-2) intègrent les pensions versées par les régimes complémentaires obligatoires, voire les autres ressources des personnes âgées. A l'inverse, l'un des indicateurs associés à l'objectif n°3 « garantir la solidarité entre retraités », relatif « à la part des nouvelles pensions du régime général portées au minimum contributif » ne correspond qu'au seul périmètre du régime général.

Il ne pouvait y avoir de réponse unique et de périmètre invariable, selon les objectifs et leurs diverses déclinaisons en indicateurs. D'une manière générale, cependant, le choix a été fait le plus souvent d'une extension du périmètre décrit à l'ensemble des opérateurs de la protection sociale obligatoire, régimes de base et complémentaires. Selon la présentation méthodologique des PQE jointe au PLFSS pour 2007 l'objectif est en effet de dépasser le champ des régimes retracés par les lois de financement et « d'exprimer une politique globale dont la LFSS n'est qu'un des instruments, afin que le PLFSS puisse constituer le lieu d'un débat transversal et global sur les politiques sociales. [...] Les PQE sont plus larges que les projets annuels de performance (prévus par la LOLF et limités aux financements de l'Etat) dans la mesure où la démarche retenue se veut globale ».

b) La difficulté d'identifier les principaux responsables

La conséquence logique de ce premier choix est de rendre plus difficile l'identification des responsables des politiques. La question est déjà complexe dans le champ des politiques de l'Etat, pour les

programmes de la loi de finances¹⁴⁹. Mais il est encore plus difficile de désigner un responsable unique pour des objectifs aussi larges que ceux inclus dans les PQE. En outre, comment traduire la responsabilité particulière des partenaires sociaux par exemple pour des objectifs comme ceux de « diminuer le taux d'accidents de travail » ou « d'améliorer leur réparation », inclus dans le PQE de la branche accidents de travail et maladies professionnelles ? Or un objectif général, signalé dans la note précitée comme « premier », est bien de « moderniser la gestion publique par une responsabilisation des acteurs ».

Dans le document exploratoire, produit à l'automne 2006, aucun responsable n'était identifié. Dans l'annexe produite à l'automne 2007, en revanche, sont identifiés pour chaque indicateur, non seulement les producteurs techniques, responsables de la sélection et de la fiabilité des données (la DREES est le plus souvent indiquée à ce titre) mais aussi « les responsables administratifs portant les politiques à titre principal »¹⁵⁰.

Sont ainsi cités à ce titre, pour les différents indicateurs du PQE famille, la DSS ou la DGAS (à 5 reprises), la CNAF (à 4 reprises) ou encore la DGEFP¹⁵¹ ou la CNAMTS. De même, la CNAMTS (citée 11 fois) et la DHOS (citée 8 fois) sont le plus souvent indiqués (parfois d'ailleurs conjointement) au regard des 23 indicateurs du PQE maladie. Cela ne signifie pas pour autant, bien entendu, que les directeurs de ces deux institutions puissent être considérés comme responsables du « taux d'effort et du reste à charge des familles selon le mode de garde, le revenu et la configuration familiale, »¹⁵² ou des « inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes »¹⁵³, pour ne donner que ces seuls exemples, même s'ils ont évidemment un rôle important à jouer.

c) L'introduction d'un PQE financement

Un troisième choix a été fait, portant sur le nombre de PQE présentés. La loi organique avait prévu cinq PQE : quatre pour chacune

149. Comme le soulignent les rapports successifs de la Cour sur la gestion budgétaire. Voir en dernier lieu le rapport pour 2007, pp. 113-115.

150. Les PQE annexés au PLFSS pour 2008 ont ainsi cherché à intégrer les observations faites sur ce point par les commissions parlementaires.

151. Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle.

152. Indicateur 3-3 associé à l'objectif 3 « concilier vie familiale et vie professionnelle ».

153. Sous-indicateur de l'indicateur n° 1-1 associé à l'objectif de lutte contre « les inégalités territoriales », qui constitue l'objectif n° 1 du PQE Maladie.

des branches (maladie, AT-MP, retraite et famille) et un cinquième relatif à « l'invalidité et aux dispositifs gérés par la CNSA »¹⁵⁴. En réalité, pour le PLFSS 2007, comme pour celui de 2008, l'annexe n° 1 a distingué six programmes en ajoutant au texte de la loi organique un PQE relatif au « financement ».

Cet ajout s'explique par la particularité de la mission de recouvrement, qui n'est pas une « branche », mais qui pour le régime général est organisée de manière distincte, donne lieu à une COG particulière et dont l'importance justifie un suivi particulier.

On peut se demander cependant si la présentation de ce PQE n'aurait pas dû être distinguée, par rapport aux autres, en privilégiant les données de cadrage et en limitant les objectifs : on voit mal en effet quelle peut être la portée de l'objectif de « soutenabilité financière », dans la mesure où les responsables administratifs à titre principal, selon l'expression des PQE, n'ont qu'une responsabilité limitée en la matière, les choix structurants relevant à l'évidence du niveau politique.

B – La méthodologie retenue

1 – La référence aux projets annuels de performance

La définition d'indicateurs pour chacun des objectifs (voire des sous-objectifs) s'inspire du travail accompli pour les programmes joints aux lois de finances, en application de la LOLF. Chaque année en effet sont désormais annexés au projet de loi de finances initiale des « projets annuels de performance » (PAP), qui donnent lieu ensuite à un bilan sous la forme des « rapports annuels de performance » (RAP) annexés au projet de loi de règlement. Les PQE annexés aux PLFSS transposent ainsi cette démarche, en condensant les deux temps de la prévision et du bilan en un seul.

Ainsi, dans le PQE famille, on distingue quatre « objectifs », de portée très générale : « contribuer à la compensation financière des charges de famille », « aider les familles vulnérables », « concilier vie familiale et vie professionnelle », enfin « garantir la viabilité financière

154. L'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale énumère les quatre branches (du régime général), qui correspondent aux quatre PQE. Un amendement parlementaire en a ajouté un cinquième relatif aux « dépenses et aux recettes des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie », cette périphrase désignant en fait les dépenses relatives à « l'invalidité et aux dispositifs gérés par la CNSA », selon le titre du fascicule qui lui est consacré.

de la branche ». Pour certains de ces objectifs, on a distingué des sous-objectifs¹⁵⁵ : par exemple, au sein de « l'aide aux familles vulnérables » (objectif n° 2), « la redistribution verticale » et « l'action sur la pauvreté ». Et pour chacun, ont été sélectionnés les indicateurs jugés les plus pertinents pour rendre compte du bon avancement des politiques considérées.

Exemple de la structure des objectifs et indicateurs des PQE

PQE famille :

- avec 4 objectifs dont « aider les familles vulnérables »
 - o avec 2 sous-objectifs dont « action sur la pauvreté » ;
 - avec 3 indicateurs dont % d'enfants sous le seuil de pauvreté ;
 - avec 2 sous-indicateurs (toutes familles et seules familles monoparentales).

2 – L'accent mis sur les indicateurs d'efficacité

a) Un choix justifié par l'existence des COG

Le guide méthodologique pour l'application de la LOLF, commun au Gouvernement et au Parlement, distingue trois types d'indicateurs :

- les indicateurs d'efficacité, qui rapportent les résultats aux objectifs fixés ;
- les indicateurs d'efficience, qui rapportent les résultats aux moyens mis en œuvre ;
- et les indicateurs de qualité de service.

Or, comme on le perçoit d'ailleurs dans ces exemples, les objectifs et les indicateurs présentés dans les PQE pour 2008 ont visé surtout à apprécier l'efficacité, entendue de manière très globale comme l'atteinte des objectifs finaux d'une politique, au risque d'ailleurs de s'écarter de la lettre de la loi et des termes de « qualité et d'efficience ».

Ce parti a été justifié dans le document introductif pour 2007 : si « les PAP ont ainsi pour objet d'approcher la performance de la gestion publique [...] cette démarche relève des COG dans le champ de la LFSS ». La DSS en conclut que les PQE n'ont pas vocation à interférer

155. Aucun terme n'est indiqué pour traduire une présentation qui regroupe souvent (mais pas de manière systématique) plusieurs indicateurs au sein d'un même objectif.

dans la gestion des caisses de sécurité sociale et écarte donc, sauf exception¹⁵⁶, les objectifs et indicateurs d'efficience dans la gestion.

De fait, les COG, qui font d'ailleurs l'objet d'une annexe distincte jointe au PLFSS¹⁵⁷, contiennent déjà, pour les différentes branches du régime général et pour les régimes les plus importants, les indicateurs qui permettent de suivre la traduction en actions des orientations stratégiques fixées par accord entre les caisses et les tutelles. Un accent mis sur les objectifs de « qualité de service » ou sur le coût de gestion aurait conduit au moins pour partie à dupliquer sans profit des données déjà disponibles, avec en outre le risque d'une interférence dans un calendrier et un dialogue conventionnel bien établis.

Pour autant, d'autres indicateurs d'efficience sont concevables. Mais ils sont complexes à construire dès lors qu'ils sont limités au champ des dépenses financées par la sécurité sociale.

156. Quelques doublons existent entre les indicateurs inclus dans les PQE et ceux des COG : il en est ainsi en particulier pour le PQE financement, pour lequel trois indicateurs - et notamment le taux des restes à recouvrer - sont extraits de la COG passée entre l'Etat et l'ACOSS. D'autres, comme le coût de 100 € recouverts par le régime général, en sont transposés. C'est également le cas pour le PQE maladie, en ce qui concerne les indicateurs relatifs à la gestion du risque.

157. Le contenu de cette annexe (n° 2) a évolué, en répondant partiellement à la commission des finances de l'Assemblée nationale, qui avait demandé « pour une lecture croisée des deux annexes, que la structure de l'annexe 2 (soit) revue, afin d'être présentée par branche et non par génération de conventions d'objectif et de gestion ».

b) L'incidence de la démarche de « coordination ouverte »

Une autre raison, plus ponctuelle, de privilégier l'appréciation de l'efficacité a été le souhait d'inscrire les PQE dans la démarche européenne de « méthode ouverte de coordination »¹⁵⁸ (MOC). Plusieurs des objectifs et indicateurs associés retenus par les PQE sont dérivés de ces travaux : ainsi, l'objectif d'« assurer un niveau de vie adapté aux retraités » ou celui d'« accroître l'emploi des salariés âgés », la cible retenue étant même dans ce dernier cas commune aux États membres (que le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans dépasse 50 % en 2010). Il en est de même, en ce qui concerne l'incidence des politiques familiales sur le taux de pauvreté des ménages, ou pour plusieurs objectifs retenus dans le domaine de la santé.

C – Une mise en œuvre progressive

1 – Des données encore manquantes

De manière générale et tout particulièrement pour le choix des données de cadrage, ont été retenues des données ou des indicateurs déjà disponibles ou qui pouvaient l'être assez aisément afin d'assurer un renseignement rapide des PQE et d'en minimiser le coût de production.

De ce fait, le choix des indicateurs et des cibles, seulement esquissé pour 2007, est plus complet dans le PLFSS 2008, même si certains indicateurs ne sont pas encore produits en 2008.

Dans le cas de la gestion hospitalière par exemple, abordé dans le PQE maladie, seuls deux sous-indicateurs étaient renseignés en 2007, 11 indicateurs ou sous-indicateurs restant sans fiche descriptive ou sans données chiffrées. En 2008, sur les 14 indicateurs et sous-indicateurs relatifs aux secteurs hospitaliers, 12 font l'objet de données chiffrées.

158. Cette démarche consiste à décider en commun d'objectifs généraux dans le champ des politiques sociales et à les traduire en indicateurs comparables. Bien que la protection sociale ne relève pas des compétences de l'Union européenne, les chefs d'Etat et de Gouvernement réunis à Lisbonne en mars 2000 ont retenu le principe d'une coordination reposant sur une méthode commune : « les États membres s'accordent sur des thèmes [...] et sur les objectifs communs [...]. Les progrès des États membres dans la voie des objectifs ainsi déterminés font l'objet d'un suivi à l'aide d'indicateurs qui sont ainsi déterminés en commun ». Le comité de la protection sociale, qui regroupe des hauts fonctionnaires des États membres, a adopté en mai 2006 une liste d'indicateurs sociaux, destinés à mesurer les progrès dans les domaines suivants : accès aux soins, inclusion sociale et pensions. Cette démarche a en outre introduit une distinction (qui n'existe pas pour les PAP) entre indicateurs de contexte et indicateurs de performance, plus spécifiques aux politiques engagées.

Par ailleurs, un indicateur initialement envisagé en juin 2006 était le ratio rapportant la durée « cotisée » à la durée « validée ». Il n'a pas été renseigné. La commission des affaires sociales du Sénat a souhaité son remplacement par le nombre d'années validées « gratuitement » par les principaux régimes. Cet indicateur n'a pas encore été produit. Or, même si le dénombrement des trimestres validés « gratuitement » est en pratique relativement complexe à calculer, cette donnée apparaît particulièrement pertinente au regard de l'objectif « garantir la viabilité financière des régimes de retraite ».

Le tableau qui suit résume pour les six PQE les données fournies par catégories et témoigne de l'ampleur du travail engagé :

Nombre de données annexées au PLFSS pour 2008 par PQE

PQE	Indicateurs de cadrage (1)	Objectifs (2)	Sous-objectif (3)	(Sous) indicateurs associés (4)	Cibles chiffrées (5/4) (5)
Maladie	11	5	11	43	14 (33%)
AT-MP	14	3	7	15	0
Retraite	17	5	10	27	6 (22%)
Famille	14	3	7	15	3 (20%)
CNSA	7	4	-	11	0
Financement	14	5	6	24	5 (21%)
Total	77	25	41	135	25 (18%)

Source : Cour des comptes, à partir des PQE

Malgré quelques progrès entre les PQE pour 2007 et ceux présentés pour 2008, la définition des cibles chiffrées est encore très insuffisante : moins de 20 % des indicateurs. Et parmi eux, de nombreux indicateurs relatifs à la « soutenabilité financière » des branches ou aux recettes du PQE financement paraissent assez factices. Pour le reste, la plupart des indicateurs sont seulement accompagnés d'orientations encore vagues (évolution souhaitée « en hausse » ou « en baisse »).

De même, force est de constater que les PQE 2008, contrairement aux termes de la loi organique, ne contiennent encore ni présentation des moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs énoncés ni, dans nombre de cas, les résultats pluriannuels permettant de mesurer des évolutions.

2 – Des pratiques diverses selon les PQE

La présentation des annexes, désormais distinguées au sein d'un fascicule pour chaque PQE, a été voulue homogène. Pour autant, on note que les six PQE ne sont pas tous au même niveau d'élaboration.

L'effort en général accompli pour compléter les données par des comparaisons internationales n'a ainsi pas été fait pour le PQE relatif aux accidents de travail et aux maladies professionnelles (alors que de telles comparaisons pourraient justement mettre en évidence que la France connaît un taux d'accidents graves supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE et de l'Union européenne).

Enfin, on constate que le degré de concertation, par exemple avec les caisses nationales du régime général, a été très variable d'un PQE à l'autre : si la CNAF a été associée à la réflexion et à la sélection des objectifs et des indicateurs, en revanche la CNAMTS ne l'a été que très peu pour le PQE maladie.

Au total, des marges de progrès évidentes apparaissent, ne serait-ce que par la généralisation à tous les PQE des « meilleures pratiques », de concertation élargie ou de mobilisation des données existantes au plan international. Ces progrès resteront cependant trop limités s'ils ne s'accompagnent pas d'un réexamen plus approfondi.

II - Les améliorations à apporter aux PQE

Deux objectifs sont poursuivis par les PQE : la production d'une information synthétique et diversifiée, couvrant l'ensemble des politiques retracées dans les PLFSS, d'une part ; et d'autre part la définition d'objectifs et de cibles susceptibles de mobiliser les acteurs de ces politiques, dans leur diversité. Pour chacun de ces deux objectifs, des marges de progrès peuvent être mises en évidence.

A – Mieux distinguer les données de cadrage des objectifs

Un premier progrès serait de mieux séparer les données à visée informative de celles qui relèvent d'objectifs fixés aux caisses nationales ou à leurs tutelles.

D'une manière générale, ne devraient figurer dans la deuxième partie (« objectifs-résultats ») de chaque PQE que des indicateurs susceptibles d'actions correctives menées par le ou les responsables et conduisant à des résultats mesurables. Or bien souvent, les leviers,

permettant aux responsables désignés d'agir, paraissent limités ou de très long terme : ainsi pour « le taux d'emploi (comparé) des femmes et des hommes de 15 à 64 ans », inséré dans le PQE famille ; ou pour l'âge effectif du départ à la retraite, inclus dans le PQE retraite comme relevant de la responsabilité de la CNAVTS. Il conviendrait que ces indicateurs, dès lors que le lien avec l'action des administrations et organismes responsables est trop indirect ou trop lointain, soient considérés comme des données de cadrage et renvoyés dans la première partie.

En outre, l'inclusion de données figurant dans les deux parties devrait s'accompagner d'une exigence plus forte, en ce qui concerne leur fiabilité. Or on constate dans quelques cas que cette rigueur est insuffisante. Ainsi, les résultats de l'indicateur du PQE maladie relatif au « taux d'atteinte des objectifs conventionnels en matière de maîtrise médicalisée » sont fournis par la CNAMTS, alors que la DSS les a surévalués¹⁵⁹.

B – Donner un contenu plus opérationnel aux PQE

L'objectif principal, pour les indicateurs des PQE comme pour ceux de la LOLF, ne se limite pas à améliorer l'information, mais est bien de contribuer à accroître la performance des politiques publiques. Leur apport réel dépend cependant d'une démarche d'ensemble : analyse stratégique préalable et définition d'objectifs suffisamment précis et opérationnels, choix d'indicateurs pertinents, enfin équilibre entre les actions visant l'efficacité et celles visant l'efficience.

1 – Des priorités stratégiques mieux explicitées

Les différents PQE ont identifié des objectifs, que l'on peut qualifier de « stratégiques », mais qui correspondent en réalité plus à des grands domaines d'action qu'à des choix politiques formalisés. Les options qui pourraient définir une véritable stratégie de branche ne sont pas explicitées : pour ne donner qu'un exemple emprunté au PQE accidents de travail, faut-il différencier le niveau des cotisations selon leur fréquence ou plutôt développer la prévention en entreprises ? Les indicateurs cités à l'appui de cet objectif (dans le PQE AT-MP) illustrent certes ces deux différents aspects, mais sans qu'ils soient articulés dans une vision d'ensemble comportant la définition de priorités.

La démarche des PQE n'a pu encore, dans son état actuel, se fonder sur une analyse stratégique ministérielle ou de branche. Il conviendrait donc qu'une telle stratégie soit explicitée.

159. Cf. chapitre II relatif à l'ONDAM.

En second lieu, cette stratégie ne peut être mise en œuvre que si elle est déclinée sous la forme d'objectifs et de sous-objectifs bien définis et dont la réalisation peut être suivie de manière précise. Or tel n'est pas le cas à ce jour.

On peut même envisager que certains au moins des objectifs ou des sous-objectifs fassent l'objet d'une déclinaison par opérateurs ou par territoires. Une description de la chaîne de décisions, destinée à mettre en œuvre les objectifs généraux, paraîtrait également pouvoir compléter de manière utile la présentation actuelle.

2 – Des progrès attendus dans le choix des indicateurs et la détermination des cibles

Les indicateurs retenus (et encore plus nettement les cibles fixées) traduisent souvent de manière encore décevante les enjeux des branches. Ainsi, en ce qui concerne l'accès à l'offre de garde pour la petite enfance (suivis dans le PQE famille, dont il constitue une des dimensions essentielles) : l'un des indicateurs relatifs à l'offre, très global, se voit fixer une cible correspondant aux normes européennes mais nettement inférieure au niveau déjà atteint, alors que l'objectif national est bien de progresser dans l'accueil des jeunes enfants.

Autre exemple de l'incohérence des cibles affichées, la cible associée à l'indicateur de l'ONDAM, dans le PQE maladie, est que le dépassement de l'ONDAM n'aille pas au-delà de 0,75 %, ce qui paraît contradictoire avec la nécessité de respecter le vote du Parlement¹⁶⁰.

De manière générale, on relève une réflexion encore très insuffisante sur le lien entre les indicateurs, les cibles et les capacités des responsables identifiés à progresser dans la direction retenue.

Certes, le choix des indicateurs associés aux objectifs est destiné à évoluer. Mais il conviendrait que cette évolution soit accompagnée par une instance d'appui méthodologique afin d'améliorer le contenu des PQE. Il pourrait être envisagé par exemple de s'inspirer de l'expérience acquise dans les autres domaines de la gestion publique par le comité interministériel d'audit des programmes (CIAP), constitué pour évaluer périodiquement dans le cadre de la LOLF le découpage des programmes et actions, le choix des objectifs et indicateurs associés et la qualité et la fiabilité des données chiffrées produites. Un organisme analogue au CIAP pourrait remplir ce type de mission pour les PQE.

160. Cf. chapitre II relatif à l'ONDAM.

3 – Développer les indicateurs d'efficience

La volonté déjà signalée de démarquer les PQE des COG s'est traduite par une prédominance des indicateurs d'efficacité. Or l'appréciation de la performance gagne à associer des indicateurs complémentaires, certains relatifs à l'efficacité, d'autres relatifs à l'efficience (on peut en effet considérer pour simplifier que la préoccupation de qualité correspond tantôt à la recherche d'efficacité, tantôt à la recherche d'efficience).

Certes, les COG signées entre les caisses nationales du régime général et des principaux autres régimes couvrent une large partie de ces aspects. Mais certains indicateurs d'efficience, qui ne relèvent pas des COG, paraîtraient très utiles. Ainsi, s'agissant de l'offre de places pour la petite enfance, un indicateur (n° 3-3) compare les taux d'effort des familles selon les modes de garde. Les écarts de coûts selon ces mêmes modes, quant à eux, ne sont que signalés dans un simple indicateur de cadrage (n° 9 relatif au « coût des différents modes de garde pour les finances publiques »), ce qui semble implicitement donner à penser que le principe du « libre choix » conduit à considérer comme seconde la question de l'efficience de ces modes de garde.

De même pour les indicateurs relatifs aux politiques de prévention, incluses dans le PQE maladie : la mise en regard des moyens, d'ailleurs expressément prévue par la loi organique, complèterait utilement les données fournies sur certains de ces objectifs.

SYNTHESE

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a engagé une démarche allant au-delà du seul souci de lisibilité de l'action publique et de meilleure accessibilité des données et visant en particulier « à introduire une démarche objectifs-résultats (...) en s'inspirant de la démarche introduite par la loi organique relative aux lois de finance (LOLF) ». Comme pour cette dernière, la mise en œuvre d'une telle réforme est nécessairement progressive.

Cependant, pour atteindre les objectifs affichés et afin que les PQE ne restent pas des documents d'information synthétisant pour le Parlement des données disponibles par ailleurs, des progrès sont nécessaires : pour décliner les objectifs stratégiques en objectifs opérationnels, pour mieux décrire les chaînes de responsabilités et définir des cibles plus précises et mobilisatrices. Un accent moins exclusif sur les indicateurs d'efficacité permettrait en outre de donner sa place à la recherche d'une plus grande efficience.

RECOMMANDATIONS

17. *Décliner les orientations générales des PQE en objectifs précis et opérationnels, pouvant faire l'objet d'un suivi.*

18. *Décrire pour chaque objectif la contribution de chacun des acteurs concernés aux décisions et à la mise en œuvre.*

19. *Compléter les indicateurs d'efficacité par des indicateurs d'efficience qui ne soient pas redondants avec ceux des COG.*

20. *Prévoir une mission d'appui méthodologique pour améliorer les objectifs et indicateurs des PQE.*

Chapitre IV

Les contrôles sous la surveillance de la Cour

I - Les contrôles classiques des COREC

PRESENTATION

En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année une synthèse des rapports et avis produits par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) qui réunissent dans chaque région, sous la présidence du trésorier payeur général de région, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la protection sociale agricole (SRITEPSA). Ainsi qu'il a été exposé dans les rapports des années précédentes, ce dispositif est supprimé depuis le 1^{er} janvier 2008.

Pour leur dernière année de fonctionnement, les COREC ont eu en 2007 une activité très diversifiée. Ils ont rendu 41 rapports traditionnels et 30 au titre du futur réseau d'alerte, soit un total de 71 rapports d'audit. A cette activité se sont ajoutées trois enquêtes thématiques : mise en place du contrôle interne dans les caisses de MSA (22 rapports), examen des créances prescrites (50 rapports), suivi de la mise en place des nouveaux réseaux du régime social des indépendants (7 rapports) et du régime minier (3 rapports)¹⁶¹, soit un total de 82 enquêtes. En outre, la Cour a conduit de son côté six audits dans le cadre du réseau d'alerte.

Il est rendu compte ci-après de ces différents contrôles.

A – Les contrôles réalisés

Le nombre des organismes de sécurité sociale a continué de diminuer entre fin 2006 et fin 2007 (-17%) en raison essentiellement de la réforme intervenue dans le régime maladie des IEG. En revanche, peu de mouvements ont été observés dans le régime général entre les deux exercices même si la branche recouvrement, dont l'objectif est de parvenir à une URSSAF par département en 2009, a initié de nouvelles fusions en 2008. Le réseau famille indique un objectif identique pour 2010, mais l'essentiel du chemin reste à faire.

161. Ces dix rapports relatifs aux réseaux en pleine transformation seront exploités dans le prochain rapport sur la sécurité sociale, afin de mieux apprécier les évolutions de ces régimes.

Les organismes de sécurité sociale en 2007*

	Organismes de sécurité sociale		Organismes de regroupement de caisses		Organismes conventionnés	
	fin 2006	fin 2007	fin 2006	fin 2007	fin 2006	fin 2007
UCANSS	1	1				
CRAM et CRAV	18	18				
CPAM	128	128				
CAF	123	123				
URSSAF	101	101				
Unions et fédérations			98	98		
CGSS et assimilées	6	6				
SLM-SLI-Mutuelles					38	37
Total régime général*	513 en 2006		512 en 2007			
Régimes agricoles	67	51	55	41	1	1
Régime social des indépendants	31	31			118	118
URCAM			22	22		
Régime minier	23	8				
Régime des IEG						
- Retraite	1	1				
- Maladie	107	1				
Autres régimes spéciaux	16	7				
TOTAL GENERAL*	954 en 2006		793 en 2007			

* Cumul tous organismes, hormis les établissements publics nationaux.

Source : Direction de la sécurité sociale

Pour 2007, les 41 contrôles effectués par les COREC se répartissent comme suit :

- 18 dans le réseau de l'assurance maladie (13 CPAM, 1 CRAM, 3 UGECAM et 1 centre informatique) dont trois contrôles approfondis et six visant à la levée d'une réserve antérieure ;
- 11 dans le réseau famille, soit 10 CAF et un centre de traitement informatique ;
- 2 URSSAF ont été contrôlées ;
- pour le régime général, en outre, ont été examinées la caisse générale de sécurité sociale de Guadeloupe et la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Il sera rendu compte l'an prochain de ces deux derniers travaux, dans le cadre d'une revue plus complète sur la situation des caisses dans les DOM et les collectivités à statut particulier traitant notamment du pilotage assuré par les tutelles et les caisses nationales ;

- sept dans le réseau de la mutualité sociale agricole : quatre caisses départementales ou pluri-départementales et trois organismes périphériques (un centre informatique, deux regroupements) ;
- pour les autres régimes, seule a été examinée selon la procédure classique, la caisse vieillesse invalidité maladie des cultes (CAVIMAC).

B – Le sens des avis rendus

Les avis, dont aucun n'est défavorable, se répartissent ainsi :

Nature des avis rendus par les COREC

Régime	Branche	Favorable	Recommandation	Réserve	Total
Régime général	Maladie et AT-MP	12	5	3	20
	Famille	3	6	2	11
	Recouvrement	1	1		2
Mutualité sociale agricole		6	1		7
Autres régimes			1		1

**Les réserves sont le plus souvent accompagnées de recommandations, non mentionnées dans la colonne voisine. Les réserves de la branche maladie concernent les caisses ultra-marines et une UGECAM.*

Source : COREC et Cour des comptes

C – Remarques générales résultant des avis rendus

Pour leur dernière année de fonctionnement, les COREC se sont principalement intéressés aux recommandations antérieurement formulées parfois transformées en réserves quand elles étaient restées sans suite. Les réserves ou recommandations ont souvent porté sur deux points semblables :

- la lenteur relative de la mise en place de véritables procédures de contrôle interne. Le plus souvent, les protocoles existent, dès lors que les caisses nationales ont diffusé les outils appropriés. En revanche, l'appropriation locale des procédures, indispensable en raison de l'autonomie d'organisation des organismes¹⁶², est souvent incomplète et la réalité des contrôles rarement vérifiable ;
- la détection et le recouvrement des indus sont parfois défaillants, surtout le second, sauf dans le réseau des URSSAF ; dans plusieurs CPAM ou CAF, les insuffisances du recours contentieux sont manifestes et génèrent des prescriptions de créances ; surtout, la liaison

162. Même si les systèmes informatiques ont un puissant effet contraignant.

entre le recouvrement amiable, qui incombe au comptable et le recouvrement contentieux, qui relève de l'ordonnateur, demande des procédures rigoureuses et parfaitement encadrées qui n'existent pas encore suffisamment.

II - Les contrôles dans le cadre du réseau d'alerte

A – Les principes du réseau d'alerte

Malgré la disparition des COREC, la Cour a souhaité poursuivre ses contrôles sur les organismes de base. La certification, en effet, ne couvre pas l'efficacité ou l'efficience de la gestion, mais seulement la qualité des comptes, étendue à celle du contrôle interne.

Avec le concours des administrations qui participaient aux travaux des COREC, la Cour a décidé de se concentrer sur les organismes dont les indicateurs donnent à penser qu'ils sont, ponctuellement ou durablement, en difficulté. Le choix des indicateurs, puis la sélection des organismes à auditer sont effectués en collaboration entre la Cour, les administrations participantes et les caisses nationales.

Les contrôles effectués en 2007 sur la base des résultats de 2005 connus en 2006 ont été nombreux : dans le régime général, 13 CPAM, 8 CAF et 9 URSSAF, auxquels il faut ajouter, hors régime général, 6 caisses ou fédérations de caisses de la mutualité sociale agricole (CMSA). Ils avaient pour but de vérifier l'exactitude et la pertinence des indicateurs, d'en examiner l'évolution et pour finir d'en réitérer les observations utiles pour les organismes concernés. Globalement, ce système d'alerte par indicateur se trouve validé.

B – Remarques de portée générale

Si la situation relative des indicateurs pris individuellement varie assez fortement d'une année à l'autre, la relative stabilité des classements d'ensemble -exception faite de la branche recouvrement- témoigne de réalités durables qui conduisent à deux remarques générales.

La première tient à l'incidence de la taille des organismes sur leurs performances techniques. La complexité et le renouvellement rapide de la législation supposent en effet des pôles de compétence que des structures trop petites ne peuvent créer. Pour autant des organismes importants mais dispersés sur de nombreux centres de production indifférenciés,

rencontrent des difficultés similaires, faute d'unités spécialisées dans les traitements les plus complexes.

La deuxième tient à la faible productivité de certaines très grandes structures, en particulier en région parisienne. L'analyse montre qu'elle ne résulte pas tant du gigantisme que d'une inadaptation des structures à la taille et aux évolutions technologiques. L'évolution des CPAM franciliennes en 2006 montre pourtant qu'il est possible, sous certaines conditions, de faire évoluer cette situation. Si elles demeurent en effet parmi les caisses les moins performantes, des réductions de coût très sensibles ont été notées notamment dans l'Essonne, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise.

C – Remarques relatives au régime général

1 – Les branches maladie et AT-MP

a) Des progrès sans effet sur la situation relative des organismes contrôlés

Les 13 organismes contrôlés sont assez représentatifs de la diversité des CPAM : organismes départementaux de petite taille ou infra-départementaux ¹⁶³ (Haute-Corse, Lozère, Metz, Maubeuge, Tourcoing, Strasbourg, Elbeuf, Tarn et Garonne, Territoire-de-Belfort), organismes départementaux de taille significative (Alpes Maritimes) et enfin deux très importantes caisses de la région parisienne : Cergy et Paris.

De façon générale, quelles que soient les caisses, l'évolution du coût du bénéficiaire actif pondéré (BAP) ou celle de la productivité du pôle production sont toujours plus lentes que celle des autres indicateurs. Et si des progrès sont constatés, ils ne modifient pas le classement d'ensemble. Par exemple, chaque agent traitait en 2005 à Paris 26 430 décomptes. On en est à 27 644 en 2006, mais cela n'améliore en rien la position relative de la caisse dans la mesure où la progression de la productivité est générale dans le réseau. La même observation vaut pour le Val d'Oise et pour Elbeuf.

163. Quand les organismes sont désignés par un nom de ville, qui est leur siège, c'est qu'ils sont infradépartementaux, Paris excepté. Les organismes départementaux sont désignés par le nom du département.

b) Les CPAM gérant un petit nombre de bénéficiaires

La caisse de Lozère constitue un cas particulier car vient d'être constituée dans ce département¹⁶⁴ une entité « organismes de sécurité sociale de Lozère ». La CPAM, la CAF, l'URSSAF et l'union immobilière ont depuis longtemps une équipe de direction commune. Cependant, les éléments constitutifs ayant conservé pour le moment la personnalité morale, il n'est pas possible, en l'absence de comptabilité analytique, d'assurer que le coût supporté par chacun correspond exactement à sa part réelle des charges communes¹⁶⁵.

En outre, c'est à Mende qu'a été installée la plate-forme de services (en fait l'accueil téléphonique) commune aux CPAM du Gard, de l'Hérault et de Lozère, ce qui a permis une forte croissance des effectifs, passés de 2004 à 2006 de 61 à 91 équivalents temps plein (ETP). On est donc en présence d'une démarche originale : d'un côté, pour maintenir la permanence des services publics dans une zone très dépeuplée, il est procédé au regroupement des structures dans une logique inter branche. Mais, de l'autre, pour éviter les inconvénients d'une activité trop généraliste avec de faibles moyens, la caisse est engagée dans plusieurs expériences de mutualisation dans une logique interne aux branches. Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions de cette expérience.

Les autres caisses présentent de grandes différences, mais toutes ont en commun l'inachèvement de la démarche de contrôle interne, pourtant engagée de longue date dans la branche. En fait, comme le montre très bien l'exemple de la CPAM de Metz, deux démarches se sont succédé dont la mise en cohérence a parfois pris du temps. Intervenue en premier, la certification qualité s'est voulue tournée vers la clientèle : célérité de traitement des dossiers et des réponses aux questions. La démarche de contrôle interne, elle, est tournée vers l'exactitude et la régularité des opérations finalement retracées dans les comptes. Dans certaines caisses (Maubeuge), l'essentiel des efforts s'est porté sur la certification, le contrôle interne est embryonnaire. Dans la plupart des autres, la traduction locale des plans de maîtrise socle diffusés par la CNAMTS, qui exige un important travail de mise à plat (et de modification, le cas échéant) des procédures locales est loin d'être achevée. En outre, la traçabilité des contrôles est fréquemment insuffisante.

164. Arrêté du 17 juin 2008.

165. Par exemple, la responsable ressources humaines de l'ensemble est rémunérée par la CPAM, mais l'agent qui l'aide dans ses travaux est rémunéré par l'URSSAF.

Enfin, dans ces caisses où la démarche de mutualisation constitue manifestement un impératif, on observe de très grandes différences selon les régions. Les CPAM de Franche-Comté, par exemple, ont engagé un processus multiforme. En revanche, dans le Nord, la mutualisation, hormis la plate-forme téléphonique, est longtemps restée un sujet de discussions, comme le montre le cas de Maubeuge. On notera cependant qu'une démarche de mutualisation mal maîtrisée peut nourrir des réticences. C'est le cas en Moselle, où la répartition des apports en personnel à la mutualisation entre Metz, Sarreguemines et Thionville ne paraît pas encore stabilisée.

c) Les autres caisses

Les indicateurs de la caisse des Alpes-Maritimes étant contrastés - certains excellents, d'autres mauvais - un contrôle s'imposait, dont il résulte que les principaux dysfonctionnements semblent liés au passé (des difficultés à l'agence comptable), même si des problèmes ponctuels subsistent, notamment dans le domaine des créances prescrites.

Les caisses du Val-d'Oise et de Paris, dont les sureffectifs sont anciens¹⁶⁶, connaissent des évolutions contrastées. La CPAM du Val-d'Oise s'est engagée dans une vigoureuse réorganisation et va diminuer le nombre de ses sites de production de 23 à 11 et en même temps les spécialiser. Dans le même temps, elle est parvenue à réduire le coût du BAP de plus de 5 % entre 2005 et 2006. En revanche, le projet d'entreprise mis tardivement en place à Paris ne semble pas suffisamment conçu dans cette optique. La fonction d'accueil physique y est en cours de refonte, mais paraît encore surdimensionnée. Outre les permanences implantées de manière discutable dans 51 structures (dont 15 hôpitaux), on comptera à terme 23 centres spécialisés recevant le public, certains très proches les uns des autres, ainsi que des points d'accueil spécialisés destinés aux publics précaires. A quoi il faut ajouter le projet de cinq agences dédiées aux professionnels de santé, dont le nombre laisse perplexe.

Le circuit du courrier, qui à lui seul induit des délais importants, est complexe et confus. Le contrôle interne, difficile dans pareil cadre, demeure insuffisant, la gestion des créances est mal maîtrisée, comme le montre l'examen des créances prescrites (voir infra), du fait d'un manque d'harmonisation entre les services de l'ordonnateur et ceux du comptable. La fréquence des rejets de liquidation dit « Iris » restait élevée au moment

166. Ce qui se traduit par une sous-productivité des pôles production et fonctions-support et donc pour des coûts de gestion unitaires excessifs.

du contrôle. Depuis lors cependant, des procédures d'analyse¹⁶⁷ ont été instaurées. Enfin, les fonctions support représentent le quart du personnel de l'organisme. La gestion des ressources humaines par exemple mobilise 3,2 % de l'effectif de la caisse, ce qui est manifestement excessif. En d'autres termes, il conviendrait d'infléchir le projet d'entreprise de la CPAM de Paris dans le sens d'une meilleure efficience.

2 – La branche famille

Les indicateurs d'alerte ont principalement mis en évidence les difficultés de deux types d'organismes : en premier lieu, ceux qui correspondent à un petit département (Haute-Saône) ou à une subdivision de département (Elbeuf, Aubenas -étudiée en même temps qu'Annonay pour disposer d'une vue complète sur l'Ardèche- et Roubaix-Tourcoing) ; en second lieu, deux organismes de la région parisienne (Yvelines et Seine Saint-Denis). La seule caisse uni-départementale de taille moyenne ayant donné lieu à alerte et contrôle est celle de Saint-Brieuc.

a) Les problèmes des caisses à faible effectif de bénéficiaires

Dans ces caisses, différents problèmes structurels se cumulent, qui se résument à l'inadéquation des moyens aux besoins. De façon générale, plus la caisse est petite, plus est grand le poids relatif des fonctions support. A fortiori, si la population couverte n'augmente pas, la productivité globale ne peut s'améliorer que faiblement.

Cependant, il existe des cas d'hypertrophie manifeste de ces fonctions. Tel est le cas à Roubaix-Tourcoing, avec 8 agents ETP¹⁶⁸ dédiés à l'informatique (moyenne : 5,4 pour les CAF du même groupe), 18,2 ETP relevant du secteur études et organisation et 15,3 ETP consacrés au service de gestion des biens, du budget et des marchés (contre 8,7), alors que les services de production sont sous-dotés (67,9 ETP contre 81,6). La traduction de cette situation sur les résultats est sans appel : le solde de pièces à traiter en fin de mois est excessif.

Par ailleurs, certaines de ces petites caisses éprouvent, parfois, quelque difficulté à se désengager de leurs œuvres (crèches notamment), spécialement quand la situation y est dégradée : la moitié de

167. L'exploitation typologique de ces rejets est seule de nature à en permettre la diminution. Un travail conduit à la CPAM de Maubeuge a ainsi permis de mettre en lumière une typologie des erreurs et un fichier des professionnels inexpérimentés, ce qui a induit la production de documents standardisés adressés ensuite aux intéressés.

168. Chiffre calculé en équivalents temps plein. Il y a davantage d'agents à cause des temps partiels.

l'absentéisme de la CAF d'Elbeuf provient de la crèche, avec 31,5 jours d'arrêt en moyenne par personne en 2006. La communauté d'agglomération doit reprendre cette structure.

Certaines CAF de ce type montrent des signes d'engorgement qui peuvent se manifester diversement. Par exemple, certaines ont peu d'indus et un taux de recouvrement de ceux-ci satisfaisant. Mais à la CAF d'Annonay, ce résultat, en 2005, s'explique par l'absence de rapprochements avec les ASSEDIC, le CNASEA et l'ANPE¹⁶⁹ (on note le même phénomène en Haute-Saône en 2006). Or les échanges d'informations fréquents avec ces organismes sont un moyen très efficace pour vérifier l'exactitude des déclarations. La faiblesse du contrôle explique ainsi le peu d'indus.

A l'évidence, certaines fonctions ne peuvent pas être exercées à l'échelle de si petites structures à des coûts raisonnables. La mutualisation est une solution minimale, mais indispensable. Or force est de constater qu'elle n'est guère développée dans les caisses contrôlées et, si l'entraide fonctionne (cas d'Aubenas aidée par Annonay), c'est parfois au détriment de la CAF qui apporte l'aide.

b) La CAF de Saint-Brieuc

La CAF de Saint-Brieuc illustre fort bien les répercussions fâcheuses que peuvent avoir les décisions d'une période antérieure. De 1995 à 2003, cette CAF n'a formé aucun technicien conseil. Subitement, en 2004, elle en a recruté une quinzaine, mais les techniciens ne sont entrés en fonction qu'en 2006¹⁷⁰. Pendant ce temps, la situation du service prestations s'est fortement dégradée. Il y a été fait face grâce à divers expédients : fermetures momentanées de points d'accueil ou de l'accueil téléphonique, recours à des CDD inexpérimentés, externalisation de la saisie... Ces diverses mesures se sont répercutées sur l'absentéisme du service de production et, plus généralement, sur l'ambiance de travail¹⁷¹, sans que les résultats se redressent significativement.

169. Les rapprochements étant à nouveau faits en 2006 à Annonay, les indus croissent. La CAF explique ses difficultés de 2005, entre autres, par des anomalies alors rencontrées dans les chaînes de traitement informatique.

170. Il faut deux ans pour qu'un technicien devienne pleinement opérationnel.

171. Les conclusions d'un audit demandé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ont conduit le DRASS à organiser, avec l'accord de la direction de la caisse, un audit conjoint avec l'inspection du travail.

c) Les CAF de la région parisienne

Les CAF de la région parisienne, de façon générale, ne sont pas les plus performantes du réseau. La CAF des Yvelines et celle de Seine Saint Denis ont fait l'objet d'un contrôle en raison d'indicateurs très dégradés. De 2005 à 2006, la position relative de la CAF des Yvelines s'est améliorée par rapport au reste du réseau, mais pas celle de la Seine Saint Denis. Dès leur création en 1991, ces deux caisses étaient en situation de sureffectifs. La CAF de Seine-Saint-Denis a pu pour l'essentiel les résorber du fait de la conjonction de différents facteurs¹⁷². Il n'en va pas de même dans la CAF des Yvelines : bien que son coût moyen par allocataire ait diminué de 8,7 % entre 2004 et 2006, il dépasse encore de 18,4 % le coût moyen national. Il est vrai que ces organismes, d'une part, doivent faire face à une importante rotation de la population couverte¹⁷³ et d'autre part hébergent des services communs aux CAF de la région parisienne, sans une comptabilité analytique permettant de faire suffisamment la part des choses. Une comptabilité analytique expérimentale est toutefois en cours de mise en place dans les Yvelines qui permettra, une fois généralisée, un contrôle de gestion dans toute la branche.

3 – Le recouvrement

Les huit URSSAF contrôlées par les COREC¹⁷⁴ et celle de l'Aube, contrôlée par la Cour, se caractérisent, à l'exception de Lyon et, dans une moindre mesure, du Haut-Rhin, par leur petite taille. Toutes ces unions ont pour cadre d'action leur département, à trois exceptions : Lyon, qui se partageait lors du contrôle le Rhône avec Villefranche/Saône¹⁷⁵, Belfort-Montbéliard, qui résulte de la fusion récente (2005) des anciennes unions éponymes ; et enfin Ajaccio, qui couvre l'ensemble de la collectivité corse.

172. Départs en retraite non remplacés, augmentation de la population départementale (aujourd'hui arrêtée) ainsi que plus grande complexité des dossiers à traiter. En effet, selon les aides et les populations visées, la durée de traitement des dossiers est très variable. L'indicateur de coût global pondéré établi par la CNAF prend en compte ces facteurs, mais trop faiblement, selon la caisse.

173. 22 % par an dans les Yvelines.

174. Cantal, Corse, Eure et Loir, Roanne, Haut-Rhin, Lyon, Haute-Saône, Belfort-Montbéliard.

175. L'arrêté du 28 mai 2008 crée l'URSSAF du Rhône par fusion des URSSAF de Lyon et de Villefranche-sur-Saône.

L'union fusionnée de Belfort-Montbéliard doit être mise à part. Ses difficultés semblent avoir été momentanées et liées à la fusion elle-même. Seul reste un coût de fonctionnement élevé, mais il est dû à des sureffectifs qui devraient se résorber dans les années à venir.

Le même problème de coût existe dans les URSSAF du Cantal, de Corse¹⁷⁶, de Haute-Saône, pour les mêmes raisons. Il se résout ou devrait se résoudre progressivement. Toutefois, on notera que l'union du Haut-Rhin, signalée pour ce problème en 2005, ne l'est plus en 2006. En outre, bien d'autres petites URSSAF n'ont pas le même problème.

De façon générale, il y a peu d'indicateurs qui, d'une année sur l'autre, donnent les mêmes signes de faiblesse dans la même URSSAF, la seule exception étant l'union de Roanne, avec des difficultés récurrentes dans la répartition des cotisations entre branches. L'union de l'Aube présente des symptômes assez voisins.

Pendant, on observe qu'une part des difficultés tient sans doute à la complexité croissante de la réglementation applicable. A cet égard, la réorganisation, à Lyon -qui est une des URSSAF les plus importantes de France- du service de gestion des comptes cotisants en deux pôles spécialisés (grandes et moyennes entreprises, petits employeurs) dans chacun desquels les agents ont conservé une pluricom pétence depuis l'affiliation jusqu'au recouvrement forcé, a permis de meilleurs résultats, tandis que le développement du rappel téléphonique des cotisants défaillants a abouti à une amélioration significative du taux de recouvrement et à la diminution du délai de transmission, si besoin, au service contentieux. Comme une petite URSSAF ne peut pas, faute de personnel, faire la même chose, il convient d'en tirer les conséquences en termes de mutualisation ou de fusion. Encore faut-il que celle-ci soit lisible et compréhensible par tous, ce qui n'est pas toujours le cas, comme le montre l'exemple de l'Aube dont l'URSSAF est insérée dans plusieurs réseaux distincts de mutualisation.

D – Le régime agricole

Les contrôles ont porté sur six caisses ou fédérations de caisses : fédération des Côtes normandes¹⁷⁷ (Calvados et Manche), fédération Grand Sud (Aude et Pyrénées-Orientales), caisse du Cœur de Loire, (fusion des caisses du Cher et du Loiret) et enfin les caisses unidépartementales de l'Indre, de l'Oise et du Var.

176. Laquelle doit compter en outre avec des frais de sécurisation élevés et une indemnité (réglementaire) compensatoire versée au personnel pour frais de transport.

177. Où étaient en cause seulement des délais comptables aujourd'hui rattrapés.

La caisse Cœur de Loire et la fédération Grand Sud ont été signalées pour leur coût net de gestion excessif et une proportion trop importante de prestations payées au titre de l'exercice antérieur. Les caisses mettent en avant dans leur réponse l'incidence des réorganisations suite à fusion. Pour le coût de gestion, une diminution a depuis été observée dans les deux cas, mais dans une proportion équivalente à celle de l'ensemble du régime¹⁷⁸.

Les caisses unidépartementales de l'Indre, du Var et de l'Oise - cette dernière en cours de fusion au sein de la fédération de Picardie - présentent des motifs d'alerte différents. L'Oise et l'Indre se caractérisent par un coût de gestion élevé, au contraire du Var qui, malgré une dégradation, est encore en deçà de la moyenne nationale. Dans un contexte de réduction de la population couverte, seuls de gros efforts de productivité permettront une amélioration. Ils semblent possibles, si on titre profit des réorganisations engagées (ou si, dans le cas du Var, on procède aux choix indispensables, pour insérer la caisse dans une structure plus large).

III - Les créances prescrites

Les organismes de sécurité sociale détiennent beaucoup de créances de montants très divers et souvent assez faibles. La réglementation prévoit la possibilité d'abandon des faibles créances ainsi que l'admission en non valeur de celles dont le débiteur est introuvable ou insolvable. Les autres créances doivent être suivies. Or, elles ne le sont pas toujours et se trouvent donc prescrites, tout en restant inscrites dans les bilans.

Une opération d'apurement des comptes devrait être engagée sous peu. Les règles (qui doivent faire l'objet d'un décret en conseil d'Etat) en seraient les suivantes : admission en non valeur des créances prescrites avant le 1^{er} janvier 2006, sous réserve d'un provisionnement intégral et de l'existence de dispositifs de nature à en éviter le renouvellement.

Les contrôles des COREC dont il est rendu compte ci-après ont constitué la dernière étape d'un travail entrepris sur cette question par la direction de la sécurité sociale dès 1996, date à laquelle les créances

178. Dans le contexte général de la mutualité sociale agricole, où la population couverte, en général, diminue, les gains d'efficience sont très difficiles à réaliser. Les réductions d'effectifs sont pourtant importantes : 30 agents en moins en Grand Sud en 2006-2007, 25 en Cœur de Loire en 2007.

prescrites avaient été évaluées à 1 Md€ Les COREC ont dressé par sondage en 2007 un état des lieux actualisé dont il est rendu compte ici.

A – L’implication des têtes de réseau

L’implication des caisses nationales des trois réseaux contrôlés par les COREC (famille, maladie et recouvrement), dans la prévention des créances prescrites, pour récente qu’elle soit parfois, s’est traduite dans divers dispositifs de contrôle interne. En revanche, les outils informatiques utilisés ne présentent pas encore toutes les fonctionnalités requises.

1 – Des instructions à peu près complètes

Dans le recouvrement, les initiatives les plus anciennes de l’ACOSS ont coïncidé avec les premiers travaux de la DSS s’inquiétant du traitement local peu rigoureux des créances prescrites. Depuis lors, l’ACOSS a diffusé un ensemble d’instructions et de standards de pratiques recommandées (SPR) couvrant le champ concerné. Un SPR relatif à la prévention de la prescription sera diffusé dans le réseau en 2008.

Dans la branche maladie, les instructions de la CNAMTS, moins nombreuses, se bornent à répercuter les instructions techniques de la DSS. En revanche, le plan de maîtrise socle (PMS) défini par la CNAMTS identifie bien le risque. Le niveau d’achèvement des plans de maîtrise locaux, qui sont la déclinaison locale des PMS, était cependant très variable au moment des contrôles. L’organisation insatisfaisante des services peut également constituer une source de dysfonctionnements (comme à Paris ou dans les Alpes-Maritimes).

Dans la branche famille enfin, les instructions sont nombreuses mais récentes (de 2006 essentiellement). La CNAF a élaboré en 2005 un plan qui recense un grand nombre d’actions spécifiques. Quasiment tous les organismes locaux se sont dotés des outils appropriés, en général régulièrement actualisés, mais des problèmes de coordination entre services ont toutefois été soulignés par les COREC. Des protocoles de gestion des créances entre le directeur et l’agent comptable ont été élaborés dans certaines caisses et devraient remédier à ces difficultés.

2 – Des outils informatiques perfectibles

a) Le recouvrement

Le système informatique national (SNV2) présente les principales fonctionnalités nécessaires pour une gestion efficace des créances : intégration des actes interruptifs ou suspensifs, automatisation des envois ou encore suivi des titres transmis aux huissiers, extraction d'états périodiques. Ces derniers ne fournissent toutefois qu'une liste des créances présumées prescrites et une vérification complémentaire approfondie est nécessaire. Il est fait état de cette difficulté en Vendée et dans le Calvados (le SNV2 n'indiquant pas le motif de la prescription, il faudrait tenir les dossiers à la main) ou encore de l'obligation pour les agents de calculer eux-mêmes la date de prescription dans les Bouches du Rhône (le SNV2 n'indiquant pas de date de prescription en fonction des événements encodés).

b) La branche maladie

L'application nationale Dettes est la base centrale unique, permettant la gestion et la comptabilisation des créances et des dettes. Des interfaces existent entre les applications Dettes, Progrès (pour la liquidation des dossiers) et Copernic (logiciel comptable). L'applicatif connaît cependant des limites puisqu'il identifie bien les créances prescrites en tant qu'outil de comptabilité auxiliaire mais ne permet pas effectivement d'en assurer le suivi. Les organismes locaux ont donc le plus souvent mis au point des tableurs pour compléter le suivi des créances, assurer leur recouvrement et en prévenir la prescription.

Ainsi, les auditeurs ont constaté à la CPAM de Paris qu'il n'était pas possible d'effectuer automatiquement des relances, des mises en demeure et des contraintes. Les créances prescrites ne pouvaient pas être individualisées et le motif de la prescription ne pouvait être connu. Le suivi des échéanciers était dès lors manuel. En Haute-Corse, le suivi des titres transmis aux huissiers est effectué au moyen d'un applicatif local.

A la CPAM des Yvelines, il a été noté que les requêtes pour la surveillance de la prescription ou la sélectivité des poursuites n'existaient pas. Le service juridique s'est doté d'outils internes qui imposent de longues saisies de données. Des extractions de l'applicatif sont effectuées manuellement et retraitées mensuellement. Des remarques assez proches ont été notées à Quimper et dans les Alpes-Maritimes.

c) La branche famille

Dans la branche famille, les systèmes d'information sont relativement complets, bien que certains outils soient très récents. L'applicatif national CRISTAL permet la gestion de la phase amiable. CORALI, autre applicatif national fonctionnant en interface avec CRISTAL¹⁷⁹, intègre depuis 2006, dès l'implantation d'une créance, un système de surveillance de la prescription à partir de l'enregistrement et du suivi des actes interruptifs et suspensifs, à condition que les faits générateurs soient saisis.

Selon les COREC, ces applications souffrent cependant de défauts significatifs : l'application systématique d'une prescription biennale fausserait le recensement, imposant une vérification manuelle ; les motifs de prescription seraient trop peu explicites ; le suivi individualisé des créances serait difficile ; la répartition des versements sur plusieurs créances en cas de multi-créances impossible.

B – Les observations des COREC

Les rapports ont mis en lumière une utilisation globalement conforme des procédures d'admission en non valeur, annulation, abandon de créances ou remise gracieuse, ainsi qu'une gestion satisfaisante des créances prescrites dans de nombreux organismes. En témoignant notamment les caisses qui n'ont plus laissé se prescrire de créances depuis plusieurs exercices (CPAM de Tourcoing, Saint-Quentin et Quimper, CAF de la Manche, de la Corrèze et du Lot-et-Garonne). Dans d'autres organismes en revanche, la situation est moins satisfaisante, soit en raison d'une mauvaise évaluation de l'antérieur, soit parce que les dispositifs de prévention ne sont pas encore pleinement efficaces.

1 – Dans la branche recouvrement

La plupart des URSSAF auditées ont mis en place un plan de contrôle interne ou des mesures spécifiques visant à prévenir la prescription des créances. Il s'agit dans certains organismes d'une organisation récente datant seulement de 2006, voire 2007.

Sur le total de 42 M€ examinés dans 13 URSSAF, les COREC ont cependant estimé que trois caisses devaient encore fiabiliser le montant susceptible d'être apuré : Corse, Aude et Lille. Ces deux dernières ne

179. Ce qui répond à l'une des observations formulées par la Cour à l'occasion du premier travail de synthèse mené en 2004 sur les créances prescrites.

présentaient pas, de surcroît, selon les auditeurs, un dispositif suffisamment développé de prévention.

Un précédent contrôle de l'URSSAF de Lille avait pointé des faiblesses dans l'utilisation de l'outil SNV2 et des lacunes dans la compréhension et l'utilisation des règles de suspension de prescription. Depuis lors l'union a mis en œuvre des mesures diversifiées de redressement, mais des créances ont continué à être notées comme prescrites en 2007 (près de 250 000 € au 30 septembre). A l'URSSAF de l'Aude, les traitements de surveillance issus du SNV2 ne paraissaient pas maîtrisés, compte tenu des difficultés rencontrées lors du contrôle pour obtenir un état fiable et stabilisé des créances prescrites.

2 – Dans la branche maladie

Sur le montant total des créances prescrites recensées dans les CPAM contrôlées (24 M€ environ, dont plus du tiers à Paris), une proportion importante (56 %) restait à fiabiliser à l'issue des contrôles sur place. D'autres montants ne l'ont été que pendant l'audit.

A la CPAM de Paris, les rapporteurs ont jugé que certaines créances prescrites avaient pu échapper au recensement car le plan de maîtrise local était trop récent et la supervision encore inexistante. L'écart s'est ainsi révélé important entre le montant des créances de gestions techniques prescrites au début de l'audit (3,9 M€) et le montant final après contrôle (8,8 M€¹⁸⁰). En outre, au jour de l'audit, le protocole de gestion des créances techniques entre le directeur et l'agent comptable n'était pas signé. L'automatisation des relances n'était toujours pas opérationnelle. Divers dysfonctionnements graves ont été notés dès la phase de constat de la créance, traduisant un défaut de maîtrise du risque de prescription : absence de dossier justificatif ou même notification de la créance dans un délai supérieur au délai de prescription. Sur l'échantillon de créances saisies dans Dettes en 2007 et contrôlées par le COREC il est ressorti que presque la moitié (48 %) comportait une mention « dossier non trouvé », « sans acte », « chèque non encaissé » ou encore « créance saisie et notifiée hors délai de prescription ».

Le rapport de contrôle de la CPAM des Alpes maritimes est assorti de 18 recommandations, dont certaines concernent l'état récapitulatif : des créances non prescrites s'y trouvaient, alors que d'autres réellement prescrites n'y figuraient pas. La conclusion est qu'une demande d'apurement ne serait pas susceptible de recevoir un avis favorable.

180. Auxquels il faut ajouter près de 2,4 M€ de créances prescrites concernant les gestions budgétaires.

Enfin, à la CPAM de Corrèze, l'état des lieux arrêté au 31 décembre 2006 s'est révélé erroné : créances enregistrées à tort comme prescrites et réciproquement. Par ailleurs, certains dossiers n'ont pu être retrouvés. Cette situation a conduit le nouvel agent comptable à mettre en œuvre un plan d'actions.

3 – Dans la branche famille

Les rapports de contrôle font état de deux montants encore à fiabiliser. Dans les Alpes-Maritimes, des incertitudes demeurent sur le bien fondé de la présomption de prescription et donc sur le nombre et le montant des créances réellement prescrites. A l'inverse certaines créances prescrites ne sont pas recensées. A Montpellier, l'opération d'extraction menée en 2006 a entraîné la découverte de dossiers de créances déclarées à tort prescrites.

4 – Observations finales

Malgré ces observations, les créances prescrites restant dans les comptes des caisses des trois réseaux du régime général contrôlés par les COREC ont paru dans leur grande majorité correctement évaluées et gérées. Ce constat contraste avec les conclusions de 2004, qui avaient relevé des situations insatisfaisantes dans près de la moitié des organismes contrôlés.

Au total, le risque de prévention est donc de mieux en mieux pris en compte dans les dispositifs de contrôles interne déployés dans les caisses locales. Certains organismes peinent cependant à mettre en place des circuits et des procédures véritablement sécurisés. La question des créances prescrites n'est alors que l'une des traductions d'un problème organisationnel plus vaste. Ce point devrait encore mobiliser l'attention des caisses nationales qui ont déjà, sous réserve des perfectionnements encore nécessaires, mis à jour leurs applications informatiques.

IV - Le contrôle interne dans les caisses de mutualité sociale agricole

En 2007, les COREC ont examiné comment les 22 CMSA¹⁸¹ contrôlées avaient mis en œuvre le dispositif conçu par la caisse centrale.

181. Ou fédérations de CMSA. Il y avait, au 31 décembre 2006, 49 CMSA ou fédérations.

Ils ont cherché également à en mesurer les effets en termes de sécurisation du fonctionnement et d'évolution des taux d'erreurs.

A – Pilotage et organisation

1 – Une démarche partant de la caisse centrale

La démarche de contrôle interne dans le régime agricole a été initiée par le décret du 26 juin 2003, soit dix ans après le régime général.

La caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) a privilégié une politique de contrôle interne « par le haut » : un référentiel national des processus métiers par type d'organismes a donc été élaboré ainsi qu'un référentiel des « bonnes pratiques » associées. Les caisses locales ont été invitées à un travail d'évaluation et d'analyse de leurs procédures de travail avant de mettre en œuvre les « bonnes pratiques. Dans une seconde phase, il devait être procédé à la recherche des risques résiduels et des actions de parade correspondantes. Seule la première phase était en voie d'achèvement lors du contrôle des COREC.

2 – Des dispositifs locaux trop disparates

Certaines caisses n'ont pas souhaité se doter d'une véritable structure en charge du contrôle interne ; dans d'autres, malgré la désignation d'un coordonnateur et de référents, la démarche ne paraît pas avoir conduit à la modification des pratiques.

Certaines caisses n'ont pas établi, ou très tardivement, de protocole de contrôle interne entre le directeur et l'agent comptable et les plans de contrôle interne sont parfois de simples transpositions du plan national sans travail préalable d'analyse des enjeux et risques locaux.

Ainsi à la CMSA d'Ile-de-France, le directeur général a délégué tous ses pouvoirs à l'agent comptable pour mener à bien les opérations s'attachant au contrôle interne. Cette délégation, non formalisée, a valeur de protocole implicite pour la caisse, mais fait peser des doutes sur la capacité de l'organisme à maîtriser un risque lié à un processus où interviennent les services de l'ordonnateur et ceux du comptable.

L'organisation mise en place dans la CMSA de Corse ne prévoit ni groupe de travail, ni outil, ni personnel propre (hors la coordinatrice du contrôle interne) et il n'y a pas de plan de contrôle interne.

Au sein de la CMSA du Pas-de-Calais, le plus récent protocole est très éloigné des principes du protocole national et, selon le rapport des COREC, n'est pas conforme à l'esprit et à la lettre du contrôle interne.

Dans les Deux-Sèvres, le plan national tient lieu de plan local. L'objectif prioritaire de la caisse est de mettre en place les bonnes pratiques dans les meilleurs délais et de procéder aux vérifications comptables. En Lorraine également, la caisse n'avait pas élaboré de plan de contrôle interne lors du contrôle COREC. Il n'était donc pas possible de connaître les actions prioritaires mises en place.

3 – Une démarche nationale peu relayée localement

Les outils nationaux mis à disposition du réseau par la caisse centrale, jugés parfois rigides et peu adaptés aux contextes locaux, parfois comme ne présentant pas toutes les fonctionnalités désirées, ne sont pas toujours utilisés. L'outil Malices notamment, qui sert à bâtir des requêtes sur les données saisies dans l'outil « contrôle interne », est très critiqué.

Des applications locales ont parfois été développées en parallèle. Mais certaines ont été jugées par les COREC moins performantes que l'outil national (Pas-de-Calais) ou nécessitant une double saisie (Ile-de-France).

Les bilans annuels demandés de réalisation des actions inscrites dans le plan de contrôle interne des organismes sont encore trop souvent succincts. Les audits, qui devraient permettre d'évaluer l'application dans le temps des bonnes pratiques, sont embryonnaires. Beaucoup de caisses attendraient une initiative de la caisse centrale sur ce sujet. Les autres cantonnent la démarche à l'examen de quelques procédures ou bonnes pratiques, sans audit global de l'ensemble du dispositif.

B – La mise en œuvre des bonnes pratiques

Les « bonnes pratiques » validées par le comité de pilotage national ont été diffusées dans le réseau par lots, selon un rythme trimestriel, jusqu'au début de 2008. Leur réception, mise à l'étude et validation dans les caisses locales, ont été examinées par les COREC, qui ont mesuré également combien de pratiques locales avaient été préférées et subsistaient dans les organismes.

1 – Une validation trop souvent automatique

Deux constats ressortent des contrôles : d'une part, la plupart des caisses se sont efforcées de suivre le calendrier de diffusion des bonnes pratiques en négligeant la phase d'étude et d'analyse. Les dossiers examinés sont alors sommaires et peu explicites. A contrario, quelques caisses procèdent à une véritable étude détaillée de leurs pratiques locales

avant de valider la bonne pratique nationale. Paradoxalement, le retard que cette démarche leur fait accumuler paraît un bon signe.

Malgré l'importance du travail pris en charge par la caisse centrale, nombre de caisses locales se contentent d'une validation quasi automatique des bonnes pratiques nationales, sans rénover significativement leur fonctionnement. Les modes d'organisation retenus visent alors essentiellement à remplir l'obligation de remontée rapide des informations à la caisse centrale.

Par exception, les caisses engagées dans une opération de regroupement ou de fusion, ont tiré un meilleur parti du contrôle interne¹⁸², car l'analyse et la validation des bonnes pratiques leur ont permis d'harmoniser leurs procédures sur les différents sites concernés.

De la même façon, la démarche d'analyse des risques est peu aboutie. La majorité des caisses attendent sur cette question les initiatives de la caisse centrale. La définition en 2004 de risques associés aux bonnes pratiques et d'actions de parade recommandées a été appréciée localement, mais est restée sans suite.

2 – L'efficacité des bonnes pratiques n'est pas mesurée

L'un des objectifs du contrôle était de mesurer l'effet des bonnes pratiques sur les résultats des contrôles : diminution des indus, des rappels, des corrections de données administratives... Or la majorité des caisses sont dans l'incapacité de le faire, car elles ne disposent d'aucun indicateur quantitatif ou qualitatif à cet effet. La mesure du niveau de sécurisation offert par le dispositif est donc insuffisante.

Le contrôle, par les COREC, de la mise en œuvre de quatre bonnes pratiques, a fait apparaître des failles dans les procédures et un défaut assez général de suivi et d'évaluation par les caisses locales. Leurs conclusions conduisent à considérer avec prudence l'indicateur de taux de couverture du référentiel de contrôle interne, qui, déclaratif, ne traduit que très imparfaitement la réalité des organismes.

182. Le mouvement de concentration qui impacte actuellement la mutualité sociale agricole se déroule en général en deux temps : dans un premier temps, est constituée une fédération qui devient l'employeur unique des agents des caisses constitutives et organise des mutualisations ; dans un deuxième temps, les caisses fusionnent et la fédération se fond dans une caisse unique.

C – Les vérifications comptables

Les agents comptables des caisses doivent procéder à la vérification par sondage des cotisations et des prestations liquidées. Ces vérifications, qui préexistaient au contrôle interne mais doivent désormais s’y intégrer, portent, soit sur des thèmes locaux relevant du choix des organismes, soit sur des cibles nationales.

1 – Vérifications comptables et contrôle interne

Depuis 2007, la caisse centrale diffuse une instruction relative à la vérification comptable incluant le contrôle du respect des bonnes pratiques. Cette coordination entre les deux versants du contrôle interne n’est pas encore entièrement perçue dans les caisses et les COREC ont relevé, le plus souvent, l’absence de lien entre la sécurisation des procédures et les résultats des vérifications. En fait, dans la majorité des cas, l’instruction de la caisse centrale ne donne lieu à aucun développement complémentaire local. Les procédures de contrôle proprement dites sont rarement formalisées.

La constitution d’échantillons n’obéit que peu souvent à une méthodologie précise, ce qui rend délicate l’extrapolation des résultats à l’ensemble des opérations de même nature. Les vérificateurs comptables disposent d’une grande autonomie dans l’organisation et la réalisation de leur travail, qui paraît assez peu encadré et ne fait presque jamais l’objet d’une supervision par l’agent comptable.

2 – Les taux d’erreurs restent élevés

Les taux d’erreurs relevés par les COREC sont en apparence élevés. Cela peut s’expliquer, au moins temporairement, dans les fédérations confrontées aux changements de métier des techniciens. Ainsi dans la CMSA de Lorraine, le taux global moyen d’erreurs constatées qui s’établissait à 3,71 % en 2005, s’est élevé à 9,34 % en 2006.

Dans l’ensemble des caisses de l’échantillon, les taux d’erreur avec incidence financières en tous domaines vont de 0 % en Corse¹⁸³ à 10,75 % en Gironde¹⁸⁴ (moyenne : 5,54 %, médiane : 4,31 %) et, en

183. En Corse, ainsi, les anomalies détectées mais rectifiées n’étaient pas décomptées dans les erreurs.

184. Ces erreurs seraient essentiellement dues à des dossiers d’indemnités journalières. Le taux serait retombé à 2,4 % en 2007.

prestations familiales, s'étagent de 0 % en Corse, à 19,61 % en Alsace (moyenne : 6,74 %, médiane : 3,91 %).

Les taux d'erreurs nuls sont généralement interprétés comme des signaux d'alerte, faisant craindre une défaillance grave des contrôles. Dans l'hypothèse la plus favorable ils trouvent leur origine dans une réorganisation et une rationalisation du traitement des dossiers (création d'unités spécialisées, regroupement des dossiers complexes). Dans d'autres cas en revanche, ils tiendraient à des défaillances dans le mode de comptage des anomalies.

Deux sources principales d'erreurs ont été recensées par les COREC : les erreurs de saisie¹⁸⁵ et la mauvaise application de la législation. La prépondérance de ces motifs milite pour la recherche de solutions adaptées (regroupement des dossiers complexes, ouvertures d'unités spécialisées, formations complémentaires...), ce qui ne semble pas encore le cas dans toutes les entités. La sécurisation en amont, dans les applicatifs eux-mêmes, souhaitée par certaines caisses, ne saurait les dispenser d'effectuer un travail approfondi d'analyse de leurs taux d'erreur. Des réponses adaptées devraient en particulier pouvoir être apportées par le biais du choix des thèmes locaux de contrôle.

De la même façon que les résultats des contrôles sont peu analysés, le suivi des corrections et plus largement des mesures prises pour prévenir la reproduction des erreurs, est insuffisant. Des réponses trop tardives, laconiques ou inadéquates ont été relevées sur ce point.

Même si la plupart des caisses déclarent être à jour dans la mise en œuvre des bonnes pratiques, la réalité est plus contrastée. Un dispositif plus directif, laissant moins de place à l'auto-appréciation locale du bien fondé des bonnes pratiques ou des actions de parade à mettre en œuvre, pourrait conforter la démarche. Mais il devrait s'accompagner d'un effort pédagogique sur le bien fondé et l'utilité pour tous du contrôle interne.

L'audit des plans locaux de contrôle interne devrait devenir une priorité. Il donnerait à la caisse centrale une information plus précise sur la réalité du déploiement de son dispositif. En outre, cet audit sera indispensable à l'agent comptable de la CCMSA pour valider, conformément aux normes applicables, les comptes des caisses et fédérations du réseau. A leur tour, les commissaires aux comptes chargés

185. Selon la caisse d'Alsace, deux cinquièmes de ses erreurs tiennent à l'encodage géographique. Une automatisation aurait été mise en place pour en éviter le renouvellement.

de la certification des comptes combinés devront apprécier la qualité et l'efficacité de cet audit. C'est dire qu'il s'agit là d'un enjeu stratégique.

V - Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

PRESENTATION

Les charges sociales versées par l'Etat ont atteint 10 739 M€ en 2007, dont 5 550 M€ de cotisations d'assurance maladie et 2 972 M€ au titre des allocations familiales, sur la base de la législation actuellement appliquée (mais la Cour a déjà souligné le caractère contestable des réductions d'assiette et de taux dont bénéficient les employeurs publics)¹⁸⁶.

L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit que la Cour contrôle les paiements des contributions sociales dont sont redevables les administrations centrales de l'Etat, les services déconcentrés étant contrôlés par les URSSAF et les CGSS. La juridiction a rendu compte, dans ses précédents rapports, des contrôles effectués sur les collaborateurs occasionnels et sur le ministère de la justice. Ce chapitre présente les contrôles auxquels la Cour a procédé en 2008 sur le ministère de l'agriculture et de la pêche (MAP) ainsi que les contrôles réalisés pour la première fois par les URSSAF sur les services déconcentrés de l'Etat.

A – Le contrôle du ministère de l'agriculture et de la pêche

1 – Une gestion de personnel très centralisée

Bien que doté d'un large réseau de services déconcentrés et d'établissements d'enseignement technique, ce ministère se caractérise par la forte centralisation de la gestion de son personnel, puisque moins de 7 % des 44 489 agents recensés dans le ministère à la mi-2008 étaient gérés au niveau local (pour l'essentiel des contractuels locaux et des

186. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 158 et suivantes : « Le montant de la perte de recettes peut donc être estimé à environ 4,5 Md€ pour l'ensemble du secteur public, dont 3,1 Md€ pour l'Etat (...) ».

agents du ministère affectés dans les services déconcentrés en collectivités d'outre-mer hors DOM¹⁸⁷).

Le ministère de l'agriculture a restreint le champ de la gestion locale, en faisant passer de nouvelles catégories de personnel sur les circuits de paiement centraux. Compte tenu des risques en termes de sécurité juridique et de qualité des contrôles inhérents à ce mode de gestion, le ministère s'est fixé comme objectif l'élimination de la paie par mandatement dans les services déconcentrés au 1^{er} janvier 2009.

Cet objectif a déjà été réalisé pour le paiement des vacances des membres des jurys de concours, qui, jusqu'en 2005, étaient payés par mandat par les directions régionales de l'agriculture sur des crédits délégués par l'administration centrale. Le passage à la paie sans ordonnancement préalable (PSOP) pour tous les intervenants constituera un progrès même si les premières applications ont suscité, dans un premier temps, des retards de paiement aujourd'hui en phase de résorption.

La gestion de personnel centralisée s'appuie sur une chaîne de traitement de l'information intégrée, de la saisie des données au niveau local à la génération des mouvements de paie à destination du Trésor public. Cette organisation de la PSOP au sein du ministère de l'agriculture favorise l'harmonisation des pratiques des gestionnaires. Elle constitue un élément de sécurisation du traitement des rémunérations et par là même du paiement des contributions sociales de l'Etat employeur. Les contrôles réalisés sur le flux des données ne garantissent pas pour autant la qualité des paramètres introduits dans l'application. Dès lors, comme l'a souligné un audit de l'inspection générale des finances, il est souhaitable que le ministère mette en place une véritable politique de contrôle interne, associant contrôles thématiques transversaux et exploitation systématique des anomalies décelées par le réseau du Trésor public.

2 – Les contrôles effectués par la Cour

La Cour a procédé à deux types d'investigations :

187. Les crédits de personnel liquidés et payés localement servent également à financer l'action sociale, les vacances de jurys d'examen ainsi que les heures occasionnelles des enseignants de l'enseignement technique et supérieur agricole gérés dans les services régionaux de formation.

a) Contrôle par sondages

Les contrôles réalisés sur les cotisations payées pour un échantillon de 120 agents font ressortir un nombre assez élevé d'anomalies (seules 94 fiches sont considérées comme tout à fait correctes) mais dont l'incidence financière est faible. Ces anomalies concernent notamment les rémunérations accessoires versées par d'autres ministères à des agents du MAP ou à des agents dont le statut est susceptible de changer en cours d'année (atteinte de l'âge de la retraite).

La Cour a également examiné l'utilisation de crédits de fonctionnement assimilables à des compléments de rémunération, parmi lesquels on peut signaler les dossiers de liquidation pour l'acquisition de vêtements. Certains agents du MAP bénéficient en effet annuellement d'une «allocation d'habillement» remise sous forme de bons de commandes individuels. Dans la mesure où cette dépense ne correspond pas à la prise en charge d'une contrainte professionnelle, elle devrait être réintégrée dans les primes et indemnités et comme telle être soumise aux prélèvements sociaux imposés par le statut des agents bénéficiaires (CSG et CRDS pour les titulaires, ensemble des contributions et des cotisations pour les non titulaires).

b) Examen des avantages en nature

Aucun avantage en nature n'est intégré par le ministère de l'agriculture et de la pêche dans le calcul de ses cotisations et contributions sociales. Certains agents du ministère bénéficient cependant de prestations susceptibles d'être ainsi qualifiées, notamment de l'attribution de logements de fonction, en particulier dans l'enseignement agricole.

A la demande de la Cour, un recensement du parc de logements de fonction a été entrepris, faisant ressortir trois situations :

- celle des logements affectés aux agents de l'administration centrale et des services déconcentrés, peu nombreux (une vingtaine de logements) et répartis de manière diverse sur l'ensemble du territoire ;
- celle des logements gérés par la direction de l'enseignement supérieur, plus nombreux, certains établissements d'enseignement disposant d'un parc immobilier important ;
- celle des logements dont bénéficient les agents de l'enseignement technique agricole, sur lesquels le ministère ne dispose d'aucune information depuis la mise en œuvre des lois de décentralisation, qui ont transféré aux régions le patrimoine des établissements publics d'enseignement technique.

L'absence de logique fonctionnelle dans la répartition de ce parc entre les agents et les services peut dans certains cas conduire à mettre en doute la « nécessité absolue de service » alléguée pour justifier la gratuité de la mise à disposition.

Il serait nécessaire que le ministère mette en place un processus permettant l'identification des avantages en nature par les gestionnaires de paie, y compris pour l'enseignement supérieur et pour l'enseignement technique agricole et assure le paiement des cotisations et contributions sociales correspondantes.

B – Les contrôles effectués par les URSSAF sur les services déconcentrés

1 – Les contrôles effectués

Alors avoir réalisé des « contrôles tests » de différents services pendant les années 2005 et 2006, les URSSAF ont procédé, en 2007, au contrôle de plusieurs services déconcentrés de l'Etat dans le domaine de l'action sociale et de la santé (DRASS et DDASS), du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP et DDTEFP) et de la jeunesse et les sports (DRDJS, DDJS, CREPS), sur la base d'un plan de contrôle national. Pour chacun des ministères concernés, un échantillon de quatre à six régions a été retenu comme cible de contrôle, représentant un total de 80 services déconcentrés. Ces contrôles ont mobilisé 294 « jours inspecteurs ».

La synthèse de ces contrôles établie par l'ACOSS fait ressortir dans l'ensemble une bonne application de la législation de sécurité sociale par les services déconcentrés de l'Etat. Les URSSAF ont néanmoins procédé à des redressements, pour des montants relativement modestes (1,1 M€).

Les principaux points de redressement relevés sont les suivants :

- cotisations versées pour des vacataires (notamment correcteurs et membres des jurys de concours), médecins et membres des comités médicaux : l'absence de justification du statut de fonctionnaire de membres de jurys pour lesquels seules la CSG et la CRDS ont été acquittées a conduit les URSSAF à appliquer aux indemnités versées les taux de cotisation du régime général ;
- prestations d'action sociale : les redressements effectués tiennent souvent au défaut de production de pièces justificatives des dépenses engagées, les circulaires administratives réglementant l'octroi de ces

prestations permettant souvent d'en faire l'abstraction, contrairement aux dispositions qui régissent les contrôles des URSSAF ;

- frais professionnels : les indemnités de changement de résidence ont systématiquement fait l'objet de redressements, pour des raisons tenant à l'absence de production de justificatifs de dépenses, le décret du 20 mai 1990 fixant les conditions d'attribution de ces sommes en dispensant les bénéficiaires ;
- avantages en nature : des rappels à la législation ont été faits à propos de l'utilisation de véhicules, dont l'usage strictement professionnel n'est pas toujours démontré selon les URSSAF. Contestant les motifs avancés pour justifier la mise à disposition gratuite de certains logements de fonction, les URSSAF ont effectué des redressements concernant des logements attribués par «nécessité absolue de service ».

L'incapacité de l'administration à préciser le statut de certains personnels employés comme vacataires, la tendance à la forfaitisation qui rompt le lien entre la charge supportée par l'agent du fait de son activité professionnelle et la somme versée par l'employeur, sont à l'origine de la majorité des redressements effectués par l'URSSAF.

Ces contrôles ont mis au jour, par ailleurs, la discordance entre l'exigence systématique de production de pièces imposée par les URSSAF aux entités contrôlées et la simplification des procédures de gestion des personnels de l'Etat initiée par l'administration. Faute de résoudre cette contradiction de fond, les contrôles effectués en 2007 et les nouvelles investigations lancées en 2008 risquent de déboucher sur des impasses.

2 – Les améliorations attendues des obligations déclaratives de l'Etat employeur

Les inspecteurs du réseau de recouvrement sont actuellement dans l'impossibilité de comparer les effectifs et les cotisations liquidées, notamment pour les personnels titulaires dont les chiffres sont globalisés pour la majorité des services déconcentrés d'une même région¹⁸⁸, dans l'avis de crédit adressé par les trésoreries générales aux URSSAF. La réforme des modalités déclaratives de l'Etat engagée après le vote de la LFSS pour 2004 devrait faciliter l'exercice de ce contrôle par le réseau de recouvrement.

188. Ce n'est pas le cas des services déconcentrés de l'agriculture, pour l'essentiel gérés en centrale et dont les rémunérations sont payées par la PGT et la Trésorerie Générale des Hauts-de-Seine (cf. supra).

Une étape importante a été franchie début 2008 pour l'ensemble des paies versées sans ordonnancement préalable aux agents titulaires et non titulaires de l'Etat, qui représentent plus de 93 % des rémunérations servies. Le recouvrement des cotisations afférentes à ces rémunérations a été centralisé auprès de 24 organismes de la branche recouvrement (plus deux CGSS pour les trésoreries des DOM). Le nouveau dispositif mis en place a entraîné la suppression de l'avis de crédit global utilisé pour les agents titulaires comme pièce déclarative unique, ce document étant remplacé par des bordereaux récapitulatifs de transmission similaires à ceux utilisés par les employeurs privés. A compter du 31 janvier 2009, les URSSAF recevront également des tableaux récapitulatifs annuels magnétiques.

Les travaux engagés pour la mise en place de l'opérateur national de paie (ONP), qui doivent aboutir au 1^{er} janvier 2012, se traduiront par la suppression de la paie après ordonnancement, par une centralisation des flux de paiement et par une intégration plus poussée de la chaîne de traitement de l'information. Il importe que les obligations de l'Etat au regard de la législation sur la sécurité sociale soient prises en compte en amont dans l'élaboration du cahier des charges de l'ONP.

La plus grande sécurité offerte par ce dispositif et l'évolution des modalités déclaratives permettront sans doute de revoir la ligne de partage entre les interventions de la Cour et celles du réseau de recouvrement, dont les pratiques et les leviers d'action ne sont pas identiques (impossibilité pour la Cour de procéder à des redressements, le pouvoir coercitif des URSSAF trouvant a contrario sa limite dans le caractère insaisissable des biens appartenant à l'Etat). Les diligences exercées en matière de contrôle interne, dans le cadre de la certification des comptes de l'Etat, contribueront également à sécuriser le respect par l'Etat employeur de ses obligations sociales déclaratives et contributives.

RECOMMANDATIONS

21. *Identifier et intégrer dans l'assiette des cotisations sociales les avantages en nature octroyés au titre des logements de fonction, y compris lorsque le parc de logements appartient aux collectivités territoriales (cas de l'enseignement technique agricole).*

22. *Concilier la volonté de simplification administrative et les exigences posées par le contrôle des obligations contributives de l'Etat employeur*

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

Chapitre V

Le financement des dépenses de santé : répartition et transferts de charge entre contributeurs depuis 1996

PRESENTATION

Les nouvelles participations forfaitaires instaurées dans la LFSS 2008 visent à organiser un transfert de charge estimé à 800 M€ en direction des ménages : massives et inacceptables pour les uns, modestes et inéluctables pour les autres, elles s'inscrivent dans une démarche de responsabilisation des assurés qui constituait l'un des objectifs de la loi du 13 août 2004 : infléchir la croissance de la consommation de soins en augmentant la charge directe des ménages.

Les nombreuses mesures qui en ont découlé ainsi que la perspective de réformes en matière de financement de la couverture maladie, qualifiées d'ores et déjà de structurelles, ont conduit la Cour à porter son attention sur la répartition du financement de la dépense de santé entre les financeurs que sont l'assurance maladie obligatoire (AMO), les assurances complémentaires (AMC), l'Etat et les ménages.

A cette fin, la Cour a souhaité faire le point sur la situation en 2006, analyser les évolutions marquantes au cours de la dernière décennie¹⁸⁹ et procéder à une estimation des changements intervenus suite à la loi de 2004.

En outre, malgré l'insuffisance d'informations pertinentes, il est apparu nécessaire de compléter cette approche macro-économique focalisée sur les versements directs (ou dépense finale) de chaque financeur, car elle ignore certaines propriétés de la couverture maladie, à savoir son coût et son caractère plus ou moins équitable vis-à-vis de la population.

I - La dépense finale de santé : qui finance quoi ?

A – Les informations disponibles

Les comptes nationaux de la santé répartissent la dépense de santé entre les agents économiques qui, par leurs versements directs, en assurent la charge finale : ils permettent ainsi d'estimer à la fois le niveau de socialisation de la couverture maladie (dépense finale couverte par des

189. Ce sujet a aussi donné lieu à un rapport au Sénat, établi à la demande de ce dernier.

fonds publics¹⁹⁰) et son niveau de mutualisation (part de la dépense finale relevant d'une couverture assurantielle obligatoire et complémentaire).

Les tableaux annuels des dépenses de santé par type de financeur

Les comptes nationaux de la santé sont des comptes satellites¹⁹¹ de la comptabilité nationale élaborés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ils présentent chaque année¹⁹², la contribution de chaque financeur à la dépense de santé (France entière) dans un tableau intitulé « dépenses de santé par type de financeur » : y figurent les montants versés directement par l'AMO, les AMC et les ménages, auxquels s'ajoutent l'Etat, les collectivités locales et les entreprises.

Les comptes nationaux de la santé constituent l'unique source d'informations exhaustive pour examiner la répartition du financement de la dépense de santé entre tous les agents économiques ; les autres sources d'informations (comptes de la protection sociale, comptes de la sécurité sociale, informations statistiques en provenance des assurances complémentaires) ne cernent, par construction, qu'un ou plusieurs des financeurs, mais jamais la totalité d'entre eux.

Les comptes nationaux de la santé ventilent la dépense de santé en différents agrégats, le plus large étant celui de la dépense courante de santé (DCS) ; toutefois, pour mesurer la contribution des agents économiques, le plus utilisé est celui de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui correspond en gros au périmètre des prestations en nature, c'est à dire au sous-ensemble de la consommation individualisée de soins donnant lieu à remboursements.

190. Les fonds publics correspondent au secteur institutionnel des administrations publiques -APU- au sens de la comptabilité nationale.

191. Comptes satellites au même titre que les comptes de la protection sociale ou du handicap par exemple.

192. Le dernier exercice présenté dans les comptes nationaux de la santé est celui de 2006 ; comme l'ensemble de la comptabilité nationale, ils reposent sur un système d'évaluation triennal glissant : en année « n », un compte provisoire de l'année « n-1 » est estimé, un compte semi-définitif de l'année « n-2 » est établi et un compte définitif de l'année « n-3 » est arrêté. Les corrections apportées au compte provisoire sont parfois significatives.

Répartition du financement selon les agrégats considérés en 2006

En M€

Financeurs	AMO	AMC	Ménages	Autres 193	Total
Consommation de soins et biens médicaux	120 586	20 436	13 407	2 136	156 565
Parts dans la CSBM	77,02 %	13,05 %	8,56 %	1,36 %	100,00%
Dépense courante de santé	146 932	25 425	13 459	12 494	198 309
Parts dans la DCS	74,09 %	12,82 %	6,79 %	6,30 %	100,00 %

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé (base 2000)

Plus de 8 % de dépenses connexes sont néanmoins exclues de la CSBM, en raison des conventions qui régissent l'ensemble de la comptabilité nationale. Ainsi, le concept de santé utilisé dans la base de référence actuellement en vigueur¹⁹⁴ est le suivant : « ensemble d'actions concourant à la prévention et/ou au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ».

Cette définition emporte les conséquences suivantes :

- depuis le changement de base, les dépenses financées à 100 % par l'AMO en direction des unités de soins de long séjour et des EHPAD -5,2 Md€ en 2006- sont sorties de la CSBM et figurent ailleurs comme dépenses pour les malades ;
- les dépenses de prévention -5,8 Md€, même individualisées, sont aussi exclues de la CSBM parce qu'il s'agit d'actions ne donnant pas lieu à facturation et remboursement de prestations ;
- la part des cotisations sociales des professionnels de santé prise en charge par l'assurance maladie (2,3 Md€) est aussi exclue de la CSBM puisqu'il ne s'agit pas de prestations en nature (remboursement de soins aux assurés) ; pourtant, cette aide octroyée aux professionnels de santé en contrepartie d'une facturation d'honoraires sans dépassements (le plus souvent par les médecins de secteur 1) constitue une dépense similaire à celle des dépassements facturés aux AMC et aux ménages par les médecins du secteur 2 et inclus dans la CSBM.

En réintégrant les trois catégories de dépenses examinées ci-dessus, l'agrégat de la consommation de soins passe de 78,95 % (156 565 M€) à 85,66 % (169 868 M€) de la dépense courante de santé

193. Autres : « Etat-CMUC » dans la CSBM, auxquels s'ajoutent les collectivités locales et les entreprises dans la dépense courante de santé (DCS).

194. La base actuelle de référence est la base 2000, qui s'est substituée à la base 1995 à l'occasion de la présentation des comptes de l'exercice 2003.

(198 309 M€). Les parts de financement des agents économiques sont alors les suivantes :

Répartition du financement de la consommation de soins élargie

En M€

	Montant	AMO	AMC	Ménages	Etat-CMUC	Entreprises
CSBM	156 565	77,0 %	13,1 %	8,6 %	1,4 %	
Soins aux personnes âgées en établissements	5 200	100,0 %				
Aide indirecte (subventions)	2 282	100,0 %				
Sous-total	164 047	78,1 %	12,5 %	8,2 %	1,3 %	
Prévention isolée	5 821	15,6 %			63,5 %	21,9 %
TOTAL agrégat élargi	169 868	75,9 %	12,0 %	7,9 %	3,4 %	0,8 %

En grisé : n'apparaissent pas comme contributeurs

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux 2006 (base 2000)

B – La dépense finale de santé hors AMO : des confusions possibles

La dépense de santé, hors dépense finale supportée par l'assurance obligatoire, requiert certaines précisions.

1 – La couverture complémentaire ne se limite à la dépense finale des AMC

La totalité de la couverture complémentaire ne se limite pas à la dépense finale des AMC (20 436 M€ en 2006), car elle comporte également les dépenses de la CMUC qui ne sont pas visibles dans la présentation des comptes nationaux de la santé : la majeure partie de la CMUC (celle gérée par les organismes de base) se trouve en effet intégrée, de manière erronée, dans la dépense finale du 4^{ème} financeur intitulé « Etat-CMUC »¹⁹⁵ pour 1 436 M€, alors que la part gérée par les organismes complémentaires (211 M€) se trouve incluse dans les dépenses attribuées aux AMC.

Au total, les remboursements au titre de la couverture complémentaire représentent donc 21 872 M€, soit 14 % de la CSBM et non 13 %. Le reste à charge, c'est-à-dire le cumul de la dépense finale des

195. L'Etat finance en outre 700 M€ qui se trouvent agrégés avec la CMUC distribuée par les organismes de base dans les comptes nationaux de la santé : 448 M€ pour l'aide médicale d'Etat, 168 M€ pour les hôpitaux militaires et 84 M€ pour les anciens combattants.

ménages et de la couverture complémentaire totale est donc de 35,3 Md€ en 2006 (21 872 M€+ 13 407 M€), soit 23 % de la CSBM.

CMUC : dépenses théoriques, dépenses réelles

Le montant total de la CMUC vu ci-dessus (1 647 M€= 211 M€+ 1 436 M€) n'est d'ailleurs pas celui qui a été réellement déboursé par les organismes de base ou complémentaires pour rembourser leurs bénéficiaires : il s'agit des paiements dus par le fonds de financement de la CMU, calculés sur la base du forfait par bénéficiaire (85 €par trimestre ou 340 €par an en 2006) multiplié par le nombre de bénéficiaires. La Cour estime qu'en 2005, par exemple, la dépense réelle des CPAM au titre de la CMUC a été supérieure d'environ 120 M€au montant qui lui a été payé par le fonds : ce solde non compensé se trouve de facto intégré dans les dépenses du régime obligatoire.

2 – La répartition entre ménages et AMC est incertaine

Depuis 2003, suite à une réorganisation peu maîtrisée de la collecte des données auprès des mutuelles, les montants de prestations versées par les AMC sont incertains¹⁹⁶.

Ainsi, le montant de 20,4 Md€attribué aux AMC semble minoré de près de 1 Md€(914 M€dont 862 M€au titre des mutuelles), si l'on observe les montants financiers communiqués à la Cour par les groupements professionnels des assureurs complémentaires¹⁹⁷.

La part de financement des AMC à la CSBM serait en ce cas supérieure de 0,5 point (13,64 % au lieu de 13,05 %)¹⁹⁸.

Or, les versements directs des ménages exposés dans les comptes nationaux de la santé sont un solde calculé par différence entre les montants totaux de dépenses et les montants supportés par les autres financeurs AMO, Etat et AMC. Dans ce cas, la participation des ménages à la CSBM, chiffrée à 8,56 %, ne serait que de 7,98 %.

196. A partir de l'exercice 2007, l'ACAM a fourni des informations concernant les prestations des mutuelles. Selon la DREES, la prise en compte de cette nouvelle source conduirait à réévaluer de 700 M€environ les prestations des seules mutuelles.

197. Fédération nationale de la mutualité française, centre technique des institutions de prévoyance et fédération française des sociétés d'assurance.

198. Une minoration similaire d'environ 1 Md€ se lit lorsqu'on compare les cotisations perçues par les AMC, telles que retracées dans le fonds de financement CMU, avec celles communiquées par les groupements professionnels.

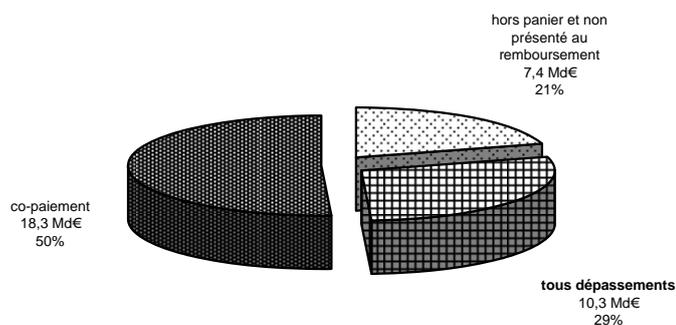
3 – Le reste à charge est constitué pour près d'un tiers de dépassements

La dépense totale supportée par les AMC et les ménages n'est pas assimilable au co-paiement, à savoir le ticket modérateur et les participations forfaitaires (forfait journalier hospitalier, forfait de 18 € et participations sur les actes médicaux instaurées en 2005). En 2006, le co-paiement ne représente en effet que la moitié du reste à charge.

En revanche, les dépassements de tarifs opposables (soit d'honoraires des médecins et des dentistes, soit des prix des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables -LPPR- dont l'optique) sont en revanche supérieurs à 10 Md€ et en représentent près du tiers : il ne s'agit là ni de dépenses hors panier de soins remboursable par l'AMO, ni de dépenses non présentées au remboursement, mais de dépenses supplémentaires afférentes aux prestations incluses dans le panier de soins de l'AMO.

En outre, les dépassements ne pouvant être facturés aux bénéficiaires de la CMUC (environ 7,6 % de la population totale), la proportion d'un tiers indiquée ci-dessus est en réalité supérieure pour le reste des personnes.

Répartition du reste à charge en 2006



Source Cour des comptes

La méconnaissance des dépassements sur les produits de la LPPR¹⁹⁹ fait obstacle à une comparaison dans le temps de cette partie problématique du reste à charge, qu'aucun dispositif n'a effectivement régulée à ce jour et qui livre les assurés à l'inégalité des prises en charge complémentaires.

C – La répartition du financement selon les soins ou biens médicaux

La répartition du financement est très différente selon les soins ou biens médicaux. Ainsi, la part directement payée par les ménages est très faible pour les soins hospitaliers avec, cependant, une différence notable entre les établissements publics et privés. La dépense finale des ménages est également très faible pour les transports et les laboratoires d'analyses avec moins de 3 % ; elle est en revanche très élevée avec plus de 25 % pour certaines dépenses comme les soins dentaires (inclus dans les soins ambulatoires) ou l'optique (incluse dans les autres biens médicaux).

199. En 2006, les dépassements sur honoraires étaient de 5,6 Md€ (2,1 Md€ pour les médecins et 3,5 Md€ pour les dentistes), mais les informations existantes ne permettent pas d'indiquer un montant exact des dépassements sur les produits de la LPPR, vraisemblablement compris dans une fourchette située entre 3,5 Md€ et 4,5 Md€. Le diagramme retient 3,5 Md€.

Les catégories de dépenses de la CSBM en 2006 : parts et contributions des financeurs

En M€

	Dépenses par catégorie	Montants	Structure	Parts des financeurs			
				AMO	AMC	Ménages	Autres
	Hôpitaux du secteur public	54 151	34,59%	94,21%	2,68%	1,90%	1,20%
	Hôpitaux du secteur privé	15 707	10,03%	83,92%	9,23%	5,54%	1,32%
1	Sous-total : Soins hospitaliers	69 858	44,62%	91,90%	4,15%	2,72%	1,23%
	- Médecins	19 881	12,70%	70,64%	18,28%	9,40%	1,67%
	- Auxiliaires	9 689	6,19%	80,89%	9,18%	9,17%	0,76%
	- Dentistes	9 080	5,80%	34,75%	34,71%	28,28%	2,26%
	Laboratoires d'analyses	4 135	2,64%	74,03%	21,29%	2,86%	1,82%
2	Sous-total : Soins ambulatoires	42 785	27,33%	65,67%	20,38%	12,32%	1,63%
3	Transports de malades	3 083	1,97%	94,10%	3,23%	1,96%	0,71%
	Officines pharmaceutiques ²⁰⁰	31 942	20,40%	67,51%	18,92%	12,09%	1,48%
	Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	8 898	5,68%	43,00%	30,02%	26,00%	0,98%
4	Sous-total : biens médicaux	40 840	26,08%	62,17%	21,34%	15,12%	1,37%
	CSBM (1+2+3+4)	156 565	100,00%	77,02%	13,05%	8,56%	1,36%
	En montants	156 565		120 586	20 436	13 407	2 136

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé 2006 (base 2000)

II - Une relative stabilité depuis 1996

Au cours des dix dernières années, la répartition du financement de la CSBM s'est peu modifiée, l'évolution - en plus ou en moins- de chaque contributeur étant inférieure à un point.

La relative stabilité des parts de chaque contributeur, constatée de 1996 à 2006²⁰¹, contraste avec les périodes précédentes, essentiellement marquées par l'extension de la couverture obligatoire et, en conséquence, par une forte augmentation de la part financée par l'AMO qui, de 1950 à 1980 est passée de 50 % à 80 % de la CSBM.

200. Y compris rétrocession hospitalière.

201. Source DREES : cinquante années de dépenses de santé : une réropolation de 1950 à 2005 (mai 2007).

Répartition de la dépense de CSBM par financeur en 1996 et 2006

	AMO	AMC	Ménages	Autres	Total
2006	77,02 %	13,05 %	8,56 %	1,36 %	100,00%
1996	76,96 %	12,63 %	9,28 %	1,13 %	100,00%
Ecart 2006 / 1996	+0,06 point	+0,42 point	-0,72 point	+0,23 point	

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé (base 2000)

Certaines modifications sont cependant intervenues au cours de la période.

A – La population bénéficiant d'une couverture complémentaire a augmenté

Seule la contribution des ménages a diminué en part relative depuis 1996 : cette faible diminution s'explique principalement par l'augmentation de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire (AMC + CMUC) et non par une amélioration de la couverture par bénéficiaire²⁰² : de 1996 à 2006, la part de la population ainsi couverte est passée de 84,0 % à 92,8 %²⁰³.

B – Deux mouvements de fond se sont neutralisés

La répartition du financement de la CSBM a évolué sous l'effet de deux mouvements concomitants qui ont affecté la structure des prestations consommées et le taux moyen de prise en charge de l'AMO et se sont neutralisés.

1 – La structure de la consommation s'est fortement modifiée

Au cours des dix dernières années, la structure de la consommation s'est déformée en faveur des soins ou des produits les moins remboursés par l'AMO, ce qui aurait dû diminuer la part de financement de cette dernière :

202. Alors que la croissance annuelle moyenne de la population couverte par les AMC est supérieure de 0,57 point à celle de la population totale consommante, celle de la dépense totale des AMC n'est supérieure que de 0,35 point à celle de la CSBM : il en résulte que le niveau moyen de couverture complémentaire par assuré a légèrement diminué.

203. Ce taux de 92,8 % est celui constaté par l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2006 dont l'exploitation a été présentée en avril 2008.

- la part des soins hospitaliers, qui représente 44,6 % de la CSBM en 2006, a diminué de plus de 4 points depuis 1996 ;
- dans le même temps, la part des biens médicaux a progressé de 3,5 points (de 22,6 % à 26,1 % de la CSBM) ;
- le troisième bloc de dépenses (soins ambulatoires) est resté stable (de 27,2 % à 27,3 %).

Cette déformation de la structure de consommation s'inscrit d'ailleurs dans une tendance de long terme qui a démarré au début des années 1980.

2 – Le niveau moyen de prise en charge de l'AMO sur les biens médicaux a beaucoup augmenté

Cependant, le niveau moyen de prise en charge par l'AMO des biens médicaux, quand bien même il demeure moins important que celui des prestations hospitalières et ambulatoires, a progressé de 6,5 points dans le même temps, en passant de 55,7 % à 62,2 % (plus de 5 points pour les seuls médicaments dont le taux est passé de 62,2 % à 67,5 %). Cette augmentation du niveau de prise en charge a neutralisé la réduction de financement de l'AMO que le changement de structure de consommation aurait dû entraîner.

Au total, on constate que la stabilité de la répartition du financement de la CSBM, prise globalement et examinée plus haut, résulte de changements importants par catégorie de prestations.

En appliquant à la CSBM totale de 2006 la structure de consommation et les taux de prise en charge moyens de 1996, on peut valoriser l'ampleur de ces deux mouvements.

Valorisation des deux mouvements conjugués entre 1996 et 2006

En M€

	Total des deux effets			
	AMO	AMC	Ménages	Autres
Soins hospitaliers	-5 995	+133	-654	-8
Soins ambulatoires	-344	-493	+867	+192
Biens médicaux	+6 077	+911	-1 651	+167
CSBM	+97	+663	-1 122	+363
de 2004 à 2006	- 549	+ 520	+ 52	- 23

Source : Cour des comptes

Ainsi de 1996 à 2006, les effets conjugués de ces deux modifications ont accru la dépense de l'AMO de 6 Md€ sur les biens médicaux : la déformation de la structure de consommation en explique

56 % (3,4 Md€) et l'augmentation du taux moyen de remboursement 44 % (2,6 M€).

De même, la diminution de la part des ménages est la résultante de mouvements divers : les ménages pris globalement sont très nettement gagnants sur les biens médicaux avec une réduction de leurs versements équivalente à 1 651 M€ toutes choses égales par ailleurs, un peu moins sur les soins hospitaliers (-654 M€), mais ils perdent de manière significative sur les soins ambulatoires qui augmentent leur contribution de +867 M€. Cette différenciation des gains et pertes selon le type de prestations doit être soulignée, car les assurés pris individuellement ne présentent pas le même profil de consommation selon leur âge et leur niveau de revenu.

C – Ces évolutions s'inscrivent dans une dynamique de croissance

La présentation des financements en parts de CSBM comporte des limites et nécessite d'être complétée :

- la part prépondérante de l'AMO conduit en effet à estomper l'ampleur des évolutions des trois autres participations ;
- l'évolution de la part relative de chaque financeur (augmentée ou réduite) masque que ces phénomènes de transferts s'opèrent dans une dynamique générale de croissance : ainsi, la diminution de 0,72 points sur dix ans de la participation directe des ménages au financement de la CSBM a correspondu à une augmentation annuelle moyenne en valeur de +3,7 %.

Rapportée aux agrégats nationaux, la consommation de soins et biens médicaux (156,6 Md€) représente 12,1 % de la consommation effective totale des ménages (1 292,8 Md€) en 2006. En 1996, elle représentait 11,4 % (100,4 Md€ sur 877,3 Md€).

Comptabilité nationale et CNS (exercice 2006) : le poids de la CSBM

	Comptabilité nationale	CNS	Santé / Total
Consommation effective des ménages ²⁰⁴	1 292,8 Md€	CSBM : 156,6 Md€	12,1 %
dont dépenses finales des ménages ²⁰⁵	993,2 Md€	Ménages + AMC : 33,8 Md€ ²⁰⁶	3,4 %
dont dépenses individualisables des APU	2 76,0 Md€	AMO + Autres : 122,8 Md€	44,5 %

Source : Cour des comptes

Evolution en valeur de chaque participation financière à la CSBM au regard de quelques indicateurs

En %

	2006/1996 Croissance totale	Taux de croissance annuel moyen
CSBM	55,9	4,54
Dépense finale AMO	56,0	4,55
Dépense finale AMC	61,2	4,89
Dépense finale ménages	43,9	3,70
Dépense finale autres financeurs	87,8	6,50
Reste à charge AMC + ménages	53,8	4,40
Population totale	6,0	0,58
dont âgée > 75 ans	42,6	3,61
Population bénéficiant d'une couverture complémentaire	17,1	1,59
Population couverte par les AMC	12,0	1,14
PIB en valeur	41,4	3,52
Consommation effective totale des ménages	47,4	3,95
Consommation finale totale des ménages	45,5	3,82
Revenu disponible brut	46,3	3,88
Revenu disponible ajusté ²⁰⁷	47,5	3,96

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé 2006 (base 2000) et les indicateurs de l'INSEE

204. La consommation effective recouvre l'ensemble des biens et services qu'utilisent effectivement (ou consomment) les ménages, quelle que soit la manière dont ils sont financés, ce qui dans le domaine de la santé correspond en gros à la CSBM.

205. La dépense de consommation finale recouvre les dépenses que les ménages supportent directement : dans le domaine de la santé, elle correspond à la part de CSBM financée par les ménages, augmentée de la contribution des AMC.

206. 33,8 Md€ = 13,4 Md€ (versements directs des ménages) + 20,4 Md€ (prestations versées par les AMC).

207. Revenu ajusté : revenu disponible brut augmenté des transferts sociaux en nature.

La CSBM en valeur a connu une croissance annuelle moyenne de 4,54 %, supérieure de plus d'un point à celle du PIB (+3,52 %) et de 0,6 point à la consommation effective totale des ménages (+3,95 %). Sur l'ensemble de la période, ces écarts de rythme de croissance ont représenté, en montants, un surplus de CSBM de 14,7 Md€ (par rapport au rythme du PIB) et de 8,6 Md€ (par rapport au rythme de la consommation effective totale).

Dans ce contexte, la contribution de l'AMO a connu une croissance similaire à celle de la CSBM (en effet, sa part est restée stable), alors que la dépense finale des ménages (+3,7 % en moyenne par an) a connu une évolution inférieure de 0,84 point à celle de la CSBM (sa part a en effet diminué) et celle des AMC une évolution supérieure de 0,35 point à celle de la CSBM (la population couverte par les AMC a en effet augmenté).

Enfin, la dépense finale supportée conjointement par les ménages et les AMC a augmenté en moyenne de 4,40 % par an : de 33,8 Md€ en 2006, elle a donc augmenté plus vite que le revenu disponible des ménages (de 0,5 point par rapport au revenu brut et de 0,4 point par rapport au revenu ajusté).

III - Les mesures de transfert introduites depuis la loi du 13 août 2004

La loi du 13 août 2004 a introduit une démarche de responsabilisation des assurés, un de ses objectifs affichés étant d'infléchir la croissance de la consommation de soins en augmentant la charge directe des ménages.

L'hypothèse centrale sur laquelle a reposé cette démarche est celle d'une élasticité entre le niveau de la charge directe laissée aux assurés et leur niveau de consommation, la régulation par l'offre de soins étant dès lors considérée comme nécessaire mais non suffisante. Les principes affichés qui complétaient cette hypothèse sont de deux ordres : d'une part, les transferts financiers effectifs seraient moindres, à terme, que ceux estimés ab initio puisque la consommation est précisément appelée à diminuer, d'autre part, cette incitation à une moindre consommation ne conduirait pas à dégrader le recours aux soins utiles, car elle se concentrerait sur des soins inutiles ou de confort.

L'instrument principal de cette nouvelle politique, dont le seul antécédent est l'éphémère ticket modérateur d'ordre public introduit en 1979, a résidé dans les contrats responsables applicables en théorie à

partir de la fin de 2005 : ceux-ci permettent aux pouvoirs publics d'intervenir dans la définition du panier de soins remboursables par les assureurs complémentaires, qui bénéficient en contrepartie d'une incitation fiscale. Selon l'enquête déclarative réalisée par la DREES auprès d'un échantillon de complémentaires, les contrats responsables concerneraient près de 100 % des contrats les plus souscrits (appelés « contrats modaux »)²⁰⁸.

Une analyse des informations relatives à cette période récente est donc apparue nécessaire.

A – Le chiffrage ex ante des mesures de transfert

Contrairement aux comptes nationaux de la santé qui enregistrent la résultante de diverses évolutions, cette seconde approche tente de cerner l'impact financier théorique, en année pleine et toutes choses égales par ailleurs, de chaque mesure modifiant les règles de prise en charge et officiellement applicable de 2004 et 2008.

L'ensemble des mesures réputées produire des économies pour l'AMO est estimé ex ante par le ministère et la CNAMTS²⁰⁹. Parmi celles-ci, la Cour n'a retenu que les mesures s'accompagnant d'un transfert de charge voulu entre financeurs. La Cour a en outre pris en compte deux modifications du mode de rémunération des opérateurs de soins ayant induit un transfert de charge : il s'agit de la T2A et de l'augmentation des rémunérations forfaitaires des médecins financées à 100 % par l'AMO²¹⁰.

C'est sur cette base qui figure dans la colonne AMO du tableau ci-dessous, que la Cour en a ensuite évalué les transferts sur la couverture complémentaire et les ménages en utilisant des hypothèses rustiques de répartition, aucune clef de répartition constatée par type de prestation

208. Etudes et résultats n° 635, mai 2008 (page 2).

209. Elles sont généralement convergentes à quelques exceptions près, comme le montant des participations forfaitaires de 2008, la participation de 18 € aux actes supérieurs à 91 € ou le rendement de l'ordonnancier bizonne. La Cour a retenu les estimations de la DSS, sauf pour les participations forfaitaires de 2008.

210. Celles-ci ont augmenté d'environ 560 M€ (source CNAMTS) sur la période, dont il convient de déduire 100 M€ provenant à l'inverse de l'extinction du PIRES et du médecin référent : au total le surcoût pour l'AMO est donc de 460 M€, ce qui représente une économie pour les complémentaires de 157 M€, équivalent au ticket modérateur (TM) moyen constaté de 33 % sur ces prestations. La CNAMTS avait proposé en juillet 2007 (sans être suivie) qu'une contribution de 220 M€ soit payée à ce titre par les complémentaires.

n'étant proposée ni par le ministère ni par la CNAMTS, ni par l'UNOCAM.

Hypothèses de répartition entre couverture complémentaire et ménages utilisées par la Cour

- lorsqu'il s'agit d'une mesure de déremboursement (médicaments), le transfert est réalisé sur les ménages en totalité ;

- lorsqu'il s'agit d'une mesure de responsabilisation (participations financières ou relèvement du TM pour les actes hors parcours de soins) non prise en charge par les contrats responsables, le transfert est également imputé en totalité aux ménages : on a considéré que les contrats responsables ont été appliqués à 100 % ;

- lorsqu'il s'agit d'une diminution de remboursement de l'AMO dont la prise en charge par les AMC n'est pas prohibée par les contrats responsables, la clef retenue pour répartir le transfert entre les ménages et la couverture complémentaire totale (y compris CMUC) est de 8/92. Dans ce cas de figure, la totalité du co-paiement (TM et participation forfaitaire) a été considérée comme prise en charge par la couverture complémentaire, même si, dans la pratique, la chose s'est un peu compliquée pour la baisse du taux de remboursement de certains médicaments de 35 % à 15 %, les mutuelles ayant fait connaître leur souhait, dans ce cas, de ne plus rembourser le TM.

**Estimation en année pleine des transferts attendus des mesures
applicables entre 2004 et 2008**

En M€

Mesures	Années d'application	Montants transférés entre financeurs		
		AMO	Complém.	Ménages
Participations forfaitaires				
Forfait journalier hospitalier		-100 %	+ 92 %	+ 8 %
10,67 € à 13 € (décembre 2003) et FJH psy créé 9 €	2004	- 140	+ 129	+ 11
Trois augmentations successives d'1 € par an	2005 à 2007	-300	+ 276	+ 24
PF 18 € sur actes > 91 € (septembre 2006)		-100 %	+ 92 %	+ 8 %
En établissements de santé	2007	- 105	+ 97	+ 8
En ville, différé	2008	- 40	+ 37	+ 3
PF plafonnée à 50 € par an		-100 %	+ 0 %	+ 100 %
1 € par acte médical, radiologie, biologie - plafond 1 € par jour	2005	-430		+ 430
Hausse du plafond à 4 € par jour (août 2007)	2007	- 150		+ 150
PF plafonnée à 50 € par an	2008	-100 %	+ 0 %	+ 100 %
0,50 € par boîte de médicaments et par acte paramédical, 2 € par transport non urgent ²¹¹		-800		+ 800
Parcours de soins coordonné		-100 %	+ 0 %	+ 100 %
TM sur actes hors parcours + 10%	2006	-150		+ 150
TM sur actes hors parcours + 20%	2007	-150		+ 150
Dépassements autorisés	2006			+ 25
Médicaments				
Déremboursement avec perte de rendement de 10% dû aux reports de prescription (40-0 en taux constaté)	2006	- 270	- 373	+ 643
Baisse de taux veinotoniques. 35 à 15 (40-20 en taux constaté) avec baisse de prix de 15 %	2006	- 132	+ 121	+11
Veinotoniques déremboursés (20-0 en taux constaté) avec baisse de 20 % de la consommation	2008	- 106	- 422	+ 528
Baisse de taux 35-15 (40-20 en taux constaté) de 41 autres médicaments	2007	- 20	+ 18	+ 2
Déremboursement de 41 autres médicaments à 15 % (20-0)	2008	- 15	- 77	+ 92
Mesures relatives aux ALD				
Ordonnancier bizone	2005 à 2007	- 213	+ 196	+ 17
Médicaments à 35 % non exonérés en ALD / maîtrise médicalisée	2008	- 170	+ 156	+ 14
Transferts induits				
T2A ²¹²	2004 – 2006	-100 %	+ 92 %	+ 8 %
		- 250	+ 230	+ 20
Rémunérations forfaitaires des médecins	2004 – 2007	+ 100 %	- 100 %	0
		+ 157	-157	
Total		- 3 284	+ 231	+3 078

Source : Cour des comptes d'après les estimations d'économie AMO du ministère et de la CNAMTS

211. Plafonds par jour : 2 € pour les actes paramédicaux, 4 € pour les transports.

212. Le HCAAM indique un montant supplémentaire de TJP de 100 M€ sur les exercices 2004 et 2005 (source DGCP) ; les données de la DGCP indiquent pour 2006 une croissance de 220 M€ des produits de classe II (dont 100 M€ au titre du FJH), d'où une augmentation de 120 M€ pour les TJP. L'augmentation totale de 220 M€ des TJP doit en outre être majorée pour tenir compte des PSPH : $220 * 1,15 = 250$ M€

B – Deux constats essentiels sur les transferts théoriques

1 – Les transferts de charge ne concernent pas que les « soins de confort »

Dans cette estimation, les transferts identifiés comme faisant suite aux mesures décidées depuis 2004, représentent une diminution de 3,3 Md€ des dépenses d'AMO : la moitié est produite par le médicament (y compris les mesures spécifiques aux ALD et la participation forfaitaire par boîte introduite en 2008), 850 M€ par les soins ambulatoires avec principalement les participations forfaitaires sur les actes et les pénalités du parcours de soins coordonné, enfin 800 M€ par l'hôpital. Cette répartition relativise l'affirmation selon laquelle ces transferts n'auraient pour objet que les produits de confort.

2 – Les transferts impactent principalement les ménages, mais ne semblent pas infléchir la tendance de consommation

La diminution de la part de l'AMO s'obtient principalement par un transfert sur les ménages, la charge supplémentaire de la couverture complémentaire étant mineure : cette répartition est liée à l'application des contrats responsables par les assureurs complémentaires.

En ce qui concerne les transferts effectués sur les ménages, les deux tiers concernent les biens médicaux (y/c le médicament) et un tiers les soins ambulatoires, les transferts étant quasiment inexistant sur les dépenses hospitalières ; à l'inverse, pour les AMC, la faible augmentation de leur part résulte en fait de deux mouvements contraires : elle augmente de plus de 700 M€ sur les dépenses hospitalières, mais est compensée en partie par une diminution de l'ordre de 400 M€ sur les médicaments, auxquels s'ajoute une faible diminution sur le secteur des soins ambulatoires.

Au vu des dates théoriques d'application, rappelées dans la colonne grisée du tableau n° 5, les montants transférés se répartissent comme suit.

Transferts par période

	<i>En M€</i>		
	AMO	Couverture complémentaire	Ménages
2004 - 2006	- 1 584	- 63	+ 1 313
2007 - 2008	- 1 700	+ 294	+ 1 765
Total	- 3 284	+ 231	+3 078

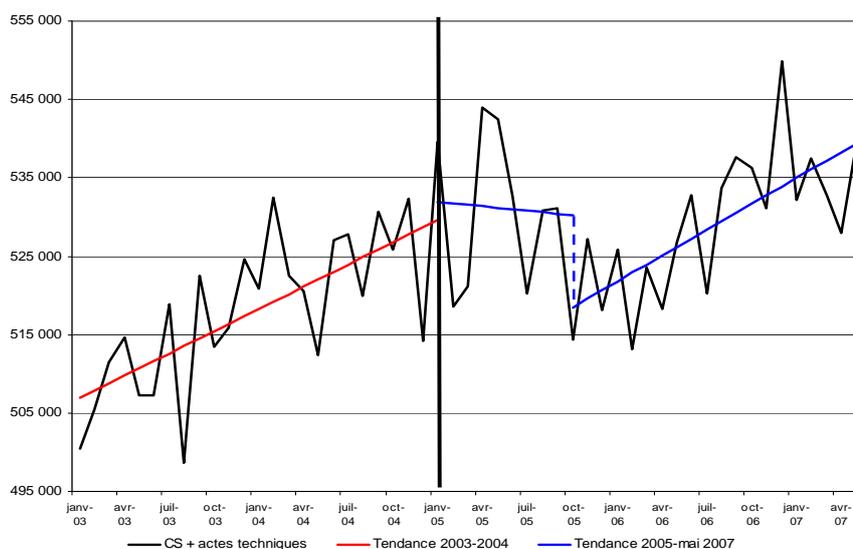
Source : Cour des comptes

Les mesures de transferts se sont donc amplifiées sur les deux exercices 2007 et 2008, puisqu'elles produisent à elles seules plus de la moitié des transferts étalés sur cinq ans : les participations financières de 2008 en représentent la cause principale (800 M€).

Les effets immédiats de telles mesures sont évidents : le dispositif du parcours de soins coordonné²¹³ par exemple a produit une décreue importante du recours aux spécialistes : outre que l'économie pour l'AMO a été absorbée par des hausses tarifaires destinées à compenser, dès l'année suivante, le manque à gagner des médecins, la tendance lourde ne semble pas cependant avoir été modifiée : stagnation des actes des médecins généralistes et surtout tendance haussière du recours aux spécialistes.

**Evolution des montants remboursés des actes de spécialistes
(consultations + actes techniques) avec et sans ticket modérateur en
volume et les tendances sous jacentes**

En milliers d'€



Source : DSS d'après CNAMTS²¹⁴

Ce constat conduit à relativiser l'effet dans le temps des transferts organisés sur les seuls ménages qui ne bénéficient plus alors de la

213. Ce dispositif a été analysé par la Cour dans son rapport de septembre 2007.

214. Champ : régime général, France métropolitaine, date de soins, dépenses remboursées.

mutualisation que leur apporte la couverture complémentaire ; il suggère également que les mesures prises depuis 2004 ne résolvent pas de manière structurelle le problème que pose le rythme de croissance des dépenses de santé, supérieur à la croissance du PIB.

C – Un probable contre-transfert dans la réalité

Le rapprochement entre ces estimations théoriques et le bilan retracé par les comptes nationaux, sur la période allant de 2004 à 2006 (les exercices suivants n'étant pas disponibles), montre cependant la complexité de phénomènes qui interagissent ainsi que l'existence d'un probable contre-transfert.

Rapprochement des comptes nationaux et des estimations de mesures (de 2004 à 2006)

En M€

	AMO	Couverture complémentaire	Ménages
Modifications de répartition dans les CNS	- 549	+ 520	+ 52
Estimation des montants transférés par les mesures	- 1 584	- 63	+ 1 313

Source : Cour des comptes

Ce rapprochement montre que la diminution de la contribution de l'AMO enregistrée dans les comptes nationaux de la santé est inférieure d'environ 1 Md€ à celle que devaient produire les mesures de transferts applicables au cours de cette période. Outre que l'application des mesures (retard, perte de rendement etc.) peut expliquer une partie de cet écart, ce décalage conduit à émettre l'hypothèse d'une augmentation concomitante du niveau de prise en charge de l'AMO qui neutraliserait, à hauteur des 2/3, les effets des mesures destinées à diminuer sa participation à la CSBM (de l'ordre de 1 Md€ sur 1,5 Md€) et constituerait en quelque sorte un contre-transfert.

De même, les parts respectives des AMC et des ménages évoluent de manière totalement différente dans les deux séries : alors que la charge finale des ménages devait augmenter de 1,3 Md€ sous l'effet des mesures de responsabilisation, elle a été peu modifiée dans les CNS (+52 M€). A contrario, la part des AMC s'est alourdie d'environ 500 M€ dans les CNS, alors que les mesures ne devaient les concerner qu'à la marge (-58 M€), en raison des contrats responsables. Tout se passe comme si le transfert de financement organisé en direction des ménages avait été pris en charge par les complémentaires et les contrats responsables pas encore appliqués en pratique en 2006.

Ces quelques éléments conduisent à s'interroger sur la portée réelle de l'analyse produite dans le PLFSS 2008 (annexe 7) :

« La part dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par la sécurité sociale et l'État est restée stable depuis le début des années 1980 à hauteur de 78 %. Cette part croît de manière structurelle via l'augmentation du nombre d'assurés qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur et par la déformation de la structure de consommation vers des soins et biens médicaux mieux remboursés. À l'inverse les mesures de limitation de la prise en charge n'ont eu qu'un impact très limité : création du secteur avec droit à dépassement, baisse ou suppression de la prise en charge de certains médicaments, révision des règles de prise en charge des soins liés aux actes techniques lourds, participation forfaitaire de 1 € parcours de soins. »

En premier lieu, la déformation de la structure de consommation ne conduit pas à augmenter la part des soins et biens médicaux les mieux remboursés : c'est précisément le contraire qui s'est produit comme on l'a vu précédemment. La part des soins hospitaliers qui sont les plus remboursés diminue (91,9 % de taux de prise en charge AMO), alors que la part des biens médicaux, les moins remboursés (62,17 %), augmente.

En second lieu, si le taux de prise en charge de l'AMO augmente sous l'effet des affections de longue durée (ALD) et/ou de la prise en charge de médicaments innovants plus coûteux et que sa part dans la CSBM reste globalement stable, c'est que précisément les mesures de transfert produisent des effets qui contribuent à financer le surcroît de charge.

Le surcoût dû à l'exonération des ALD

L'exonération constitue, comme on l'a vu, un surcoût pour l'AMO et un transfert de charges en faveur des ménages ou des AMC. Il y avait près de huit millions d'ALD déclarées en 2006, en augmentation nette d'environ 250 000 par an (pour un flux entrant brut de + un million).

Le transfert financier supplémentaire qui s'opère chaque année et consomme une partie des économies dégagées par l'instauration de nouvelles formes de co-paiement, est de l'ordre de 250 M€ en valeur 2007 : le coût global moyen d'une ALD pour l'AMO est en effet de l'ordre de 10 000 € (analyse de la CNAMTS sur les dépenses 2007) et la part correspondant à l'exonération de 1 000 € soit 10 % (ce qui correspond à un taux moyen de prise en charge par l'AMO de 90 %).

Toutefois, comme le coût de traitement des ALD connaît une forte progression, ce transfert annuel supplémentaire, estimé à 250 M€, est amené à s'accroître proportionnellement.

Malgré l'exonération, le reste à charge des assurés déclarés en ALD est globalement plus élevé que celui des autres assurés. Sur la seule dépense reconnue de soins de ville, c'est-à-dire remboursable hors dépassements et présentée au remboursement, le co-paiement moyen par assuré a été estimé par la CNAMTS à 242 € par an après nouvelles participations forfaitaires de 2008 (217 € avant) : 363 € en ALD (301 € avant), 220 € hors ALD (201 € avant).

Le montant du reste à charge, non pris en compte dans cette étude, peut être estimé à 328 € par assuré en moyenne (258 € de dépassements en ville et 70 € de co-paiement hospitalier, principalement FJH dont les ALD ne sont pas exonérées). En appliquant le même rapport entre ALD et non ALD que celui constaté par la CNAMTS (faute d'informations disponibles à ce sujet), la charge résiduelle des assurés déclarés en ALD serait alors de 492 €. Ainsi, par an, malgré l'exonération dont il bénéficie, le reste à charge total d'un assuré en ALD doit avoisiner 855 € (363 € + 492 €).

Ainsi, plutôt qu'un *transfert entre les trois financeurs* AMO, AMC et ménages, ces phénomènes récents traduisent davantage un *transfert entre assurés*. Le recours accru à des soins plus coûteux qu'engendre notamment l'augmentation du nombre des assurés en ALD est financé partiellement par les assurés eux-mêmes.

IV - Coût et effets de la couverture complémentaire

L'analyse développée jusqu'à présent s'est limitée à la dépense finale de santé, c'est-à-dire aux versements directs effectués par les divers agents économiques : cette approche qui ignore à la fois la question du financement amont et la diversité de la population consommante au regard de critères souvent corrélés tels que l'âge, l'état de santé, la consommation de soins et le revenu, nécessite bien entendu d'être complétée. Les informations pertinentes en la matière sont cependant lacunaires et approximatives.

Pour les ménages qui ont souscrit une assurance complémentaire, les risques pesant sur le reste à charge sont mutualisés. Cet avantage indéniable ne doit pas faire oublier néanmoins les spécificités de la couverture complémentaire facultative et concurrentielle, qui la différencient par construction de l'assurance obligatoire : d'une part, elle est coûteuse et constitue une charge financière importante pour les ménages qui souscrivent un contrat, d'autre part, elle est inégalitaire en raison de la variabilité des contrats proposés tant en termes de garanties que de primes. Un transfert de charge de l'AMO vers les AMC produit donc mécaniquement des effets antiredistributifs.

A – Le coût élevé de la couverture complémentaire

1 – Les coûts de gestion

Le marché concurrentiel des assureurs complémentaires reste éclaté, malgré une tendance récente aux regroupements, ce qui entraîne des coûts de gestion élevés, liés notamment aux frais de prospection et de rotation de la clientèle. Deux sources d'information différentes permettent de les situer entre 24 % et 29 % des prestations servies en 2006 : les comptes nationaux de la santé et le compte de résultat technique simplifié produit par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles. Il s'agit là d'une approche moyenne, toutes prestations confondues.

Coûts de gestion d'après les informations de la DREES en 2006

En M€

	AMC	Dont mutuelles	Dont IP	Dont SA
Coûts de gestion	4 989	3 253	846	890
Prestations gérées	20 436	11 598	3 798	5 040
Ratio coûts de gestion/prestations	24,4 %	28,0 %	22,3 %	17,7 %

Source : Cour d'après les informations de la DREES

Sur la base des montants retracés dans les comptes de la santé qui prennent en compte les coûts complets (frais de gestion des sinistres, mais aussi frais d'administration et frais commerciaux), le ratio est de 24,4 %. Celui-ci est minoré, dans la mesure où la DREES, ne disposant pas d'informations sur les sociétés d'assurance, leur applique en réalité le ratio de gestion constaté sur les institutions de prévoyance en 2003.

Coûts de gestion/prestations d'après les informations de l'ACAM en 2006²¹⁵

En %

	AMC	Dont mutuelles	Dont IP	Dont SA
Gestion des sinistres	5,9	4,9	4,8	7,8
Frais d'acquisition	12,0	5,2	3,7	26,5
Frais généraux	11,0	14,7	5,0	9,4
Ratio coûts de gestion/prestations	28,9	24,8	13,5	43,7

Source : Cour d'après les informations de l'ACAM (compte de résultat technique simplifié)

En déduisant les « autres charges techniques » qui incluent notamment les frais de gestion des prestations du régime obligatoire par certaines mutuelles, le ratio diminue et passe à 26,2 %.

215. Les informations de l'ACAM couvrent les deux risques des soins de santé et de la prévoyance.

Les coûts de gestion imputés à l'AMO dans les comptes nationaux de la santé de 2006 font apparaître un ratio de 5,4 % : l'ajout des coûts de gestion du recouvrement n'augmente que faiblement ce ratio qui est alors de 5,9 %.

Cet écart de 20 points, constaté en 2006, entre les ratios de gestion de l'AMO et des AMC s'explique en partie par l'importance des coûts fixes afférents à la gestion de la sinistralité : plus la part de prestations servies est importante, moins le ratio de gestion est élevé.

2 – Les aides coûteuses à la couverture complémentaire

a) *La complémentaire santé des bas revenus*

La CMUC compte environ 4,8 millions de bénéficiaires selon les informations du fonds de financement de la CMU : le remboursement des forfaits²¹⁶ a représenté en 2006 une dépense de 1 647 M€ financée via le fonds par 650 M€ de contribution prélevée sur le chiffre d'affaires santé des OC (passé de 1,75 % à 2,5 % en 2006), par 346 M€ de dotation Etat et par 621 M€ de taxes affectées.

L'aide à la complémentaire santé (ACS) compte environ 275 000 bénéficiaires pour une cible estimée à deux millions de personnes. La dépense, de 40 M€ en 2006, est financée via le fonds CMU par l'assurance maladie²¹⁷.

b) *Les incitations à la protection sociale complémentaire*

Le coût des diverses dispositions fiscales et sociales destinées à favoriser l'extension de la couverture complémentaire a été estimé par la Cour sur la base d'hypothèses rustiques rappelées ci-dessous, car ces dispositions ne font l'objet d'aucun suivi.

Il s'agit des dispositions relatives aux contrats Madelin, aux contrats collectifs d'entreprise ainsi que celles relatives à la fiscalité des assureurs à des fins de régulation.

216. Le forfait CMUC remboursé par le fonds est passé à 340 € par an en 2006.

217. Il s'agit d'un crédit d'impôt dont bénéficient les organismes complémentaires qui accordent une réduction de cotisations aux bénéficiaires de l'ACS et se font rembourser par le fonds CMU. Le plafond de l'ACS a été remonté en 2007 à 8 614,55 € et le montant de l'aide de 75 € à 100 € par personne de moins de 25 ans, 150 € à 200 € par personne de 25 à 59 ans, de 250 € à 400 € par personne de 60 ans et plus.

Les contrats collectifs d'entreprise ont un poids très variable dans le chiffre d'affaires de chacune des trois composantes des assurances complémentaires : ainsi, en soins de santé (hors prévoyance), ils représentent respectivement 78 % des cotisations perçues par les institutions de prévoyance, 41 % par les sociétés d'assurance et 26 % par les mutuelles. Les aides fiscales et sociales accordées aux employeurs et salariés relevant des contrats collectifs ne s'appliquent qu'en cas de contrats solidaires et responsables, ce qui conduit les assureurs à ne pouvoir proposer, en pratique, que des contrats responsables aux entreprises²¹⁸.

Coût de la couverture complémentaire hors CMUC et ACS

En M€

	Perte fiscale	Perte de cotisations sociales
Contrats Madelin	300	Non chiffré
Contrats collectifs		
- Versant entreprises (déduction IS)	1 045	1 932
- Versant salariés (déduction IR)	1 320	
Fiscalité des assureurs :		
Taxe sur le chiffre d'affaires	721	
Fiscalité des assureurs :		
IS et TP non appliqué, non chiffré		
Total	3 386	1 932

Source : Cour des comptes

Hypothèses retenues pour les contrats d'entreprises

- le chiffre d'affaires de référence est celui du risque soins de santé en contrats collectifs, indiqué par les groupements professionnels eux-mêmes, c'est-à-dire 10,5 Md€;
- un taux de contrats responsables de 98 %, soit un CA assureurs soumis à exonérations de 10,3 Md€;
- une réfaction de 14 % tenant au taux d'entreprises qui ne participent pas au financement, soit un montant de primes entrant dans le champ des aides de 8,8 Md€;
- un taux moyen d'abondement des entreprises de 58 %, soit 5,1 Md€ de primes payées par les entreprises et 3,7 Md€ par les salariés ;
- un taux moyen d'IR pour les salariés de 15 % qui s'applique au total des cotisations versées à la complémentaire (et pas seulement à la part salariée) ;

218. Cette situation concerne donc les IP au premier chef, qui ont d'ailleurs contesté leur caractère éventuellement discriminatoire. Une enquête a été ouverte par la Commission européenne fin 2007 sur ce point.

- un taux moyen total de cotisations obligatoires patronales et salariales de 37,88 % (conformément à la méthode utilisée déjà dans le RALFSS 2007)²¹⁹ ;
- un taux d'IS pour les entreprises de 33 %²²⁰.

Au total, les aides apportées à la couverture complémentaire obtenues en sommant le financement de la CMUC et de l'ACS ainsi que les aides relatives aux contrats Madelin et aux contrats collectifs d'entreprise, peuvent être estimées à 7 005 M€: 1 687 M€ en direction des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS, 4 597 M€ en direction des travailleurs indépendants (contrats Madelin) et salariés (contrats collectifs obligatoires d'entreprise), 721 M€ consacrés à la politique de régulation des contrats des assureurs privés (exonération de la taxe sur le chiffre d'affaires).

Le montant total des aides de 7 005 M€ peut être rapproché du montant des prestations versées au titre de la complémentaire santé, soit 21 872 M€ (20 436 M€ de prestations des AMC + 1 436 M€ de CMUC gérée par les organismes de base) : il représente 32 % des prestations qu'elle rembourse.

Quant aux aides hors CMUC et ACS estimées ici à près de 5,5 Md€ (5 318 M€), elles ne font l'objet d'aucun suivi, qu'il s'agisse de leur montant ou de leur efficacité.

B – Des effets mal connus sur les ménages

Evaluer la couverture maladie existante à l'aune de ses effets plus ou moins redistributifs et pouvoir évaluer ainsi la variation introduite dans cet équilibre par une mesure de transfert quelle qu'elle soit, paraît indispensable.

Pour faire suite au développement précédent relatif à la couverture complémentaire en entreprise, la vision générale selon laquelle la contribution de 5,1 Md€ des employeurs et l'exonération de 1,3 Md€ sur l'IR bénéficient aux ménages et neutralisent en quelque sorte les coûts de gestion importants de la complémentaire santé, recouvre en réalité des

219. Il est appliqué à la contribution des employeurs (5,1 Md€) ce qui conduit à considérer celle-ci comme un substitut de salaire ; dans le cas contraire, il convient d'appliquer le taux de cotisations patronales, ce qui minore la perte de cotisations de 500 M€

220. Afin d'éviter un double-compte, on a considéré que si les cotisations sociales sur l'abondement étaient payées, elles entraîneraient une réduction des bénéfices de 1 683 M€ (5 100 M€ x 33 %) et donc une moindre réduction de l'impôt sur les sociétés (de 638 M€ qui diminue d'autant la dépenses fiscale).

situations très différentes : des avantages très supérieurs pour les 56 %²²¹ de la population (assurés et ayants droit) qui sont réputés couverts par la couverture en entreprise, une aggravation de la charge pour les autres.

Toutefois, les informations actuellement disponibles ne permettent pas de conduire une telle analyse micro-économique. Pour des raisons qui tiennent à l'absence d'un outil statistique adapté, le bilan global des effets redistributifs ou antiredistributifs de la couverture maladie obligatoire et complémentaire est mal connue : pour ce faire, il serait en effet indispensable de disposer d'un échantillon représentatif d'assurés sociaux auquel pourraient être appariées des informations en provenance d'autres sources, mais pour l'instant les éléments mobilisables laissent toujours de côté les prestations remboursées par les assurances complémentaires dont on sait, par ailleurs, qu'elles ne sont pas proportionnelles aux primes versées.

Certains constats récents, certes partiels et élaborés à partir de sources déclaratives, méritent cependant d'être mentionnés, ne serait-ce que pour faire comprendre l'importance des enjeux :

- d'une part, l'étude de l'INSEE -« France, portrait social 2007 »- montre que l'AMO, compte tenu de l'importance des montants financiers en cause, constitue un outil de redistribution des revenus très puissant : quand les dépenses finales de santé individualisables des APU sont imputées aux individus, du fait de leur masse financière, la santé devient un des facteurs majeurs de réduction des inégalités (36,7 %), plus important alors que les prestations familiales ou l'impôt sur le revenu ;
- d'autre part, l'exploitation faite par l'IRDES de l'enquête déclarative ESPS de 2006 (parue en avril 2008) montre que les primes versées aux assurances complémentaires par les ménages représentent 10 % du revenu des ménages les plus pauvres et moins de 3 % pour les ménages les plus riches, « sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures à ceux des seconds ».

221. Selon l'enquête bisannuelle réalisée par l'IRDES sur la protection sociale complémentaire en entreprises (PSCE) auprès des établissements employant au moins un salarié, hors administration et hors secteur agricole.

SYNTHESE

Au terme de ces analyses, il apparaît que la répartition du financement des dépenses de maladie constitue une question complexe.

Au-delà des insuffisances statistiques qui limitent le champ et la fiabilité des constats possibles, est mis en évidence le fait qu'une multiplicité de phénomènes peut entraîner des transferts de charge entre financeurs, voulus ou subis : à cet égard, la confrontation des deux approches usuelles fondées respectivement sur la photographie produite par les comptes nationaux de la santé et sur l'estimation théorique de mesures ciblées est symptomatique.

En ce qui concerne les phénomènes les plus récents, intervenus depuis la loi du 13 août 2004, il semble que le transfert important d'environ 3 Md€ organisé vers les ménages dans le but d'infléchir leur consommation de soins et, ce faisant, de diminuer la participation de l'AMO à la dépense de santé, n'ait pas rempli tous ses objectifs : en effet, une partie de ces mesures dégradent la mutualisation apportée par la couverture complémentaire sans engendrer pour autant la rupture attendue sur la croissance de la consommation. Quant aux économies ponctuelles effectivement produites, elles sont absorbées en grande partie par l'augmentation concomitante du niveau de prise en charge de l'AMO, en raison notamment de la croissance des ALD.

En raison de cette compensation partielle mais importante, la situation observée est donc plutôt celle d'une modification de la charge entre assurés, qu'une transformation de la répartition entre financeurs.

Ce travail a également permis de montrer que le transfert de la couverture obligatoire à la couverture complémentaire s'accompagnait de coûts supplémentaires de gestion, lesquels sont en partie compensés, en réalité, par les aides importantes dont bénéficie une partie de la population (subventions, diminutions d'impôts et exonérations de cotisations sociales). Le transfert de charge vers les AMC, organisé pour se conformer à l'objectif de non augmentation des prélèvements obligatoires, se traduit par une perte de ressources publiques, par des coûts de gestion sans doute accrus, enfin par des inégalités de traitement.

Toutefois, à ce jour, ces inégalités ne peuvent pas être précisément appréhendées, faute d'un instrument statistique idoine qui incorpore au panel de population observé les prestations perçues des complémentaires.

RECOMMANDATION

23. *Améliorer le système d'information relatif aux assurances complémentaires, en particulier :*

- *les données générales et exhaustives issues des documents comptables et statistiques qu'elles doivent adresser à l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) ;*
 - *le suivi des aides apportées à la couverture complémentaire (subventions, aides sociales et fiscales) ;*
 - *l'outil de simulation microéconomique permettant d'évaluer au plus près les effets de la couverture complémentaire sur les ménages, ventilés selon leurs caractéristiques socio-économiques.*
-

Chapitre VI

Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux

PRESENTATION

Ces dernières années, la Cour a consacré à la politique du médicament de nombreux travaux dont elle a rendu compte dans les rapports sur la sécurité sociale : en dernier lieu, la politique du médicament (2004), la réforme de la rétrocession (2006), les dépenses de médicaments (2007). Précédemment, la question de la distribution des médicaments avait fait l'objet d'une insertion au rapport de 1999. Mais elle n'avait traité ni de la question du réseau officinal ni de celles de l'évolution des marges ou des revenus des pharmaciens qui sont ici successivement abordées. Or, la rémunération de l'officine est un enjeu significatif pour l'assurance maladie, la marge des pharmaciens sur les médicaments remboursables représentant environ 5 Md€ par an.

En France, la distribution des médicaments en ville est principalement assurée par deux types d'acteurs : les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens titulaires d'officine. Seuls les seconds font l'objet de ce chapitre²²².

I - Un réseau officinal excédentaire au regard de la réglementation

Les données relatives aux officines et aux pharmaciens qui y exercent reflètent le poids des surnombres, les mesures destinées à maîtriser l'évolution du réseau étant très récentes.

A – Les officines et leurs titulaires

1 – Les officines

La France comptait au 1^{er} janvier 2007 22 561 officines soit une officine pour 2 696 habitants et 37,1 officines pour 100 000 habitants, non compris les 590 officines dans les DOM. Cette densité est une des plus fortes de l'Union européenne. Seules la Grèce (85 officines pour 100 000 habitants), la Belgique (51) et l'Espagne (48) ont une densité

222. Ce chapitre ne traite pas non plus des initiatives en cours prises par les autorités communautaires en vue de remettre en question le monopole de la détention du capital de l'officine ainsi que le principe du quorum. En France, le maintien du monopole officinal sur les produits non-remboursables est également contesté au nom des effets de la concurrence sur le niveau des prix. Ce chapitre n'aborde pas enfin les questions touchant à d'autres modes de distribution des médicaments.

supérieure. A l'opposé, l'Allemagne (26), le Royaume-Uni (18), les Pays-Bas (11) ont les densités les plus faibles²²³. La croissance du nombre d'officines a été constante entre 1964²²⁴ et 1987 (avec un rythme variant entre 1,5 % et 3,5 % par an).

A partir de 1987, le nombre d'officines progresse faiblement (moins de 1 % par an). Cette baisse est confirmée depuis (0,84 % en 1998, 0,02 % en 2001). Depuis 2002, le nombre d'officines régresse (-0,13 % en 2002 et -0,22 % en 2006).

2 – Les pharmaciens

La France comptait au 1^{er} janvier 2007 28 194 pharmaciens titulaires d'officine (inscrits en section A²²⁵) dont 12 922 hommes (45,8 %) et 15 272 femmes (54,1 %) et 656 titulaires d'officine dans les DOM (inscrits en section E). L'augmentation du nombre de pharmaciens inscrits en section A se poursuit, mais à un rythme ralenti (entre 2,3 % et 1,85 % par an sur la période 1982-1991 ; moins de 1 % à partir de 1991 ; 0,30 % en 2006). Aux pharmaciens titulaires, il faut ajouter les pharmaciens adjoints qui sont au nombre de 22 499²²⁶. Il y a donc au total 50 693 pharmaciens pour les 22 561 officines, soit en moyenne 2,2 pharmaciens par officine.

La tendance est à l'augmentation du nombre de pharmaciens (titulaires et adjoints) par officine comme le montre le tableau ci-dessous.

223. Il faut remarquer que les pays qui ont la densité de population la plus forte (Pays-Bas : 386 ha/km² ; Royaume-Uni : 344 ; Allemagne : 230) ont la densité officinale la plus faible. C'est l'inverse pour la Grèce (83), l'Espagne (86), la France (110). La Belgique est un contre-exemple : elle a à la fois une densité de population forte (344) et une densité officinale forte pour des raisons historiques (tradition des pharmacies mutualistes). Un net clivage apparaît entre les pays qui conditionnent la création d'une officine à des critères démographiques (Grèce, France, Belgique, Espagne) et les pays dans lesquels cette création est libre (Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas). Un autre facteur explicatif est l'incidence du mode de distribution.

224. Début de la série transmise par le conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP).

225. Au sein du CNOP, qui compte au total 72 322 pharmaciens (1^{er} janvier 2007), la section A regroupe les titulaires d'officine (38,5 %), la section B les pharmaciens de l'industrie (4,5 %), la section C les pharmaciens de la distribution en gros (2 %), la section D les pharmaciens salariés (35,7 %), la section E les pharmaciens des DOM et TOM (2 %), la section G les biologistes tous secteurs (10,9 %) et la section H les pharmaciens des établissements de santé (6,7 %).

226. En exercice dans les officines.

Evolution du nombre de pharmaciens par officine 1999-2006

Pharmacien par officine	1 pharmacien	2 pharmaciens	3 pharmaciens	4 pharmaciens	5 et plus
1999	34,4 %	46,4 %	15,7 %	3,4 %	1,1 %
2006	21,6 %	44,7 %	23,7 %	7,2 %	2,8 %

Source : CNOP

Cette situation s'explique principalement par la féminisation du réseau et le vieillissement de la profession (l'âge moyen du pharmacien d'officine est de 48 ans et 3 mois). Ces facteurs ont entraîné la hausse du *numerus clausus* ces dernières années. Stabilisé à 2 250 inscriptions en 1^{ère} année de pharmacie durant toute la période 1986-2002, le *numerus clausus* remonte régulièrement depuis : 2 400 en 2003, 2 600 en 2004, 2 790 en 2005 et 2 990 en 2006.

La réglementation oblige un titulaire à recruter un adjoint dès lors que le chiffre d'affaires de l'officine est supérieur au seuil de 1,22 M€ (fixé par le dernier arrêté en vigueur de 14 février 2008). Une enquête menée par le ministère de la santé en 2003 a montré que cette obligation n'était pas pleinement respectée²²⁷. Sur 1 715 pharmacies inspectées (7,3 % des officines), 318 étaient en déficit de pharmacien adjoint par rapport à la réglementation, soit 18,5 % des officines inspectées²²⁸. L'enquête a montré de fortes disparités en la matière. Dans le Nord-Pas-de-Calais, le déficit de pharmacien adjoint touchait 38 % des officines (62 officines sur 163 inspectées). Cette situation peut s'expliquer par plusieurs raisons : pénurie de pharmaciens, difficultés du recrutement²²⁹, souci de rentabilité, nombre excédentaire d'officines.

227. Cette obligation, dont le but est de pouvoir réaliser dans des conditions optimales la dispensation des médicaments, gagnerait à être fondée sur des critères plus fins que la seule évolution du chiffre d'affaires.

228. Enquête effectuée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en 2003. L'enquête montrait aussi l'absence, au moins momentanée, de pharmacien (titulaire ou adjoint) dans 52 pharmacies, soit 3 % de l'échantillon. Ces constats n'ont été suivis d'aucune sanction, ni administrative ni ordinaire.

229. Il convient de noter que la rémunération du pharmacien adjoint n'est pas élevée, par rapport à celle des titulaires : 2 370 € brut pour 35 heures en début de carrière (indice 400 concernant 60 % des adjoints).

B – Le poids des officines en surnombre

1 – Le dispositif en vigueur entre 1941 et 1999

La loi du 11 septembre 1941 a mis en place la première réglementation de l'implantation des officines²³⁰ sur la base d'un principe de proportionnalité entre le nombre des officines et le nombre d'habitants dans la commune (système dit du quorum). Toute nouvelle implantation d'une officine était subordonnée à la délivrance d'une licence par l'autorité administrative²³¹.

La loi avait toutefois institué au profit du ministre de la santé, via les préfets, la possibilité de déroger au quorum en fonction des besoins de la population²³². Conçue initialement comme une mesure de caractère exceptionnel, la voie dérogatoire l'a emporté peu à peu sur l'application stricte de la règle du quorum au point de devenir le mode commun des créations d'officines (dans les quartiers excentrés, près des gares, en périphérie des villes).

2 – L'état des surnombres

En prenant pour référence le nouveau quorum fixé par la LFSS pour 2008 (1 officine pour 3 500 habitants pour toutes les communes d'une population supérieure à 2 500 habitants²³³), 5 172 officines sont en surnombre, soit 23 % des officines.

230. Avant 1941, l'implantation était libre.

231. Les quotas de population étaient les suivants : une officine pour 3 000 habitants dans les villes d'une population supérieure ou égale à 30 000 habitants ; une officine pour 2 500 habitants dans les villes d'une population égale ou supérieure à 5 000 habitants et inférieure à 30 000 habitants. Une loi de 1957 avait prévu un seuil différent (1 officine pour 5 000 habitants) en Alsace-Moselle.

232. Loi du 11 septembre 1941, article 37, §4 : « Si les besoins de la population l'exigent, des dérogations à ces règles peuvent être accordées par le ministre de la santé publique, après avis du conseil régional de l'ordre des pharmaciens, de l'inspecteur divisionnaire de la santé, des syndicats professionnels et du conseil supérieur de la pharmacie ».

233. Il n'est pas pertinent d'inclure les officines dans les communes de moins de 2 500 habitants car depuis 1999 le quorum ne concerne plus les communes mais est apprécié en fonction de zones de desserte pharmaceutique arrêtées par le préfet et qui incluent plusieurs communes.

Dans les régions qui arrivent en tête, le surnombre est très marqué pour les grandes villes : Paris (364 surnombres pour 1 071 officines), Marseille (107 sur 372), Bordeaux (72 sur 143)²³⁴.

Officines en surnombre au 1er janvier 2007

Régions	Surnombre*	Régions	Surnombre*
Ile-de-France	861	Bourgogne	162
PACA	559	Auvergne	159
Rhône-Alpes	461	Lorraine	159
Aquitaine	387	Basse-Normandie	117
Nord-Pas-de-Calais	315	Picardie	108
Midi-Pyrénées	288	Franche-Comté	102
Languedoc-Roussillon	285	Champagne-Ardenne	99
Bretagne	283	Haute-Normandie	96
Pays-de-la-Loire	241	Limousin	83
Centre	173	Corse	47
Poitou-Charentes	172	Alsace	15
Total général		5 172	

*En fonction du quorum en vigueur au 1^{er} janvier 2008

Source : Conseil national de l'ordre des pharmaciens

C – Les mesures prises pour maîtriser l'évolution du réseau et réduire le nombre d'officines

1 – La suppression de la voie dérogatoire

La loi du 27 juillet 1999 constitue la première grande réforme de la réglementation des ouvertures d'officine depuis 1941. Elle met fin à la possibilité pour le préfet d'accorder une licence lorsque le quorum est atteint. Il aura donc fallu attendre près de soixante ans pour que ce dispositif, dont les effets étaient connus de longue date²³⁵, soit supprimé.

2 – Le relèvement des seuils de population

La loi du 27 juillet 1999 n'avait pas modifié sensiblement les règles du quorum. Le relèvement des quotas de population a été décidé

234. Ces surnombres ont été établis par le CNOP avec le quorum de 1 officine pour 3 000 habitants qui était initialement prévu dans la LFSS pour 2008.

235. Parmi ces effets, il convient de relever l'important contentieux engendré par les créations dérogatoires.

dans le cadre de la LFSS pour 2008²³⁶. Désormais, si la première officine peut être créée dès le seuil de 2 500 habitants atteint, les suivantes devront respecter par zone de desserte le seuil de 3 500 habitants par officine supplémentaire (seuil en vigueur en Alsace-Moselle depuis 1999). La distinction entre commune de moins et de plus de 30 000 habitants est supprimée.

3 – Le rééquilibrage du réseau par des transferts

Le régime juridique des transferts d'officines de pharmacie issu de la loi de 1999 interdisait par principe tout transfert, même à très courte distance, à l'intérieur de communes qui n'étaient pas excédentaires au regard du quorum.

La loi de 2002 a assoupli la réglementation en supprimant, pour un transfert au sein de la même commune, le critère de l'excédent d'officines²³⁷. Puis la LFSS pour 2008 a rendu possibles les transferts sur l'ensemble du territoire national²³⁸.

4 – La réduction des surnombres de pharmacies au moyen de regroupements

Pour faciliter les fusions, la loi de 1999 avait prévu des autorisations de regroupement d'officines. Mais ce regroupement était limité à deux officines situées dans la même commune et ne pouvait s'effectuer que dans cette même commune. Le nombre total de pharmaciens, titulaires ou assistants, devait demeurer le même durant cinq ans, sauf cas de force majeure. En outre, la nouvelle pharmacie ne pouvait être vendue avant cinq ans.

Devant le peu de succès de cette mesure²³⁹, la LFSS pour 2008 a rendu possible des regroupements entre officines sans limitation de nombre et de périmètre géographique. Le regroupement de pharmacies

236. Article 59 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 (articles L. 5125-3 à 15 du code de la santé publique).

237. Toutefois, pour un transfert dans une autre commune (mais du même département), la règle des quotas s'appliquait entièrement (excédent dans la commune d'origine et déficit dans la commune d'accueil).

238. L'article L. 5125-14 (CSP) fixe toutefois certaines conditions afin d'éviter que la commune d'origine ne soit plus desservie et que la commune d'accueil soit en surnombre.

239. Selon le CNOP, moins de cinq demandes par an entre 1999 et 2007.

est envisageable y compris en vue de vendre la nouvelle entité à l'un des protagonistes du regroupement ou à un tiers²⁴⁰.

II - La rémunération de l'officine

La rémunération de l'officine ne concerne ici que les produits remboursables, soit plus de 80 % du chiffre d'affaires des officines. L'évolution de ses différentes composantes a contribué à préserver un niveau élevé de marge et donc de rémunération.

A – La rémunération de l'officine en métropole

Le système en vigueur en 2007 est présenté dans un premier temps, puis les mesures, de portée limitée, décidées début 2008.

1 – Les composantes de la rémunération en 2007

a) *Le dispositif de la marge dégressive lissée (MDL)*

La réforme des marges des pharmaciens d'officine est intervenue en 1990. Un système de tranches avec un taux dégressif de marge²⁴¹ a remplacé un système de marge proportionnelle (de 48,5 %) du prix fabricant hors taxe (PFHT) qui prévalait auparavant. Ce système a été modifié plusieurs fois depuis 1990. Dans la situation actuelle, la formule de la marge associe un montant forfaitaire de 0,53 € par boîte et trois tranches de taux (26,1 %, 10 % et 6 %)²⁴². Les deux graphiques ci-après

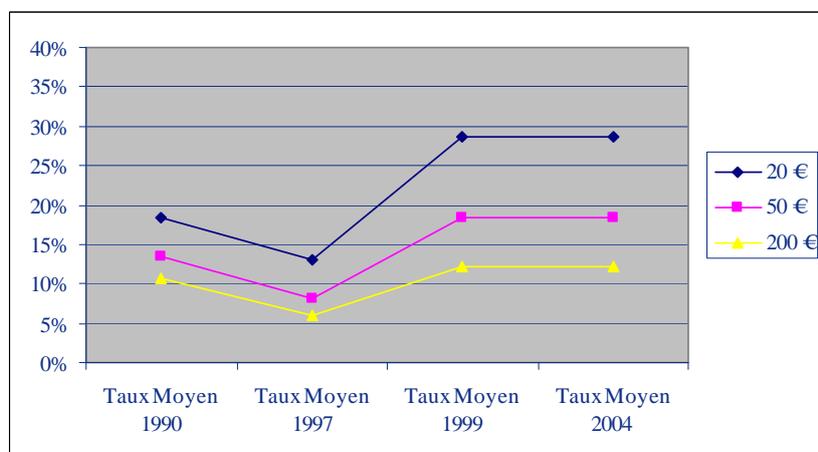
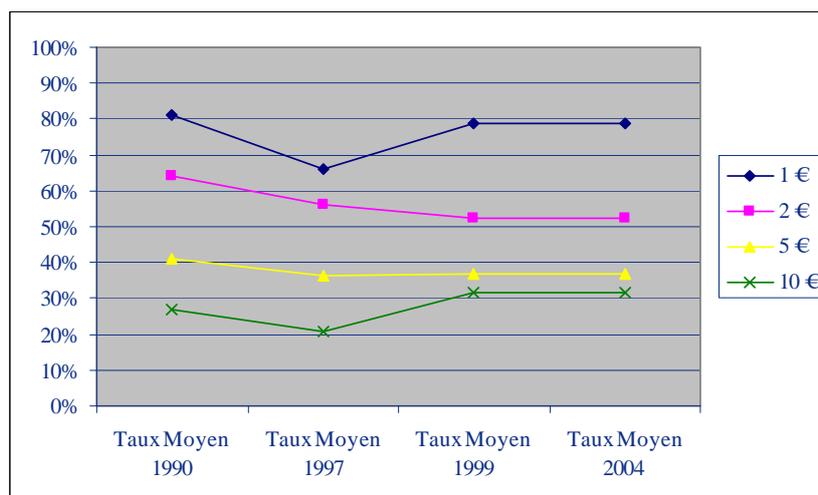
240. En outre, l'article L. 5125-15 organise un gel des licences pendant cinq ans. Le dégel peut être décidé après cette période par le préfet (après avis des syndicats représentatifs et du conseil régional de l'ordre) mais seulement si ce regroupement a eu pour effet de « compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine » (L. 5125-3 auquel renvoie l'article L. 5125-15).

241. Ce système fonctionne comme l'IRPP mais à l'envers. Ce qui signifie par exemple que pour un médicament dont le prix est égal à 200 € en appliquant les taux en vigueur pour les trois tranches de prix, le taux de marge est de 26,1 % sur la tranche 0-22,90 € (=5,97 €), 10 % sur la tranche 22,90-150 € (150-22,90*10%=12,71), 6 % au-delà de 150 € (200-150*6%=3 €), ce qui donne : 5,97 + 12,71 + 3 + 0,53 = 22,21 € (taux moyen de 11,1 %).

242. Article 2, I de l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables, principalement modifié en 1988, 1990, 1997, 1999 et 2004.

reconstituent, pour les arrêtés de marge pris depuis 1990, les taux de marge moyens pour sept niveaux de prix.

Evolution du taux moyen de marge (1990-2004)



Source : Cour des comptes

Le passage à la marge dégressive lissée visait à déconnecter la marge du prix du produit au motif que la rémunération du service rendu par le pharmacien ne devait pas suivre le prix. Or, l'évolution des taux de marge moyens 1990-2004 montre qu'en dépit d'une diminution des taux de marge en 1997, les pouvoirs publics sont revenus dès 1999 à la situation antérieure à 1997. L'introduction d'une rémunération forfaitaire par boîte de 0,53 € outre le fait d'encourager la multiplication des

conditionnements, a contribué à augmenter les taux de marge pour les produits dont le prix est supérieur à 10 €. Pour ces derniers, les taux de marge moyens sont supérieurs en 2008 à ce qu'ils étaient à l'issue du premier arrêté mettant en place la MDL.

Ainsi, on note que face au renchérissement du prix des médicaments (le PFHT moyen est passé de 4,30 € en 1996 à 6,20 € en 2006), les pouvoirs publics n'en ont tiré aucune conséquence sur les produits dont le prix HT est compris entre 20 et 150 €. Or, d'après les données du groupement d'études et de recherche sur la santé (GERS) (cf. infra), la part du chiffre d'affaires des fabricants sur les produits 20-150 € est passée de 4,5 % en 1996 à 32,6 % en 2006.

L'introduction d'un élément forfaitaire en 1999, qui aurait pu être le prélude à un passage vers une marge forfaitaire, a cependant laissé subsister le principe de la proportionnalité (même dégressive). En conséquence, cette réforme n'a pu contenir la hausse du niveau de rémunération de l'officine résultant du renchérissement du prix des médicaments.

b) Une marge bonifiée pour les génériques

En vue d'encourager la diffusion des génériques, la marge réalisée sur la vente d'un médicament générique est identique à la marge réalisée sur le princeps²⁴³. Le tableau ci-dessous fait apparaître le doublement du taux de marge qui en résulte, dans le cas très fréquent où le PFHT générique est inférieur de moitié au PFHT princeps.

Comparaison marge princeps/marge générique

PFHT Princeps	PFHT générique	Marge*	Marge/princeps	Marge/générique
10 €	5 €	3,14 €	31,4 %	62,8 %
20 €	10 €	5,75 €	28,75 %	57,5 %
50 €	25 €	9,21 €	18,42 %	36,84 %
200 €	100 €	22,21 €	11,10 %	22,20 %

* La marge inclut le montant forfaitaire de 0,53 €.

Source : Cour des comptes

Selon la CNAMTS, le surcoût brut (qui n'intègre pas les économies dues aux génériques) de l'alignement de la marge du générique sur le princeps a été en 2007 de 150,3 M€

243. Arrêté du 29 avril 1999 modifié.

c) Les avantages consentis par les fabricants

Les fournisseurs peuvent consentir aux pharmaciens divers avantages et d'abord des remises et ristournes. Celles-ci sont définies à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale. Avant la réforme intervenue en 2008, les remises et ristournes ne pouvaient excéder par mois et par ligne de produits (et pour chaque officine) un plafond de 2,5 % du prix des spécialités, mais pouvaient aller jusqu'à 10,74 % du prix fabricant hors taxes pour les spécialités génériques.

Une deuxième forme d'avantage est liée à la rémunération prévue dans le cadre d'un contrat de coopération commerciale. Depuis 2006, un plafond²⁴⁴ a encadré ces avantages financiers (20 % en 2006 puis 15 % en 2007).

Les services de la direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) ont constaté que la distinction entre des remises sur produits et une rémunération pour service commercial était très ténue dans les faits²⁴⁵ et qu'en cas de vente directe des fabricants aux pharmaciens, la marge grossiste de 10,3 % était systématiquement encaissée par le pharmacien, pratique non conforme à

244. Dont le dépassement devait se traduire par une modification des marges applicables au prix du produit, qui ne devait plus dans ce cas être le PFHT mais le prix d'achat effectif du revendeur. Ce plafond correspondait au PFHT net des remises de l'article L. 138-9 (PFHT diminué de 10,74 % pour les génériques). Ainsi, tout dépassement du plafond d'avantages financiers devait entraîner une baisse du prix public, le prix sur lequel devaient être appliqués les taux de marges n'étant plus le prix facial (PFHT) mais le prix réellement supporté par le pharmacien.

Il a été procédé en 2006 par la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes au contrôle de l'application de l'arrêté du 29 décembre 2005. Celle-ci a constaté que ce plafond prévu par l'arrêté du 29/12/05 était bien respecté.

245. En matière de contrat de coopération commerciale (qui donnent lieu à des rémunérations couramment appelées « marges arrière »), la position initiale du ministère de l'économie a été de considérer que *les rémunérations pour service commercial* ne devaient pas être distinguées des *remises* consenties aux officines par leurs fournisseurs. Cette position a changé en 2002. En effet, les contrôles effectués par le ministère sur le respect des plafonds de remises ont montré que ces plafonds étaient rarement respectés par les officines. Sur certains génériques (par exemple l'oméprazole), le ministère a constaté des dépassements très importants (entre 50 % et 80 % du PFHT). En raison du caractère massif de ces pratiques, aucun pharmacien n'a été sanctionné.

l'article 2, III de l'arrêté du 4 août 1987²⁴⁶. Ces deux constats ont contribué au changement de réglementation début 2008 (cf. infra).

d) Le cumul d'avantages pour les génériques

En raison de la marge bonifiée, d'un plafond supérieur de remises et des marges arrière, la rémunération des pharmaciens en matière de génériques leur est très favorable. En outre, 70 % des génériques sont vendus directement par les laboratoires aux pharmaciens qui encaissent ainsi la marge grossiste.

En règle générale, le PFHT du générique est depuis 2006 50 % moins cher que le princeps. Pour un générique à 5 € dont le prix du princeps est de 10 € le prix public sera calculé de la manière suivante :

- montant forfaitaire de 0,53 €;
- marge (=princeps) : 26,1 % de 10 € = 2,61 €;
- marge grossiste : 10,3²⁴⁷ % de 5 €²⁴⁸ = 0,515 € ;
- le PPHT sera donc de 5+0,53+2,61+0,515= 8,655 €

Mais le pharmacien aura pu bénéficier d'une remise et d'une rémunération pour service commercial pour un montant de 1,206 €:

- remise (L. 138-9) : 10,74 % de 5 € = 0,537 €
- coopération commerciale : 15 % de 5 € = 0,75 €

Ainsi, un générique dont le PFHT est de 5 € sera acheté 3,794 € directement au fabricant et sera vendu sur la base de 8,655 € HT. Le gain net est de 4,861 € soit quasiment le prix fabricant HT hors remises et marge arrière.

L'exemple pris pour un générique au prix de 5 € est significatif. En effet, le prix moyen d'un générique est de 6,92 € 80 % des boîtes de génériques ont un prix compris entre 0 et 5 € 50 % du CA HT des

246. Il convient de remarquer qu'avant l'introduction de la marge dégressive pour les grossistes en 1999, la marge proportionnelle était pour eux de 10,74 % du PFHT. Ainsi, en portant en 1999 le plafond de remises aux pharmaciens à 10,74 % pour les génériques, les pouvoirs publics avaient de ce fait créé les conditions pour que les fabricants cèdent la marge grossiste aux pharmaciens en cas de vente directe. Dans ce contexte, l'encaissement par les pharmaciens de la marge de 10,3 % (fixée pour les grossistes à partir de 1999) revenait à encaisser deux fois la marge des grossistes.

247. Le taux de 10,3 % était le taux en vigueur avant la réforme de février 2008 qui a modifié les taux de marge des grossistes-répartiteurs.

248. La marge bonifiée ne s'applique pas au grossiste-répartiteur.

fabricants est réalisé sur les ventes de génériques dont le prix est compris entre 0 et 5 €

La mise en place de conditions financières très favorables s'explique par la volonté des pouvoirs publics de favoriser la promotion des génériques au travers une politique de substitution confiée aux pharmaciens. Toutefois, on peut s'interroger sur le maintien d'un dispositif aussi favorable pour les génériques dès lors que les taux de substitution atteignent en 2008 plus de 80 % du répertoire²⁴⁹. Désormais, les principaux freins à l'accroissement du marché des génériques, qui ne sont pas liés à une éventuelle intervention du pharmacien, sont d'une part le faible taux de prescription dans le répertoire (3,3 % de prescriptions directes de génériques et 11 % des prescriptions en dénomination commune internationale dans le total des prescriptions²⁵⁰) et, d'autre part, la proportion encore faible du répertoire dans le marché des produits remboursables (qui est passée en valeur de 17,4 % en 2005 à 21 % en 2007).

2 – Des réformes récentes d'ampleur très limitée

a) La réforme des remises et ristournes (2008)

La volonté des pouvoirs publics de réformer le dispositif des marges arrière dans la grande distribution a eu une conséquence directe sur le système de rémunération des pharmaciens. L'article 3 de la loi « pour le développement de la concurrence au service des consommateurs ²⁵¹ » réforme en effet le dispositif des contrats de coopération commerciale en l'intégrant dans le dispositif des remises.

Les taux de 10,74 % (plafond des remises pour les génériques) et de 15 % (plafond des contrats de coopération commerciale) sont supprimés au profit d'un taux, nouveau et unique, de 17 %. Les contrats de coopération commerciale ne sont pas interdits en tant que tels mais leur rémunération n'est plus distincte des remises.

Il convient de souligner que le plafond de 17 % ne s'applique pas seulement aux génériques mais également aux princeps sous tarif

249. Le répertoire des génériques se définit comme l'ensemble des médicaments de marque généricables et des génériques qui leur sont attachés. C'est au sein de ce répertoire que s'exerce le droit de substitution des pharmaciens.

250. « Baromètre de la prescription en DCI », Observatoire du médicament de la Mutualité française (FNMF), d'après des données IMS Health, novembre 2007.

251. Loi n° 2008-3 du 3 janvier 2008, dite loi Chatel.

forfaitaire de responsabilité²⁵² (TFR). La baisse du plafond des remises s'est donc accompagnée d'un élargissement de l'assiette des produits pouvant bénéficier de remises. La baisse de marge exprimée en taux devrait donc être partiellement compensée par une augmentation de la marge en valeur.

b) L'attribution de la marge du grossiste

Afin de compenser la perte résultant de la diminution des plafonds de remises et marge arrière, il a été décidé de faire bénéficier le pharmacien de la marge du grossiste en cas de vente directe. De plus, la sortie de cette marge du plafond des remises intervient pour la totalité des médicaments remboursables et non plus seulement pour les génériques comme précédemment.

Au total, l'évolution des taux de marge et remises devrait porter ceux-ci à un maximum de 53,3 % contre 62,04 % précédemment (pour un produit dont le prix est inférieur à 22,9 €).

Comparaison taux de marge complet avant et après la loi Chatel

Rémunération	Avant Loi « Chatel »	Après Loi « Chatel »
Marges arrêté 4 août 1987	26,1 %	26,1 %
Remises art. L. 138-9	10,74 %	17 %
Coopération commerciale	15 %	
Marge grossiste	10,3 %	9,93
Total	62,14 %	53,03 %

Source : : Cour des comptes

Néanmoins, si on considère que le bénéfice de la marge grossiste était illégal dans l'ancien dispositif, la réforme n'a pas été défavorable aux pharmaciens.

B – Les déterminants de l'évolution de la rémunération

Au-delà des marges réglementées et des remises, plusieurs facteurs sont favorables à la rémunération des pharmaciens.

252. Pour certains princeps génériques, il est appliqué un tarif de remboursement spécifique. Le TFR permet de réaliser directement des économies sur le prix des médicaments lorsque le taux de substitution n'est pas jugé satisfaisant.

1 – Des dépenses de médicaments et une prise en charge en hausse

La croissance de la consommation de médicaments a été la plus forte de tous les postes de la consommation de soins et biens médicaux : 5,9 % de taux de croissance annuel moyen entre 1995 et 2006 (pour une moyenne CSBM de 2,9 %). En outre, le taux de prise en charge par l'assurance maladie a augmenté ces dernières années. Il est passé, sur le champ des médicaments présentés au remboursement, de 70,6 % en 1995 à 76,3 % en 2006²⁵³.

2 – Un important effet-structure

Comme le montre le tableau ci-dessous, la répartition du chiffre d'affaires des fabricants en fonction du prix unitaire du médicament montre le poids pris par les médicaments dont le prix est supérieur à 20 €

Répartition du CA en fonction du prix unitaire du médicament

Tranche PFHT	CA 1996	CA 2006
< 1 €	1,7 %	2,0 %
De 1 à 5 €	42,2 %	18,5 %
De 5 à 10 €	27,9 %	12,8 %
De 10 à 20 €	23,4 %	22,2 %
De 20 à 150 €	4,5 %	32,6 %
>150 €	0,3 %	12,0 %
PFHT moyen	4,30 %	6,90 %

Source : GERS, 2007.

Cet effet-structure est renforcé par la sortie progressive de médicaments de la réserve hospitalière²⁵⁴. Les médicaments remboursables issus de la réserve hospitalière ont représenté 6 % du marché remboursable (CA PPTTC cumulé 2005-2007) et à fin 2007 0,36 % des boîtes vendues concernaient des produits issus de la réserve. Fin 2007, la marge brute des produits issus de la réserve représentait 2,6 % de la marge brute des produits remboursables. La part de la réserve hospitalière dans le marché du remboursable n'a cessé de croître. En cumulé, elle a

253. Eco-santé, CNAMTS, 2007.

254. Décret n° 2004-546 du 15 juin 2004.

atteint 1 451 M€ en 2007²⁵⁵. Le prix public moyen des produits vendus y est de l'ordre de 170 € unitaire.

3 – Un marché des génériques en progression constante

Le marché du répertoire s'est accru de 1,2 Md€ entre 2000 et 2006 (montants remboursables), décomposé entre une hausse de 1,84 Md€ pour les génériques et une diminution de 740 M€ pour les princeps. Comme le montre le tableau ci-dessous, le marché des génériques augmente ainsi de manière régulière depuis 1999.

Evolution du marché des génériques 1999-2007 (champ GEMME)

En M€

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
CA M€	110	240	388	453	601	853	1 109	1 439	1 644	1 960	2 215
Variation		118%	61%	16,7%	32,7%	42%	30,1%	29,7%	14,2%	19,2%	13%

Source : GEMME

L'accroissement régulier des volumes de vente de génériques a donc bénéficié aux pharmaciens, à la fois en raison de la marge bonifiée et d'un plafond de remises supérieur jusqu'à fin 2007 au plafond en vigueur pour les princeps.

4 – Le montant des remises ne devrait pas diminuer de manière significative

Les montants ci-dessous ont été communiqués à la Cour par la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'association « génériques même médicament » (GEMME), pour les années 2006, 2007, 2008. Selon les chiffres du GEMME, les montants 2006 (440 M€) et 2007 (426 M€) sont quasiment identiques en valeur alors même que le plafond de la coopération commerciale a baissé (de 20 à 15 % du PFHT), en raison de la croissance du marché (+19,2 % entre 2006 et 2007) liée à l'extension du périmètre sur lequel s'applique le nouveau taux de remises.

²⁵⁵ .Source : fédération des syndicats pharmaceutiques de France (d'après Pharmastat).

Remises et marges arrière 2006-2008 (p)*En M€*

	2006	2007	2008 GEMME	2008 FSPF
Remises	163	182	377	459
Marge arrière	277	244	0	0
Marge grossiste	150 (FSPF)	196 (FSPF)	220	250
Total	590	622	597	709

Source : GEMME, FSPF

Même si l'on considère que les chiffres FSPF sont surévalués²⁵⁶, on constate néanmoins que dans la prévision 2008 du GEMME, la totalité des rabais²⁵⁷ consentis par les fabricants ne diminue que faiblement en valeur (25 M€ soit -4 %) en dépit de la suppression de la rémunération pour coopération commerciale. L'économie résultant de cette suppression a néanmoins été évaluée par le comité économique des produits de santé (CEPS) à 100 M€ pour l'assurance maladie, puisqu'elle s'est accompagnée de baisses de prix sur les médicaments génériques (-25 % pour 2006 et 2007).

5 – La structure économique de l'officine

Le tableau ci-dessous réalise une estimation moyenne pour une officine, par type de produit, du pourcentage des ventes, de la contribution à la marge et du taux de marge (incluant remises et marges arrière).

256. En effet, l'hypothèse est que l'ensemble des achats des officines épuise le plafond de remises.

257. On considère que la marge grossiste dont bénéficie le pharmacien s'apparente à un rabais effectué par le fabricant.

Structure économique de l'officine

	Pourcentage des ventes	Contribution à la marge	Taux de marge brute (marge complète incluant la coopération commerciale)
Princeps	74 %	67 %	27 %
Génériques	9 %	13 %	44 %
OTC ²⁵⁸	5 %	6 %	39 %
Autres*	12 %	14 %	34 %

**Dont : médicaments non remboursables à prescription obligatoire et parapharmacie. La marge du princeps et du générique est réglementée ; la marge des produits OTC et autres est libre.*

Source : Smart Pharma Consulting (données IMS Health 2007, FSPF). Cette estimation montre ainsi le potentiel de croissance des produits non-remboursables et de la parapharmacie, dès lors que la suppression du monopole officinal sur ces produits a été écartée par le ministre de la santé²⁵⁹.

C – La rémunération de l'officine dans les départements d'outre-mer

Le dispositif des marges dans les DOM a longtemps été en vigueur sans aucune base légale. Réformé très récemment (mais très partiellement), il reste malgré quelques mesures correctives ? particulièrement avantageux.

1 – Des arrêtés sans base légale (1990-1998)

Le dispositif des marges dans les DOM a été mis en place en 1990. Il fonctionnait sur la base de coefficients de majoration, fixés par les

258. On appelle produits OTC (« over the counter ») ceux qui sont vendus en officine en accès libre (« devant le comptoir »). Depuis un décret du 1^{er} juillet 2008, outre la parapharmacie, la cosmétique et les compléments alimentaires, certains médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire sont désormais directement accessibles aux consommateurs.

259. Néanmoins, le développement de ce segment du marché de l'officine risque de rester limité en raison de l'étroitesse des produits à prescription médicale facultative (PFM) non-remboursables. Cette étroitesse est liée au fait que la très grande majorité des produits à PFM est remboursable.

Les partisans de la suppression du monopole officinal sur certains produits de parapharmacie dits « produits frontières » ne manquent pas d'arguments. A la demande du conseil national de la consommation, la DGCCRF a mené une enquête en 2005 qui a montré que les principaux produits de parapharmacie, vendus dans les trois types de circuits de distribution (grande et moyenne surface, parapharmacie, officine), le sont à des prix inférieurs en grande surface d'au moins 20 % à 30 % par rapport à ceux pratiqués par les officines.

préfets, des prix publics et de la marge des grossistes- répartiteurs de métropole. De plus, contrairement à la métropole, la marge des grossistes-répartiteurs est restée proportionnelle au PFHT. La marge du pharmacien est donc la différence entre le prix de vente du grossiste et le prix local du médicament²⁶⁰.

En 1995 cependant, l'arrêté préfectoral en vigueur à la Réunion a été annulé par le Conseil d'Etat²⁶¹ au motif que la fixation des prix et des marges des médicaments dans les DOM ne relevait pas de la compétence du préfet mais des ministres des affaires sociales et de l'économie. En effet, l'article L. 593 du code de la santé publique ne donnait pas compétence au préfet pour fixer les prix et les taux de marge des médicaments soumis à autorisation de mise sur le marché.

2 – Une base légale sans arrêtés (1998-2008)

Afin de donner une base légale aux majorations, l'ordonnance n° 98-731 du 20 août 1998 a introduit dans le code de la sécurité sociale l'article L. 753-4, qui prévoit qu'un « arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables aux prix, fixés en application de l'article L. 162-16-1 ou de l'article L. 162-38, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ». Selon cet article, ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.

L'article omettait cependant de mentionner la possibilité de majorer, outre le prix du médicament, le taux de marge des grossistes et des pharmaciens d'officine. Ceci explique (en partie) qu'aucun arrêté nouveau n'ait été pris sur le fondement de cet article pour remédier à la situation d'illégalité qui prévalait depuis l'arrêt du Conseil d'Etat. Les

260. Le calcul de la marge dans les DOM suppose de connaître le coefficient de majoration du PFHT et du PPTC. Pour prendre l'exemple de la Guadeloupe et de la Martinique, le coefficient de majoration du PFHT métropole était de 1,3863 (avant la réforme de 2008). Pour un médicament au prix fabricant de 10 € le prix vendu au pharmacien était donc de $10 \times 1,3863 = 13,863$ €. Et le coefficient multiplicateur du prix public y était de 1,364. Ainsi, le prix public hors taxe était de $13,14 \times 1,364 = 17,922$. La marge du pharmacien était donc égale à $17,922 - 13,863 = 4,059$ €. Le calcul de la marge pour un pharmacien en métropole était de 2,11 ($13,14 - 11,03$ [prix d'achat au grossiste]). La marge en Guadeloupe et Martinique était donc de 92 % supérieure à celle du pharmacien en métropole pour un produit au PFHT de 10 €.

261. Arrêt n° 118278, Mme An Hot et autres, 15 septembre 1995.

arrêtés préfectoraux de 1990 ont donc continué à s'appliquer sans aucune base légale.

Il a fallu attendre la loi de finances pour 2005 pour qu'un arrêté ministériel puisse majorer à la fois le prix et la marge des distributeurs. Un arrêté du 2 mai 2005, pris sur le fondement de l'article L. 753-4, a ainsi pu légalement majorer de 16 % le prix des médicaments rétrocedés.

Cet arrêté n'était toutefois valable que jusqu'au 31 août 2005 car une enquête permettant d'apprécier au plus juste les surcoûts liés à l'éloignement devait être menée pour déterminer définitivement la majoration de prix. Or, les ministres de la santé, de l'économie et de l'outre mer n'ont missionné l'IGAS et à la DGCCRF sur ce thème qu'au printemps 2008.

3 – D'importantes rentes de situation

Avant la réforme de février 2008, les marges des grossistes répartiteurs et des pharmaciens (fin 2007) étaient nettement supérieures à la stricte application de la majoration du PPTTC.

Ecart de prix et de marge Métropole/DOM (année 2007)

	Métropole*	La Réunion	Ecart
PPTTC*	237 694 604	309 716 069	+30 %
Marge grossiste	15 094 361	52 587 256	+248 %
Marge pharmacien	51 716 215	76 463 692	+47,8 %

	Métropole*	Guadeloupe	Ecart
PPTTC*	139 906 097	190 831 917	+36,4 %
Marge grossiste	8 622 402	29 205 041	+238 %
Marge pharmacien	28 148 394	47 919 619	+70,2 %

	Métropole*	Martinique	Ecart
PPTTC*	121 057 876	165 122 943	+36,4 %
Marge grossiste	7 684 317	24 894 532	+223 %
Marge pharmacien	25 423 517	43 253 324	+70,1 %

* A structure de consommation comparable

Source : DSS.

4 – La réforme en trompe l'œil de 2008

Pour remédier à une situation marquée ainsi par diverses carences (illégalité persistante, absence de dégressivité pour les grossistes, prix élevés), une réforme est intervenue mais de portée réduite : l'arrêté du 7 février 2008 a régularisé le dispositif tout en le réformant à minima.

Certes, la diminution du coefficient multiplicateur aboutit à une baisse de 3 % du PPTTC²⁶². Mais la dégressivité instituée pour les grossistes reste symbolique : à structure de consommation comparable, l'écart de la marge avec la métropole reste à +206 % pour La Réunion, +192 % pour la Guadeloupe et +179 % pour la Martinique. Pour les pharmaciens, l'écart avec la métropole reste à +42,5 % pour La Réunion, +64,3 % pour la Guadeloupe et la Martinique²⁶³. En Guyane, le coefficient de majoration de prix et la marge grossiste n'ont pas été modifiés. Selon le ministère de la santé, cela s'expliquerait par la volonté de ne pas fragiliser les officines rurales. Or, cet ajustement ne tient pas compte du revenu moyen du pharmacien en Guyane qui est le plus élevé des quatre DOM (plus de 130 000 € en 2006).

III - Les revenus des pharmaciens

L'examen de l'évolution du revenu des pharmaciens titulaires porte ici sur la totalité de leur revenu d'activité (ce qui inclut les médicaments remboursables, non-remboursables, la parapharmacie et les autres produits vendus en officine). Il fait apparaître le maintien des résultats malgré une légère diminution du taux de marge commerciale. Mais la dispersion croissante peut constituer un frein à une baisse des marges administrées, du moins si n'est pas engagé un effort plus volontariste de regroupement des officines.

A – Le maintien de la rentabilité officinale

A partir des informations de la fédération des centres de gestion agréés concernant 11 000 officines déclarant un bénéfice industriel et commercial (BIC), la Cour a pu établir des indicateurs financiers par tranches de BIC pour les années 2003 à 2006.

262. Le coefficient multiplicateur passe de 1,364 à 1,323 pour la Guadeloupe et la Martinique, de 1,303 à 1,264 pour la Réunion et reste inchangé pour la Guyane (1,34).

263. Le calcul détaillé ci-dessous explicite les déterminants de la marge des pharmaciens. Pour reprendre l'exemple figurant à la note n° 253 page 207, le calcul peut être fait avec le nouveau coefficient multiplicateur (1,348 pour le grossiste dans la tranche <22,9 € et 1,323 pour le prix public). Marge grossiste-répartiteur : $10 \times 1,348 = 13,48$; prix public (HT) : $13,14 \times 1,323 = 17,384$. $17,384 - 13,48 = 3,904$, ce qui représente une marge du pharmacien en Guadeloupe et Martinique de 76,6 % supérieure à la métropole pour un produit au PFHT de 10 € [Marge métropole : $13,14 - 10,93 = 2,21$].

Indicateurs économiques 2003-2006

	<800 000 € 2 000 officines	<1 100 000 € 2 800 officines	<1 500 000 € 2 700 officines	<2 000 000 € 2 000 officines	<3 500 000 € 1 300 officines
CA HT moyen 2003-2006	566 681	911 201	1 005 611	1 658 497	2 357 872
TCAM CA HT	4,1 %	4,4 %	4,4 %	4,5 %	4,8 %
Taux de marge moyen 2003/2006	28,7%	28,7%	28,8%	28,9%	29,1%
Diminution du taux de marge	-2,7 %	-2,7 %	-2,4 %	-1,7 %	-2,3 %
Résultat 2005/2004	-3,3 %	-1,9 %	-1,0 %	-0,3 %	-0,2 %
Résultat 2006/2005	1,9 %	0,2 %	0,6 %	2,3 %	2 %
Résultat 2006/2003	4,2 %	2 %	3,8 %	6 %	7,4 %

Source : FCGA. Calculs Cour des comptes

Ces informations font apparaître qu'en dépit des mesures d'économies prises dans le cadre du « plan médicament » depuis 2005, le résultat des officines a augmenté de manière régulière sur la période 2003-2006. On constate également que ces mesures ont eu un impact sur les officines plus fort en 2005 qu'en 2006 alors que les économies²⁶⁴ pour l'assurance maladie ont été nettement supérieures en 2006 (1,1 Md€) qu'en 2005 (500 M€). L'hypothèse est que les facteurs d'évolution de la rémunération décrits supra (II, B) ont joué favorablement sur la rentabilité de l'officine.

B – Les revenus soumis à cotisations sociales

Les données disponibles ne permettent pas de passer d'une façon aisée des résultats bruts des officines aux revenus des pharmaciens titulaires.

1 – La référence retenue

La Cour a demandé directement à la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) des informations sur les revenus déclarés par les pharmaciens qui servent de base au calcul des cotisations sociales²⁶⁵.

En effet, la disponibilité des revenus fiscaux est incertaine. Certes, cette disponibilité ne présente pas de difficultés particulières pour un pharmacien déclarant un revenu entrant dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC). Néanmoins, plus du quart des officines

264. Ne sont comptabilisées que les mesures relatives aux génériques et aux baisses de prix ciblées.

265. Informations issues de la déclaration commune des revenus (DCR) des professions indépendantes, transmis annuellement à la CAVP par le RSI.

sont des sociétés de capitaux (EURL, SARL, SEL²⁶⁶) assujetties à l'impôt sur les sociétés. Dans ce cas, le revenu fiscal du titulaire est constitué d'un revenu de gérance (ou de co-gérance) et de dividendes. Pour reconstituer ce revenu global, il faudrait donc identifier les titulaires d'officine dans les déclarations de revenus et isoler dans la rubrique des revenus mobiliers ce qui a trait exclusivement au revenu tiré du bénéfice fiscal de l'officine. Les systèmes d'information de la DGI ne permettent pas d'opérer cette identification.

Les revenus déclarés à la CAVP ne comprennent pas davantage les revenus mobiliers tirés de l'activité officinale et pour cette raison peuvent être qualifiés de revenus « minorés ». On observe en effet depuis quelques années un très fort développement des sociétés d'exercice libéral (SEL). Alors qu'en 2000, un peu plus de 10 % des inscriptions et reprises d'officines l'étaient en SEL, près de 50 % l'ont été en 2007. En stock, les SEL étaient moins de 500 en 2000, elles sont au nombre de 3 637 en 2007.

Une explication avancée par la profession tient au fait qu'en raison du vieillissement de la profession, la SEL offre plus de facilités à un pharmacien, qui souhaite diminuer progressivement son activité professionnelle, de s'associer tout en abaissant régulièrement le nombre de ses parts voire en conserver à sa retraite. Cette explication est pertinente en ce qu'une création de SEL sur deux concerne des pharmaciens déjà titulaires de leur officine. Néanmoins, elle est très incomplète.

Le développement des SEL s'explique aussi pour des raisons d'optimisation fiscale²⁶⁷ et sociale²⁶⁸. Sur le plan du revenu individuel, la SEL permet d'augmenter la capacité de remboursement de l'emprunt contracté pour l'achat de parts d'une officine. En effet, la SEL permet à son ou ses gérants (dans le cas d'un collège de gérants égalitaires) de

266 . Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée, société à responsabilité limitée, société d'exercice libéral.

267. Depuis la réforme de l'impôt fiscal en 2004, les sociétés soumises à l'IS sont taxées au taux réduit de 15 % pour la partie du bénéfice inférieure à 38 120 € même si elles décident de distribuer le bénéfice. Auparavant, ce taux réduit était réservé aux sociétés qui gardaient en réserve le bénéfice plutôt que de le distribuer sous forme de dividendes. Même si le résultat moyen d'une officine est supérieur à 38 120 € pour un nombre non négligeable d'officines, une partie importante du bénéfice est ainsi soumise au taux de 15 %.

268. C'est le cas aussi pour certains médecins, cf. le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, chapitre VIII, « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins », pages 210-211.

s'octroyer une faible rémunération de gérance et de se distribuer des dividendes. Cette stratégie est efficace puisque ni le RSI, ni l'ACOSS, ni la CAVP n'appellent de cotisations sur les dividendes, considérés par le Conseil d'Etat comme de stricts revenus mobiliers²⁶⁹. Il faut y voir là une des raisons de l'essor de cette forme sociétaire²⁷⁰.

Cependant, la Cour de cassation a dans un récent arrêt confirmé sa jurisprudence selon laquelle les dividendes perçus dans le cadre d'une SEL sont des revenus d'activité professionnelle soumis à cotisations sociales²⁷¹. Ces jurisprudences discordantes n'assurent pas une sécurité juridique aux organismes désireux d'appeler des cotisations sur de tels revenus et appellent une évolution de la législation.

269. Les caisses des médecins (CARMF) et des avocats (CNBF) appelaient des cotisations sur les dividendes (au motif qu'étant des revenus libéraux ils doivent être considérés comme des revenus professionnels) jusqu'à une décision récente du Conseil d'Etat du 14 novembre 2007 qui a exclu les dividendes de l'assiette sociale au motif que la définition de l'assiette sociale (article L. 131-6 du CSS) se limite au revenu professionnel « pris en compte » pour le calcul de l'IR. Voir le rapport du conseil des prélèvements obligatoires sur les prélèvements obligatoires des indépendants, p. 115 et suivantes.

270. C'est ce qui explique également l'augmentation du prix de cession des officines ces dernières années. Le prix de cession 2006 s'est établi en moyenne nationale à huit fois l'excédent brut d'exploitation (contre cinq à six fois l'EBE en moyenne depuis 2000). Ce renchérissement de l'officine explique et nourrit à la fois l'endettement des pharmaciens. Il témoigne d'un mouvement de « patrimonialisation » de l'officine qui peut constituer un frein à toute recomposition du réseau.

271. Cour de cassation, deuxième chambre civile, 15 mai 2008.

2 – Analyse des revenus

Revenus nets des pharmaciens d'officine en métropole hors revenus mobiliers (2003-2006²⁷²)

Revenus 2003					
Effectif	Moyen	Ecart-type	1er quartile	médiane	3ème quartile
25058	95 654 €	65 905 €	52 249 €	83 510 €	124 004 €
Revenus 2006					
Effectif	Moyen	Ecart-type	1er quartile	médiane	3ème quartile
24641	96 186 €	71 549 €	48 149 €	82 563 €	125 897 €

Source : CAVP (DCR). Les revenus dans les DOM ont été écartés en raison du coefficient multiplicateur. Les pharmaciens des DOM (section E) représentent moins de 2 % de l'ensemble des pharmaciens.

a) Le décrochage des résultats et des revenus déclarés

Bien que les résultats des officines aient augmenté entre 2003 et 2006, les revenus réels pris pour base de calcul des cotisations sociales ont régressé en termes réels. Si cette évolution tient pour partie à des raisons économiques, la création des SEL a pu également y contribuer en augmentant la part du revenu mobilier dans le revenu personnel du pharmacien titulaire.

b) Les revenus des pharmaciens sont marqués par une dispersion croissante

On observe un net décrochage du premier quartile. En 2003, le quart des pharmaciens avaient un revenu compris entre 0 et 52 309 €. En 2006, la fourchette s'est rétrécie, passant de 0 à 48 155 €. Cette forte dispersion peut s'expliquer par l'érosion de la rentabilité des officines dont le CA HT est inférieur à 1,5 M€ (cf. infra). La CAVP constate une

272. Les revenus forfaitaires ou taxés d'office ne sont pas pris en compte. L'effectif des cotisants des deux premières années, pour lesquels l'assiette de cotisations est constituée respectivement de 18 et 27 fois le montant de la base mensuelle des allocations familiales (BAMF), n'est également pas pris en compte pour déterminer les revenus moyens.

augmentation depuis 2005 des régularisations de cotisations négative²⁷³. L'écart entre le 1^{er} quartile et la médiane reste stable de 2003 à 2006, autour de 30 000 €

C – Densité officinale et revenus des pharmaciens

Le tableau ci-dessous permet, pour les neuf départements²⁷⁴ où le revenu est le plus élevé²⁷⁵, de mettre en corrélation un fort revenu avec un taux de surnombre peu élevé (en moyenne 16,3 %).

Le cas des départements à revenu moyen plus élevé

Départements	Revenu	Surnombre
Aisne	135 635	18,4 %
Eure	124 646	12 %
Pas-de-Calais	124 238	16 %
Manche	120 955	20 %
Landes	120 952	25,7 %
Loir-et-Cher	120 817	9,0 %
Somme	120 709	7,9 %
Eure et Loire	120 049	19,2 %
Indre	119 554	19,2 %

Source : CNOP, CAVP (calcul Cour des comptes)

A l'inverse, dans le tableau ci-dessous, il apparaît que dans les dix départements pour lesquels le revenu moyen est le plus faible, le taux moyen de surnombre est près du double (29,7 %) de celui des dix départements au revenu moyen le plus élevé.

273 . En 2008, 35,3 % des affiliés à la CAVP (pharmaciens et directeurs de laboratoires) ont eu une régularisation négative lors de l'appel de leurs cotisations 2006, contre 31,0 % en en 2007 (appel sur revenus 2005) et 26,7 % en 2006 (appel sur revenus 2006). Dans le même temps, les affiliés ayant eu une régularisation positive sont passés de 55,6 % du total des affiliés en 2006 à 45,5 % en 2008 (diminution de dix points).

274. Le cas de la Moselle (128 155 €) n'a pas été retenu. En effet, l'application dès 1941 d'un quorum plus élevé en Alsace-Moselle aboutit à une situation de sous-nombre par rapport au quorum appliqué dans le reste du territoire français.

275. Les données disponibles du CNOP n'ont permis cette corrélation que sur le champ des villes de plus de 10 000 habitants avec un quorum de 1 officine pour 3 000 habitants.

Le cas des départements à revenu moyen moins élevé

Départements	Revenu	Surnombre
Loire-Atlantique	86 678	12,3 %
Gironde	86 560	26,6 %
Hautes-Pyrénées	85 118	43,2 %
Isère	83 826	16,5 %
Corse	82 535	48,4 %
Rhône	81578	17,0 %
Bouches-du-Rhône	80 719	22,2 %
Alpes-Maritimes	79 368	33 %
Haute-Garonne	77 464	44,1 %
Paris	76 060	34 %

Source : CNOP, CAVP (calcul Cour des comptes). Les départements franciliens qui ont un revenu moyen de 87 000 € (hors Paris) n'ont pas été pris en compte en dépit d'un taux de surnombre faible. En effet, selon une étude de l'ordre des pharmaciens, une officine francilienne ne touche que 40 % de la population située dans sa zone de chalandise.

Le niveau du revenu des pharmaciens paraît donc clairement corrélé aux taux d'officines en surnombre. Le dispositif de rémunération de l'officine aboutit ainsi à créer des rentes de situation au bénéfice des uns pour préserver les revenus des autres, cela à la charge de l'assurance maladie.

—SYNTHESE—

Pendant près de soixante ans, des officines ont pu être créées en dépit des règles du quorum. En ne modifiant pas le réseau existant, la réglementation mise en place en 1941 a ouvert la voie au surnombre. Pour contourner les effets négatifs d'une réglementation initiale qui a figé et protégé l'existant, l'administration s'est donnée les moyens de la contourner. Ainsi, en appliquant les nouveaux quotas de population définis par la LFSS pour 2008, il apparaît que près du quart des officines sont en excédent et les mesures prises en 2008 pour réduire les surnombres ne paraissent pas de nature, par elles-mêmes, à changer cette situation.

En parallèle, la rémunération de l'officine en métropole est très avantageuse pour le pharmacien. Les taux de marge pour les produits supérieurs à 10 € sont plus élevés en 2008 que ce qu'ils étaient en 1990. La marge du générique a été alignée sur celle du princeps. Les remises se situent à des niveaux élevés. L'impact de la réforme des remises et marges arrière intervenue début 2008 sera très limité. Dans les DOM, des rentes de situation ont prospéré à l'abri d'un dispositif resté très longtemps illégal et dont la réforme récente est en trompe l'œil.

En outre, la fixation des marges n'a nullement tenu compte de plusieurs facteurs favorables à l'officine tels que la croissance des ventes, l'élévation du prix des médicaments, le maintien à un niveau élevé des remises et marge arrière ainsi que le potentiel de croissance des produits non-remboursables et de la parapharmacie.

L'appréciation des revenus personnels est biaisée en raison de l'essor des sociétés de capitaux, permettant aux pharmaciens de diminuer leur rémunération de gérance au profit de revenus mobiliers qui ne figurent pas dans l'assiette sociale. Dès lors, la stagnation du revenu moyen déclaré montre que les décisions prises pour réaliser des économies sur les médicaments ont peu affecté le revenu moyen des pharmaciens. Bien que sous-estimé, ce revenu reste élevé puisqu'il atteint presque 100 000 € en 2006 (96 186 €).

Ainsi, les mesures récentes prises pour faciliter les regroupements ne sont pas à la hauteur des enjeux. Il est vain d'attendre que ces regroupements se produisent, pour dans un second temps, réformer les marges. C'est au contraire en ajustant les marges que l'on incitera les pharmaciens à se regrouper.

RECOMMANDATIONS

24. *Ajuster les marges en métropole pour accélérer les regroupements d'officines.*

25. *Réviser à la baisse les modalités d'incitation en faveur des génériques, à l'exception des spécialités pharmaceutiques nouvellement génériquées.*

26. *Ajuster les marges dans les DOM afin de les rendre strictement proportionnelles à la majoration du prix public local.*

27. *Evaluer l'impact de la création des SEL sur les revenus des pharmaciens déclarés à la CAVP.*

28. *Inscrire dans la loi le principe d'assujettissement aux cotisations sociales des revenus mobiliers perçus dans le cadre d'une SEL.*

Chapitre VII

L'accès en ligne aux dossiers médicaux

PRESENTATION

Les systèmes d'information de santé partagés, et notamment les accès en ligne aux dossiers médicaux individuels, ont vocation à se développer, dans un contexte de forte innovation technologique et d'équipement croissant des professionnels de santé. L'utilisation des outils informatiques, limitée dans un premier temps à la facturation et à la gestion des soins à des fins d'économie de gestion et de rapidité du remboursement, a été en effet étendue progressivement à l'organisation des soins et aux pratiques médicales. Les systèmes d'information peuvent ainsi désormais contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses, en particulier de prescription.

L'importance de ces enjeux a conduit la Cour à prolonger ses travaux publiés en 2002 sur l'organisation du système SESAM Vitale et en 2007 sur l'interopérabilité des systèmes d'information. Depuis 2002, en effet, les projets se sont multipliés et les dépenses ont été accrues sans que pour autant un cadre suffisamment cohérent soit constitué.

C'est le cas en ce qui concerne les systèmes d'information hospitaliers, auxquels est consacré par ailleurs dans le présent rapport une analyse détaillée (voir infra, chapitre IX). C'est également le cas en ce qui concerne les téléservices examinés au présent chapitre.

La Cour a contrôlé en 2007 la gestion du GIP chargé du dossier médical personnel (DMP). La Cour a aussi examiné des projets connexes ou concurrents, comme l'historique des remboursements, développé par la CNAMTS, ou le dossier pharmaceutique, par le conseil national de l'ordre des pharmaciens. Les conditions dans lesquelles ils ont été développés sont analysées ci-après. Cet examen a conduit la Cour à constater l'incohérence de l'ensemble de ces projets, l'ampleur des choix qui demeureraient en suspens début 2008, des problèmes de pilotage à surmonter ainsi que des lacunes à combler.

Le Gouvernement a annoncé en juin 2008, après les contrôles de la Cour, des mesures de nature à remédier aux défaillances constatées et notamment la création d'une agence des systèmes d'information de santé partagés. La Cour, prenant acte de ces annonces, souhaite rappeler les multiples redressements ou étapes qui restent à concrétiser avant que soient réunies les conditions nécessaires à l'aboutissement de ces projets.

I - Une diversité de téléservices

Aux grandes fonctions du système de santé correspondent de plus en plus des systèmes d'information partagés et de téléservices²⁷⁶ de santé. Une première catégorie comprend des téléservices développés depuis une décennie dans une logique de gestion : c'est le cas du dispositif de la carte de professionnel de santé (CPS) et de SESAM-Vitale. Une seconde catégorie vise depuis peu à optimiser la dispensation des soins, de la prévention et du dépistage, par des téléservices d'échanges entre professionnels ou avec les patients, dans une logique de sécurisation et d'efficience médicales : c'est le cas de l'ambitieux projet de dossier médical personnel et de ses expérimentations dispersées. Enfin, des téléservices s'adressent aux professionnels ou aux assurés dans une logique d'aide à la décision : informations sur l'offre de soins, la qualité de service, historique des remboursements et dossier pharmaceutique (DP). Les développements successifs de ces services conduisent à une grande diversité, dont la cohérence n'est pas garantie aisément

A – Le point de départ : SESAM Vitale et CPS

La France bénéficie en ce domaine de substantielles infrastructures de base. La Cour a évoqué dès 2002 l'impulsion donnée par l'assurance maladie, qui a doté d'une carte Vitale 1²⁷⁷ tous les assurés et elle a rappelé en 2007 le rôle de la CPS²⁷⁸. Conçue pour la facturation, cette infrastructure apporte aussi un premier étage de sécurisation. Le professionnel de santé sécurise l'accès avec sa CPS et il authentifie l'identité du patient avec la carte Vitale de ce dernier. Il en est résulté de considérables économies en personnels de saisie. L'objectif est que 85 % des feuilles de soins soient ainsi traitées en 2009.

Le tableau ci-après illustre la réussite du dispositif de carte de professionnel de santé (CPS) et de traitement des feuilles de soins électroniques (FSE), auquel la CPS donne accès. La carte Vitale de l'assuré permet aux professionnels de santé (colonne 2) de déclencher la FSE (colonne 3). Ces cartes CPS et Vitale sont désormais au cœur de la sécurisation de tout dispositif d'accès en ligne à des dossiers médicaux.

276. Un téléservice est un « système d'information permettant aux usagers de procéder par voie électronique à des démarches ou formalités administratives » (ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005). Ce chapitre ne traite pas des soins à distance.

277. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, le point sur l'organisation du système SESAM Vitale, pp. 445 et suivantes.

278. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, le partage des données entre les systèmes d'information de santé, pp. 312 et suivantes.

Evolution du nombre de cartes de professionnels de santé et de feuilles de soins, de l'origine à janvier 2008

Au 31 décembre	1. CPS en service	2. Professionnels de santé rattachés à SV	3. FSE transmises (millions)	4. FSE transmises par PS (col. 3/col. 2)	5. FS papier (millions)
1999	79 763	19 232	11	592	NC
2000	147 744	64 233	94	1 471	434
2001	192 472	94 909	330	3 483	376
2003	262 653	168 056	742	4 418	269
2005	290 792	206 628	904	4 377	216
2007	302 930	244 815	997	4 073	182

Source : CNAMTS. La colonne 1 totalise les professionnels de santé prescripteurs (PS) et les autres professionnels.

B – Une grande ambition : le DMP

Le projet le plus ambitieux, encore en développement, est celui du dossier médical personnel (DMP), inscrit dans la loi du 13 août 2004 et porté par un groupement d'intérêt public depuis 2005. Il a été réorienté sur de nouvelles bases mi-2008.

1 – Un calendrier et une organisation modifiés en 2008

Le projet de DMP avait été conçu de manière particulièrement ambitieuse : les 61 millions de patients et les 500 000 professionnels qui les prennent en charge, tant en établissement qu'en ville, devaient accéder d'ici 2011 à des bases de données stockant des dossiers médicaux personnels très détaillés. Ainsi que le soulignait dès 2005 un spécialiste, « le projet français est à l'évidence le plus ambitieux puisqu'il prétend faire au moins aussi bien que les programmes américains et anglais en trois fois moins de temps et avec infiniment moins d'argent »²⁷⁹.

Au début 2007, l'objectif affiché du gouvernement demeurait que le DMP soit mis en ligne en juillet de la même année, contre toute évidence. Selon un nouveau calendrier, mi-2008, une première version du « cadre d'interopérabilité » et du « socle » du DMP serait expérimentée en 2009, avant d'élargir d'ici 2012 le déploiement et la gamme des services associés.

279. Sénat, rapport sur l'informatisation dans le secteur de la santé, par M. Jean-Jacques JEGOU, Paris, 3 novembre 2005, p. 47.

Le rapport de revue de projet de fin 2007²⁸⁰, celui, évoqué plus loin, de la mission de relance du DMP qui l'a suivi en avril 2008 et un rapport parlementaire ont bien analysé l'échec de la stratégie initiale. Les objectifs assignés ou validés par les ministres successifs jusqu'au printemps 2007 furent notoirement incompatibles avec le calendrier qu'ils fixaient. Le comité d'orientation du GIP et ses 16 groupes de travail ont certes permis aux parties prenantes de s'exprimer, mais l'orientation des décisions et la surveillance de leur mise en œuvre n'en ont pas garanti le réalisme. L'architecture articulée autour d'un portail, d'un hébergement de référence et d'une pluralité d'hébergeurs appelait une maîtrise d'ouvrage très robuste, dont toutes les conditions n'ont pas été réunies.

L'Etat prévoit désormais une fusion des maîtrises d'ouvrage des projets de systèmes d'information partagés en une unique agence des systèmes d'information de santé partagée (ASIP). Elle regrouperait le GIP DMP, le GIP CPS et la partie « interopérabilité » du GMSIH. Jusqu'à cette décision, les avantages et les inconvénients des différents modes de gestion envisagés pour le DMP -purements privés, purement publics ou bien partagés- n'avaient pas été pleinement et en temps utile documentés. De même, l'hypothèse d'un seul prestataire pour l'hébergement, configuration qui prévaut dans nombre de secteurs comparables, bancaires notamment, avait été écartée sans un examen approfondi en termes de coûts et d'efficacité, alors que le choix d'une multiplicité d'hébergeurs simplement agréés présentait des risques, tant de dérives commerciales que pour la confidentialité des données.

Le pilotage direct du projet par les cabinets ministériels, marqué par des urgences successives, a été mal ciblé. Les pressions exercées pour accélérer le processus se sont avérées contreproductives. Il était notoire - ainsi qu'il est enfin reconnu depuis le rapport de novembre 2007- qu'un tel projet s'étendrait en fait sur une ou deux générations d'utilisateurs.

L'accélération voulue ou validée par les ministres n'a pas laissé la place à une réflexion suffisante sur les pré-requis techniques et sociologiques. Elle a de surcroît laissé le champ libre à des forces centrifuges qui en ont freiné la mise en œuvre. La supervision du projet a ainsi été assurée dans des conditions d'inexpérience au regard des normes professionnelles de gestion de projets informatiques, sans que l'administration centrale dispose de l'autorité et des moyens appropriés.

280. Inspection générale des finances, inspection générale des affaires sociales, conseil général des technologies de l'information, rapport sur le dossier médical personnel, Paris, novembre 2007, 87 pages. Voir aussi : Assemblée nationale, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, rapport sur le DMP présenté par Jean-Pierre DOOR, Paris, janvier 2008, 179 pages.

Les bonnes pratiques en matière d'informatisation et notamment de maîtrise des risques ont tardé à être mises en place. Les expérimentations et leur suivi ont été réalisés à la hâte, sans que leur rapport coût/efficacité puisse être maîtrisé ni documenté à temps. Leurs conditions de sécurité et de contrôle de qualité ont parfois été médiocres. L'analyse des débats et des mésaventures qui entourent des projets similaires dans d'autres pays (Etats-Unis, Grande-Bretagne, notamment) aurait pu être approfondie. Le GIP a eu conscience de ces déficiences mais n'a pas d'emblée obtenu les ressources humaines suffisantes pour les combler. Ces facteurs et l'inéluctable report du DMP à une date lointaine exposent à une perte durable de confiance et à des dépenses additionnelles pour y remédier.

2 – Un coût imprécis

Le coût à terme de tels projets est à apprécier au regard des gains escomptés. On verra plus loin l'insuffisance des prévisions à ce sujet. En 2007, le GIP estimait le budget total (investissements et dépenses d'exploitation des cinq premières années) à environ 1 Md€ Le coût de fonctionnement était évalué à une centaine de millions d'euros les années suivantes. Les dépenses de développement du dispositif jusqu'à sa suspension ont été de 53 M€ (colonne 6 du tableau ci-dessous). Elles n'ont pas dépassé 26 % des budgets proposés par le conseil d'administration du GIP (colonne 1). Cette sous-consommation reflète l'irréalisme du calendrier qui était imposé à ce dernier et accepté par lui.

Financement du GIP par le FAQSV (de 2005 à 2007)

En M€

	1. Budget initial du GIP	Subventions reçues du FAQSV			5. Dépenses constatées
		2. Décision initiale	3. Convention après révision	4. Recettes constatées	
2005	15,0	15,0	15,	5,3	6,1
2006	75,7	57,7	41,0	25,9	24,4
2007	119,7	119,7	27,6	22,4	22,4
Total	210,5	192,5	83,6	53,7	53,0

Source : CNAMTS et comptes financiers du GIP. Non compris quelque 5 M€ à la charge de la Caisse des dépôts et consignations. Le FAQSV est devenu en 2007 le FIQCS, fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins.

Le temps qui s'est écoulé et le nécessaire changement de stratégie ont rendu inutile une partie des dépenses déjà engagées et des autres financements expérimentaux. Le coût total, maintenant estimé à 100 M€ par an et davantage à court terme, dépendra du système choisi, qui reste à préciser, comme de l'ampleur et du calendrier effectif de son déploiement. Le coût de fonctionnement par dossier ouvert dépendra également du degré d'adhésion et de fidélité au dispositif des assurés

comme des professionnels et établissements de santé. S'y ajoutera le risque que l'assurance maladie soit amenée à subventionner le rééquipement des professionnels, dont la nécessité est évoquée plus loin. Le GIP a envisagé un forfait de 300 € par professionnel, soit près de 70 M€ En outre, la question d'une rémunération pour chaque dossier ouvert est restée en suspens.

C – Des projets complémentaires ou concurrents ?

1 – La diversité des dossiers médicaux

a) La diversité des usages potentiels

Le débat à propos du DMP a fait prendre conscience du caractère peu communicant des stockages de dossiers médicaux, comme de la diversité des objectifs et de l'inégale sécurisation des systèmes qui hébergent les téléservices de santé ou qui doivent communiquer avec eux. La plupart demeurent cloisonnés.

Le carnet de vaccination électronique

Un exemple de dispersion des initiatives est celui de l'informatisation du carnet de vaccination. En application de l'article L. 2132-1 du CSP, tout enfant est titulaire d'un carnet de santé, sous la responsabilité de la protection maternelle et infantile des conseils généraux. Le modèle fixé par arrêté du 5 décembre 2005 vaut certificat de vaccination. Aucune enquête n'a déterminé l'ampleur de son utilisation. La direction générale de la santé, qui a demandé au GIP DMP de le prendre en compte, avait cependant considéré que son accessibilité ne pouvait être reproduite par un système informatisé.

Un carnet de vaccination électronique est toutefois testé en ligne depuis 2007 par le principal opérateur de télécommunications, auprès de 25 000 de ses salariés, adhérents de la seconde mutuelle française ; la sécurité de ce service, destiné à se diversifier, est de haut niveau. Un tel carnet dématérialisé était aussi prévu en 2007 dans un projet de décret relatif au DMP, comme la reproduction des données du carnet de santé de l'enfant.

A la plupart des fonctions du système de santé correspondent de longue date des dossiers : fiche d'observation prévue par le code de déontologie médicale, dossier commun minimum des maternités (1982), dossier du patient hospitalisé (1991), dossier de suivi médical (loi de

1994, abrogée en 1996²⁸¹), dossiers de spécialité développés dans les établissements, etc. Leur numérisation a été variable selon les secteurs (national, régional, réseau local, établissement, cabinet médical...). La loi a tantôt innové à l'initiative des administrations, tantôt simplement ratifié, parfois à l'écart de ces dernières, une initiative professionnelle comme dans le cas du dossier pharmaceutique (DP).

b) Les services mis en ligne par le régime général d'assurance maladie

Le site AMELI (assurance maladie en ligne) de la CNAMTS est le plus considérable dans la catégorie des téléservices à visée informative. Il permet depuis 2006 aux 49 millions d'assurés du régime général de consulter en ligne leur dossier administratif personnel : état civil, caisse d'affiliation, droits, médecin traitant, paiements et remboursements de soins des douze mois écoulés, demande de documents et déclaration de perte de carte Vitale. Depuis 2008, les assurés du régime général peuvent y télécharger leurs relevés mensuels : l'assurance maladie espère économiser ainsi 1,3 € par assuré par an, en réduisant les envois postaux. Fin avril 2008, 635 000 assurés y étaient inscrits et 8 % l'utilisaient de manière quotidienne. Une étude associe depuis 2007 les professionnels de santé à la définition et à la construction de nouvelles fonctionnalités.

Les professionnels de santé accèdent de même à un nombre croissant de données sur leur activité individuelle (paiements en tiers payant, rémunérations au titre des patients en ALD, liste de leur patientèle, existence d'un médecin traitant...). Fin avril 2008, 135 000 d'entre eux s'y étaient raccordés, avec un taux d'utilisation quotidienne d'environ 10%. Mais un bilan technique et financier ne peut encore être établi, en l'absence d'objectifs et d'indicateurs de performance.

c) La diversité des projets et expérimentations

Quelques schémas directeurs régionaux des systèmes d'information de santé sont élaborés, en l'absence d'un modèle national, parfois sous l'égide de l'agence régionale de l'hospitalisation. La plupart des expérimentations sont plus ponctuelles. Ainsi se multiplient les marchés publics et les contrats de droit privé entre réseaux de santé ou établissements et opérateurs, avec des protocoles et des formats de transport, des référentiels et des niveaux de sécurité d'autant plus

281. La loi de 1994 et le décret n° 96-925 du 18 octobre 1996 avaient aussi institué un carnet de santé, diffusé peu après à 45 millions d'exemplaires. En 2002, il était encore détenu par 70 % des personnes interrogées lors d'un sondage, mais utilisé par seulement 10 % d'entre elles. Il a été abrogé par la loi du 13 août 2004.

hétérogènes qu'ils continuent à évoluer séparément. Ils procèdent parfois d'un effet d'aubaine découlant des financements du GIP DMP ou du programme Hôpital 2012. L'accès en ligne aux dossiers se développe ainsi au sein des établissements, mais il demeure généralement fermé au médecin de ville à l'origine de l'hospitalisation et en charge de son suivi, comme à tout service d'urgence extérieur à l'établissement. Les résultats d'imagerie médicale ou d'analyse sont quant à eux de plus en plus informatisés en temps réel, mais le plus souvent encore transmis en différé au médecin concerné, par voie postale.

S'agissant des téléservices à base de dossiers médicaux partagés entre professionnels, voire accessibles aux patients, leur croissance est depuis peu exponentielle. Alors que seulement 12 projets avaient été soumis à la délibération de la CNIL entre 1989 et 2004, 48 l'ont été entre 2005 et avril 2008. A cette dernière date, s'y ajoutaient ceux qui avaient été déclarés à la CNIL mais pas encore autorisés ou examinés par elle (Limousin, Picardie), quoique parfois opérationnels depuis quelques années (Franche Comté). Le projet DMP comme le dossier communicant cancer semblent avoir eu à cet égard un effet d'entraînement -sans doute sous-évalué en l'absence de recensement complet des initiatives locales.

Le GIP DMP a alloué à lui seul plus de 55 M€ aux expérimentations nationales (DP principalement) ou décentralisées. Il en a décaissé 25 M€ en 2005-2006, y compris pour d'éphémères démonstrateurs, puis engagé 23 M€ en 2007 et il prévoyait en avril 2008 d'engager 7,5 M€ les mois suivants. Le tableau ci-après compare les caractéristiques de quatre des principaux services opérationnels en 2008 ou proches de l'être. Les projets, notamment de plates formes de services régionaux, se développent en l'absence de référentiels nationaux, avec le risque de niveaux techniques hétérogènes, y compris en matière de sécurité. Ils ne bénéficient d'aucune orientation de l'Etat ni de l'assurance maladie, en dehors de leur éventuel agrément par le GIP DMP et il est prévu de continuer à les encourager. Le risque augmente avec le temps que leur interopérabilité soit très onéreuse à réaliser. Or, elle sera déterminante pour la réduction des coûts comme pour la portabilité des dossiers d'une profession de santé à une autre ou en cas de déménagement.

Ce morcellement incontrôlé permet certes d'expérimenter. Mais un risque additionnel est que des dispositifs non coordonnés provoquent dans les postes de travail des professionnels des interférences dommageables et démobilisatrices entre logiciels insuffisamment compatibles. Or, l'efficacité des téléservices dépend en partie de leur simplicité d'accès et de la confiance qu'ils inspirent. En outre, les solutions techniques sont variables : le carnet de vaccination en ligne susvisé repose sur une carte à puce spécifique et des composants standardisés, en dehors des contraintes et des normes SESAM Vitale. Tout cela entraîne une dispersion onéreuse

des moyens. Elle reflète l'absence d'alignement des systèmes d'information sur une stratégie commune d'urbanisation²⁸².

d) La nécessité d'une coordination accrue

Un préalable serait donc de coordonner les objectifs. Une telle prolifération reflète en effet des enjeux considérables et parfois antagonistes. L'Etat et l'assurance maladie veulent améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé. Les professions de santé sont soucieuses de leur indépendance, tout en évoluant vers un fonctionnement en réseau. La défense des libertés appelle d'onéreuses précautions pour la confidentialité des données. Les industriels sont en quête de nouveaux débouchés qui soient solvables. Un champ aussi diversifié appelle un pilotage particulièrement solide, qui reste à établir.

Nul n'a encore établi une cartographie des dispositifs qui ouvrirait la voie à une convergence. Le ministère a demandé pour mi-2008 au GMSIH et au GIP DMP un état des lieux et des propositions conduisant à cette interopérabilité.

Depuis mars 2008, un comité des urbanistes et architectes (CUA) réunit ces derniers, le GIE Sesam Vitale, le GIP CPS et la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), sous la présidence de la CNAMTS sans toutefois le conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) qui gère le dossier pharmaceutique évoqué plus loin. Mais le ministère a aussi continué à encourager les expérimentations décentralisées. Elles maintiennent certes la mobilisation des acteurs et pourraient éclairer les choix à venir si, à l'inverse de ce qui s'est passé en 2006, les résultats étaient attendus avant de prendre des décisions. Elles n'en appelleront pas moins d'onéreuses mises en convergence lorsque l'Etat aura effectué un choix.

282. Une « urbanisation » d'un système d'information consiste à mettre en cohérence sa structure conceptuelle, son organisation fonctionnelle, son architecture applicative et son infrastructure technique, pour les aligner sur les objectifs des acteurs qui le mettent en œuvre et optimiser les interactions entre systèmes.

Principaux téléservices publics de santé, mai 2008

	WEB MEDECIN Historique des remboursements	Dossier pharmaceutique	PICARDIE Dossier médical	RHONE-ALPES Dossier patient partagé et réparti
Pilote	CNAMTS	CNOP	GIP Tél. de Picardie	GCS SIS-RA
Usage	Médecins	Officines	Professionnel et patient	Professionnels.
Statut	Assurance maladie. Depuis 2007.	Expérimentation 2007. Extension 2008.	Expérimentation DMP en 2006, puis 2008.	Expérimentation DMP en 2006, puis 2008.
Objectif	Consultation des remboursements, par médecins convention- nés.	Sécuriser la dispen- sation des médicaments acquis dans plusieurs pharmacies.	Dossier partagé hôpital et libéral, ttes équipes. Accord CNIL demandé pour accès patients.	Partage de données médicales indexées par une plateforme, depuis professionnels et établs.
Création et accès	Par médecin avec CPS (autres professionnels : exclus)	Par pharmacien (médecins exclus).	Libéraux avec CPS et établiss. participant (pharmaciens exclus)	Tous profess. de santé. (pharmaciens inclus)
Accès	NIR du bénéficiaire. CPS+Vitale.	Identifiant propriétaire. CPS+Vitale.	CPS+Vitale.	CPS+Vitale. CPS seule si personne habilitée.
Saisie et affichage des données	Une fois la feuille de soins prise en charge, soit quelques jours après l'achat.	En temps réel.	Temps réel ou non selon mode de saisie.	Temps réel ou non selon mode de saisie.
Actes	Oui	Non	Oui	Oui si indexés
Médicaments.	Si remboursés ou signalés par le pharmacien.	Remboursés ou non.	Prescriptions	A l'étude, établissements.
Autres données	Transports, indemnités, allocations, ALD.	Non.	Résultats biologie et radiologie.	Résultats indexés, idem ; anapath, traitements
Période	12 mois écoulés.	4 mois écoulés.	Non limitée.	Variable selon sources.
Procédure de clôture	Non.	Par patient, en officine, à tout moment. Clos si 0 accès en cinq ans.	Sur demande du patient.	Clôture sur demande du patient via un professionnel de santé.
Hébergement et responsable	Assurance maladie. Statistiques, épidémiologie.	CNOP. Hébergeur unique privé. Statistiques limitées.	GIP. Hébergeur unique privé.	Serveurs CHU et CLCC. Cabinets libéraux, réseaux locaux.
Type	Extraction des bases de données des organismes d'assurance maladie.	Extraction d'une base centralisant à cet effet les ventes en officine.	Réplication des données médicales du patient dans une base centrale.	Architecture technique répartie fondée sur l'indexation des données
Masquage par le patient	Pas de masquage, mais certaines prestations absentes des bases de données (IVG...) Patient peut refuser l'accès.	Oui. Signalé dans l'historique, donc pendant quatre mois.	Non. Le patient ne peut pas interdire l'accès.	Masquage possible par un professionnel. Non encore pratiqué.
Financement	CNAMTS principale- ment (environ 10 M €). Cf. infra.	4 000 000 €(GIP DMP, sur crédits CNAMTS) et cotisations CNOP.	800 000 €(GIP DMP, sur crédits CNAMTS) ; 200 000 €GIP Picardie.	1 720 000 €(GIP DMP, sur crédits CNAMTS).

Source : CNAMTS, CNOP, GIP Télémedecine Picardie, GCS SIS-RA.

2 – L'historique des remboursements

Pendant que des aléas retardaient le DMP, la CNAMTS a développé son outil « historique des remboursements ». Créé comme le DMP par la loi de 2004, il affiche les remboursements des douze mois écoulés : consultations, imagerie, biologie, pharmacie etc. Les données sont extraites des bases des trois régimes généraux d'assurance maladie. Elles y sont saisies non pas lors de l'achat, comme pour le DP, mais lors de la prise en charge plusieurs jours après. Une des pages d'accès permet d'afficher l'ensemble des médicaments et produits de la liste des produits et prestations (prothèses, orthèses...) remboursés, voire non remboursés si l'information a été saisie, ainsi que les indemnités journalières.

Il est prévu qu'en 2009 les médecins urgentistes des sites hospitaliers d'expérimentation de la carte de professionnel de santé puissent consulter cet historique, mais il n'y a pas encore de calendrier de saisie dans ce dernier des soins reçus en établissements. Comme le DP, cet historique ne contribuera pleinement à prévenir les accidents iatrogènes que lorsque que les établissements pourront l'alimenter avec les détails appropriés des médicaments dispensés. Il ne comporte pas non plus, à l'inverse du DP, tous les produits achetés mais non remboursés, qu'ils aient été prescrits ou non.

a) Un projet encore en phase de montée en charge

D'inévitables difficultés ont été rencontrées lors des expérimentations, menées avec 9 437 médecins. Près de la moitié ne disposaient pas du matériel et du logiciel (SESAM Vitale version 1.40) du niveau approprié ; les trois-quarts ne disposaient pas de la connexion ADSL nécessaire ; et 5 % d'entre eux ont refusé. Au total, seulement un sixième d'entre eux utilisent l'historique des remboursements. La CNAMTS estime qu'un dixième des quelque 200 000 médecins concernés pouvaient y accéder au printemps 2008.

Plusieurs centaines d'agents ont été formés pour assurer cette installation, avec un potentiel de 700 raccordements par jour ouvré. Mais face à l'hétérogénéité des équipements informatiques des médecins, le retard pris dans l'adoption d'une nouvelle architecture-type pour leurs ordinateurs, évoqué plus loin, fait que la CNAMTS décline toute responsabilité dans d'éventuelles incompatibilités entre le module logiciel installé, par ses agents dans neuf cas sur dix, chez les médecins pour activer l'historique des remboursements. Aussi n'est-il pas étonnant que, présenté en 2004 comme quasiment finalisé, il ne soit déployé que depuis peu, avec des objectifs plusieurs fois révisés à la baisse. Au 31 décembre

2007, 17 400 des 35 000 médecins exerçant en ville et dotés de l'équipement nécessaire s'étaient connectés au moins une fois par mois. Ce dernier chiffre signifie que les deux tiers des 100 000 médecins de ville n'avaient pas un poste de travail suffisamment complet.

b) Un budget mal maîtrisé

Une défaillance de gestion réside dans l'absence de chiffrage initial et donc de suivi des écarts entre prévisions et réalisations. Le coût global entre 2005 et 2008 est déclaré à quelque 10 M€ par la CNAMTS, 1 M€ par le RSI et quelques centaines de milliers d'euros par la MSA et les mutuelles de la fonction publique. Là encore et contrairement à un engagement du rapport de présentation du décret de création du dispositif, aucune estimation d'un éventuel retour sur investissement en termes d'économies n'a été établie. Le coût réel complet n'a pas davantage été estimé, qu'il s'agisse de celui de la mise en œuvre et de l'utilisation chez les médecins ou des évolutions connexes.

c) Un objectif ambivalent et mal concerté

Au stade encore balbutiant qui a été examiné au printemps 2008 par la Cour, l'objectif, limité, de valorisation à un coût marginal par ce téléservice des bases de données de la liquidation était atteint.

L'objectif d'ensemble restait, lui, mal défini, entre maîtrise médicalisée de la dépense et préoccupation de santé publique. En 2004, l'objectif affiché avait été celui d'une meilleure coordination des soins, dans l'attente du DMP alors annoncé pour 2007. L'attente durera, mais dès l'étude d'impact préalable au décret de 2006 l'historique était présenté comme une mesure non plus transitoire, dans l'attente du DMP, mais conjuguée à la mise en place de ce dernier pour « responsabiliser l'ensemble des acteurs ». La maîtrise de la dépense y était particulièrement valorisée : « une indication précise quant aux économies attendues [...] (devant être) faite lors de la phase expérimentale du dispositif. Les investissements initiaux étant peu importants, on peut espérer des effets financiers rapides ».

L'amélioration des pratiques de prescription grâce à une information plus riche devait « favoriser progressivement l'émergence de nouvelles pratiques et permettre ensuite une acceptation plus rapide du DMP ». La CNAMTS confirmait ainsi qu'elle n'avait pas à ce stade d'objectifs d'économies. Consacrer trop explicitement cet outil à la maîtrise de la dépense pourrait au demeurant freiner son acceptation comme celle du futur DMP.

Pour autant, aucune réflexion approfondie quant aux places respectives du DMP et de l'historique n'apparaît. Le projet de plan stratégique des informations en santé (PSSIS), évoqué plus loin, n'aborde pas non plus cette question. Force est de constater que la CNAMTS a simultanément reçu, ou pris, un rôle marginal dans l'élaboration du DMP et l'entière maîtrise de l'historique des remboursements. Au-delà des différences de taille et de nature, considérables, entre les deux projets, leur recoupement partiel fait problème dans la mesure où il n'a pas été fondé sur une stratégie d'ensemble garantissant leur complémentarité.

La CNAMTS prévoit que le futur DMP permettra au médecin d'interroger sans perte de temps, au cours de la même consultation, l'historique des remboursements (cela est de même prévu pour le dossier pharmaceutique). Mais la CNIL a noté dans sa délibération du 10 juillet 2007 autorisant la généralisation de l'historique « qu'aucune alimentation du DMP par le service du « web médecin » ni d'accès au service du web médecin à travers la consultation du dossier médical personnel, ne sont actuellement prévus » et elle a considéré « qu'une telle alimentation se heurterait à une différence de régime juridique, de finalité et de destinataires ». La CNIL a aussi dressé un obstacle au rapprochement des deux dossiers en exigeant un identifiant national de santé (cf. infra) pour le DMP alors que l'historique des remboursements repose sur le seul NIR. Quatre ans après la loi de 2004 et un an après ce traitement différencié, aucune solution n'a été retenue pour le surmonter.

Le projet a été conduit à un niveau technique, la concertation étant limitée aux instances techniques ou associées au programme SESAM-Vitale. Ni les conseils d'administration des caisses nationales ni le ministère n'ont véritablement été impliqués. Par ailleurs, alors que par lettre du 5 avril 2005 le conseil national de l'ordre des médecins avait notamment demandé une meilleure intégration informatique, ce service demeure « posé » à côté du logiciel « métier » d'un médecin, même si leurs éditeurs ont été associés au projet. Les temps d'accès sont par exemple doublés, une fois pour le logiciel de base et une fois pour le service, à chaque consultation. En liaison avec les éditeurs de logiciels, tenus informés au fil du projet, une solution doit être expérimentée au troisième trimestre 2008. Il n'est donc pas étonnant que certains y voient non seulement une dépense prématurée quand il leur faut pour l'implanter changer ou mettre à niveau leur ordinateur, mais aussi un outil de contrôle par les caisses.

d) Des protections faibles

Le bénéficiaire concrétise son accord pour que le professionnel y accède en lui confiant à cet effet sa carte Vitale, ce qui impose sa

présence et sécurise en principe l'accès. Mais les protections des données apparaissent insuffisantes, d'autant qu'elles sont affectées par le retard évoqué plus loin de remplacement des cartes Vitale 1 par une carte Vitale 2 qui serait sécurisée. L'assuré ne peut savoir si un professionnel a accédé à son historique des remboursements. Quant au médecin, il ne sera pas en mesure d'historiciser l'acceptation ou le refus de consultation de façon à se protéger d'un recours d'un patient qui contesterait avoir autorisé l'accès (même si le système conserve un journal des accès).

Contrairement au DP et à ce qui est prévu pour le DMP, l'assuré ne peut rien masquer : il peut uniquement refuser l'accès à son dossier en remettant sa carte Vitale au professionnel de santé sous cette condition. Or la relation de confiance asymétrique qui s'établit dans le cadre du colloque singulier du médecin et de son patient peut rendre difficile ce refus total. Le dispositif ne présente toutefois pas les données concernant chez les mineurs les interruptions volontaires de grossesse, modes de contraception et maladies sexuellement transmissibles.

La principale faille concerne les risques d'intrusion extérieure sur le poste de travail du médecin. Les échanges sont sécurisés par des connexions chiffrées sur Internet mais les données sont en clair sur ce poste : leur confidentialité n'est pas garantie en cas de protection insuffisante contre les intrusions au cours d'une session. Par sécurité, le poste de travail ne conserve pas les données consultées ; mais le risque demeurera qu'un médecin consulte l'historique après le départ du patient, sans son accord et sans sa présence, jusqu'à la version (HR5, en cours de test) qui interrompra la connexion sitôt la carte Vitale retirée du lecteur. La CNAMTS a indiqué à cet égard de manière erronée, à ce stade, aux assurés que « votre médecin peut consulter l'historique uniquement en votre présence [...] car il a besoin de votre carte Vitale. ».

En conclusion, il apparaît que l'historique des remboursements, simple valorisation de données existantes, a été développé aisément, seules les questions techniques ayant été instruites²⁸³. La maîtrise

283. Un amendement parlementaire a aussi conduit la CNAMTS à expérimenter à partir de 2008 la délivrance par les médecins du protocole de soins par formulaire électronique, avec réponse de l'assurance maladie en ligne, ainsi que des données concernant les malades diabétiques, données ensuite inscrites dans l'historique des remboursements. Le protocole est établi conjointement par le médecin du patient et le médecin conseil de l'assurance maladie pour la prise en charge d'une affection de longue durée. Il précise le diagnostic ainsi que les soins à apporter. La CNIL a autorisé en mars 2008 une expérimentation informatique par une trentaine de médecins. Les données seront archivées pendant 27 mois et les accès, traçables pendant deux ans. Leur degré de confidentialité et leur protection sont à préciser.

d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre ont été assurées par la CNAMTS, mais sans réflexion suffisante sur les finalités et sur les risques dont est porteur tout projet véhiculant des données médicales personnelles. L'absence de toute possibilité de masquage des données n'a pas non plus été discutée, seuls certains soins en tiers payant étant anonymisés. Cet outil doit donc être intégré dans une stratégie d'ensemble et selon les mêmes exigences qui doivent désormais prévaloir pour tout téléservice de santé exploitant des données sensibles.

3 – Le dossier pharmaceutique

Le DP couvrira, une fois généralisé, un champ de quelque 20 Md€ en ventes annuelles en officine. Il est expérimenté depuis juillet 2007 par le CNOP, hors pharmacies d'établissements. Ce dernier a indiqué que 1 971 des 23 248 officines l'expérimentaient au 24 juin 2008. Elles avaient créé 577 000 dossiers individuels. Le nombre de clients refusant de créer un dossier est devenu inférieur à 7 %. Le taux de refus d'inscription par un client d'un médicament dans son dossier est de 1 sur 1 500 médicaments dispensés.

Contrairement à l'historique des remboursements, le DP inclut les achats en automédication, prescrits ou non et non remboursés. Cette fonctionnalité sera pleinement opérationnelle une fois tous les logiciels des pharmacies configurés à cet effet et lorsque les pharmaciens auront pris l'habitude de demander et les clients de donner, la carte Vitale même en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie.

Ce service vise à détecter, avant dispensation d'un produit, tout risque d'interaction médicamenteuse au regard des ventes antérieures, non seulement au sein de la même pharmacie (la plupart des logiciels d'officine le permettaient déjà), mais aussi dans une base de données centrale qu'alimentent toutes les officines raccordées. D'août 2007 à avril 2008, 5 500 médicaments ont été délivrés après vérification, dont 2 200 dans des cas potentiellement dangereux. Le CNOP n'identifie pas encore nationalement le nombre et la nature des redondances pharmaceutiques et des effets iatrogènes réellement évités, mais prévoit de le faire.

Les gains en qualité de soins comme en dépenses pourraient être substantiels en évitant des accidents nécessitant une hospitalisation. Le dispositif autoriserait aussi une fonction d'alerte, que le ministère n'a pas encore validée.

Le CNOP prévoit d'assurer à partir de 2010 la traçabilité de chaque boîte vendue jusqu'au patient. D'autres échanges de données sont à l'étude, avec les établissements hospitaliers, ainsi qu'avec les prescripteurs pour les refus ou, après concertation avec eux, les

modifications de la prescription, ou encore l'accès des médecins au DP et prescription par eux à distance.

La carte CPS du pharmacien et la carte Vitale de l'assuré sont nécessaires pour y accéder. En attendant un futur identifiant national de santé, un identifiant propre au DP est engendré à partir de la carte Vitale. Les échanges entre l'hébergeur et les officines sont chiffrés. En revanche, l'hétérogénéité des postes de travail des officines et de leurs niveaux de sécurité crée un risque élevé, le CNOP ne disposant pas à cet égard d'une compétence d'agrément. Il a toutefois publié en avril 2008 une « charte qualité pour les logiciels à l'usage de l'exercice officinal », élaborée avec les syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine. Les deux tiers des logiciels proposés par les éditeurs devraient avoir subi des tests de compatibilité, limités au DP, avant la fin 2008.

Le CNOP s'est doté de moyens performants, audités de manière adéquate. Il a entrepris d'y ajouter des plans de continuité d'activité et de sécurité qui faisaient défaut lors du contrôle de la Cour et de signer une convention de services avec le GIP CPS, dont de passagères défaillances techniques avaient perturbé le fonctionnement du DP fin 2007. Il prévoit d'intégrer à terme ce dernier dans le DMP.

Le budget est de l'ordre de 10 M€ pour les trois années initiales, financé pour moitié par l'assurance maladie et pour moitié par la profession. Cette dernière prévoit d'en prendre ensuite en charge l'intégralité. Une nouvelle fois, on doit constater l'absence de modèle économique qui permette de valider une fourchette d'économies potentielles directes (il conviendrait qu'un instrument économique solide accompagne d'emblée la généralisation de tout téléservice). Suite au contrôle de la Cour, le CNOP prévoit d'y remédier.

II - Des choix structurants à venir

La cohérence indispensable entre ces différents projets suppose des choix de principe multiples. Alors que plusieurs décisions ont été annoncées en juin 2008, dont une modification de la législation qui rendrait le DMP facultatif en supprimant toute réduction des remboursements d'assurance maladie en cas de refus du patient, les débats se poursuivent, dans des configurations variées, quant à des choix aussi structurants que la sécurisation des opérations, la protection des données, la définition du poste de travail du professionnel de santé en ville et à l'hôpital, ou encore le choix des opérateurs.

A – Une sécurisation en devenir pour la carte Vitale 2

1 – L'absence des certificats

La carte Vitale 2 constituera à terme un progrès majeur. Sa sécurisation et la rapidité de sa délivrance sont deux des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 entre la CNAMTS et l'Etat. De leur réalisation dépend la sécurité des accès à des données sensibles par les usagers.

La carte Vitale 1 qu'a distribuée le GIE SESAM Vitale identifie les ayants-droits et leurs droits à une prise en charge. Mais elle ne permet pas une authentification forte de l'assuré ni une signature sécurisée par lui. La carte Vitale 2 lui succède progressivement depuis 2007.

Elle comporte un coprocesseur cryptographique et peut donc accueillir des certificats électroniques permettant l'authentification de son titulaire ainsi que la signature électronique de transactions par lui²⁸⁴. Pourtant, en contradiction avec le calendrier initial du DMP, le décret du 14 février 2007 autorisant la carte Vitale 2 a renvoyé à un décret ultérieur ses éventuelles fonctions de sécurité. Or, l'utilité d'implanter des certificats électroniques dans les cartes Vitale 2 lors de leur émission était soulignée dès avril 2006 par la direction générale de la modernisation de l'Etat pour le développement de l'administration électronique.

L'étude n'en a été menée que fin 2007 par la CNAMTS. Le ministère en a conclu que, hors DMP, il n'existait pas encore de services destinés aux usagers nécessitant des fonctions de sécurité fortes et qu'il incombait aux opérateurs de préciser leurs besoins et d'en assumer la charge financière. Les standards des matériels et logiciels nécessaires à la saisie du code protégeant la carte n'ont pas été élaborés.

La direction de la sécurité sociale (DSS) estime que l'implantation des certificats d'authentification coûterait pour les cinq premières années entre 50 M€ et 130 M€ par an²⁸⁵. Leur retard s'expliquerait moins par la

284. Une signature électronique sécurisée est propre au signataire et créée par des moyens sous son contrôle exclusif, comme dans le cas réussi du dispositif de calcul et de paiement de l'impôt en ligne. Elle garantit la détection de toute modification ultérieure de l'acte auquel elle s'attache.

285. Le coût des certificats varierait selon la CNAMTS de 0,85 € à 2,2 € par carte et par an selon leur qualité. S'y ajoute une lourde infrastructure de gestion de certificats (IGC) (enregistrement de l'identité des personnes, certification, listes de révocation des certificats), ainsi que le déploiement de ces fonctions sur les postes des PS, l'envoi postal des codes et le renouvellement triennal du certificat etc. La prochaine CPS pourrait soulever un problème similaire, mais pour cent fois moins de cartes.

complexité et le caractère récent du projet que par l'absence à ce stade de téléservices exigeant cette protection et à même d'en financer le coût -en dehors des expérimentations du DMP. Ce dernier, s'il avait été mis en service comme prévu en 2007, l'aurait ainsi été avec une sécurité dégradée ou compliquée à gérer²⁸⁶. Il en ira de même pour tout service de santé en ligne jusqu'à la mise en œuvre, à une date encore inconnue, des solutions appropriées. La CNAMTS étudie à la demande de la DSS leurs impacts techniques, organisationnels et financiers, notamment pour les cas où le bénéficiaire de l'assurance maladie n'est pas nécessairement disponible (laboratoires, établissements de santé, pharmacies).

2 – Les perturbations induites par une photo peu utile

En dépit d'une décennie d'expérience de livraison de plus de 90 millions de cartes Vitale 1, la CNAMTS n'a pu respecter le calendrier, peu réaliste, de généralisation de la carte Vitale 2, prévu par la loi du 13 août 2004 « à partir de 2006 » et en 18 mois. La généralisation, amorcée fin 2007, ne sera pas assurée avant plusieurs années. Ce retard n'aggraverait sans doute pas pour les téléservices les effets du problème évoqué au point précédent, mais il mérite d'être analysé. Il provient largement du choix de doter la carte d'une photographie du titulaire.

Cette décision politique a été inscrite dans la loi de 2004 (selon l'article L. 161-31 du CSS, une photographie doit figurer sur la carte pour identifier le titulaire). Elle l'a été dans le cadre de la lutte contre la fraude, mais sans étude d'impact et donc en fonction d'un intérêt mal évalué en termes de réduction des fraudes. Comme divers spécialistes, l'un des rapporteurs au Sénat l'avait considérée « inopportune car elle aurait pour conséquence d'augmenter les frais de gestion de la CNAMTS, sa mise en œuvre serait source de complexité et elle est inutile dans la mesure où il suffit (d'une) pièce d'identité pour éviter tout risque d'utilisation frauduleuse²⁸⁷ » (la présentation d'une pièce d'identité avait été prévue en établissement mais jugée inacceptable juridiquement et déontologiquement pour la médecine libérale).

Par comparaison, les cartes bancaires assurent une sécurité suffisante sans photo, même si elle est en option dans certains pays.

286. Jusqu'à la mise en œuvre de certificats logiciels confinés dans une carte, généralement considérés comme la solution la plus sûre, tout titulaire d'un DMP, même expérimental ou local, devrait recourir à un mot de passe à usage unique, renouvelé par courriel ou court message téléphonique (SMS). La lourdeur de cette procédure risque d'être dissuasive,

287. Sénat, Avis n° 60 (2003-2004) de M. Adrien GOUTEYRON, fait au nom de la commission des finances, déposé le 12 novembre 2003, p. 103.

Certes, cette comparaison avec les cartes bancaires est jugée non pertinente par la direction de la sécurité sociale, dans la mesure où, pour cette dernière, le citoyen serait plus impliqué dans la sécurité de son compte bancaire que par sa carte Vitale, jusqu'ici perçue comme ne conférant qu'un droit de tirage sur l'assurance maladie.

Des retards successifs ont d'abord différé la parution en 2006 des textes instaurant cette « carte d'assurance maladie » avec photographie. La CNAMTS dut expliquer à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) que « l'objectif [...] est l'appropriation de la carte Vitale par son porteur et sa personnalisation » et qu'elle définirait ultérieurement « quel usage nous pourrions faire de cette photo ». Dans le même temps, l'Etat reportait sine die l'addition d'un volet d'urgence que la loi de 2004 avait de même fixée « à compter du prochain renouvellement de la carte », avec facultativement les coordonnées d'une personne à prévenir en cas de nécessité, ce qui eût été plus utile.

Malgré le délai de trois ans ainsi créé, la CNAMTS n'a pas expérimenté la collecte et le traitement des photos, alors que la direction de la sécurité sociale indique l'y avoir invitée. La caisse n'a pas mis en place de relance automatique des assurés, considérant qu'elle manquait encore d'expérience pour ce faire. Elle n'a pas fait homologuer le formulaire -encore expérimental- par le centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs (CERFA) alors que le décret du 18 décembre 1990 l'y oblige. Résultat de ces facteurs, la diffusion demeurait médiocre au printemps 2008, un an après le démarrage. Sur les trois millions d'assurés invités en douze mois à envoyer leur photo et une photocopie de pièce d'identité, 30 % n'avaient pas répondu. Un cinquième des deux millions de demandes reçues ont été inexploitable, avec notamment une photo sur 20 hors normes, deux fois plus que pronostiqué.

Mi-mai 2008, seulement 1,9 million de cartes avaient été délivrées en un an -guère plus que le 1,5 million de remplacements annuels pour perte ou vol²⁸⁸. Initialement, plus de 50 millions de titulaires devaient

288. L'assurance maladie remplace gratuitement ces cartes déclarées comme volées ou perdues. Par comparaison, nombre d'entreprises, telles les banques, facturent de 10 € à 20 € un tel remplacement. La direction de la sécurité sociale avait proposé en 2004 de mettre à la charge de l'assuré distrait le remplacement de la carte Vitale perdue, sauf déclaration de vol auprès des autorités compétentes. Cette mesure n'a pas été adoptée par le Parlement. Elle permettrait d'économiser de 4 M€ à 12 M€ par an, selon le pourcentage de vols attestés et l'assiette de facturation (carte seule ou coût analytique du remplacement).

recevoir une nouvelle carte en deux ans (projet repoussé par la direction de la sécurité sociale) puis en quatre ans.

Le calendrier du renouvellement en masse des anciennes cartes demeurait inconnu au printemps 2008 malgré les efforts de redressement en cours. Nombre d'assurés, notamment parmi les jeunes premiers demandeurs, demeureraient dépourvus de carte et donc exclus du tiers-payant comme des téléservices dont l'accès repose sur elle.

La dépense totale prévisible pour la seule photographie sera de l'ordre de 40 M€ pour les premiers 50 millions de cartes, majorant de 20 % le budget initial de 200 M€ en dépenses directes hors photo. Mais aucune évaluation de l'impact de la présence de la photo n'a précédé la décision ni accompagné sa mise en oeuvre. Nulle description positive d'un quelconque impact n'existe, notamment sous la plume des professionnels de santé qui en ont reçu la charge, même si un effet dissuasif vis-à-vis d'éventuelles fraudes peut être intuitivement présumé.

Cela souligne l'absence de focalisation de l'Etat sur la priorité affichée de développement des accès en ligne, qui n'avait nul besoin de cette photo et l'absence de méthode dans la définition d'une stratégie de détection des risques de fraude. Une économie considérable serait réalisée en renonçant à ce dispositif jusqu'à ce que la nécessité en soit établie. L'Etat et l'assurance maladie en annoncent un bilan pour l'automne 2009, délai pendant lequel ce dispositif va donc continuer à grever les finances de l'assurance maladie sans contrepartie connue.

A l'été 2008, après le contrôle de la Cour, une stratégie de relance était en cours de définition pour le deuxième semestre 2008, avec une meilleure information des assurés, notamment par le réseau des caisses, afin de diminuer le nombre de dossiers non conformes.

B – La protection des données

1 – Le secret professionnel

Deux principes ont été posés, qui doivent être conciliés. L'obligation de secret professionnel (art. 226-13 du nouveau code pénal et R. 4127-4 du CSP) a été étendue par la loi de 2002, modifiée en 2004, à la confidentialité des informations médicales sur support informatique. De fortes restrictions garantissent la confidentialité des données détenues par les officines pharmaceutiques, l'assurance maladie, ou sont prévues

pour le futur DMP²⁸⁹, même si à juste titre un rapport de l'IGAS a récemment suggéré que les médecins du travail puissent, sinon consulter, au moins renseigner le DMP, ou à défaut un « DMP du travail ».

Le CSP a également prévu que le médecin fournisse à son patient une information loyale, claire et appropriée sur son état et les soins proposés. S'agissant du DMP, le choix politique de donner au patient un accès à son dossier en découle. La loi du 4 mars 2002 (art. L. 1111-7 du CSP) a ainsi restreint l'application de l'article R. 4127-35 du CSP, selon lequel un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave.

2 – Le masquage par le patient

Le débat perdure sur la possibilité pour l'assuré de masquer toute information de son choix, voire de masquer ce masquage. Malgré leur coût, les expérimentations initiales du DMP n'ont pas permis d'élucider ce point. Cela a contribué à ce que fassent encore défaut les textes réglementaires indispensables à la finalisation technique du projet. Le sujet reste à clarifier. On a vu plus haut que dans le cas de l'historique des remboursements, seuls quelques types de soins sont masqués.

3 – La limitation des accès et l'identification des assurés

Les conclusions tirées de ces débats par le législateur puis la CNIL sont hétérogènes. Ainsi, cette dernière a autorisé :

- l'historique des remboursements sur la base du seul numéro de sécurité sociale (NIR²⁹⁰) ;
- l'expérimentation du DP sur la base d'un numéro d'identification individuel qui lui est spécifique ; ce système permet la non inscription d'un achat par le client mais indique l'existence de celle-ci.
- l'expérimentation du DMP sur la base d'une « adresse qualité santé », préfigurant le futur « numéro identifiant santé » (NIS) que

289. Les risques en ce domaine avaient été illustrés par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale : elle avait autorisé l'accès aux bailleurs de logement au DMP « en cas de demande de logement adapté ou spécifique » (art. 35). Cette disposition a été abrogée fin 2007.

290. Le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) permet l'attribution du numéro d'inscription au répertoire (NIR) utilisé par la sécurité sociale et la mise à jour du répertoire national inter-régimes de l'assurance maladie.

devra gérer un tiers de confiance, tous deux déconnectés par précaution du numéro de sécurité sociale ;

- la possibilité pour des sites régionaux d'utiliser ou de prévoir leurs propres numéros spécifiques (cf. la ligne « accès » tableau précédent), sans que la CNIL ait la certitude d'avoir été saisie par tous.

Le principe d'un « numéro identifiant santé » (NIS) ou « identifiant national de santé » (INS) a été adopté en 2007 suite aux recommandations de la CNIL. Selon le GIP DMP, maître d'ouvrage délégué par le ministère, il est vraisemblable qu'il serait opérationnel fin 2009. Il réduirait le risque de croisements avec des données autres que de santé. Il pourrait aussi réduire le risque d'utilisation d'une même carte (voire d'un même dossier) par plusieurs patients, comme parfois constaté. Mais il ne constituerait pas un code d'accès et ne dispense donc en rien d'une sécurisation forte. Là encore, le temps s'écoule sans concrétisation des intentions.

4 – L'accès sécurisé aux données dans les établissements

L'introduction du DMP en établissement impliquera la livraison de centaines de milliers de cartes de professionnel de santé (CPS) et le financement de terminaux de lecture de ces cartes, probablement « sans contact » comme l'envisage le GIP CPS à partir de 2009. Cela aussi exigera plusieurs années avant d'être partout opérationnel.

Le ministère avait souligné en 2007 que « le décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 [...] indique que ces établissements disposent d'un délai de trois ans à compter de la publication du dit décret pour utiliser la carte de professionnel de santé »²⁹¹. En fait, il a simultanément différé, de manière plus réaliste, cette généralisation à 2013, en passant par une expérimentation dans une vingtaine d'établissements jusqu'en 2010, progressivement élargie à 200 établissements jusqu'en 2012.

Du fait de cette programmation tardive, les téléservices ne pourront pas être généralisés aux prises en charge gérées par les systèmes d'information hospitaliers. Pour ce qui concerne le DMP, le calendrier initial aurait dû être reporté de cinq années de ce seul fait (de nombreux autres retards s'y sont ajoutés). Le décret précité reste à modifier.

5 – Le faible usage des messageries sécurisées

Les identités du destinataire et de l'émetteur de messages peuvent être garanties par la CPS que le GIP éponyme délivre en sa qualité

291. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 465

d'autorité de certification. Mais la sécurisation des messageries peut seule garantir la confidentialité et l'interopérabilité des messages et documents échangés entre postes de travail. Sa nécessité fait l'objet d'un consensus, au-delà des divergences d'intérêts ou de points de vue techniques. Avant même 2002, le GIP CPS avait élaboré un référentiel d'homologation sur la base d'un standard international, puis homologué une dizaine de messageries au fil des ans. Aux quelque 600 000 porteurs de CPS recensés dans l'annuaire qu'il publie sont systématiquement rattachés deux certificats (d'authentification et de signature); mais moins d'un millier d'entre eux ont en outre un certificat de confidentialité pour une messagerie sécurisée²⁹² : le retard et le potentiel de développement sont donc considérables.

Quelques éditeurs ont obtenu récemment l'homologation par le GIP CPS de telles messageries, incluses dans leurs logiciels de gestion de cabinet. Mais leur intégration dans les postes de travail ne va pas toujours sans difficulté. Ces facteurs limitent à la fois l'attractivité de l'offre des éditeurs et la demande des utilisateurs potentiels.

Dans ce contexte, l'usage de la messagerie sécurisée reste embryonnaire. Faute d'impulsion de l'Etat, les acteurs s'attendent les uns les autres. Des documents médicaux circulent sur le web sans aucune protection, ne serait-ce que dans le domaine des expertises. L'effet est de différer les bénéfices attendus des investissements en ce domaine, alors que se multiplient les projets de réseaux et de plateformes régionales en dehors de tout référentiel national de sécurité.

La MISS n'a soumis à ses partenaires son projet de référentiel de sécurité qu'après l'enquête de la Cour, fin avril 2008 et s'était jusqu'alors privée de l'expérience du GIP CPS en ce domaine comme du gain de temps correspondant. Elle n'a pas envisagé que le référentiel d'homologation établi par le GIP CPS pour les messageries sécurisées soit partie intégrante de ce référentiel. Sans se prononcer sur de tels points techniques, la Cour considère nécessaire que soit le plus possible harmonisé l'ensemble du dispositif.

L'Etat a annoncé en juin 2008 une réflexion sur la régulation des systèmes d'information de santé, aux plans tant éthique, que technique et

292. Un certificat peut être délivré sur un support matériel (carte à puce, comme CPS ou Vitale ou clef USB) ou encore fourni sous une forme logicielle, jugée moins sûre. Le ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi habilite les prestataires de certification électronique, tel le GIP CPS, à les délivrer conformément à la norme PRISVI, seule acceptée pour les téléservices administratifs.

économique. Cette phase de réflexion aurait pu permettre, si elle était intervenue plus tôt, de faire l'économie des pertes de temps subies faute de maîtrise de ces sujets et des dépenses inutiles qui en ont découlé.

C – Les normes, référentiels et nomenclatures

1 – La normalisation

a) Des travaux dispersés

L'absence de références explicites à des normes communes²⁹³, évoquée ci-dessus, provient notamment du décalage entre le calendrier de normalisation et les annonces politiques ou les initiatives locales.

Malgré l'émergence de normes au niveau européen, il n'y a pas encore de directive fixant des normes européennes, par exemple d'interopérabilité. La France n'a pas fait exception dans cette cacophonie en matière de normes et de référentiels techniques et médicaux. Certes, la DHOS apporte à l'AFNOR pour la commission de normalisation « informations de santé » (CNIS)²⁹⁴ 37 000 € par an, soit 20 % du coût, le solde étant financé par 16 autres membres (pour 132 jours de travail en 2007). Mais, jugée peu performante, la commission a, jusqu'à récemment, été largement désertée par les acteurs publics et les industriels, en partie au profit d'instances de caractère privé. L'Etat n'a pas investi de ressources significatives dans un tel effort, alors qu'il eût été logique de précéder, ou au moins d'accompagner les développements informatiques susvisés. Ce manque d'implication de l'Etat et un désengagement passager de la CNAMTS ont été ressentis par l'AFNOR et par les industriels comme un risque fort que des solutions, certes d'avant-garde, soient préconisées sans s'appuyer sur des normes. L'absence d'une politique de l'Etat en tant que donneur d'ordre a ainsi obéré ces travaux ; les téléservices de santé ont été lancés sans toujours se

293. Une norme est un ensemble de règles communes relatives aux caractéristiques d'un produit, application ou service, à son mode de fabrication et de mise en œuvre, pour assurer leur compatibilité quand de tels produits ou services ont plusieurs sources. Un référentiel désigne ici non pas les règles générales, mais les informations dont les applications ont besoin pour fonctionner et évoluer, ou les définitions nécessaires à leur conception: format, conditions de mise à jour, etc.

294. Cette commission est chargée de la formalisation d'un consensus et de la participation française à la normalisation internationale. L'AFNOR publie sur la base de ses travaux quelques normes nationales chaque année -plus de 80 sont envisagées- couvrant des sujets non traités dans les instances internationales.

référer aux normes internationales, au risque de dépenses additionnelles de mise ultérieure en cohérence.

b) Vers une nouvelle stratégie

Depuis que le GMSIH en a pris la présidence en 2007 avec l'appui de la DHOS, la CNIS, mieux soutenue par le ministère, élabore une stratégie 2009-2013. Elle tente notamment d'aboutir à un accord entre les industriels et les opérateurs publics sur un cadre d'interopérabilité, dans le contexte des programmes du comité européen de normalisation (CEN) et de l'organisation internationale de normalisation (ISO)²⁹⁵.

Les opérateurs publics ont constitué début 2008 un comité ayant pour objectif de mettre en commun des composants réutilisables dans des contextes différents. Ce comité, coordonné par la CNAMTS, prépare un dictionnaire commun, précisant en français les concepts et les composants. Qu'un tel vocabulaire n'existe pas encore, quinze ans après le lancement de la carte Vitale, six ans après la loi susvisée de 2002, confirme que le dispositif n'est pas encore à maturité.

La DHOS a proposé mi-2008 une répartition des rôles entre les pouvoirs publics : à la CNIS, la mission de fixation des objectifs et des priorités ; au GMSIH, la concertation entre industriels et utilisateurs ; enfin aux autres acteurs (IHE et HL7 France), la remontée des besoins et difficultés du terrain. Elle a signé en juin 2008 une convention en ce sens avec l'AFNOR, mais elle souligne à juste titre que manquent non seulement des experts français mais aussi une maîtrise permanente de la cartographie des normes et des difficultés de leur mise en œuvre, ainsi qu'un dispositif cohérent de vérification de la conformité des produits aux normes retenues.

Le cheminement de ces travaux apparaît donc encore insatisfaisant. Manquent une stratégie de normalisation, des priorités et un calendrier compatibles avec les développements industriels qui sont attendus. Le ministère n'a pas désigné de responsable à cet effet, alors qu'une telle mission devrait relever de la MISS. Mi-2008, les principaux acteurs tentaient de parvenir à un consensus sur une nouvelle stratégie, que pourrait mettre en œuvre la future agence évoquée plus haut.

295. Le GIE SESAM Vitale coordonne par ailleurs le projet NETCARDS, avec 26 partenaires de 15 pays européens, afin d'y rendre utilisables les cartes existantes (Vitale, e-CARD, e-GK...), pour l'identification des assurés, la vérification en ligne de leurs droits et l'édition d'un formulaire de prise en charge de soins. Ce dispositif devrait réduire les délais de remboursement comme les risques de fraude.

2 – Les méthodes de gestion des risques et des systèmes

Dans un domaine aussi novateur et mouvant que les téléservices de santé, les risques en termes de failles de sécurité, de non fiabilité, de non-conformité aux normes ou aux objectifs, sont élevés. Le GIE SESAM Vitale applique des normes (ISO, une partie d'ITIL) et tient à jour un registre des risques, selon une méthode de la direction centrale de la sécurité des systèmes d'information (DCSSI, placée sous l'autorité du secrétaire général de la défense nationale). En revanche, ni la CNAMTS, évoquée plus loin, ni les GIP précités, ni les services chargés de leur pilotage ou de leur surveillance au sein du ministère ne sont à un niveau approprié. L'une des principales méthodes mondiales de maîtrise des systèmes d'information leur demeure à tous étrangère²⁹⁶.

La direction de la sécurité sociale envisage toutefois, suite au contrôle de la Cour, de mettre ses procédures de pilotage à ce niveau d'exigence professionnelle. Elle a été rejointe par la direction générale de la santé. Au regard des enjeux et des budgets en cause, la généralisation de ces méthodes au sein du ministère, de la CNAMTS comme des agences concernées s'impose, en dépit de la charge de travail qu'appelle leur mise en oeuvre.

3 – Les référentiels et nomenclatures en attente

Le GIP-CPS s'est, en tant qu'autorité de certification, mis en conformité avec la « politique de référencement intersectoriel de sécurité » (PRIS) élaborée par la direction générale de la modernisation de l'Etat. Un référentiel général d'interopérabilité a été prévu.

Par ailleurs, comme le souligne la direction de la sécurité sociale, la dématérialisation des données doit avoir pour cible des procédures et des données certifiées, fiables techniquement et juridiquement notamment pour les agents comptables et au regard de la certification des comptes.

296. Aucun n'applique le référentiel COBIT (Control Objectives for Information & related Technology), ou une méthode similaire. Celle-ci est éditée par l'Information Systems Audit and Control Association (ISACA) depuis 1996. C'est un cadre de contrôle pour gérer les risques et les investissements. Son approche est fondée sur la maîtrise de chaque processus : tâches et activités primordiales sont définies en 34 processus, regroupés en quatre domaines et distinguant 318 activités. Le référentiel le plus répandu pour la gestion de services informatiques (ITIL) n'a pas davantage été pris en compte (le GIP DMP l'avait toutefois imposé aux candidats à l'appel d'offres pour un hébergeur de référence, depuis lors abandonné). De même, les audits et contrôles internes demeurent inégaux.

S'agissant des nomenclatures, une harmonisation de la sémantique médicale est également fondamentale pour que les bases de données soient alimentées en des termes strictement identiques. Cela implique l'usage de centaines de milliers de termes médicaux, pharmaceutiques et techniques. Cette nécessité continue à se heurter à la difficulté de la disponibilité et de l'implication indispensables des professionnels de santé. La CNIS n'a même pas été officiellement tenue informée des quelques travaux conduits sous l'égide de l'Etat.

Plusieurs années s'écouleront la mise en œuvre de tels outils, qui auraient été dès maintenant précieux pour développer les téléservices de santé.

D – Le poste de travail demeure en débat

La loi du 30 janvier 2007, dans son article 25, a prévu la mise à niveau des postes de travail des professionnels de santé d'exercice libéral. Ces postes utilisent déjà les cartes CPS et Vitale pour accéder aux services en ligne. Pour cela, ils doivent être conformes aux standards du système SESAM Vitale : lecteurs des cartes CPS et Vitale, logiciels de gestion de cabinet validés par le centre national d'agrément placé sous la responsabilité de l'agent comptable de la CNAMTS.

Mais ses composants sont techniquement dépassés. Au-delà des feuilles de soins, les téléservices appellent des évolutions majeures. Alors que les logiciels de gestion de cabinet sont déjà perturbés par la succession de versions qu'impose une réglementation sans cesse en évolution, vont converger sur eux la production et la coordination des soins, l'aide à la prescription, les réseaux, le futur DMP, la régulation médico-administrative du parcours de soins, la gestion du risque (protocoles de soins, prises en charges, ententes préalables...), la veille épidémiologique et l'alerte sanitaire. S'y ajouteront les services de confiance et de sécurité (authentification des identités, gestion des droits et des contrôles d'accès, traçabilité, confidentialité). Or des délais rédhibitoires de saisie ou de consultation conduiraient à un rejet.

La CNAMTS est le maître d'ouvrage du futur modèle de poste de travail, sans qu'un accord explicite ait été formalisé pour ce faire entre le ministère, la caisse et leurs autres partenaires. Les travaux n'ont commencé qu'en 2007. Le GIE SESAM Vitale, qui a développé une nouvelle architecture de poste de travail, s'est entouré de solides avis professionnels et associe ses partenaires au comité de pilotage du projet (mais pas aux groupes techniques qui en élaborent les composants, au risque de s'exposer au reproche déjà ancien de manque de transparence).

Les divergences, au demeurant insuffisamment explicitées, perduraient mi-2008 entre ce maître d'œuvre et d'autres acteurs comme le GIP DMP. Ce dernier n'a été invité à la commission technique et de sécurité du projet qu'en avril 2008, réel mais tardif progrès. La pleine participation des professionnels de santé serait également utile à la définition et à l'acceptation d'une nouvelle architecture²⁹⁷. Elle repose notamment sur l'union nationale des professionnels de santé (UNPS), créée par la loi de 2004 et opérationnelle depuis 2006. Mais cette participation n'est pas pleinement acquise, la CNAMTS n'ayant pas encore signé ni donc financé une convention exigée par l'UNPS pour indemniser la participation des professionnels libéraux aux nombreuses concertations.

A l'été 2008, la recherche d'un consensus se poursuivait, notamment au sein de l'UNCAM, mais il n'était encore que partiel. Le GIE testait un nouveau mode d'accès en ligne avec les logiciels de gestion de cabinet et élaborait un prototype d'accès par les logiciels dits « navigateurs ». Cependant, la configuration complète comme son mode de généralisation (majoritairement par le GIE ou par les industriels selon ses spécifications) restaient en débat. Le nouveau poste de travail ne sera pas standardisé avant, au mieux, 2009.

Par ailleurs, la feuille de route du GIE n'intègre toujours pas en 2008 les besoins propres aux établissements de santé, bien qu'affichés comme une priorité de l'assurance maladie. Leurs postes de travail devront disposer des mêmes accès sécurisés. Mais cela n'est qu'envisagé par le GIE, sans que le ministère ait assuré un calendrier approprié.

Enfin, la question d'un portail d'accueil commun demeure posée. Le GIE met en service IMARS. Cette « infrastructure mutualisée d'accès et de routage sécurisés » protège les échanges entre le poste de travail et les systèmes auxquels il se raccorde, sans offrir les services d'un portail. La CNAMTS s'appuie sur elle pour l'historique des remboursements et recherche au sein de l'UNCAM comme avec la MISS et le GIP DMP une solution homogène.

297 . Il est estimé qu'un tiers seulement des professionnels de santé, hors établissements, est équipé de manière compatible avec les contraintes des téléservices sécurisés, un autre tiers étant déjà équipé mais devant être encadré pour en tirer pleinement parti et un dernier tiers n'étant au mieux ouvert qu'à des applications légères et sources de gain de temps. Quant aux établissements, l'essentiel de l'équipement et de l'appropriation de tels outils reste à renouveler ou réaliser.

Ainsi, en termes de confidentialité des données, d'une part, les cartes Vitale 2 tardent à être imposées comme mode d'accès sécurisé à tout service en ligne. D'autre part, la sécurisation des postes de travail, dans les cabinets libéraux, les officines pharmaceutiques et les établissements n'est pas encore garantie. Plusieurs années s'écouleront avant d'atteindre et généraliser un niveau de qualité et de sécurité conforme à l'état de l'art.

III - Le pilotage administratif, juridique et financier

A – Un pilotage et une maîtrise d'ouvrage éclatés

Les délais précités témoignent d'une gouvernance informatique souvent déficiente. Les systèmes d'information de santé annoncés ne s'inscrivent pas dans un ensemble cohérent qui inciterait à assurer leur synergie et leur interopérabilité. L'examen porte ici sur les deux principales structures nationales que sont le ministère et la CNAMTS.

1 – Le ministère et ses opérateurs

Le ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale a été conseillé par la direction générale de la modernisation de l'Etat, mais il ne s'est pas doté d'un cadre stratégique cohérent. Il a cessé de convoquer le conseil supérieur des systèmes d'information de santé (CSSIS) à partir de 2000 (la création d'un Conseil national des systèmes d'information de santé a été annoncée par la ministre en juin 2008). Créée comme lui en 1997, la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS) doit coordonner ce projet²⁹⁸. Elle s'est récemment dotée d'un comité de pilotage stratégique incluant la CNAMTS. Mais un rapport sénatorial avait vainement mis en garde en 2005 sur le fait qu'elle « ne dispose pas des moyens d'assurer une réelle coordination entre les directions »²⁹⁹. Outre des effectifs manifestement insuffisants (entre quatre et huit agents selon les périodes, saturés par le suivi juridique et technique des opérateurs et projets en cours) et un budget de fonctionnement inférieur à 20 000 € par an, elle a souffert d'erreurs de gouvernance commises par

298. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 326, cf. aussi infra, pp. 320 et suivantes.

299. Sénat, Rapport d'information au nom de la commission des finances (...) sur l'informatisation dans le secteur de la santé, par M. Jean-Jacques JÉGOU, annexe au procès-verbal de la séance du 3 novembre 2005, p. 17.

les cabinets des ministres successifs, qui la géraient directement jusqu'en 2006.

La direction de la MISS a aussi été marquée par une instabilité peu propice à la continuité de ses travaux et par l'absence de responsable à temps plein entre fin 2004 et août 2007. De 2006 à cette dernière date, la fonction était confiée au directeur général du GIP DMP, à la fois juge et partie, situation hétérodoxe quels qu'en aient été les avantages.

Le cabinet a ainsi géré directement les dossiers stratégiques, sans s'être doté d'une capacité suffisante d'expertise et d'intervention. La DGS, la DHOS³⁰⁰ et la DSS, qui doit notamment veiller à la coordination inter-régimes, n'ont elles-mêmes, face à leurs lourdes responsabilités pour l'ensemble des systèmes de santé, que des bureaux aux effectifs insuffisants et qui se coordonnent inégalement en matière de téléservices.

De ce fait, les décisions ont souvent été prises dans la précipitation. La pénurie de moyens au sein du ministère a été compensée par une relative abondance de moyens accordés, aux frais de l'assurance maladie, aux opérateurs. De ce fait l'administration centrale continuera à éprouver quelque difficulté à contrôler ces derniers comme à piloter une stratégie cohérente si ses capacités de pilotage ne sont pas renforcées.

L'Etat disposait pourtant depuis 2006 avec deux rapports de l'IGAS d'un robuste ensemble de recommandations³⁰¹. Ces rapports ont conduit à une réelle prise de conscience par les directions concernées de la nécessité de mieux coordonner les efforts de l'ensemble des partenaires. Mais si les directions ont accepté les préconisations des rapports susvisés en termes d'outils de pilotage et de conventions d'objectifs et de moyens, elles ne les ont guère mises en œuvre, deux ans plus tard. S'agissant du pilotage, notamment des téléservices, la coordination entre elles et la CNAMTS est ainsi en voie d'amélioration. L'expérience montre toutefois qu'il y aurait aussi lieu de transformer la MISS en un pôle de coordination, doté de la légitimité et de l'autorité qui lui ont jusqu'ici manqué. Les rapports susvisés l'avaient déjà souligné, comme plus récemment ceux relatifs au DMP.

S'agissant de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre, jusqu'ici dispersées, les observations de la Cour dans le secteur

300. Cf. chapitre IX, II sur les systèmes d'information hospitaliers.

301. L. GRATIEUX, mission exploratoire sur le recours à un tiers de confiance numérique pour la mise en place du DMP, Igas, rapport n° 2006 014, février 2006, 82 pages. L. GRATIEUX, R. OLLIVIER, audit de l'organisation et du pilotage des organismes œuvrant à l'informatisation du système de santé, inspection générale des affaires sociales, juillet 2006 ; La Documentation française, Paris, octobre 2007.

hospitalier et les mésaventures du DMP montrent l'utilité de constituer des pôles d'excellence à la hauteur des enjeux. Un rapprochement d'une minorité des missions et agences concernées (cf. chapitre IX) a été annoncé.

S'agissant du pilotage, la MISS a été rattachée depuis septembre 2006 au secrétariat général du ministère. Elle a entrepris une concertation relative à un projet de plan stratégique des systèmes d'information de santé (PSSIS), y compris pour les établissements hospitaliers, qui faisait jusqu'ici défaut. Mais ce projet très complet, y compris en matière de téléservices, n'était pas encore adopté mi-2008. Sa crédibilité restait sujette à caution, faute que la MISS ait les moyens d'une telle ambition et, jusqu'à l'annonce de leur renforcement en juin 2008, en l'absence de volonté politique affichée comme de consensus des parties prenantes.

2 – La CNAMTS

La CNAMTS, établissement public, est maître d'ouvrage du dispositif SESAM-Vitale et du web médecin ainsi que maître d'œuvre pour une partie du premier et la totalité du second. Elle contribue au pilotage du DMP depuis l'origine. Elle participe aux instances de pilotage et aux groupes de travail des opérateurs concernés, mais sa stratégie paraît complexe, voire peu lisible. Elle conduit deux chantiers majeurs pour les téléservices. Il y a d'une part la transition nécessaire de ces systèmes vers une indépendance, une modularité et une réactivité modernisées. Le législateur l'a d'autre part autorisée à développer son propre portail et ses propres téléservices, en soutien de la politique de « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé.

Elle a participé au pilotage du DMP par l'Etat, mais de manière perçue comme parfois distante. Son fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), devenu fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), en finance la totalité, non sans retards et embûches jusqu'en 2007, au point que le GIP DMP s'est trouvé un temps en quasi cessation de paiements, au moment où l'Etat demandait justement à ce dernier de forcer l'allure.

Elle a financé par ailleurs jusqu'ici près de la moitié du coût de développement et d'expérimentation du DP, en partie via le GIP DMP. Elle traite enfin au sein de l'UNCAM les aspects relatifs à la politique conventionnelle, qui pourrait être déterminante quant à l'adhésion des professionnels de santé aux téléservices publics. A la maîtrise d'ouvrage de ces différents secteurs, elle consacre plusieurs dizaines d'emplois.

Par sa convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat, 2006-2009, la caisse s'était notamment engagée en août 2006 à :

- disposer d'un schéma directeur en octobre 2006 : soumis fin 2007 au ministère, il n'était pas encore adopté en juin 2008 alors qu'il devait être mis en œuvre début 2007; le risque est ici d'affaiblir les interfaces avec les téléservices et leur évolution ;
- mettre en œuvre au premier semestre 2006 l'historique des remboursements : on a vu qu'il ne l'a été qu'en 2007 ;
- sécuriser la carte Vitale 2 et sa distribution, en respectant les délais de délivrance : on a vu plus haut ce qu'il en a été ;
- faire du développement des téléservices une priorité, ce qui a été effectivement amorcé ;
- améliorer « l'alignement » des développements, notamment de ceux concernant SESAM-Vitale, ce qui n'a que partiellement été réalisé ;
- améliorer la connaissance des coûts de tels projets, ce qui reste à parfaire s'agissant au moins de ce secteur;
- identifier les praticiens hospitaliers dans ses fichiers, grâce au nouveau répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) à compter du 1er janvier 2008 : son déploiement a commencé en juin 2008 et prendra quelque temps. C'est un préalable à l'ouverture des services en ligne au secteur hospitalier et à la mise en œuvre de la disposition législative obligeant les prescripteurs à indiquer leur numéro individuel sur les ordonnances dispensées en ville.

La CNAMTS reconnaît, comme mentionnée plus haut, qu'elle n'est pas « au meilleur niveau de maturité » dans l'application des normes. La cohérence des choix informatiques de l'ensemble des téléservices s'en ressent. Des progrès sont toutefois en cours, notamment avec le comité précité réuni depuis mars 2008 sous la présidence de la caisse, la constitution d'un dossier de sécurité pour chaque projet et la vérification par des experts indépendants des protections de ses téléservices contre les intrusions. Elle s'emploie depuis 2007 à se rapprocher des référentiels reconnus, à faire certifier progressivement ses centres et introduire des bonnes pratiques, notamment d'évaluation des projets.

B – Des bases juridiques évolutives

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé, a fixé les bases de l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé et encadré l'hébergement des données de santé à caractère personnel (article L. 1111-8 du CSP). Le décret du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les

établissements de santé a précisé les précautions à prendre, mais il a fallu attendre 2006 pour le décret fixant les dispositions relatives à l'hébergement de ces données (article R. 1111 du CSP). Ces textes fondateurs ont été, au fil des aléas rencontrés, amendés.

Ainsi, alors que le contrôle par la CNIL des expérimentations du DMP venait d'en confirmer l'utilité à ce stade, la procédure législative d'agrément des hébergeurs (article L. 1111-8) a été suspendue pour deux ans par la loi du 30 janvier 2007, sauf pour le DMP (qui n'en pas fait usage depuis lors). Ce report a été expliqué par le retard apporté à publier les référentiels de sécurité et d'interopérabilité permettant aux candidats d'obtenir une certification auprès d'organismes accrédités. Le décret du 15 mai 2007 en a fixé le cadre, mais il demeurait inappliqué mi-2008, l'arrêté fixant ces référentiels n'étant pas encore paru. Ces délais risquent de retarder les logiciels de téléservice ou d'altérer leurs performances.

S'agissant du caractère obligatoire ou facultatif pour un patient de disposer d'un DMP, la loi du 13 août 2004 qui en a porté création ne correspond plus à l'état du projet. Elle avait fixé au 1^{er} juillet 2007 la date à laquelle le niveau de prise en charge des soins par l'assurance maladie pourrait être subordonné à l'autorisation donnée par le titulaire que le professionnel de santé puisse accéder à son DMP, disposition dont l'abrogation est maintenant annoncée.

Un enjeu important est celui de la maîtrise d'ouvrage déléguée et de la maîtrise d'œuvre du portail du DMP. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a institué (art. L. 161-36-3-1 du CSS) le principe de ce service unique d'accueil dématérialisé, dénommé « portail du dossier médical personnel »³⁰². Cette disposition est intervenue deux ans après que la caisse des dépôts et consignations a entrepris, à la demande du ministre chargé de la santé, de créer un tel portail, sur la base d'une convention « transitoire » avec le GIP. La pérennité de cet investissement de 5,7 M€ (20 % GIP sur crédits de l'assurance maladie et 80 % Caisse des dépôts) est fortement compromise, l'Etat ayant abandonné cet opérateur pour désigner en juin 2008 « l'assurance maladie comme partenaire stratégique dans la gouvernance du projet, fortement impliqué dans la construction du portail de confiance et de services ».

302. Un portail comprend une page d'entrée d'un site « Web » offrant des liens internes ou/et vers d'autres sites. « Ce portail assure des fonctions d'information générale et un service de gestion permettant aux bénéficiaires de l'assurance maladie de gérer leur dossier médical personnel et les droits d'accès des professionnels de santé. Il assure le contrôle et la traçabilité des accès aux dossiers médicaux personnels. Il produit les données de suivi d'activité nécessaires à l'évaluation de ce service [...] ».

Enfin, l'article L. 161-36-4-2 du CSS a créé le DP parallèlement au DMP. Une première initiative parlementaire n'avait abouti qu'à prévoir que le conseil national de l'ordre des pharmaciens contribuerait au DMP en cours de conception (loi du 19 décembre 2005). Une seconde créa le dossier pharmaceutique mais en maintenant sa subordination au DMP (loi du 30 janvier 2007). La version la plus récente (qui est donc la troisième) a inversé l'ordre de ces deux facteurs, conférant au DP, qui fonctionnait déjà dans le cadre expérimental autorisé par la CNIL en 2007, son autonomie (loi du 19 décembre 2007). Le projet de décret d'application, quant à lui, n'a été soumis par l'administration centrale aux concertations d'usage qu'en avril 2008, alors que son contenu technique ne soulevait aucune difficulté. Ces retards ont eu pour effet de ralentir le développement du DP et d'augmenter son coût rapporté au nombre de bénéficiaires. Le CNOP n'a par ailleurs pas été toujours associé à la gouvernance de l'ensemble des projets susceptibles de le concerner.

Cette succession de retards et d'approximations juridiques a reflété le cheminement sinueux des projets et les divergences à leur sujet. Une politique publique en matière de téléservices de santé ne ressort pas de manière cohérente du dispositif législatif et réglementaire actuel.

C – L'absence d'objectifs financiers

Des économies de plusieurs milliards d'euros avaient initialement été évoquées par le ministre de la santé, dans un ensemble conjuguant médecin traitant, parcours de soins et DMP, mais aucune projection crédible n'a été étayée de telles hypothèses. Ni le ministère ni la CNAMTS n'ont développé de « modèles économiques » testant des hypothèses d'économies de gestion et de réduction des dépenses en prestations redondantes, notamment en fonction de scénarios de déploiement. Cette abstention, alors qu'il était par exemple envisagé de consacrer un milliard d'euros au déploiement du DMP, est préoccupante. Le GIP DMP a sous-traité un tel travail, mais le résultat s'est avéré trop fruste pour convaincre quant aux possibilités de diminutions de dépenses dues à la baisse des effets iatrogènes et à celle des actes et prescriptions redondants.

Ce volet économique se heurte de surcroît depuis l'origine à des clivages qui demeurent irréductibles : des professionnels redoutent que l'on subordonne leurs choix médicaux à des considérations économiques grâce aux dossiers surveillés en ligne. La Cour prend acte de l'opposition d'une partie des professionnels à d'éventuelles initiatives de l'assurance maladie, comme précédemment à propos des références médicalement opposables. Mais les enjeux financiers et les incidences sur la qualité de

soins imposeront tôt ou tard de dépasser un tel clivage. C'est d'autant plus inéluctable que le financement des accès en ligne repose déjà sur l'assurance maladie ou les patients, directement ou indirectement.

On ne peut inversement exclure que le secteur privé introduise, à l'instar de réalisations dans d'autres pays, des téléservices financés par des abonnements, des recettes publicitaires ou la vente de données médicales individuelles à des fins commerciales, avec des risques déjà patents de dérives. Or aucune stratégie publique ne prend aujourd'hui explicitement en compte la nécessité de prévenir de tels risques.

D – La dispersion de l'offre industrielle

La dispersion de l'offre industrielle est un autre handicap. Le secteur public n'est pas le seul à souffrir d'une fragmentation des moyens et d'un manque de ressources humaines. De l'avis de maîtres d'ouvrage publics, le secteur industriel -quelque 300 entreprises, peu d'entre elles d'envergure internationale- ne dispose pas toujours de conducteurs de projets compétents en interopérabilité et interfaçages dans le secteur médical; certaines entreprises seraient particulièrement vulnérables, avec par exemple un unique spécialiste dans des domaines cruciaux.

S'agissant des postes de travail utilisant la carte Vitale, un recensement effectué par la CNAMTS à la demande de la Cour a montré que 182 éditeurs diffusent un nombre plus important encore de logiciels de gestion de cabinet. Les cinq premiers d'entre eux représentent la moitié du marché, en nombre de professionnels de santé équipés et les 33 premiers éditeurs en ont équipé 210 882. Aucun des 149 autres éditeurs, qui n'ont équipé que 31 367 médecins, n'était encore agréé, mi-2008, pour la version 1.40 de SESAM Vitale, indispensable à l'évolution vers les accès en ligne sécurisés. Leur fragilité présente un risque.

Ces constats soulignent le handicap que constitue l'absence d'un centre d'expertise national en informatique de santé, associant tous les acteurs, industriels compris. Son absence s'est avérée préjudiciable au développement d'un environnement cohérent en termes de normalisation, de recherches scientifiques et techniques, d'expertise de la qualité des solutions, comme d'information des industriels et des opérateurs.

E – L'échelonnement des étapes

L'analyse ainsi résumée souligne l'ampleur des contraintes juridiques et techniques et leur insuffisante prise en compte, du moins jusqu'à la récente revue de projet pour ce qui concerne le DMP. Cela appelle une planification commune à tous les intervenants. Les conditions

pourraient en être réunies, une fois concrétisées les mesures annoncées en juin 2008 : amélioration de la gouvernance des agences concernées, création de l'agence précitée, du Conseil national des systèmes d'information de santé, définition d'une stratégie cohérente, renforcement des compétences et des capacités de la MISS. Les étapes seront inéluctablement échelonnées sur plusieurs années :

- un équilibre reste à trouver entre une cohérence nationale -le futur plan stratégique des systèmes d'information de santé (PSISS)- et la décentralisation annoncée de la régulation du financement des producteurs de soins et donc de leurs choix informatiques ;
- la carte Vitale 2 sera généralisée, mais pas avant plusieurs années ; le calendrier de ses certificats électroniques, nécessaires à la sécurité de l'accès aux téléservices sensibles, demeure imprécis ;
- la généralisation de la CPS dans les établissements, dans sa version CPS 3 et sans doute « sans contact » (lue à distance), sera assurée vers 2012, si les financements nécessaires sont mis en œuvre ;
- le répertoire partagé des professionnels de la santé, indispensable à un usage fiable de la CPS et le nouveau répertoire mutualisé des entités sanitaires et sociales sont en cours de mise en œuvre ;
- l'ordonnancement des normes, standards, référentiels et nomenclatures médicales applicables aux téléservices appelle un soutien plus marqué ; il portera ses fruits à moyen et long terme ;
- l'harmonisation de dispositifs tels que la messagerie sécurisée ou les plates formes de service appelle des moyens appropriés ;
- l'arrêté d'application du décret « confidentialité » est maintenant attendu pour 2008 ; il sera conforté par les référentiels généraux de sécurité et d'interopérabilité - à une date encore imprécise ;
- le choix d'un portail unique devrait simplifier l'accès aux téléservices publics, l'horizon 2012 étant désormais évoqué pour sa généralisation ;
- l'identifiant national de santé demandé par la CNIL pour assurer la confidentialité des données est annoncé vers 2010, avec la contrainte d'une application homogène de la jurisprudence.

Les investissements seront, établissements compris, de plusieurs milliards d'euros et demanderont de longues années. Après les écueils et les failles évoqués plus haut, cet inventaire montre à quel point les téléservices de santé n'en sont qu'à leurs débuts.

SYNTHESE

L'un des objectifs premiers des téléservices de santé est l'amélioration de la qualité des soins par l'accès à l'information et par la coordination. Ce domaine se prêtait bien à la réalisation d'études d'impact préalables. Or, force est de constater l'impréparation et l'irréalisme d'une partie des décisions. Un désordre onéreux en a résulté.

Un bilan serait prématuré. A ce stade encore préliminaire, les caractéristiques de l'historique des remboursements ou du dossier pharmaceutique sont prometteuses, sous réserve de leur intégration ultérieure au projet de dossier médical personnel. Cinq conditions essentielles seraient à remplir, alors qu'elles ne l'ont pas été jusqu'ici :

- *une stratégie stable ;*
- *une gouvernance et un pilotage conformes aux bonnes pratiques ;*
- *dans un environnement juridique et technique garantissant la bonne mise en œuvre des objectifs ainsi définis ;*
- *des moyens financiers cohérents avec ces objectifs ;*
- *et une offre industrielle conforme aux normes internationales.*

Le plan d'action désormais annoncé pour fin 2008 pourra utilement prendre en compte l'ensemble des problèmes évoqués plus haut et des téléservices publics de santé. Plusieurs années s'écouleront avant que toutes les composantes nécessaires soient réunies. Ce calendrier à moyen terme rappelle à quel point celui qui avait été assigné au projet de DMP était irréaliste. Il conviendrait que le retard important qu'il connaît n'encourage pas à poursuivre à titre transitoire une dispersion onéreuse et mal contrôlée des initiatives.

Quant à la gouvernance, le pilotage, les maîtrises d'ouvrage et une partie des maîtrises d'œuvre de l'ensemble sont encore très loin des normes comme des bonnes pratiques généralement admises.

RECOMMANDATIONS

La Cour recommande à l'Etat et, pour ce qui les concerne, aux régimes d'assurance maladie, de :

29. Planifier dans le futur plan d'action un niveau de ressources humaines et financières en maîtrise d'ouvrage et en maîtrise d'œuvre qui soit cohérent avec la stratégie annoncée et son calendrier de mise en œuvre, ainsi qu'avec l'offre industrielle accessible.

30. Renforcer le rôle et les moyens de coordination de la mission pour l'informatisation du système de santé ainsi que, en ce domaine, des agences régionales de l'hospitalisation puis de santé.

31. Créer une fonction d'expertise nationale et autonome pour la normalisation et les référentiels en informatique de santé.

32. Réglementer la procédure d'agrément des logiciels d'officine.

33. Imposer les certificats des cartes Vitale 2 comme partie intégrante du mode d'accès à tout service en ligne de données personnelles de santé.

34. Inciter à l'usage de messageries sécurisées et pleinement interopérables par les professionnels et les établissements de santé.

35. Subordonner le financement de téléservices et de plates-formes de services à leur conformité aux bonnes pratiques informatiques, aux cadres nationaux de référence, ainsi qu'à une étude économique détaillée, comportant des indicateurs de performance et une méthode d'évaluation.

Chapitre VIII

Les restructurations hospitalières

PRESENTATION

La création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a représenté une des innovations majeures de la précédente décennie dans le pilotage de la politique hospitalière. Elle s'inscrivait dans un contexte de capacités hospitalières très excédentaires dans les disciplines dites de court séjour : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) avec une répartition des moyens très inégale selon les régions. Les ARH ont eu pour mission d'améliorer la prise en charge des besoins de santé et d'accélérer la restructuration du secteur hospitalier, afin de rationaliser l'offre existante et de la rendre plus efficiente.

La Cour a étudié les restructurations conduites par les ARH dans trois disciplines : l'obstétrique, la chirurgie et les soins de suite et de réadaptation. Elle a ciblé son enquête sur trois régions dont le contexte et la problématique à résoudre étaient différents : une région rurale et étendue, à faible densité médicale, le Centre ; une région très urbanisée, industrielle et frontalière, considérée comme sous équipée, le Nord Pas de Calais ; une région mixte, caractérisée par une forte densité de population sur le littoral et une faible densité dans l'arrière pays, dont l'offre était largement excédentaire, la Provence Alpes Côte d'Azur. Ce rapport s'inscrit ainsi dans la continuité des travaux de la Cour consacrés successivement aux ARH et aux outils juridiques de la restructuration³⁰³, au bilan de la politique de périnatalité³⁰⁴ et à l'accroissement des disparités entre les secteurs hospitaliers depuis dix ans³⁰⁵.

Grâce à l'analyse préalable du contexte de la politique de restructuration, les constats de la Cour relatifs aux trois disciplines étudiées peuvent conduire à des enseignements plus généraux : les ARH ont accompli en dix ans un travail important, mais encore insuffisant, ce qui justifie la relance de la politique de restructuration hospitalière.

303. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, p. 194 et p. 251.

304. Voir le rapport public annuel de février 2006, p. 365 et suivantes.

305. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p. 156 et suivantes.

I - La politique de restructuration des établissements de santé

En 1996, la restructuration a été définie comme un objectif prioritaire national. Des outils diversifiés ont été mis à la disposition des ARH et leurs pouvoirs ont été renforcés, mais sans qu'un mode d'emploi opératoire ait été précisé par le ministère de la santé. De fait, la dynamique initiale a été progressivement ralentie, voire interrompue.

A – Un dispositif national en apparence volontariste

1 – Des objectifs ambitieux

La restructuration de l'offre hospitalière avait été évoquée dans les rapports qui ont précédé l'élaboration des ordonnances de 1996, comme le Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie³⁰⁶. Tous les experts s'accordaient sur la nécessité de rationaliser l'offre existante et d'adapter l'appareil de soins aux besoins de la population tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins. La création des ARH a été l'expression de cette ambition.

Pour la première fois, l'Etat confie à une autorité unique le pilotage régional de l'ensemble du système hospitalier public et privé. Il met fin ainsi au partage des responsabilités entre les différents services de l'Etat et de l'assurance maladie. L'ARH, administration légère, a pour mission de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources »³⁰⁷. L'Etat lui donne la responsabilité de promouvoir la complémentarité entre les différents offreurs de soins et une plus grande efficacité du système hospitalier.

Le ministère de la santé en attendait une restructuration progressive du secteur hospitalier, permettant à la fois la conversion de l'offre de court séjour excédentaire vers les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou vers les soins de longue durée pour les personnes âgées, le développement de la chirurgie ambulatoire, ainsi que de l'hospitalisation à domicile (HAD).

306. Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie. Raymond Soubie, Jean-Louis Portos, Christian Prieur. Commissariat général du plan 1994 ; p. 215 « encourager les restructurations ».

307. Art. L. 6115-1 du code de la santé publique.

2 – Des leviers d'action diversifiés attribués aux ARH

L'ARH dispose de deux leviers essentiels pour aménager l'offre de soins dans son ressort : la planification, avec l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la délivrance des autorisations d'activité aux établissements de santé et l'allocation des ressources aux établissements. Ces dispositifs ont évolué au cours de la décennie.

a) La planification

Lors de leur prise de fonction, les premiers directeurs d'ARH ont dû dresser dans le cadre de la révision du SROS 2 (1999-2004) la liste des opérations à conduire pour améliorer la répartition de l'offre et supprimer les capacités excédentaires. Ils ont classé les sites d'urgences, organisé la structuration des maternités selon les différents niveaux de prise en charge et coordonné la mise en réseau des établissements pour la prise en charge des pathologies comme le cancer, le diabète ou la cardiologie.

A partir de 2004, pour la préparation des SROS 3 (2006-2011) l'objectif prioritaire assigné aux ARH a été celui de la recherche de l'efficacité. Les ARH ont défini par territoire de santé les principales évolutions nécessaires à la régulation de l'offre. L'accent a été mis non plus sur la diminution des capacités mais sur l'activité des établissements, la complémentarité avec la médecine de ville et la qualité des soins.

En réalité, le renouvellement décennal des autorisations intervenu en 2000-2001 avait surtout permis de supprimer les lits qui n'étaient pas installés, ce qui n'a produit ni recomposition ni économie budgétaire.

b) Le dispositif financier

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A), intervenue en 2004 pour les cliniques et 2005 pour les hôpitaux, devrait à terme, conduire les établissements à accélérer leur évolution. Cette réforme s'est traduite cependant, du point de vue des ARH, par une moindre capacité d'action.

Jusque là, en effet, les ARH fixaient chaque année la dotation budgétaire des hôpitaux et signaient un contrat avec les cliniques qui déterminait le montant de leurs tarifs dans chaque discipline et les forfaits des plateaux techniques. La mise en place de la T2A a enlevé aux ARH

une partie de cette compétence, car les tarifs MCO sont désormais fixés au niveau national (sauf pour les MIGAC)³⁰⁸.

3 – Les pouvoirs du directeur de l'ARH

Le code de la santé publique (CSP) autorise le directeur de l'ARH à demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer un syndicat interhospitalier (SIH) ou un groupement d'intérêt public (GIP), ou de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés. Il met à la disposition des établissements un nouvel outil juridique, le groupement de coopération sanitaire (GCS), qui doit permettre la mise en commun de plateaux techniques ainsi que l'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux. Enfin, il organise la fongibilité des dotations régionales publique et privée de manière à favoriser ce mouvement de coopération.

Le directeur de l'ARH peut également prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle de l'autorisation d'une activité de soins en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel, ou lorsqu'il constate que l'établissement contrevient aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique (article L. 6122-13 du CSP). Il peut aussi à l'occasion d'une demande de renouvellement d'autorisation ne pas l'accorder, notamment si le projet de l'établissement n'est pas compatible avec les objectifs fixés par le SROS, ou s'il ne respecte pas les conditions techniques de fonctionnement ou d'implantation prévues par les textes (article R. 6122-34 du CSP).

En l'absence cependant de qualification juridique de la notion de danger pour la sécurité des patients et de normes d'activité, notamment pour la chirurgie, ou pour les effectifs de médecins, les ARH ont hésité à appliquer ces textes, afin de prévenir les risques de contentieux.

4 – Des outils plus ou moins élaborés selon les disciplines

En complément de ces outils généraux, divers leviers sont également mis à la disposition des ARH, mais de manière très variable selon les disciplines.

308. Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'une enveloppe financière à part et sont attribuées aux établissements en fonction de critères particuliers.

a) La périnatalité : des normes contraignantes

L'obstétrique est la discipline pour laquelle les outils de pilotage ont été les plus élaborés. Les ARH avaient à leur disposition des normes, une obligation de structuration des établissements, des leviers tarifaires et enfin des indicateurs de suivi qualitatifs, comme les taux de mortalité maternelle et infantile.

Entre 1998 et 2000, quatre textes³⁰⁹ ont fixé les règles d'organisation de la périnatalité. Elles se fondaient sur le principe suivant : toute femme doit pouvoir accoucher dans la maternité la mieux adaptée à son état.

Le décret du 9 octobre 1998 a fixé le seuil de 300 accouchements pour qu'un établissement soit autorisé à pratiquer l'obstétrique. Un autre décret du 9 octobre 1998 a déterminé pour toutes les maternités les effectifs minimaux de sages-femmes affectés en salles de travail en fonction du nombre d'accouchements et a également fixé les effectifs nécessaires à la prise en charge des jeunes mères. Ce texte a fixé les obligations de permanence des gynécologues, des pédiatres et des anesthésistes. Mais en revanche il n'existe pas de normes pour leurs effectifs. La seule obligation réglementaire est que l'établissement remplisse un tableau de garde et d'astreinte qui doit être remis aux autorités. L'arrêté du 25 avril 2000 a, en outre, fixé les normes architecturales et les équipements nécessaires au bon fonctionnement de chaque unité.

Le dispositif est centré autour du réseau de périnatalité : il doit assurer, dans le cadre d'une graduation de l'offre, la coordination entre les acteurs en respectant les impératifs de proximité et de sécurité entre les différents lieux de prise en charge ; il doit permettre d'éviter le risque d'une médicalisation excessive de l'accouchement. Il organise les transferts éventuellement en urgence des mères et des nouveau-nés entre les établissements.

b) La chirurgie : l'absence de normes

Pour la chirurgie, si des normes avaient été définies pour l'environnement technique des blocs et la pratique de l'anesthésie, il n'existait pas jusqu'aux travaux de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) publiés depuis 2006 de référentiel pour l'organisation des blocs opératoires, ni de seuil d'activité minimale pour

309. Deux décrets, un arrêté et une circulaire.

les praticiens qui garantisse une compétence chirurgicale³¹⁰. La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS 3 cite le seuil de 2 000 actes par an par établissement comme un niveau à atteindre pour garantir aux patients la sécurité des soins, mais ce seuil n'a pas de portée obligatoire.

Le ministère de la santé a agi tardivement sur les tarifs pour promouvoir le développement de la chirurgie ambulatoire : une première mesure visant à revaloriser la rémunération des séjours d'une journée a été prise en 2004 lors de la mise en place de la T2A. La circulaire budgétaire du 3 mars 2008 prévoit une diminution des tarifs de l'hospitalisation complète pour inciter au développement de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics. Le nouvel article L. 162-1-17 du CSS permet quant à lui de subordonner à une procédure d'accord préalable la prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation, dès lors qu'elles auraient pu donner lieu à des prises en charge ambulatoire. Bien que des premières décisions aient déjà été prises en application de ces textes, il est encore trop tôt pour en faire le bilan.

c) Les soins de suite et de réadaptation : des normes en préparation

Le ministère de la santé n'a donné aux ARH aucune instruction, ni aucun outil spécifique pour la restructuration des soins de suite et de réadaptation (SSR). Les axes de sa politique étaient néanmoins connus des acteurs et partagés. Ils consistaient à augmenter les capacités, réduire les inégalités géographiques et redéployer la nature des prises en charge afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des patients sortant du court séjour. L'approche était quantitative et ne tenait pas compte de la diversité des besoins des patients, ni du niveau de médicalisation des structures, pour lesquelles il n'existe ni normes ni référentiels.

Deux décrets du 17 avril 2008 fixent les conditions d'implantation et de fonctionnement des SSR. Leur parution entraînera la révision des SROS avant fin octobre 2009. La circulaire d'application demande aux ARH de réduire les inégalités géographiques et de redéployer les modes de prises en charge afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Sur le plan tarifaire, des travaux ont démarré afin d'étendre la tarification à l'activité (T2A) aux SSR en l'adaptant à la spécificité du secteur. Pour la première fois, la circulaire budgétaire de mars 2008 prévoit une dotation spécifique pour les SSR, alors que jusqu'à présent le

310. Pour les autorisations liées à l'activité de traitement du cancer, le décret du 21 mars 2007 définit des seuils d'activité minimale.

renforcement des moyens dans cette discipline provenait des mesures déployées dans le cadre de plans de santé publique (urgences, plan solidarité grand âge, plan addictologie et plan Alzheimer).

B – Une doctrine ministérielle imprécise

1 – Une formulation insuffisamment explicite et constructive

Le ministère de la santé n'a jamais défini ou explicité ce qu'il entendait par une opération de restructuration dans le secteur hospitalier. Il a utilisé successivement des terminologies différentes : en 1998 le terme de recombinaison a remplacé celui de restructuration, le ministère de la santé jugeant que le premier avait une connotation moins négative que le second. Le terme de restructuration est cependant réapparu à partir de 2004 dans les premiers contrats d'objectifs signés entre la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et les ARH. Les deux termes de recombinaison et de restructuration ont été employés de manière concomitante dans les lettres de mission annuelles adressées par la DHOS aux directeurs des ARH en 2006 et 2007.

Dans la pratique, le mot de restructuration recouvre un contenu différent selon les acteurs. Ainsi il est employé aussi bien pour désigner des opérations qui ont trait à l'activité de soins (regroupement de plateaux techniques, suppression de maternités, fermeture de services de chirurgie) qu'à des activités logistiques (blanchisserie, achats, pharmacie, restauration). Les acteurs ne distinguent pas davantage une opération de nature administrative sans conséquence sur le partage de leurs activités médicales (fusion juridique de deux établissements débouchant sur une seule direction) et une opération ayant un impact direct sur l'outil de production de soins, comme la fermeture d'un établissement ou d'une activité et son transfert.

La notion de restructuration et son application à l'hôpital

La notion de restructuration peut recouvrir plusieurs modalités :

- une réorganisation des services (d'obstétrique, de chirurgie...) pour les adapter en surface, nombre de lits et effectifs à la réduction tendancielle de la durée moyenne de séjour ;
- une fermeture de services suite au non respect des normes ou à une activité trop faible. Cette fermeture peut conduire à la disparition d'un service ou d'un établissement, mais elle peut aussi déboucher sur une reconversion du site, un transfert d'activité sur un autre établissement ou la construction d'une structure neuve regroupant les anciennes activités de plusieurs établissements fermés (ex : création d'une polyclinique de taille plus importante ou d'un nouveau centre hospitalier sur un site situé à mi-distance de deux implantations antérieures) ;

- une réorganisation des services pour prendre en compte une évolution majeure des techniques médicales : développement de la chirurgie ambulatoire, de l'imagerie en coupe (IRM...), automatisation des services de biologie. Ainsi la chirurgie ambulatoire demande une organisation du circuit du patient qui oblige à modifier la disposition des lieux ;

- le développement de plateaux techniques de plus en plus élaborés nécessite des investissements qui débouchent sur un accroissement de la taille minimale des unités de production.

Ce caractère multiforme de la notion de restructuration explique la difficulté des administrations à en formuler la doctrine ou à en rendre compte dans leurs évaluations.

Cette absence de formalisation explicite des objectifs a eu des conséquences dommageables : d'une part elle n'a pas facilité le suivi des opérations menées par les ARH et l'établissement de leur bilan économique, d'autre part elle a laissé la place libre aux réactions défensives.

2 – Un grave défaut de pédagogie

La fermeture de petits services dans les zones rurales suscite depuis toujours des débats passionnés, comme le montrent de récentes polémiques.

Les défenseurs des services dits de proximité développent toujours les mêmes arguments : la fermeture du service mettrait en danger la santé de la population concernée car elle ne pourrait plus accéder en cas d'urgence à un établissement proche ; l'interruption d'activité de l'hôpital entraînerait le déclin d'un territoire situé en zone rurale ; un service public ne devrait pas être fermé pour des motifs d'ordre économique, enfin les décisions des ARH ne tiendraient pas compte des réalités du terrain.

Ces arguments trouvent d'autant plus d'écho que les établissements de santé ayant une faible activité sont souvent dotés de services d'urgence. Ceci les a conduits à maintenir des services de chirurgie avec des équipes médicales et paramédicales sur place et à ouvrir des blocs opératoires la nuit. Cette pratique, que la réglementation n'imposait pas³¹¹, est pourtant coûteuse pour la collectivité. Ainsi, au CH de Châteaudun, qui accueille plus de 15 600 passages aux urgences par

311. La réglementation sur les services d'urgence prévoyait qu'un établissement désigné comme « unité de proximité pour l'accueil et le traitement des urgences » pouvait passer des conventions avec d'autres services pour prendre en charge les malades nécessitant des actes chirurgicaux avec anesthésie.

an, le montant du budget des urgences s'élève à 3,5 M€ Cet établissement n'a réalisé que 17 actes chirurgicaux la nuit par an tout en mobilisant des praticiens en astreinte. Une meilleure organisation de son service d'urgence et une diminution des permanences médicales de nuit, possible grâce à la relative proximité d'autres établissements, permettrait d'économiser 330 000 € par an, dont 180 000 € au titre des seules gardes médicales³¹².

En obstétrique, la fermeture de maternités a pu se faire sans compromettre la sécurité des futures mères. A titre d'exemple, l'ARH du Nord Pas de Calais a fermé en 2000 la maternité de Saint-Pol-sur-Ternoise qui réalisait 497 accouchements. Cette fermeture s'est accompagnée d'un accord avec les deux maternités les plus proches qui se situent à un peu plus de 20 km, soit à Auchel (niveau I) soit à Arras (niveau III). Suite à cette fermeture les parturientes de St Pol vont accoucher en priorité à Auchel (le nombre d'accouchements y est passé de 727 à 1 143).

Le blocage persistant sur la fermeture des petits services est ainsi largement dû à un défaut de pédagogie et de communication sur la restructuration : le ministère de la santé n'a pas suffisamment mis en avant les concepts de qualité et de sécurité des soins, laissant la place libre à une présentation inquiétante pour la population, alors même que le maintien de certains services pouvait s'avérer dangereux et que la population les a déjà désertés comme le montre le taux de fuite constaté pour ces établissements. La médiatisation de ces cas a été faite de manière unilatérale, en raison de la difficulté des ARH à défendre les objectifs de sécurité et d'économie.

Enfin, le discours ministériel s'est surtout focalisé sur la problématique des établissements de proximité, alors que la réorganisation des établissements situés dans des villes plus importantes, y compris des hôpitaux universitaires (CHU), comporte des enjeux encore plus importants en termes de qualité des soins et d'économies potentielles.

3 – L'absence d'outil d'évaluation

Il n'existe aucun bilan de la politique de restructuration menée depuis 1996 car l'administration centrale ne s'est pas dotée d'outils permettant de suivre en temps réel les actions des ARH ; elle ne leur a pas fixé d'échéances pour rendre compte de leur politique et de leurs

312. Selon l'avenant au contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH du Centre en 2004, relatif à un plan de retour à l'équilibre budgétaire.

difficultés et elle n'a pas adapté les systèmes d'information à l'évaluation de la politique de restructuration.

L'atlas de la recomposition hospitalière, mis en place par la DHOS en 1998, était destiné à recenser les opérations engagées par les ARH. Il ne s'est avéré ni fiable ni opérationnel. Il a été alimenté plus ou moins régulièrement par les ARH qui remplissaient ses différentes rubriques selon leur interprétation, faute d'une définition précise de leur contenu (en cas de fermeture, par exemple, l'ARH n'avait pas à préciser si c'était une fermeture sèche ou un transfert d'activité). Il n'est d'ailleurs plus mis à jour par la DHOS depuis août 2006.

a) Des bilans fragmentaires dans les ARH

Les sources d'information permettant d'analyser plus qualitativement les opérations de restructuration sont limitées ; elles sont de qualité très inégale selon les ARH et ne sont pas homogènes. Par ailleurs, il existe rarement un historique et un suivi permettant de retracer l'évolution des opérations de restructuration, que ce soit au niveau macroéconomique ou au niveau d'une région.

Quelques ARH, comme celle d'Ile-de-France³¹³ ou celle du Nord-Pas-de-Calais ont publié des bilans approfondis lors du départ de leur premier directeur. Ces bilans ne comportent toutefois pas d'éléments financiers sur l'impact des restructurations. Les autres bilans ne couvrent que des périodes partielles (ex : Bretagne, Franche-Comté, PACA).

Enfin, si les études préparatoires à l'élaboration des SROS contiennent des éléments sur les évolutions intervenues par discipline et sur les progrès à réaliser, elles sont plus ou moins bien documentées selon les régions et restent très globales. Il n'existe pas de cadre homogène de présentation pour les différentes disciplines et chaque ARH conduit ses travaux comme elle l'entend.

Aucune ARH n'a pu produire de chiffrage de l'impact financier des opérations qu'elle a conduites. Dans le cadre de l'enquête, une seule étude a pu être produite : celle de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Nord-Picardie qui porte sur l'impact de la restructuration sur l'activité de deux établissements³¹⁴. Elle montre que ces restructurations ont eu un impact positif sur l'évolution de l'activité, surtout lorsqu'il s'est

313. ARH-IF 2003 1997-2002 Un bilan pour rendre compte. Des propositions pour avancer.

314. CRAM de Nord-Picardie : étude sur la fusion de la clinique d'Auchel et de la clinique médicale de Bruay intervenue le 1^{er} janvier 2007; reprise de la clinique du Hainaut par la clinique Saint Saulve en 2004.

agi de mettre en commun des ressources et des compétences professionnelles en offrant un plateau technique et un hébergement de qualité à partir de structures anciennes ou en élargissant l'offre de soins.

b) L'inadaptation des systèmes d'information pour suivre les restructurations

Les systèmes d'information comme la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ou le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) n'ont pas été conçus pour recenser les opérations de restructuration, ni les suivre. Les lacunes que la Cour avait relevées en 2002 sur le fichier FINESS (fichier national des établissements de santé permettant de connaître leur adresse, leur statut juridique et leur activité) n'ont pas été corrigées. La DREES rencontre toujours des difficultés liées au fait qu'elle ne peut décompter les établissements d'une région donnée et donc les évolutions qui les concernent, car il existe des identifiants différents pour les établissements selon leur statut juridique et leur situation géographique. Ainsi un seul établissement peut avoir jusqu'à huit numéros FINESS, si son activité est répartie sur plusieurs sites. Par ailleurs, la SAE ne permet pas de dater le moment où l'opération est devenue effective ni de qualifier une opération : elle permet d'observer un transfert d'activité d'un établissement vers un autre, mais sans que l'on sache si c'est le résultat d'une évolution prévue au SROS ou subie.

La DREES reste en fait sur une approche en lits et places qui n'est plus adaptée aux besoins de suivi des SROS, qui exigerait une connaissance des sites et un suivi de l'évolution de leur activité. L'étude publiée en avril 2008 sur les changements d'organisation dans l'offre de soins pour les hôpitaux et les cliniques, fondée sur une enquête déclarative auprès des établissements, ne distingue pas non plus la nature des opérations de recomposition (transfert d'activités de soins ou d'activités logistiques)³¹⁵.

C – Une dynamique de la restructuration progressivement interrompue

L'analyse des politiques préconisées par l'administration centrale entre 1999 et 2007 en matière de restructuration montre qu'il n'y a pas eu de ligne directrice stable. La dynamique de la restructuration s'est

315. DREES, Etudes et résultats n° 633 sur les hôpitaux et cliniques en mouvements, changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients, avril 2008.

essoufflée en raison des signes contradictoires donnés par l'administration centrale.

1 – Une mobilisation initiale des ARH

Dès leur création, les ARH se sont mobilisées pour préparer les SROS2 et engager un mouvement de coopération entre les établissements, en utilisant toute la palette des outils juridiques mis à leur disposition. Elles ont commencé à restructurer les hôpitaux de taille intermédiaire (inférieure à 90 lits de MCO), situés dans des villes petites ou moyennes, qui avaient des problèmes de recrutement de praticiens, ou ceux dont l'existence était menacée par le développement d'un secteur privé très concurrentiel en chirurgie. Elles ont ainsi notamment incité à la fermeture des services de chirurgie dans un contexte difficile où la peur de perdre des emplois et le souci de maintien des services publics de proximité ont pu contrecarrer leur action.

Les ARH ont réussi à développer des coopérations là où l'avenir des deux secteurs était compromis : soit le CH et la clinique se regroupaient, soit leur activité s'effondrait. La réussite de ces opérations s'est appuyée sur l'élaboration d'un projet médical, permettant le plus souvent de reconvertir le CH et de maintenir une activité d'accueil d'urgence pour assurer une permanence des soins. Mais ces opérations ont été parfois longues à mettre en œuvre et ont demandé beaucoup d'accompagnement de la part des ARH.

2 – Une articulation difficile des réformes

Entre 1996 et 2006, de nombreuses réformes ont interféré avec la dynamique de restructuration. La mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) en 2001 et les multiples plans de santé publique élaborés au niveau national (urgences, périnatalité, cancer, prévention des risques sanitaires, plan anti-canicule, maladies chroniques, prise en charge des maladies rares) ont mobilisé les énergies dans les établissements et les ARH. Ces priorités nationales ont été accompagnées de crédits fléchés et ont contraint les ARH à attribuer des moyens financiers aux établissements de santé sans tenir compte de leur situation budgétaire et de leur efficacité.

Le plan Hôpital 2007, lancé en novembre 2002, avec ses diverses composantes -la relance des investissements, la mise en place de la tarification à l'activité, l'assouplissement de la planification et la réforme de la gouvernance- a fait entrer les établissements dans un mouvement de réformes très important. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A), qui lie les recettes des établissements à leur activité, devrait en

particulier conduire les hôpitaux à faire évoluer leur organisation et même à restructurer leurs services ou leur offre, en faisant apparaître les écarts entre les moyens disponibles et l'activité effective.

Cette logique tarifaire, cependant, n'est que partiellement efficace, pour trois raisons : en premier lieu, la prise en compte de la T2A dans les recettes a été progressive, du moins jusqu'en 2008. En deuxième lieu, l'attribution des MIGAC a parfois été détournée de son objet, pour permettre de compenser des surcoûts structurels. Enfin et surtout, les aides prévues dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre (CRE)³¹⁶, en principe destinées à donner du temps aux adaptations structurelles, semblent avoir surtout été utilisées pour différer les adaptations.

Dans un rapport récent, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)³¹⁷ a souligné l'échec de ce dispositif. Elle montre notamment que ces aides, destinées aux établissements les moins productifs, parfois complétées par d'autres financements, ne leur ont pas servi à réformer leurs modes de fonctionnement ni à revoir leur organisation interne pour être plus performants : « tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture du déficit ».

Le CHU de Lille illustre pour partie cette problématique³¹⁸.

Le contrat de retour à l'équilibre du CHU de Lille

Le CHU a signé un CRE avec l'ARH le 16 décembre 2004, valable jusqu'en 2007 qui prévoyait une aide de 10 M€ en contrepartie de laquelle il s'engageait à restaurer son équilibre financier.

Durant cette période, il a reçu en plus 26 M€ d'aides dont certaines à titre pérenne. Au total, il a bénéficié de 36 M€

Fin 2007, malgré toutes ces aides financières successives son déficit d'exploitation atteint près de 15 M€ et s'est donc aggravé. Même si ce montant ne correspond qu'à 1,92 % de ses dépenses, soit à la moyenne constatée de tous les CHU (1,8 %), cette situation est préoccupante.

316. Afin de faciliter le passage à la T2A, la DHOS a mis en place en 2004 une aide nationale non reconductible de 300 M€ destinée à assainir la situation financière des établissements les plus endettés. Cette aide a été répartie entre les ARH qui devaient conclure avec ces établissements un contrat de retour à l'équilibre (CRE) comportant un plan de redressement économique. L'ARH du Centre a reçu 4,5 M€, celle de PACA 26,8 M€ et celle du Nord-Pas-de-Calais, 21,2 M€

317. IGAS : Rapport n° 2007-164P de janvier 2008 sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CRE) par des hôpitaux perdants à la T2A.

318. Cet établissement figurait dans la liste des établissements étudiés à la fois par l'IGAS et la Cour.

L'IGAS³¹⁹ a constaté que son déficit est lié pour partie à « une difficulté inquiétante à maîtriser les charges de personnel ». Les effectifs du CHU ont augmenté de 3,8 % entre 2004 et 2007 alors que son activité en MCO a peu progressé depuis 2005.

L'IGAS a estimé que si le passage à 100 % à la T2A devait lui être favorable, il ne résoudrait pas toutes ses difficultés et que son redressement financier nécessiterait une réduction de ses coûts de production, y compris de personnel.

3 – Des signaux contradictoires donnés aux ARH

Certaines décisions des ARH ont été désavouées ou contrecarrées par des interventions de leur ministère de tutelle. Ces désaveux ont jeté un doute sur la volonté réelle du ministère de la santé de restructurer les hôpitaux publics et freiné ensuite les initiatives, dans les régions où ces interventions avaient eu lieu. Deux exemples attestent de ces dysfonctionnements.

a) Le maintien de la maternité de Pithiviers

La maternité de Pithiviers a été fermée en juillet 1997 par l'ARH suite au décès d'un nouveau né et d'une parturiente. Au-delà des responsabilités humaines, l'enquête disciplinaire confiée à l'IGAS avait montré qu'il y avait des problèmes plus structurels liés à l'organisation des services de maternité et de chirurgie ainsi qu'aux normes techniques en vigueur au bloc. La maternité a été rouverte cependant en mars 1998 à la demande du ministère de la santé, dans le cadre d'un montage avec l'hôpital d'Etampes situé à proximité.

Alors que le premier directeur de l'ARH s'était prononcé contre son maintien, l'établissement reçoit depuis 1998 chaque année une aide ponctuelle nationale de 0,8 M€³²⁰ pour le maintien de sa maternité. Un diagnostic établi par l'IGAS³²¹ en 2005 avait mis en évidence une instabilité des équipes, une fuite importante des parturientes vers les maternités voisines, due notamment à l'impossibilité de l'établissement d'ouvrir toute l'année. A cette date, la maternité présentait un surcoût de fonctionnement annuel estimé à 1,66 M€ par l'IGAS. Selon des données plus récentes, l'activité de la maternité progresse (566 accouchements en

319. IGAS : Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CHU de Lille, juillet 2007.

320. Rapport d'activité 2006 de l'ARH du Centre, p. 17.

321. IGAS : rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières ; juillet 2005 Tome 3.

2007), ses équipes sont plus stables et l'établissement ouvre toute l'année. Toutefois rien n'indique que sa situation financière s'améliore.

b) Le difficile rapprochement des CH de Hirson et de Fourmies

La ville de Fourmies située dans la région Nord-Pas-de-Calais se trouve aux confins des départements de l'Aisne et du Nord et de la province belge du Hainaut. Elle est à 17 km de la ville d'Hirson, située dans l'Aisne et rattachée administrativement à la région Picardie. Le CH de Fourmies dessert une population de plus de 66 000 habitants. Pour les activités de chirurgie, il travaille en coopération avec la clinique de la Thiérache et a passé un accord avec l'hôpital de Chimay en Belgique, situé à 20 km, pour partager les praticiens sur l'ensemble des activités. Il dispose d'un service d'urgence et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Pour pallier les difficultés croissantes de recrutement de praticiens, un rapprochement avec le CH d'Hirson a été envisagé. Ce dernier n'a plus d'activité chirurgicale et obstétrique, mais il a également un service d'urgence et un SMUR.

Le projet de rapprochement n'a pas pu être encore mené à bien, suite à des interventions diverses. En novembre 2007, le CH d'Hirson a obtenu une autorisation d'installation pour un scanner au motif qu'il est site d'urgence. Le coût d'implantation de cet équipement nouveau est évalué à 1 M€ et le budget de fonctionnement à 0,5 M€. Plutôt que de maintenir des moyens identiques dans deux établissements aussi proches, une mutualisation entre les deux CH s'impose.

II - Le bilan des restructurations

Selon les constats faits par la Cour, fondés sur des éléments nationaux et régionaux³²², le paysage hospitalier s'est profondément modifié en dix ans. Toutefois l'ampleur des restructurations selon les secteurs hospitaliers et leur impact sur l'obstétrique, la chirurgie et les soins de suite et de réadaptation (SSR) n'ont pas été les mêmes.

322. Les éléments nationaux sont issus des données de la SAE, du PMSI, de la DHOS et de la DREES ; les éléments régionaux sont issus des données fournies par les trois ARH faisant partie du champ de l'enquête et par des chambres régionales des comptes (CRC).

A – Les maternités : une restructuration importante mais inachevée

Si la restructuration des maternités a été en apparence accomplie, le bilan est plus décevant lorsqu'on analyse la mise en place des réseaux et la cohérence de la gradation des prises en charge prévue par les textes.

1 – La fermeture de nombreuses petites maternités

Les décrets sur la périnatalité ont fourni aux ARH un levier pour fermer les petites maternités qui n'étaient pas viables ou sûres. D'après le bilan fourni par la DHOS sur les restructurations hospitalières 1997-2006, un quart des maternités ont fermé au cours de cette période. Sur 779 sites autorisés sur le territoire national en 1997, il en reste 576 en 2006. Les fermetures ont principalement concerné les cliniques dont le nombre est passé de 331 à 193 (-42 %). Dans le public 65 maternités ont fermé.

Ce constat national est corroboré, avec des nuances selon les régions, par l'enquête de la Cour. Dans la région Centre sur 7 maternités fermées, 4 appartenaient au secteur privé, en PACA sur 16 fermetures, 13 ont eu lieu dans le privé et en Nord-Pas-de-Calais, sur 10 fermetures 9 ont concerné le privé. Parallèlement, le nombre moyen d'accouchements par maternité a augmenté et l'activité obstétricale s'est déplacée vers le secteur public. Dans les trois régions étudiées, la Cour a constaté que le secteur public réalise entre 60 % et 89 % des accouchements. Au niveau national, d'après la DREES, les hôpitaux publics réalisaient en 2005 près des deux tiers des accouchements.

Ces restructurations se sont faites selon des modalités différentes. Par exemple, l'ARH du Centre s'est appuyée sur les normes de sécurité du décret de 1998 pour fermer les maternités de Châteauroux et de Nogent le Rotrou. Elle a accompagné la restructuration des maternités de Blois : on ne compte plus qu'un pôle d'obstétrique privé et public au lieu de trois. Cette opération a demandé dix ans.

La lecture des SROS3 montre que dans aucune des régions étudiées la restructuration n'a eu une incidence négative sur les indicateurs périnataux. Le temps d'accès aux maternités ne dépasse pas 45 minutes, quelle que soit la région étudiée.

2 – Le maintien de maternités fragiles et coûteuses

Pour autant, il subsiste encore 24 maternités qui effectuent moins de 300 accouchements par an (elles étaient 75 en 1999). Les deux tiers

sont dans le secteur public. Dans les trois régions étudiées, seule celle d'Apt en PACA est concernée par ce seuil.

Beaucoup de maternités réalisent moins de 500 accouchements par an : 8 en région Centre sur 13, 3 en région PACA sur 26. La région Nord-Pas-de-Calais fait exception car il ne reste qu'une maternité qui fait moins de 500 accouchements (CH du Cateau-Cambrasis). L'ARH de cette région a fermé en 2007 les deux autres maternités fragiles qui restaient.

Les ARH maintiennent ainsi des maternités où les sages-femmes comme les obstétriciens ont une activité très variable, comme le montre le tableau ci-dessous. Ces maternités sont souvent confrontées à des problèmes de recrutement de praticiens à temps plein, ce qui les oblige à recourir à de l'intérim qui coûte cher.

Une activité variable par obstétricien et sage-femme (2007)

Maternités	Nombre d'accouchements	Obstétriciens ETP	Anesthésistes* ETP	Sage-femmes ETP	Nombre d'accouchements par obstétricien	Nombre d'accouchements par sage femme
Apt	294	2	2	8	147	36
Le Blanc	315	2,1	4,8	6,85	150	45
Saint	326	2,2	3	7,22	148	45
Valréas	335	2,8	2,3	8	119	41
Briançon	366	2	0,7 dont 5 qui tournent	12	183	30
Vierzon	456	2,5	3	7,6	152	60

*Les anesthésistes ont une activité chirurgicale

Source : ARH du Centre et PACA.

a) L'exemple de la maternité de Vierzon

Les deux exemples contrastés des maternités du Blanc et de Vierzon, toutes deux situées en région Centre, illustrent cependant la complexité des débats. L'activité de la maternité du Blanc est plus réduite, mais il s'agit d'un territoire enclavé. A l'inverse, le CH de Vierzon est situé à 35 minutes du CH de Bourges et à 30 minutes du CH de Romorantin.

Le CH de Vierzon dispose de 2,5 gynéco-obstétriciens à temps plein et de 7,6 sages-femmes. Il a par ailleurs trois anesthésistes temps plein dont 20 % du coût est imputé à la maternité. Cet établissement a eu recours jusqu'en 2007 pour un montant élevé à de l'intérim pour le personnel médical. Même s'il s'efforce de réduire ses coûts, sa maternité est structurellement déficitaire. L'ARH lui a apporté une aide de 0,3 M€ en 2006, qui correspond à 10 % de son budget. La Cour note qu'une

mutualisation pourrait être recherchée soit avec le CH de Bourges, soit avec le CH de Romorantin (615 accouchements), même si ce dernier est situé dans un autre département. Sa maternité a été reconstruite en 2005 et celle de Vierzon en 2007.

3 – Une organisation de l’obstétrique mal dimensionnée par rapport aux besoins

L’organisation d’une prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés était le deuxième objectif de la restructuration des maternités. Les décrets du 9 octobre 1998 et la circulaire DHOS n° 402 du 8 juillet 1999 ont défini trois niveaux de prise en charge dans les établissements en fonction de la présence, en plus de l’obstétrique, d’une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale³²³. Les ARH ont classé les établissements selon ces critères lors des SROS2 (1999-2004).

a) Une répartition incohérente des niveaux de prise en charge

Alors que la grande majorité des accouchements ne nécessitent pas une médicalisation particulière, il paraîtrait normal que le nombre d’établissements assurant les soins de base (niveau I) soit supérieur au nombre d’établissements chargés de prendre en charge les 20 % de grossesses pathologiques ou de nouveau-nés ayant des problèmes (niveau II et niveau III).

L’étude de la répartition des niveaux dans les trois régions montre que c’est l’inverse. Les établissements de niveau I sont minoritaires et le pourcentage d’accouchements qu’ils réalisent est faible : 37,2 % des accouchements en PACA et 23 % dans le Centre se font dans des établissements classés en niveau I. Dans le Centre sur 13 établissements de niveau I, huit soit plus de 60 % réalisent moins de 500 accouchements. A Tours, Orléans, Marseille, Aix en Provence, Avignon, ou Lille intra muros aucun établissement n’est classé en niveau I. Ce constat est justement lié à la fermeture de nombreuses petites maternités privées.

323. Le niveau I correspond à un établissement ayant un service de gynécologie obstétrique. Le niveau II est attribué aux établissements qui possèdent une unité de gynécologie obstétrique et des lits de néonatalogie pour des soins continus (IIA). Si l’établissement dispense des soins intensifs, il est classé en IIB. Le niveau III est attribué aux établissements qui disposent d’un service de gynécologie obstétrique, d’un service de néonatalogie qui comprend l’activité de réanimation néonatale, des soins intensifs et d’un service de réanimation des mères.

b) Une organisation des niveaux III à revoir

A l'exception du CHU de Tours, comme le montre le tableau ci-dessous, les établissements de niveau III qui doivent prendre en charge les cas les plus lourds en termes de pathologie maternelle et fœtale réalisent plus de 70 % de naissances sans complication. Ces naissances pourraient être prises en charge dans des maternités de niveau I et justifieraient que l'on dimensionne les effectifs de ces maternités en prenant mieux en compte leur activité réelle.

La comparaison des effectifs de sages-femmes présentes dans toutes ces maternités montre une diversité d'organisations et de pratiques sans qu'il soit possible d'apprécier leur pertinence et l'efficacité qui en résulte. Ainsi alors même que leurs effectifs ont été normés par les décrets de 1998, on observe des différences très importantes entre le nombre de sages femmes présentes et celles affectées en salles de travail et pour ces dernières des différences d'activité importante. A titre d'exemple, les maternités de Nice et de Lens réalisent un nombre similaire d'accouchements, mais la première dispose de presque deux fois plus de sages-femmes en salle de travail.

Les disparités d'activité et d'organisation des maternités de niveau III

Etablissements Niveau III	Total Accouchements	Naissances sans complication		Sage-femme en ETP	Sages femmes en salle de travail en ETP	Nombre d'accouchements par sage femme
CHU Nice	2 450	2 052	83%	60,8	13,5	181
CH Lens	2 893	2355	82%	29	7	413
Marseille CHU Conception	2 927	2 178	75,2%	67,5	19,8	147
CHU Tours	3 917	2 255	57%	85,9	18	217
CHR Orléans	4 027	2 931	72%	60,0	17,1	236
CHU Lille	4 616	3 286	71,9%	112,80	32,5	142

Source : E-PMSI et SAE 2006. Tableau Cour des comptes

4 – Une structuration des réseaux plus apparente que réelle

Au détriment d'une véritable structuration, l'attribution par les ARH des niveaux aux établissements semble avoir été faite plus en fonction de leur activité (une maternité effectuant plus de 1 000 accouchements avait une probabilité forte d'être classée en niveau II) que de l'organisation des réseaux (une cinquantaine de réseaux sont actuellement opérationnels) dans lesquels il devait y avoir une gradation

des prises en charge. L'exemple de la région PACA illustre ce constat. Il existe deux réseaux de périnatalité peu équilibrés géographiquement : le premier « Périnat Sud » couvre le sud de la région et 43 000 accouchements, le second « Sécurité naissance », couvre l'est de la région et 17 000 accouchements. Ces deux réseaux coexistent avec d'autres, dits « de proximité », organisés de manière informelle à l'initiative des acteurs de terrain. Selon le service médical de l'assurance maladie de la région, une telle configuration ne permet pas d'assurer de manière durable la graduation et la continuité des soins prévues par les textes.

B – La chirurgie : une restructuration à deux vitesses

La chirurgie connaît une évolution rapide et profonde. En vingt ans elle est devenue plus une discipline réparatrice et reconstructrice que d'exercice. Son activité est de plus en plus programmée et l'intervention en urgence est très faible. Les modes de vie et la pression sociale contribuent par ailleurs au développement d'une chirurgie liée à l'obésité et à l'esthétique. Toutes ces évolutions ont des conséquences sur l'organisation de l'appareil de soins. Ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire mobilise moins de ressources humaines et fait diminuer les durées d'hospitalisation³²⁴.

Le besoin de restructurations induit par ces évolutions a été traduit de manière très inégale selon les secteurs : les diverses modalités de coopération entre secteur public et secteur privé ont permis dans certains cas de réduire l'offre et d'améliorer les plateaux techniques. Au sein du secteur privé la restructuration a été rapide et profonde. En revanche, dans le secteur public on constate un relatif immobilisme.

1 – Des complémentarités public/privé diversifiées mais peu développées

Les ARH ont recherché des solutions pour maintenir une offre chirurgicale dans des villes où son avenir était compromis. Chacune d'elle a privilégié un outil : l'ARH du Centre a beaucoup utilisé les concessions de service public, l'ARH de PACA les pôles entre le public et le privé et l'ARH du Nord Pas de Calais le groupement de coopération sanitaire.

324 . Une étude de la CNAMTS récente évalue l'économie résultant d'un développement de la chirurgie ambulatoire à 500 M€

a) Les concessions de service public

L'ARH du Centre a éliminé tous les doublons existants entre le public et le privé, afin de maintenir au minimum une activité chirurgicale dans les villes de sous préfecture. Elle a utilisé la concession de service public créée par la loi hospitalière de 1970 pour restructurer les plateaux techniques chirurgicaux de Chinon ou de Saint-Amand-Montrond. Elle a constitué un plateau technique unique en faisant installer la clinique sur le site de l'hôpital ou construire un nouvel ensemble. La clinique a l'exclusivité de l'activité chirurgicale et coopère aux urgences du CH. Les chirurgiens et les anesthésistes réanimateurs libéraux sont indemnisés par l'assurance maladie pour les astreintes qu'ils assurent dans la clinique, qui accueille des patients 24 heures sur 24 en direct ou venant des urgences de l'hôpital. Lorsqu'ils sont d'astreinte à la clinique, les chirurgiens interviennent également aux urgences du centre hospitalier pour donner un avis.

Ces concessions soulèvent cependant des interrogations quant à leur viabilité : la maternité du CH de Chinon (400 accouchements par an), malgré l'appui du CHU de Tours et le CH de St-Amand-Montrond sont en déficit.

b) Les pôles publics/privés

L'ARH de PACA a fait le choix de maintenir une activité chirurgicale dans des villes moyennes en procédant soit à des partages d'activité entre le public et le privé, soit en laissant le libre choix à la population lorsque c'était possible. Elle a privilégié le pragmatisme en confiant l'activité à l'établissement qui la réalisait principalement. Ainsi elle a créé des pôles public/privé à Carpentras, à Saint-Tropez, où il subsiste un seul site de chirurgie, la clinique réalisant l'activité chirurgicale et le CH assurant les activités de médecine et d'obstétrique.

Chaque entité conserve son propre mode de fonctionnement et son directeur mais il n'y a plus qu'un seul plateau technique, une seule permanence des soins et une logistique commune. Le bilan dressé par l'ARH montre que ces pôles rendent service à la population en maintenant à proximité des activités dont la disparition aurait été source de difficultés, notamment l'été pour Saint Tropez ; que les taux de fuite en obstétrique et en chirurgie ont été stabilisés et que l'activité des pôles a nettement augmenté depuis leur rapprochement ; enfin que les cliniques ont fortement développé leur activité chirurgicale auparavant en chute. Fin 2007, l'ARH a diligenté un audit afin de faire un bilan de l'impact de ces regroupements et d'évaluer la pertinence du modèle à un moment où elle souhaite étendre cette formule à d'autres établissements et où

l'application de la T2A à 100 % en 2008 modifie le contexte budgétaire. Toutefois la situation financière entre le public et le privé est déséquilibrée, la clinique tirant plus partie de son positionnement que l'hôpital.

Cette politique n'est pas toujours reproductible à l'identique, y compris dans la même région, comme le montre l'exemple du rapprochement en cours entre le CH et la clinique de la Ciotat.

Le rapprochement incertain du CH et de la clinique de La Ciotat

Actuellement, l'hôpital et la clinique sont sur deux sites distincts éloignés qui répondent chacun à leurs propres règles de fonctionnement.

Après des années de discussion, l'ARH de PACA a pu engager la mise en commun des plateaux techniques du CH et de la clinique de La Ciotat. Sa commission exécutive a donné à l'unanimité son accord en février 2005 pour la création d'un pôle de santé public/privé à La Ciotat. Le projet prévoit la rénovation du bloc opératoire sur le site de l'hôpital dont les travaux ont démarré en 2007. Le début de réalisation de la partie privée devrait commencer en 2008. Toutefois le plateau technique sera partagé entre les deux équipes chirurgicales et sa mise en commun ne débouche pas sur le partage des activités chirurgicales entre la clinique et le CH. Seuls certains segments d'activité chirurgicale ne seront réalisés que par un des partenaires du pôle.

Dans le projet initial, le bloc opératoire a été dimensionné pour 9 000 interventions par an. On peut craindre un surdimensionnement car le projet a été basé sur une forte augmentation de l'activité (33 % pour le privé et 20 % pour l'activité publique) et sur la récupération d'un taux de fuite proche actuellement de 40 %. L'ARH envisage toutefois de réexaminer la taille du bloc opératoire.

c) Les groupements de coopération sanitaire

L'ARH du Nord-Pas-de-Calais a été l'une des premières à utiliser l'outil de groupement de coopération sanitaire (GCS). Elle a constitué de nombreux GCS dont en 2000 celui de cardiologie interventionnelle entre le CH de Lens et la polyclinique de Bois Bernard.

L'exemple contrasté du GCS de Lens/Bois Bernard

Le CGS de Lens, qui est détenteur de l'autorisation de chirurgie cardiaque, est particulier car sa gestion est entièrement mixte. Les locaux sont sur le site du CH mais ils disposent d'une entrée et d'un bloc dédié ; le matériel et l'équipement est privé (la clinique paie les appareils de circulation extra corporelle, de scintigraphie, les sondes...). Le personnel non médical a un statut public. Les médecins ont un double statut : ils sont praticiens hospitaliers à temps partiel et exercent à 50 % en libéral sous contrat avec la polyclinique.

La création de ce GCS a permis d'augmenter l'activité de chirurgie cardiaque qui est passée de 500 interventions à 625 en 2006.

Néanmoins, cet outil, qui paraissait être le mieux adapté à la coopération public privé, s'avère au bout de huit ans complexe en termes d'utilisation, les règles de tarification (T2A) n'étant pas les mêmes pour les deux secteurs. La clinique perd désormais de l'argent sur cette activité suite à l'application de la T2A. Par ailleurs, comme elle n'a pas l'autorisation de réanimation, elle ne peut plus facturer les forfaits liés à cette activité depuis le 1er mars 2008. Le CH est également en difficulté financière. La question de l'avenir de ce GCS est donc posée.

2 – La restructuration importante du secteur privé

Le mouvement de restructuration a surtout concerné en réalité le secteur privé à but lucratif. Entre 1997 et 2006, 276 services de chirurgie ont été fermés sur le territoire national : 76 dans le public et 200 dans le privé à but lucratif. 72 % des restructurations ont eu lieu dans ce secteur³²⁵.

Le nombre des cliniques de MCO est passé de 1 070 en 1998 à 660 en 2005³²⁶. Les petits établissements privés qui n'étaient pas aux normes ou pratiquaient une activité chirurgicale traditionnelle ont disparu. Cette restructuration s'est accompagnée le plus souvent d'investissements immobiliers importants pour la construction d'établissements neufs mono-site ayant une taille supérieure. En 1985, la taille moyenne des cliniques était de 70 lits. Elle était de 110 lits en 2005.

Cette restructuration s'est accompagnée de l'émergence de groupes privés régionaux ou nationaux. En 2007, quatre groupes nationaux détiennent 124 établissements MCO soit 17,3 % de l'ensemble des établissements de court séjour et 23 % des lits de l'hospitalisation privée. Ils réalisent plus d'un million de séjours (23,34 % du total).

La restructuration des cliniques se fait toujours à un rythme soutenu, notamment dans les villes importantes. A titre d'exemple, dans la région Nord Pas de Calais, depuis 2006, plusieurs opérations importantes ont été menées à l'initiative des opérateurs privés : création du plateau technique de Divion afin de couvrir les besoins de la population aux alentours d'Arras, fusion de la clinique de la Tamise et de la Lorraine à Calais avec construction d'une nouvelle clinique, rachat de la polyclinique Vauban à Valenciennes en septembre 2007 par le groupe Médi-partenaires qui vient d'acquérir la clinique du Parc à Saint-Saulve à

325. Bilan établi par la DHOS en décembre 2007.

326. FHP. Revue Regards n° 50 septembre-octobre 2007.

Valenciennes. En juin 2007, le groupe régional, Lille Septentrion dénommé « Hôpital privé métropole » (HPM) est devenu le premier groupe de santé de la métropole lilloise. Dans la région Centre d'importants regroupements ont eu lieu également à Blois, Bourges et Tours et sont prévus au nord d'Orléans.

a) Une activité de plus en plus concurrentielle vis-à-vis des hôpitaux

Les cliniques privées réalisent près de 60 % de l'activité chirurgicale dont plus de 70 % des interventions ophtalmologiques, ORL ou stomatologiques et quasiment les trois quarts de celle réalisée en ambulatoire³²⁷. Dans la plupart des grandes villes comme Lille, Valenciennes, Calais, Marseille, Toulon, Nice et Orléans, les hôpitaux ont une activité chirurgicale inférieure à celle des cliniques.

A Valenciennes, les deux polycliniques qui appartiennent au même groupe réalisent deux fois plus d'interventions que l'hôpital. A Calais, le CH effectue environ 4 300 actes chirurgicaux, la nouvelle clinique des deux Caps, 6 300. A Lens, le CH est concurrencé par les trois cliniques locales, à Boulogne, le centre de la Côte d'Opale réalise plus de 9 900 actes chirurgicaux et le CH 6 900. A Tours, les cliniques privées qui se sont fortement regroupées produisent 32 460 séjours et le CHU 22 340.

b) Une prise en charge croissante des pathologies lourdes

Lorsque les cliniques se restructurent, on observe qu'elles améliorent leur plateau technique et augmentent le pourcentage de prise en charge des pathologies lourdes. La lourdeur de ces prises en charge est évaluée à partir de l'indicateur proposé par la classification OAP et à partir du PMSI 2006, seule classification disponible actuellement.

La classification OAP (outil d'analyse du PMSI)

La lourdeur de la prise en charge est un indicateur élaboré à partir du PMSI. La méthode consiste à analyser l'activité des établissements selon deux niveaux de regroupements de leur GHM (groupe homogène de malades). Elle distingue d'une part des pôles d'activité correspondant à peu près aux différentes spécialités (digestif, orthopédie, cardiologie, ORL, pneumologie, système nerveux) et, d'autre part, elle différencie à l'intérieur de ces pôles pour chaque GHM ceux qui ont nécessité le recours à une expertise médicale ou chirurgicale spécifique ou à un plateau technique particulier. Par exemple, dans la chirurgie digestive, une appendicectomie sans complication n'est pas considérée comme une prise

327. DREES : les établissements de santé en 2005. Edition 2007.

en charge lourde alors qu'une affection tumorale ou une maladie inflammatoire de l'intestin le sera.

Cette classification permet pour chaque établissement, à partir d'un logiciel mis à jour annuellement, de connaître la répartition de ses séjours, la lourdeur des prises en charge effectuées et de les comparer avec d'autres.

Une étude du bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée (BAQIMEPH) faite à la demande de la Cour montre que dans des agglomérations comme Marseille ou Nice, les actes lourds dans certaines disciplines comme l'orthopédie, le digestif et la cardiologie interventionnelle sont réalisés aussi bien dans les cliniques que dans les CHU. A Marseille, le CHU fait 51 % d'actes lourds en chirurgie cardiaque mais 48 % sont faits dans les cliniques. Dans le Nord Pas de Calais, le CHU est distancé par le secteur privé en orthopédie et en cardiologie interventionnelle, mais les hôpitaux publics (CHU et CH) réalisent 65 % des actes lourds dans le digestif. Dans le Centre, à Tours, avant que les cliniques ne se restructurent début 2008, la lourdeur des cas traités par l'ensemble du secteur privé était à peu près égale à celle du CHU sur le viscéral et en chirurgie cardiaque, supérieure en orthopédie et légèrement inférieure en cardiologie.

Cette situation a conduit les responsables des hôpitaux publics à prendre conscience de la nécessité de mesures plus volontaristes. Ils ont évoqué l'adoption d'un plan de sauvetage de la chirurgie publique, tout en annonçant qu'il y avait 200 à 250 établissements à restructurer sur les 550 existants si on veut garantir une offre publique de qualité³²⁸. Les restructurations à mener au sein des établissements plus importants restent cependant encore peu évoquées.

3 – La faiblesse des restructurations dans les hôpitaux publics

Les ARH ont rarement réussi à convaincre les établissements d'abandonner leur activité de chirurgie lorsque celle-ci n'était plus viable et elles n'ont pas toujours pu résister aux pressions locales.

a) La fermeture des petits services de chirurgie

L'ARH du Centre a supprimé 20 sites entre 1997 et 2007, dont plusieurs sites de chirurgie publics. Ces fermetures ont été précédées d'un

328. Claude Evin, président de la FHF. Mars 2007. Dixièmes rencontres des décideurs hospitaliers organisées par la société Dexia. Propos rapportés dans des articles parus dans la presse du 28 mars 2007.

protocole d'accord entre les établissements lorsqu'il y a eu partage d'activité avec la clinique (ex : Saint-Amand Montrond, Chinon en 1998). Lorsqu'elles ont été décidées par l'ARH pour des raisons de sécurité ou de qualité, elles se sont faites dans le secteur public dans un climat difficile (manifestations à Issoudun, création d'un comité de défense, pétition adressée au président de la République et manifestations à Vendôme).

L'ARH de PACA a fermé 14 sites de chirurgie dont 4 sites publics (CH de Saint-Tropez, de Carpentras, de Vaison-la-Romaine et du Pertuis). Ces fermetures se sont faites selon différentes modalités :

- fermeture du service de chirurgie du CH et reprise de son activité par la clinique dans le cadre de la création d'un pôle public/privé avec un seul site opératoire (ex : Saint-Tropez ou Carpentras) ;
- reconversion des CH en établissements de soins de suite, comme à Pertuis et à Vaison la Romaine ;
- fusion des CH de Gap et Sisteron.

Dans le Nord Pas de Calais, les fermetures n'ont concerné que des établissements privés.

b) La fusion entre les hôpitaux publics

Bien que la loi permette au directeur de l'ARH de décider de la fusion entre CH, y compris contre leur volonté (article L. 6122-15 du CSP), ce pouvoir a été peu utilisé dans la pratique. Le constat fait par la Cour en 2000 reste totalement d'actualité en 2007 : les restructurations des CH sont peu nombreuses et sont laborieuses. Par ailleurs, les ARH ont rarement utilisé la possibilité qui leur avait été donnée par les textes de demander dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération « la suppression d'emplois médicaux et des crédits y afférents ainsi que la création d'emplois médicaux et l'ouverture des crédits correspondants dans les établissements de santé » recevant les patients des services supprimés ou reconvertis. Les deux exemples qui suivent montrent comment dans une même région les résultats peuvent se révéler disparates.

L'exemple de la fusion difficile du CH de Toulon et du CH de la Seyne

Les deux CH ont fusionné sur le plan administratif en 1988 mais en réalité leur activité MCO reste déployée sur deux sites et ils ont deux services d'urgence. Ils ont gardé leurs activités propres, qui sont souvent redondantes. En obstétrique, la maternité de la Seyne, classée à un niveau inférieur à celle de Font-Pré, réalise plus d'accouchements. Mais la

tentative de rapprochement des deux services d'obstétrique sur le site de la Seyne s'est heurtée à la résistance du monde politique local et national.

Un projet médical a été approuvé fin 2003 en vue de regrouper les activités médicales et de préparer la construction d'un nouvel hôpital à Sainte Musse. Toutefois le site de La Seyne est maintenu pour assurer une activité de proximité. Ce projet a été adopté avec des réserves portant sur la nécessité du regroupement sur un seul site des deux services d'ophtalmologie. Les travaux de construction du nouvel hôpital ont commencé et devraient s'achever en 2010, malgré les réserves de l'ARH sur la nécessité d'avoir au préalable un projet médical commun plus abouti.

L'exemple du CHI des Alpes du Sud issu de la fusion des CH de Gap et Sisteron montre à l'inverse que la mutualisation des moyens entre CH peut permettre de fermer progressivement des activités.

La fusion des CH de Gap et de Sisteron

Le CH de Sisteron avait une faible activité chirurgicale avec 1 340 actes en 2005. Il a fusionné avec le CH de Gap en 2006 pour créer un établissement intercommunal avec une seule équipe de chirurgie. Cette organisation a permis de supprimer une astreinte de chirurgien pour le bloc opératoire. Seule subsiste une astreinte de sécurité. 85 % de l'activité chirurgicale à Sisteron se fait en ambulatoire. Le bloc opératoire est fermé la nuit et le week-end, les interventions en urgence sont effectuées sur le site de Gap.

Le CH de Gap récupère progressivement les activités chirurgicales de Sisteron.

c) L'échec de la fermeture des services à faible activité

Dans les trois régions étudiées, 14 hôpitaux publics réalisent moins de 2 000 actes chirurgicaux par an. Sept sont situés dans le Centre, cinq en PACA et deux dans le Nord. La plupart ont été cités dans un rapport du Pr Guy Vallancien³²⁹ publié en 2006.

Il existe des projets de restructurations pour la plupart de ces sites, mais ils sont inégalement avancés. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la fermeture du service de chirurgie du CH d'Hazebrouck est envisagée. En PACA, la fermeture de la chirurgie à Valréas et sa conversion en SSR en 2008, ainsi que la création d'un pôle public/privé à Menton, piétinent. Dans le Centre, la réflexion semble moins avancée alors même que

329. Rapport sur l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, remis au ministre de la santé en avril 2006.

l'ARH constate que les difficultés de recrutement de médecins spécialistes fragilisent certains de ces petits services de chirurgie.

Les hôpitaux publics réalisant moins de 2000 actes chirurgicaux par an*

Région	Etablissement	Département	Nombre d'actes
PACA	Valréas	Vaucluse	738
	Apt	Vaucluse	877
	Cavaillon-Lauris	Vaucluse	954
	Menton	Alpes maritimes	1201
	La Ciotat	Bouches du Rhône	1134
CENTRE	Le Blanc	Indre	913
	Nogent le Rotrou	Eure et Loir	1160
	Châteaudun	Eure et Loir	1187
	Loches	Indre et Loire	1398
	Amboise	Indre et Loire	1638
	Romorantin	Loir et Cher	1811
NORD-PAS-DE-CALAIS	Vierzon	Cher	1956
	Fourmies	Nord	889

*Il s'agit de tous les actes nécessitant un bloc opératoire.

Source : PMSI 2005 ou 2006 fourni par les ARH des trois régions

d) Deux exemples de décisions de fermeture différées

Nogent-le-Rotrou : ce CH a le monopole de l'activité chirurgicale, la clinique de la ville ayant fermé en 2000. Il a réalisé 1 490 séjours en 2006. Son activité et ses parts de marché se dégradent régulièrement. 74 % des patients résidant dans sa zone de desserte choisissent de se faire soigner au Mans ou à Chartres.

L'étude de son PMSI 2006 montre que son activité relève de l'ambulatoire. Le CH réalise 57 actes chirurgicaux par an la nuit alors qu'il dispose d'un service d'urgence, soit environ un acte par semaine. Le CROSS a d'ailleurs voté en février 2007 contre le renouvellement de son autorisation de service d'urgence, considérant que le projet ne respectait pas les conditions techniques de fonctionnement.

Cet établissement a une gestion coûteuse et son déficit atteint près de 1,8 M€ en 2007 sur un budget de 16,9 M€ tous services confondus. L'établissement n'a pas mis en œuvre le plan de retour à l'équilibre signé avec l'ARH fin 2004 pour lequel il a bénéficié d'une aide non reconductible de 0,5 M€. Selon l'ARH, « depuis fin 2006 il a procédé à un recrutement d'intérimaires excessif, qui concerne toutes les disciplines et notamment les anesthésistes, ce qui peut poser des problèmes en matière de suivi post opératoire ».

Suite au décès d'un patient en septembre 2007, l'inspection des services de l'Etat a « estimé que l'établissement n'était pas en mesure de proposer une organisation pérenne compatible avec la reprise immédiate d'une activité chirurgicale avec hébergement principalement du fait d'insuffisance de recrutement de personnels médicaux et paramédicaux ». Le directeur de l'ARH après avoir levé d'abord partiellement la suspension d'activité pour la seule chirurgie ambulatoire et programmée a procédé en mai 2008 au retrait définitif de l'autorisation de chirurgie avec hébergement complet.

Valréas : Le CH de Valréas est situé à 45 minutes des CH d'Orange et de Montélimar (qui dépend de l'ARH de Rhône Alpes). 75 % des habitants de la commune ont choisi de se faire opérer ailleurs. En 2005, l'ARH a annoncé la perspective de la fermeture de la chirurgie (hors ambulatoire) et le redéploiement de ses moyens vers d'autres types de prises en charge. Le plan de financement du projet d'établissement conclu sur cette base a été transmis et validé par le précédent directeur d'établissement en novembre 2005.

Le CH de Valréas est en déficit depuis de nombreuses années. Pour accompagner un plan de redressement, l'ARH lui a attribué à titre pérenne un crédit de 0,5 M€ en 2007. Le CH a bénéficié en plus d'un contrat de retour à l'équilibre (CRE) pour un montant total de 1,8 M€ sur la période 2004-2007. Malgré ces soutiens, le déficit de l'établissement atteint 0,33 M€ en 2007, montant supérieur à celui figurant à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ERPD) initial. Une des conditions posées pour l'attribution d'une partie des crédits non reconductibles était que la chirurgie soit fermée à la mi 2008. Cette hypothèse se heurte à la résistance des différents élus qui interviennent régulièrement auprès du ministère de la santé qui les soutient.

C'est ainsi que, à partir d'août 2007, suite au départ d'un praticien, la continuité de la sécurité anesthésique dans l'établissement a été assurée par le recours successif à trois médecins remplaçants. Pour l'ARH, « ce fonctionnement présente un coût important pour l'établissement et ne peut constituer une solution durable permettant d'assurer le respect des normes ».

4 – La réorganisation tardive et coûteuse des CHU

Les 29 CHU/CHR de métropole (dont l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) représentent plus du tiers des dépenses des établissements publics de santé (EPS) Leur restructuration est loin d'être achevée et leur situation financière est préoccupante. Le déficit de leur compte de résultat principal (hors budget annexes) sous réserve de la

fiabilité des comptes³³⁰, s'accroît lourdement : selon la DHOS, il atteint 396 M€ en 2007 (353 M€ hors AP/HP) contre 86 M€ en 2006.

Sur les cinq CHU ou CHR compris dans le champ de l'enquête, la Cour relève que trois d'entre eux (Lille, Marseille, Nice) ont des déficits élevés. Certains sont soit engagés dans des opérations d'investissement lourdes, comme Marseille, soit subissent une forte concurrence du secteur privé, comme Lille.

La situation budgétaire des CHU dans les régions étudiées

En M€

CHU	Montant de l'EPRD	Compte de résultat principal 2007	Montant du contrat de retour à l'équilibre
Marseille	1 042	- 49,7	15
Nice	502	- 36,4	Pas de CRE
Lille	783	- 15	10
Tours	480	- 4,8	2,5 donnés en 2007 par ARH

Source : DHOS mai 2008 : derniers rapports quadrimestriels des CHU

En valeur relative, le CHU de Nice, avec un résultat de -36,4 M€ soit 7,5 % de son budget présente la situation la plus dégradée de tous les CHU.

a) Des réorganisations tardives et mal engagées

Certains CHU, comme celui de Tours, se sont modernisés et la restructuration de leur plateau technique est quasiment achevée. A l'inverse, l'exemple de l'Assistance publique de Marseille montre que ce CHU a mis de longues années pour s'engager dans une réorganisation et adopter un plan directeur stratégique. Le montant de ses investissements prévisionnels s'élève à 1 Md€

La restructuration coûteuse de l'assistance publique de Marseille

L'AP de Marseille fait partie des trois plus gros CHU. Elle s'est engagée en 2003 dans le plus vaste programme de travaux qu'elle ait jamais connu. Ce projet a été très long à aboutir, le conseil d'administration et la communauté médicale ayant refusé en 1999 d'approuver un premier projet médical qui prévoyait le regroupement des activités d'urgence. Sous l'impulsion de l'ARH et d'un nouveau directeur, le projet a été repris en 2002. Huit opérations immobilières d'envergure

330. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 : la fiabilité des comptes des hôpitaux, p. 93.

sont prévues, portant sur les quatre sites de l'AP, sur une durée de vingt ans. Les travaux ont été engagés très rapidement.

L'AP/HM est mal placée en termes d'efficacité médico économique. Elle est plus chère que la moyenne des autres CHU et elle a un poids moyen de cas traité inférieur à celui des autres CHU.

L'ouverture partielle de ses lits de réanimation et de soins continus la conduit à refuser des patients qui vont se faire opérer dans le secteur privé à but lucratif ou non lucratif.

L'étude des séjours lourds montre par exemple que l'AP/HM réalise 29 % de la chirurgie digestive lourde et les établissements privés 40 %. En chirurgie cardiaque le rapport est légèrement en sa faveur (51 %), mais en orthopédie, elle est largement devancée par les établissements privés qui font 58 % des actes lourds (AP/HM : 26 %).

Dans ce contexte, la montée en charge de la T2A s'est avérée pénalisante : la situation financière de l'AP/HM est extrêmement dégradée. Son déficit est passé de 11 M€ en 2004 à 49,7 M€ en 2007. Le CHU n'a plus de capacité d'autofinancement : il recourt totalement à l'emprunt pour financer son projet d'investissement. Suite à une analyse de la mission d'expertise financière placée auprès de la trésorerie générale, l'ARH de PACA a demandé en février 2008 à l'AP/HM de revoir le programme financier qui accompagne son projet d'investissement. Les discussions sont en cours.

Certes, le retard pris pour faire aboutir ce projet est en grande partie responsable des difficultés financières du CHU. Mais dans un contexte où les évolutions technologiques et médicales sont rapides, où la concurrence est vive, cette reconstruction risque désormais d'aboutir à une inadéquation entre les besoins de la population et l'offre future, voire à un surdimensionnement de l'outil dans certaines spécialités, le mettant encore plus en difficultés à terme.

C – Les soins de suite et de réadaptation : un développement à organiser

1 – Une discipline encore peu reconnue

Les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) sont une discipline plus récente que l'obstétrique et la chirurgie. Le SSR se décompose en deux activités très différentes : une activité de convalescence et de cure médicale, d'une part, qui ne nécessite pas un plateau technique très spécialisé et, d'autre part, une activité de rééducation et de réadaptation qui requiert un environnement médical et para médical spécialisé. Le décret du 17 avril 2008 réunit ces deux activités en une seule dite de « soins de suite et de réadaptation ».

L'activité de SSR a été longtemps associée à la maison de repos ou de convalescence. Cette image ne correspond plus à la réalité car le SSR représente aujourd'hui un secteur de l'offre hospitalière qui a vocation à développer des modes de prise en charge modernes, notamment en réadaptation et médecine physique. Son importance s'est accrue du fait du vieillissement de la population et des nouvelles indications de prise en charge (accident vasculaire cérébral, état végétatif chronique, post infarctus) et de la diminution de la durée des séjours hospitaliers. Mais les lits de soins de suite sont occupés, notamment par des personnes âgées qui ont des difficultés à accéder au secteur médico-social.

Au total, l'offre de soins de ce secteur est peu lisible car les missions de cette discipline sont floues et mal positionnées, entre les soins de courte durée et le médico-social. Le niveau des ressources mobilisées et la qualité du service rendu aux patients sont méconnus.

L'offre en soins de suite et de réadaptation

La DHOS dénombre 1 575 établissements de soins de suite et 488 de réadaptation fonctionnelle, soit une capacité de 90 518 lits et 5 460 places. Les secteurs privés lucratif et à but non lucratif prédominent avec plus de 58 % des capacités et près de 60 % de l'activité³³¹.

L'activité est en progression rapide et les taux d'occupation sont élevés. La durée moyenne de séjour augmente : dans le secteur privé lucratif elle est passée de 30,8 jours à 31,2 jours entre 2004 et 2005. Dans le secteur public elle est de 35 jours. Si toutes les structures font à peu près la même chose, en revanche, elles ne le font pas avec la même intensité ni les mêmes moyens : le niveau de médicalisation et la technicité des plateaux sont très variables.

2 – Une offre à développer

A l'inverse de la chirurgie, l'objectif de la restructuration n'était pas de réduire l'offre mais au contraire de l'augmenter et de mieux l'organiser, car elle était très inégalement répartie sur le territoire et globalement insuffisante. Le développement de l'offre en soins de suite et de réadaptation a commencé durant le premier SROS (1994-1999). Les ARH, à l'exception de la région PACA qui avait des capacités excédentaires, ont continué ce mouvement en utilisant trois leviers :

- à l'occasion de la fermeture d'activités de chirurgie ou de médecine, elles ont reconverti des établissements en SSR. La région Centre a

331. DREES. Etudes et résultats n° 546 sur l'activité des établissements de santé en 2005. Décembre 2006.

mené ce type d'opération dans la plupart de ses départements. Elle a ouvert des capacités de SSR dans plusieurs cliniques comme celle du Boischaud dans l'Indre en 2005 et de Velpeau à Tours ou dans des CH comme Dreux ;

- elles ont délocalisé des lits là où il y avait, pour des raisons historiques, une trop forte concentration de l'offre. Ainsi, le Nord Pas de Calais a transféré des lits et du personnel de Berck sur deux autres sites situés en dehors du territoire de santé (Fouquières les Lens en Artois et Bailleul près de Lille) ;
- enfin, elles ont augmenté la taille des sites déjà existants de manière à ce qu'ils atteignent une taille critique (30 à 60 lits) permettant une organisation satisfaisante des soins. La région Centre rencontre des difficultés pour mener ce type d'opérations, du fait de l'existence de nombreuses petites structures dans les hôpitaux locaux.

Globalement, entre 1994 et 2006, l'offre en SSR a augmenté de 23 % dans le Nord Pas de Calais, de 20 % dans le Centre.

3 – Des secteurs à restructurer

Contrairement au cas général, la région PACA bénéficie d'une offre importante mais très mal répartie : le Briançonnais et le littoral ouest du Var sont largement excédentaires, alors que l'est du Var et le Vaucluse sont déficitaires. Par ailleurs, de nombreux établissements sont insuffisamment médicalisés. Ce constat a conduit à fermer, entre 1996 et 2007, 17 petites maisons de convalescence ou de repos et à regrouper leurs lits sur des sites existants, à réduire des lits de diététique trop nombreux, à procéder à la fermeture « sèche » de 3 établissements et à en délocaliser 6 sur des zones déficitaires comme le Vaucluse. L'ARH a prévu de poursuivre son action.

En médecine physique et de réadaptation (MPR), dans toutes les régions, la problématique a été différente du fait du manque de professionnels (ergothérapeutes et médecins de médecine physique et de réadaptation). Les ARH ont plutôt eu tendance à optimiser les ressources médicales et à resserrer l'offre. L'ARH du Centre a ainsi fermé plusieurs sites de MPR tout en augmentant globalement les capacités dans les villes concernées comme à Orléans ou Montargis.

4 – Des difficultés persistantes pour organiser la filière de soins

Les ARH ont d'abord utilisé les autorisations de SSR comme un levier pour fermer des structures de court séjour. Elles ont peu travaillé

sur deux problèmes majeurs : la coordination avec les structures de court séjour et le désencombrement des lits occupés de façon inadéquate.

Dans les trois régions étudiées, la Cour constate que l'on manque encore de lits en soins de suite, mais que tous ceux autorisés ne sont pas installés (exemple dans le Nord-Pas-de-Calais plus de 520 lits sur 3 971). Or le besoin de capacités en SSR augmente, du fait de la diminution des durées moyennes de séjour et des évolutions technologiques. Par ailleurs, les lits de MPR devraient être de plus en plus adossés aux plateaux techniques.

Les taux de fuite sont importants, surtout en médecine physique et de réadaptation, du fait de l'existence de plateaux techniques très performants, comme en Ile-de-France à Garches, au centre national des Invalides à Paris et dans la région Nord Pas de Calais à Berck.

5 – Le manque de coordination avec le court séjour

Les études menées dans le cadre de la préparation des SROS 3 ont mis en évidence des besoins importants non satisfaits exprimés par les services de court séjour. Les retards de sortie des malades ont été parfois chiffrés en journées d'attente ou en équivalent lits. Pour la région Centre le besoin correspond à 550 lits sur 3 726 lits soit un besoin de 14,6 % de capacités supplémentaires. Mais il existe peu de conventions entre les services de court séjour et les soins de suite et lorsqu'elles sont formalisées elles sont difficilement opérationnelles parce que l'orientation des patients se fait souvent plus en fonction des places disponibles que de leur besoin.

Au total, le travail visant à structurer l'offre, plus qu'à la restructurer, n'est que partiellement engagé.

III - Les conditions d'une relance des restructurations

Le bilan établi par la Cour fait ressortir des constats différenciés selon les disciplines et selon les régions étudiées. Pour autant, quelques enseignements peuvent s'en déduire et conduire à des orientations et des recommandations.

A – Les principaux enseignements

Les ARH ont partout engagé des opérations de restructuration, mais les résultats sont restés très souvent en dessous des ambitions affichées par les ordonnances de 1996, ou des priorités fixées par les SROS successifs.

La T2A, qui depuis 2008 s'applique à taux plein dans le secteur MCO, devrait mettre encore plus en évidence l'offre excédentaire par rapport aux besoins et révéler les établissements ayant une activité insuffisante. Pour autant il ne paraît pas possible de laisser se creuser les déficits déjà constatés sans agir. Ainsi, les missions et enquêtes qui se sont succédé depuis l'automne 2007 sur l'hôpital ont à juste titre montré la nécessité d'une relance de la politique de restructuration. Compte tenu des constats posés, elle impliquera :

- pour l'obstétrique, l'achèvement de la fermeture des petites maternités, sauf exception justifiée par un enclavement géographique et surtout la constitution d'un réseau de prise en charge gradué permettant un maillage plus efficient ;
- pour la chirurgie, la fermeture des services à faible activité et le redimensionnement, sous des formes à étudier dans chaque région, des plateaux techniques dont l'activité est insuffisante.
- pour les soins de suite, la clarification des objectifs des différentes structures et l'organisation de la gestion des lits en fonction des besoins des patients ;
- enfin, la relance d'une politique de restructuration volontariste reposant sur un projet médical d'établissement et conduisant, au-delà d'un seul regroupement juridique des établissements, à une réorganisation de l'offre de soins.

B – Les pistes d'amélioration

Pour atteindre ces objectifs, les pistes d'amélioration sont nombreuses et cette enquête ne pouvait en faire un tour exhaustif. Cependant, les constats faits par la Cour permettent de dégager six orientations qui, sans être suffisantes, paraissent néanmoins nécessaires.

1 – Clarifier le partage des rôles entre les différents acteurs

Les gestionnaires des établissements de santé ne peuvent mener à bien la modernisation permanente de leur outil de production des soins que s'ils sont encadrés par des règles du jeu claires et durables. Le ministère de la santé doit donner toute sa place au pilotage par la performance car il ne peut y avoir de véritable politique hospitalière sans

une articulation constante entre deux leviers essentiels : l'outil de planification et l'outil de financement. Dans ces deux domaines de nombreux dispositifs existent. Mais il est nécessaire que le ministère clarifie sa doctrine, définisse des règles du jeu lisibles par tous et limite ses interventions de manière à donner aux acteurs du pilotage régional, qu'il s'agisse des ARH aujourd'hui ou des futures agences régionales de santé (ARS), la responsabilité opérationnelle de la mise en œuvre des priorités fixées.

En matière de restructuration, ce principe de méthode, valable de manière générale, s'impose particulièrement.

2 – Valoriser les comportements gestionnaires

Si le directeur de l'ARH dispose depuis 2004 du pouvoir de notation des directeurs d'établissement, il n'a aucun pouvoir sur l'affectation d'un directeur, ni sur sa demande de mutation. Les instructions relatives à la notation³³² et leur mise en œuvre ne font pas une place suffisante à la qualité de la gestion et aux résultats économiques des directeurs d'établissement public. Cette absence de critères d'évaluation a un effet démotivant sur les meilleurs gestionnaires qui peut les conduire à reporter des opérations délicates.

L'intégration dans leur évaluation de leur capacité à mener à bien ces opérations devrait s'imposer, via les ARH.

3 – Donner la priorité à la recherche de l'efficience

Les outils d'analyse de l'activité des établissements, de connaissance de leur environnement, de mesure de leur productivité par pôle ou par service sont nombreux. S'il n'existe pas de modèle unique en matière d'organisation hospitalière, en revanche, des améliorations sont possibles.

L'enquête de la Cour a souvent permis de confirmer les constats établis récemment dans les rapports de plusieurs missions d'inspection, notamment sur l'action limitée des ARH sur les établissements de santé en matière de performance et d'efficience. Les nombreux travaux de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sur les blocs opératoires, les urgences, le temps médical, la comptabilité analytique, la chirurgie ambulatoire³³³ devraient constituer des référentiels exploitables et accessibles à tous.

332. Circulaire DHOS du 13 août 2007 relative à l'évaluation et à la prime de fonction des personnels de direction.

333. La MEAH a ouvert 24 chantiers depuis 2003 et rédigé des recueils de bonnes pratiques organisationnelles.

En particulier la dernière étude de la MEAH sur l'organisation et le fonctionnement de 850 blocs opératoires³³⁴ situés dans 351 établissements corrobore les constats de la Cour. Elle montre notamment que ces blocs sont sous utilisés et que cette mauvaise gestion engendre des surcoûts inutiles. L'activité des blocs opératoires est globalement faible puisque le taux moyen d'ouverture des salles n'est que de quatre heures par jour et que seuls 21 % des sites examinés atteignent la référence d'ouverture retenue par la MEAH (38 heures par semaine ce qui correspond à 70 % d'un temps d'ouverture hebdomadaire de 54 heures sur la base de cinq jours et demi).

Il conviendrait en outre que les constats les plus critiques, par établissement ou par territoire, soient assortis de plans d'actions, décrivant les opérations internes ou externes à l'établissement susceptibles de rétablir une bonne gestion.

4 – Poursuivre l'effort de regroupement des établissements et de fermeture des plus petits d'entre eux

L'insuffisance de taille critique est à la fois dangereuse pour les patients et coûteuse. L'effort de restructuration, ralenti ou interrompu, doit donc être repris. Il ne peut se limiter à une fusion ou à des regroupements de nature administrative mais doit se traduire par une réorganisation des activités fondées sur un projet médical de territoire.

5 – Définir des procédures contraignantes pour les établissements en déficit

Une procédure complexe a été définie, associant les hôpitaux publics, les ARH et les juridictions financières.

Le directeur de l'ARH peut saisir la chambre régionale des comptes (CRC) pour évaluer la situation financière d'un établissement en difficulté et pour proposer des mesures de redressement. Cette saisine, qui est en principe postérieure à la définition d'un plan de redressement, demandé par l'ARH et établi par l'établissement, intervient si son résultat

334 . « Benchmarking des blocs opératoires dans dix régions pilotes. Synthèse nationale ». Juillet 2008, disponible sur le site de la MEAH.

comptable présente un déficit supérieur à 3,5 %³³⁵. La CRC dispose de deux mois pour établir son rapport.

Plusieurs CRC ont été saisies par les ARH. Mais le nombre potentiel d'établissements concernés par cette procédure est important : de l'ordre d'une centaine. L'exemple de l'intervention de la CRC Ile-de-France, pour le SIH de Juvisy-sur-Orge, montre que cette procédure peut contribuer à faire accepter les décisions difficiles liées à une restructuration.

L'exemple du syndicat interhospitalier de Juvisy-sur-Orge

Le SIH de Juvisy-sur-Orge est né en 2002 de la fusion du CH de Juvisy et d'un établissement PSPH géré par la Croix Rouge Française. Ce CH qui assure un service de proximité présente un déficit d'exploitation prévisionnel supérieur à 2 M€ en 2007, soit plus de 9 % de ses recettes.

L'analyse faite par la CRC en décembre 2007 montre que cet établissement est très déficitaire à la T2A et que sa situation financière se détériore très rapidement. Il a une activité trop faible notamment en chirurgie : il réalise à peine plus de 2 000 actes par an. Il est peu attractif car situé dans une zone où il existe trois établissements importants : le CH de Longjumeau, le CHIC de Villeneuve-Saint-Georges et le CH d'Evry-Corbeil. Par ailleurs la clinique privée voisine a réalisé trois fois plus d'interventions que lui en 2006, alors qu'ils avaient une activité similaire en 2002.

De nombreux problèmes d'organisation interne contribuent à son déséquilibre financier, comme notamment l'importance des gardes ou la sous utilisation des blocs opératoires dont le taux d'occupation n'est que de 62 %.

La CRC a préconisé à court terme un certain nombre de mesures de redressement comme la suppression des lignes de garde en SSR et en chirurgie, ainsi que la suspension des interventions après 18 heures ou le week-end. L'établissement développerait en contrepartie de la médecine gériatrique, en cohérence avec les données du SROS3. A moyen terme, afin de les préparer, elle propose la fermeture des services de chirurgie et d'obstétrique.

Le conseil d'administration de l'établissement a suivi les recommandations de la CRC en décidant en juillet 2008 de fermer ses activités de chirurgie et de maternité.

335. L'article D. 6145-63 du CSP prévoit que la saisine de la CRC est fondée dès lors que le résultat comptable du compte de résultat principal, calculé par différence entre les produits et les charges du dernier exercice clos et corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés sur l'exercice en cours, présente un déficit supérieur à un seuil fixé à 3,5 % du total des produits de l'exercice. Ce seuil est abaissé à 2,5 % pour les CHU.

La procédure ainsi définie peut se révéler utile. Elle gagnerait cependant à ne pas mettre en première ligne les juridictions financières au risque de délégitimer les ARH qui doivent exercer pleinement leurs responsabilités.

6 – Renforcer le lien entre les autorisations et la qualité des pratiques

L'article L. 6113-1 du code de la santé publique prévoit que tous les quatre ans les établissements de santé doivent rentrer dans une procédure d'accréditation, appelée aujourd'hui certification. Cette évaluation est devenue obligatoire en 2004 et a été confiée à la Haute autorité de santé (HAS). La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a prévu également l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour tous les praticiens et a incité les équipes à risque³³⁶ à rentrer dans une procédure qui permet de montrer qu'elles font de la gestion des risques sanitaires. Ces indicateurs de qualité et de compétence devraient être pris en compte par les ARH lors de l'étude des demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation.

SYNTHESE

L'offre de soins hospitaliers s'est profondément modifiée entre 1997 et 2007. Ces changements se sont fait à un rythme très différent selon les disciplines et selon les secteurs hospitaliers.

La Cour constate que lorsque les ARH disposent de normes techniques et de fonctionnement, d'indicateurs à atteindre, d'outils de mesure ou de suivi, elles ont pu utiliser ces leviers pour restructurer l'offre de soins et améliorer la qualité des prises en charges. Ainsi, en obstétrique, la diminution du nombre des petites maternités notamment a permis de mieux sécuriser l'environnement de la grossesse et de la naissance. En revanche, une attention insuffisante a été portée à la structuration des réseaux de maternités, ainsi qu'aux modes d'organisation des maternités, en particulier de niveau III, qui restent trop disparates au regard de leur activité.

En chirurgie, l'absence de seuils d'activité minimale et de levier tarifaire avant 2004 pour encourager la pratique de la chirurgie ambulatoire a été peu incitative à la restructuration dans le secteur public. Le maintien de nombreux services à faible activité et peu attractifs s'avère coûteux pour la collectivité, alors que la population a, le plus souvent, déjà

336. Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006, paru JO du 23 juillet qui fixe 21 spécialités à risque.

fait son choix en allant se faire opérer ailleurs. Les coopérations entre le secteur public et les cliniques privées sont peu nombreuses et ont été difficiles à réaliser. Les cliniques ou les établissements PSPH, soumis à la sanction économique, contrairement aux hôpitaux publics qui ont eu des aides financières lorsqu'ils étaient en difficulté, se sont, pour la plupart, adaptés et ont modernisé rapidement leur outil de production. Dans de nombreuses villes et dans certaines disciplines, ils concurrencent désormais plus fortement les hôpitaux, y compris les CHU.

Les adaptations dans le domaine des soins de suite et de réadaptation ont été plus menées en accompagnement des reconversions d'établissement de court séjour que dans la perspective de consolider et développer cette activité médicale, pourtant devenue de plus en plus indispensable.

Dans un contexte où le secteur de la santé évolue en permanence, où ces changements ont un impact sur les métiers, l'organisation des soins ou des plateaux techniques, les gestionnaires des établissements doivent avoir la capacité de faire évoluer rapidement leur appareil de production. La Cour recommande que le ministère de la santé clarifie ses objectifs et stabilise rapidement un cadre réglementaire et financier qui permette à tous les acteurs d'avoir plus de visibilité et qui soit plus incitatif aux restructurations.

RECOMMANDATIONS

36. *Définir un plan de restructuration des plateaux techniques publics assorti d'un calendrier.*

37. *Engager un effort systématique de pédagogie auprès du grand public sur la nécessité et le bien-fondé de ces opérations.*

38. *Valoriser dans le déroulement de carrière des directeurs d'établissements la capacité à mener à bien des opérations de restructuration.*

39. *Conditionner l'attribution des aides financières aux hôpitaux publics en difficulté à la mise en œuvre d'actions de réorganisation interne et externe.*

40. *Intégrer les critères de qualité et de compétence des équipes et les résultats de la certification des établissements dans les décisions d'autorisation d'activité.*

Chapitre IX

Les systèmes d'information dans les établissements publics de santé

PRESENTATION

Les systèmes d'information hospitaliers sont au cœur de la réforme de l'hôpital : vecteur d'amélioration de la qualité des soins, ils sont également essentiels au perfectionnement de la gestion hospitalière. Depuis la tarification à l'activité (T2A), les systèmes d'information ne sont plus seulement un outil au service du progrès technique. Ils sont devenus un véritable outil de gestion et de management.

La Cour et les chambres régionales des comptes³³⁷ ont réalisé en 2007 une enquête sur les systèmes d'information hospitaliers destinée à faire le point sur la situation observée dans les établissements publics de santé, sur le pilotage exercé par la tutelle nationale et régionale, ainsi que sur l'appui financier et méthodologique apporté par la tutelle aux établissements de santé.

L'objectif de cette enquête était d'évaluer la capacité des établissements de santé à répondre aux enjeux organisationnels et financiers induits par la tarification à l'activité (T2A) et la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière. Dans le contexte du plan Hôpital 2012, cette enquête invite également à réfléchir sur les conditions du bon emploi des aides à l'investissement promises aux établissements de santé pour moderniser leurs systèmes d'information (1,5 Md€).

Outre les tâches administratives (budget, comptabilité, ressources humaines, tableaux de bord...), un système d'information hospitalier (SIH) doit gérer :

- la T2A, avec notamment le référentiel national des bénéficiaires de l'assurance maladie, les tarifs et les procédures de facturation, les prestations hospitalières (admissions, mouvements, recueil automatique ou codage ad hoc des données médicales, contrôles d'exhaustivité et de qualité) ;
- l'optimisation de l'usage des moyens techniques : prises de rendez-vous, brancardage, calendrier des actes, lits, blocs opératoires, imagerie, circuit des médicaments ;
- le dossier médical (actes, analyses biologiques et radiologiques, traitements, comptes rendus, résumés de sortie standardisés), et son éventuelle interopérabilité avec les réseaux extra-hospitaliers (par

337. Ont participé à l'enquête les chambres d'Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.

exemple pour les dossiers communicants cancer), la médecine libérale et les officines pharmaceutiques de ville ;

- la confidentialité à tous les stades, avec des annuaires internes, des habilitations et, rendue obligatoire par un décret du 15 mai 2007 dans un délai de trois ans, l'authentification des professionnels de santé avec la carte CPS évoquée par ailleurs dans ce rapport ;
- à terme, des aides à la prescription médicale.

La situation concrète du SIH des établissements de santé reste mal connue de la tutelle, qu'il s'agisse des ARH ou surtout de la tutelle nationale. Les seules enquêtes existantes au niveau national (celles du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier) présentent l'inconvénient de ne rassembler que des données déclaratives fournies par les établissements de santé³³⁸.

Les observations qui suivent, issues des contrôles réalisés en 2007 par les chambres régionales sur les comptes de 30 établissements de santé³³⁹, de tailles et de vocations diversifiées, permettent de dresser un bilan décevant de l'usage des outils informatiques au sein des établissements, ce qui conduit à s'interroger ensuite sur les conditions du pilotage national des SIH.

I - Les constats faits au niveau des établissements

A – Le pilotage

Les contrôles des chambres régionales ont permis de mesurer la mobilisation des directions des établissements sur le sujet des systèmes d'information hospitaliers (SIH) à partir de plusieurs éléments : existence d'un schéma directeur des systèmes d'information, d'un comité de pilotage stratégique présidé par le directeur et associant les médecins, d'un comité de pilotage opérationnel et de groupes projet...

338. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 322 et suivantes.

339. Ces établissements sont les suivants : les CHU de Tours, Reims, Nantes, Nice et Toulouse ; le CHR de Metz-Thionville ; les CHS d'Alsace Nord, Henri Ey et le Centre psychothérapique de Nancy ; les CH d'Agen, Auxerre, Châteauroux, Charleville-Mézières, Pontoise, Épinal, Pont-à-Mousson, Remiremont, Cahors, Castres-Mazamet, Villefranche-de-Rouergue, Auch, Albi, Béthune, La Roche-sur-Yon-Luçon-Montaigu, Nord-Mayenne, Beauvais, Toulon, Grasse, et Annecy.

1 – Le projet d'établissement

Aux termes de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, chaque établissement de santé doit définir, dans le cadre de son projet d'établissement, son système d'information.

Or, sur 23 établissements contrôlés sur ce point par les CRC, quatre ne disposaient pas d'un projet d'établissement actualisé en 2007 (CH d'Auxerre, Pont-à-Mousson, Epinal).

2 – Le schéma directeur du système d'information

Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) doit décliner et préciser les projets prioritaires définis dans le projet d'établissement³⁴⁰.

Parmi les établissements contrôlés, seuls 14 disposaient d'un SDSI pour la période en cours. Dans deux établissements, le SDSI était en cours d'actualisation (CH d'Auxerre, CHR de Metz-Thionville), et six établissements n'en disposaient pas (CH de Charleville-Mézières, Remiremont, Pont-à-Mousson, Epinal, Béthune, Pontoise). Au CH d'Auxerre, le dernier SDSI disponible avait été établi dans le cadre du projet d'établissement relatif aux années 2001 à 2005, et n'avait pas été actualisé. Au CH de Remiremont, le projet d'établissement actuel comprend bien un volet relatif à la planification informatique, avec un plan pluriannuel d'investissement, mais il n'existe pas de SDSI déclinant et précisant les projets prioritaires qui y sont définis.

Parmi les établissements disposant d'un SDSI, peu disposent d'une programmation précise des projets faisant suite à une analyse de besoins. Les seules exceptions concernent le CH d'Auxerre, dont le SDSI 2001-2005 avait été élaboré au terme d'une véritable réflexion stratégique au sein de l'établissement, et le centre psychothérapique de Nancy, pour lequel le choix des axes stratégiques du volet « système d'information » du projet d'établissement 2007-2011 s'est fait à partir d'un bilan de

340. Selon la circulaire du ministère de la santé n° 275 du 6 janvier 1989, relative à l'informatisation des hôpitaux publics, « à partir de l'analyse de son système d'information, l'établissement définit globalement ses besoins d'informatisation et établit un programme pluriannuel à moyen terme, périodiquement actualisé, de sa mise en œuvre. Ces éléments sont consignés dans un schéma directeur qui en présente les aspects organisationnels, techniques, économiques et financiers, document de référence assurant la cohérence et la continuité de l'exécution des différentes phases de cette informatisation. Sa mise en œuvre est spécifiée dans les plans d'actions annuels ».

l'existant, de l'identification et de la hiérarchisation des besoins, de la définition d'une architecture cible et de la détermination d'un plan d'action. Les différents acteurs de l'établissement ont été associés à cette phase d'élaboration. Cette organisation, mise en place sans recours à une assistance extérieure, traduit une maturité certaine de l'établissement dans l'approche du pilotage et de la conduite du système d'information.

Enfin, le suivi de la mise en œuvre du SDSI est généralement insuffisant. Au CHR de Metz-Thionville, bien que l'élaboration d'un rapport annuel et le passage devant les instances aient été prévus afin d'informer sur l'état d'avancement des projets du schéma directeur de l'informatique hospitalière 2002-2006 et de permettre le contrôle des engagements budgétaires, aucun rapport n'a été produit. Très peu de bilans d'étape sur l'avancement du SDIH ont été réalisés. Le bilan présenté à la commission informatique du CHR lors d'une réunion en novembre 2005 montre par ailleurs des retards dans certains projets³⁴¹. A contrario, le centre psychothérapique de Nancy s'est efforcé d'assurer un suivi de la mise en œuvre de son SDSI. Ainsi, un bilan d'étape de la mise en œuvre du SDIH 2002-2006 a été réalisé en octobre 2005. L'état d'avancement s'avère globalement en conformité avec les objectifs fixés, à l'exception du volet relatif à la construction d'outils d'évaluation et d'aide à la gestion, ainsi que de l'outil de gestion du temps. Le coût du SDSI a aussi fait l'objet d'un bilan, duquel il ressort que l'enveloppe initiale a été respectée. Une mise en perspective par rapport à la base de données des coûts par activité, dite « base d'Angers », a également été effectuée.

3 – Le comité de pilotage

Afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi du SDSI, les établissements doivent se doter d'un comité de pilotage stratégique et d'un comité de pilotage opérationnel.

Sur 23 établissements contrôlés par les CRC, seuls huit ont constitué un comité de pilotage stratégique SIH qui s'est effectivement réuni. Ceux dépourvus de comité de pilotage SIH sont essentiellement des CHS et des CH, et quelques CHR. L'absence de comité de pilotage est parfois justifiée par l'existence d'un collège de l'information médicale. Or, ces deux instances ont des objets différents.

Au CHR de Metz-Thionville, où le comité de pilotage SIH ne s'est pas réuni, les questions informatiques, jusqu'à l'année 2006, n'étaient de

341. La direction prévoyait, d'ici le dernier trimestre 2007, de mettre en place un comité chargé du suivi de la mise en œuvre du SDIH 2007-2010.

plus évoquées que de façon ponctuelle au travers de points inscrits à l'ordre du jour de séminaires de management, ou encore lors de points hebdomadaires en réunion de direction. L'insuffisance du pilotage stratégique a eu pour conséquence l'annulation, le report ou le retard de certains projets ainsi qu'une absence de connaissance précise du coût final global du schéma directeur de l'information hospitalière 2002-2006.

Au CH de Pont-à-Mousson, en l'absence de comité de pilotage stratégique du système d'information, seuls des groupes de pilotage spécifiques sont constitués pour la gestion et la conduite de certains projets. Quant au CH d'Epinal, qui ne dispose ni d'un projet d'établissement actualisé ni d'un SDSI, aucun comité de pilotage n'a été mis en place, alors même que le projet d'établissement 2001 à 2006 prévoyait la constitution d'un comité de pilotage pluridisciplinaire.

Enfin, même dans les établissements s'étant dotés d'un comité de pilotage SIH, la composition de ce dernier n'est pas toujours satisfaisante. Si le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le département d'information médicale (DIM) sont presque toujours membres du comité de pilotage SIH, la composition de ce comité est très variable puisqu'elle va de 7 membres (CHU de Reims) à 21 membres (CH de Charleville-Mézières), ce dernier chiffre apparaissant trop important pour permettre au comité d'avoir un véritable rôle de pilotage.

B – L'informatisation des établissements

1 – Le système d'information gestion

Les établissements de santé contrôlés par les CRC disposent tous d'outils informatiques pour la gestion économique et financière et la gestion des ressources humaines.

Toutefois, la gestion du temps et des plannings, fonction importante dans les établissements, reste non informatisée dans certains établissements. Au centre psychothérapique de Nancy, la mise en place d'un outil de gestion du temps doté d'une interface avec le logiciel de gestion des ressources humaines prévue initialement dans le SDIH 2002-2006, n'a pas été réalisée et a dû être reportée.

2 – Le système d'information patient

Les données recueillies dans le cadre des contrôles des CRC montrent que la gestion administrative du patient est un secteur très largement informatisé. En revanche, les besoins restent importants en ce qui concerne le dossier médical du patient.

Les établissements contrôlés disposent rarement d'un dossier médical informatisé et commun à tous les services. Le CHS Henri Ey dispose d'un dossier papier unique pour l'ensemble de l'établissement et les CH de Beauvais et de Charleville-Mézières d'un dossier papier par service seulement. Au CHU de Nice, il existe un dossier médical informatique partagé, mais celui-ci coexiste avec un dossier papier par service. Il en est de même au CH d'Agen.

Le contenu du dossier patient au CHU de Nice

La CRC a fait expertiser un échantillon de dossiers patient par un médecin expert. L'examen des dossiers papier a fait apparaître que l'identification des intervenants, médecins ou soignants, est défectueuse ; l'information parfois tardive du médecin traitant peut pénaliser le patient pour la continuité des soins ; et des informations utiles restent au dossier papier et ne sont pas mutualisées.

En ce qui concerne le dossier patient informatisé, l'examen de l'échantillon a fait apparaître des doublons d'identité chez les patients, une confidentialité des données insuffisamment garantie, la non prise en compte des prescriptions pharmaceutiques, l'absence de validation formelle des examens biologiques et radiologiques et d'ouverture du dossier à la médecine de ville, la non utilisation des fonctionnalités permettant la saisie des consultations privées.

Le contenu du dossier patient au CH d'Agen

En théorie, le dossier patient informatisé comprend les lettres et comptes rendus de médecins dans les unités d'hospitalisation ou en consultation externe ; les descriptions synthétiques des actes pratiqués ; les résultats de laboratoire ; les comptes rendus de radiologie ; les actes et comptes rendus de passages au service des urgences. Ces données ne sont toutefois pas systématiquement intégrées dans le dossier patient informatisé.

Il peut arriver, en outre, que des comptes rendus opératoires ne soient pas saisis au niveau du bloc opératoire, mais dans les services, ce qui peut présenter des risques soit de doublons de saisie, soit de défaut d'exhaustivité. Les médecins n'intègrent pas systématiquement dans le dossier patient informatisé leurs observations quotidiennes lors de leurs visites de malades, ce qui diminue l'intérêt de « l'informatisation au pied du lit du malade », les observations figurant alors, pour l'essentiel, dans la lettre de sortie du malade. Par ailleurs, l'intégration des prescriptions médicamenteuses, du dossier de soins infirmiers et des images de radiologie dans le dossier patient informatisé n'est pas encore réalisée.

L'absence d'exhaustivité du dossier patient a nécessité le maintien d'un dossier papier, qui n'avait pas non plus été jugé exhaustif par les experts de la HAS lors d'une première visite d'accréditation.

Au final, pour ces deux exemples, le dossier médical informatisé est utilisé en deçà de ses possibilités, ce qui rend nécessaire le maintien d'un dossier papier sans assurance que les deux supports soient systématiquement et exhaustivement consultés par les soignants.

Au CH d'Epinal, le dossier patient informatique rassemble les seules données rattachées à la filière administrative. Les autres données (comptes-rendus opératoires et d'imagerie, gestion de rendez-vous en cardiologie, consultations de chirurgie et imagerie, données médicales en médecine de jour) sont rassemblées dans un autre dossier patient informatisé, développé depuis 1993 mais non interfacé avec le logiciel de gestion administrative du patient.

Au CHR de Metz-Thionville, 75 % seulement des unités disposent d'un outil de gestion des données médicales. A ce stade, l'information médicale entre services cliniques n'est cependant transmise sous forme numérique que dans cinq services. Des dossiers patients papier coexistent donc avec les dossiers informatisés.

Au CH de Cahors, le logiciel permettant la gestion du dossier patient n'est pas encore totalement déployé. Seuls sont informatisés les comptes rendus médicaux, ainsi que les comptes rendus de la radiologie, depuis 2004, et le planning des patients, dans 80 % des services. La récupération des résultats de biologie, sous forme numérisée, est opérationnelle depuis avril 2007. L'informatisation du circuit du médicament et du bloc opératoire reste à mettre en place. S'agissant du circuit des médicaments, il sera nécessaire de généraliser la dispensation nominative informatisée qui n'est actuellement organisée que dans le service du long séjour. Enfin, il convient de souligner que le dossier médical n'est pas coordonné avec la prescription électronique du médicament et n'alimente pas le dossier de soins infirmiers.

Aucun des établissements contrôlés par les CRC ne possède un dossier de soins infirmiers. Quelques uns ont un projet en ce sens. Au CHU de Nice, le progiciel de gestion intégrée utilisé pour le dossier patient permet la tenue d'un dossier de soins informatisé mais cette fonctionnalité n'est utilisée qu'aux urgences.

En ce qui concerne le circuit du médicament, qui comprend la commande et la gestion des stocks, la prescription par le médecin, la dispensation par le pharmacien et l'administration par l'infirmier, si la gestion des stocks est très largement automatisée, en revanche la fonction de prescription ne l'est quasiment jamais. Cette situation n'est pas satisfaisante compte tenu des risques de iatrogénie médicamenteuse et du coût des prescriptions hospitalières (4 Md€, en forte augmentation depuis dix ans)

S'agissant des activités médico-techniques, l'informatisation des laboratoires est généralisée, mais celle de la radiologie/imagerie et des blocs opératoires reste peu développée, ce qui conduit notamment à refaire plusieurs fois les mêmes examens.

Enfin, en ce qui concerne les urgences, tous les établissements contrôlés, à l'exception des CHS, ont informatisé leurs services. Mais les logiciels de gestion des urgences sont rarement communicants avec les autres logiciels de l'établissement. Ainsi au CH d'Agen, seul le résumé de passage du patient aux urgences avec les actes pratiqués est à l'heure actuelle intégré dans le dossier médical d'ensemble.

C – Les moyens des établissements

1 – Les équipes

Dans les établissements contrôlés en 2007, les équipes en charge des systèmes d'information sont d'une taille très variable. Dans les CHU et les CHR, le nombre de personnels des directions des systèmes d'information (DSI) varie entre 66 ETP (CHU Nantes) et 25,5 ETP (CHR Metz-Thionville), en passant par 30 ETP (CHU de Reims) et 44,6 TP (CHU Nice).

Dans les 20 CH et CHS de l'échantillon, si les effectifs DSI varient entre 21,6 ETP (CH Pontoise) et 1 ETP (CH Pont-à-Mousson), les trois quarts de ces établissements comptent moins de dix ETP dans ce service, et un tiers moins de cinq ETP. Ainsi dans un de ces établissements, l'équipe de la direction des systèmes d'information et de l'organisation (DSIO) ne comprend que trois personnes, la fonction de DSIO étant assurée par le directeur chargé du suivi de l'activité des soins, de la clientèle et des affaires financières.

Ces établissements ne disposent pas en interne de compétences suffisantes pour gérer, sur le plan technique, le système d'information hospitalier. A fortiori, ils ne sont pas en mesure d'accompagner de nouveaux projets, faute de compétence dans le domaine de la conduite de projet, plus particulièrement sur les aspects d'encadrement et de relation avec les prestataires extérieurs et les fournisseurs.

Seule une mutualisation des compétences nécessaires permettrait de pallier ces insuffisances.

2 – La formation dans le domaine SIH

Dans la plupart des établissements contrôlés, moins de 5 % du total des heures de formation sont consacrées au SIH et moins de 2 % du total des heures de formation sont consacrées au SIH hors bureautique.

Ainsi, à de rares exceptions près (comme le centre psychothérapique de Nancy), la faiblesse de la formation SIH constatée

dans les établissements ne contribue pas à placer ces derniers dans des conditions favorables pour promouvoir, faciliter et accompagner le changement lié à la mise en œuvre des nouveaux outils informatiques.

Une formation régulière à l'outil informatique, tant sur le plan du matériel que des logiciels, permettrait par ailleurs de limiter les erreurs dans la saisie des données administratives, de gestion ou médicales, avec des conséquences potentiellement importantes. Cette problématique se retrouve également dans le domaine de la saisie des données du PMSI.

3 – Le budget consacré au système d'information

En 2006, les dépenses d'exploitation consacrées au SIH représentaient généralement moins de 1 % du total des dépenses d'exploitation des établissements. Quant aux dépenses d'investissement consacrées au SIH, si elles variaient de 1,6 % (CH Pont-à-Mousson) à près de 20 % (CH de Grasse), elles étaient en moyenne, d'environ 6 % dans l'échantillon. Ces chiffres doivent néanmoins être pris avec précaution, en raison des difficultés mentionnées infra de connaître avec précision le périmètre des dépenses retenu par les établissements.

4 – Les outils de gestion du parc informatique

Par ailleurs, les établissements contrôlés ne disposent pas d'outils suffisants pour gérer leur parc informatique et leurs logiciels. En l'absence d'inventaire physique et d'outil performant permettant de suivre les logiciels, leurs mouvements, leur date d'installation et leur version sur les différents postes de travail, les établissements ne sont pas en mesure de connaître avec précision l'ensemble des programmes installés sur les micro-ordinateurs. Il en résulte une incertitude quant au respect de la réglementation concernant l'usage des licences, ainsi que des risques sur le plan de la sécurité interne du réseau.

D – Le recueil des données relatives à l'activité médicale

1 – La place du département de l'information médicale (DIM)

Le DIM, créé par la loi du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière, est chargé d'organiser le recueil, la circulation et le traitement des données médicales. Avec la T2A, la mission exercée par le DIM doit s'enrichir dans la partie amont du recueil d'activité (organisation du recueil et accompagnement des services pour améliorer la production de données) et dans la partie aval de l'exploitation des

données dans le cadre du pilotage médico-économique des pôles et de l'établissement.

Les contrôles réalisés par les CRC laissent apparaître une grande diversité dans le positionnement du médecin responsable du DIM par rapport à l'équipe de direction : la plupart du temps (12 cas sur 20), celui-ci n'est pas membre du conseil exécutif de l'établissement même s'il y est parfois invité (CH Pont-à-Mousson).

Le pôle ou le service de rattachement du DIM traduit également des stratégies différentes selon les établissements. Certains ont fait le choix de ne rattacher le DIM à aucun pôle ou de le rattacher à la commission médicale d'établissement. Dans plusieurs établissements, le DIM est rattaché au pôle médico-technique

Cette diversité traduit la difficulté à définir le rôle du DIM. Au-delà de sa traditionnelle mission de codage, ses nouvelles missions, notamment dans le cadre de la T2A, n'ont pas toujours été redéfinies.

Par ailleurs, les établissements sont souvent confrontés à des difficultés de recrutement de médecins DIM. Ainsi, le CHR de Metz-Thionville a des difficultés pour pourvoir à la vacance d'un poste de praticien hospitalier au sein du département d'information médicale. De même, au CHS d'Alsace Nord, les deux postes de médecins DIM sont restés vacants plusieurs mois au cours de l'année 2007.

Plus généralement, les équipes des DIM sont, à de rares exceptions près (CHU, CHR, quelques CH), très réduites, comprenant moins de deux ETP techniciens de l'information médicale, voire simplement secrétaires médicales. Ce sont d'ailleurs les établissements déjà bien dotés du point de vue de l'information médicale (CHU Nice, par exemple), qui ont recruté des techniciens de l'information médicale destinés à seconder les DIM et les médecins cliniques dans le domaine du codage.

Enfin, les médecins responsables du DIM bénéficient rarement d'une formation suffisante en matière d'information médicale.

2 – Les modalités de recueil

Alors que le codage de l'activité médicale doit être réalisé dans les services sous la responsabilité des médecins³⁴², les contrôles réalisés par les CRC montrent que dans certains établissements ou certains services, le codage est assuré par le DIM, pour diverses raisons. Cette centralisation peut permettre de pallier le refus des médecins de pratiquer

342. Article L. 6113-7 et articles R. 6113-1 et suivants du code de la santé publique.

le codage dans les services ou de combler le retard de certains d'entre eux. A Auxerre, le codage par le DIM de certaines activités permet notamment de réaliser des contrôles de cohérence sur les séances de dialyse et de chimiothérapie.

Dans le cadre de la T2A de nombreux établissements s'orientent vers une plus grande professionnalisation du codage. Le CH départemental de La Roche-sur-Yon-Luçon-Montaigu procède ainsi à des reprises de codage des actes et des diagnostics en ciblant les séjours qui paraissent peu valorisés. Le codage centralisé des diagnostics (celui des actes restant aux services techniques) pourrait y être prochainement instauré, sur le modèle de ce qui se fait au CH d'Epinal.

La réalisation du codage par le DIM risque cependant de l'empêcher de se consacrer à ce qui constitue le cœur de sa mission : le contrôle de la qualité des données et leur exploitation.

La plupart des établissements ne sont pas en mesure d'apprécier l'exhaustivité du codage et le temps nécessaire pour atteindre un taux de 100 %. Le retard dans la codification apparaît comme un sujet tabou. Très peu d'informations sont délivrées au sein des réunions de gestion associant les directeurs financiers et le DIM, voire les directeurs. Les établissements préfèrent se retrancher derrière un taux d'exhaustivité (des données) proche de 100 %, obtenu parfois quelque trois mois après l'acte ou le soin pratiqué. Le délai moyen nécessaire pour atteindre 100 % d'exhaustivité varie en effet entre un mois (CHU de Tours, CH de Charleville-Mézières, CHR Metz-Thionville, CH Pont-à-Mousson, CH Beauvais, CH Epinal, CHU Reims) et un trimestre (CH Béthune).

E – L'utilisation du système d'information comme outil de pilotage

1 – Les tableaux de bord et leur utilisation

Le système d'information hospitalier devrait permettre à la direction et aux responsables des services et des pôles d'avoir une connaissance fiable et régulière de l'évolution de l'activité et des ressources de l'établissement, par un rapprochement avec l'état des dépenses réalisées, afin de pouvoir rectifier les éventuelles dérives. Ces outils de pilotage sont rendus plus nécessaires encore par la tarification à l'activité.

Or, tous les établissements contrôlés par les CRC ne disposaient pas de tableaux de bord d'activité et financiers (CHR de Metz-Thionville, CHS d'Alsace Nord).

Par ailleurs, dans les établissements où ils existent, les tableaux de bord ne sont que rarement exploités à des fins de pilotage. Généralement, les établissements se contentent de les mettre à disposition des directions et services concernés via l'intranet. Ainsi, au CH d'Epinal, ni le tableau de bord contenant les indicateurs de production, ni les autres indicateurs présentés de façon éparse, par exemple dans les rapports d'activité administratif et médical des différents services, n'étaient, jusqu'à une période récente, analysés conjointement par la direction, les professionnels des pôles et services et les cadres. Au CHD de la Roche-sur-Yon, les tableaux de bord ne sont analysés en commun que dans les services volontairement engagés dans une démarche de contractualisation. De même, au CH de Cahors, les responsables disposent d'informations pour piloter leur activité, mais aucune procédure ne spécifie les modalités d'échange des données.

2 – La comptabilité analytique

La plupart des établissements sont capables de valoriser les coûts directs. S'agissant de la valorisation des coûts indirects en revanche, seuls quatre établissements la réalisent dans des conditions satisfaisantes : le CH d'Auxerre, le CH de Beauvais, le CH de Pontoise et le CHU de Nice, même si, dans ce dernier cas, certaines charges ne sont ventilées qu'une fois par an.

Enfin, seuls quelques établissements ont établi des comptes de résultat analytique (CREA) par pôle : CHU de Nantes, CHU de Nice, CH d'Auxerre, CH de Beauvais. D'autres le prévoient seulement pour 2008 : c'est le cas du CHS Henri Ey et du CHU de Tours, qui devait mettre en place des comptes de résultat par pôle pour l'ensemble des pôles à compter du 1^{er} trimestre 2008, sur les données comptables et d'activité de l'exercice 2007.

Mais aucun des établissements contrôlés n'a établi d'EPRD par pôle, et aucun n'est en mesure de connaître le coût par séjour (comptabilité analytique par GHM) en raison, notamment, de l'absence d'un circuit du médicament informatisé.

II - Le pilotage national des systèmes d'information hospitaliers

A – Une multiplicité d'acteurs insuffisamment coordonnés

Le pilotage des systèmes d'information hospitaliers fait intervenir un grand nombre d'organismes insuffisamment coordonnés.

La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) a délégué le développement des systèmes d'information hospitalier à plusieurs structures, et notamment au groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH)³⁴³, à la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Or, les missions de ces organismes ont été insuffisamment précisées par le ministère en charge de la santé. Le premier contrat d'objectifs et de moyens du GMSIH est en voie de finalisation. L'intégration de ce GIP dans une future « agence de l'efficacité » (avec la MAINH et la MEAH) devrait permettre d'amplifier l'appui aux ARH et aux établissements sur les choix techniques, fonctionnels et les bonnes pratiques de développement informatique et de déploiement des systèmes d'information médicaux.

Quant à la MAINH, initialement créée pour accompagner le programme de rénovation du patrimoine hospitalier prévu dans le plan Hôpital 2007, sa compétence a été étendue aux systèmes d'information hospitaliers en juillet 2005. Son champ d'intervention a toutefois été limité à l'accompagnement technique et méthodologique de programmes nationaux et à la constitution et l'animation d'un réseau de chargés de mission à compétence SI auprès des ARH. Ce n'est que dans un second temps, de manière informelle, que la MAINH s'est vu confier un rôle d'appui au pilotage des investissements SIH.

De son côté, la DHOS, au nom de l'autonomie des établissements et dans un contexte où le SIH n'était pas une priorité nationale, a considéré que la maîtrise d'ouvrage ne relevait pas de son ressort mais de celui des établissements. A la suite du lancement de plusieurs chantiers (DMP, T2A) et des critiques formulées par de nombreux rapports sur la faiblesse du pilotage exercé par la DHOS, celle-ci s'est progressivement réinvestie sur le sujet SIH. Au cours de l'année 2007, le bureau E3 (« Systèmes d'information hospitaliers et PMSI ») a ainsi récupéré la

343. Voir le rapport sur la sécurité sociale pour 2007, pp. 322 à 325.

mission « déploiement » (animation et suivi des programmes nationaux), qui incombait jusqu'alors au pôle SIH de la MAINH. Ce transfert s'est toutefois effectué avec des moyens limités : 5 ETP en 2008.

Surtout, le positionnement de ce bureau par rapport aux autres instances susceptibles de jouer un rôle de coordination, comme la mission d'informatisation des systèmes de santé (MISS), n'a pas été clairement défini. La MISS, désormais rattachée au secrétariat général du ministère de la santé, est en effet censée coordonner la démarche d'informatisation du système de santé afin notamment de garantir la cohérence des choix stratégiques et techniques, mais n'a pas disposé, jusqu'à maintenant, de l'autorité suffisante pour remplir sa mission³⁴⁴.

B – Une réforme nécessaire mais sans cesse reportée

1 – La réorganisation des opérateurs

La nécessité de réduire le nombre d'opérateurs des systèmes d'information en santé et de renforcer le pilotage par la tutelle a été soulignée par de nombreux rapports, notamment par la Cour dans le RALFSS 2007 (recommandation 35). Or, la réorganisation des opérateurs et la redéfinition du pilotage n'ont toujours pas été engagées.

Un projet de fusion de la MAINH, de la MEAH, du GMSIH, de la mission T2A et de l'ATIH, envisagé en 2007, n'a pas abouti. Le projet de fusion entre la MAINH et la MEAH, intégré dans le PLFSS 2008, n'a pas été conduit à terme. Le projet d'agence des systèmes d'information de santé a été évoqué page 228.

L'incertitude concernant l'avenir des différents opérateurs contribue à affaiblir encore davantage le pilotage du SIH. Ainsi, la MAINH, n'ayant aucune visibilité sur son avenir, a vu partir quatre de ses cinq agents du pôle SIH au cours de l'année 2007. Or, si ses missions dans le cadre du déploiement des programmes nationaux ont été reprises par la DHOS, elle reste en charge du programme Hôpital 2012 (1,5 Md€ sur le seul volet des SIH).

2 – La réforme du pilotage des systèmes d'information de santé

Plusieurs acteurs ont été chargés de redéfinir le cadre du pilotage SIH, mais de manière non coordonnée et peu transparente. Un plan stratégique des systèmes d'information de santé (PSISS) a été élaboré par

344. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 p. 325 et suivantes. Cf. supra p. 253 et suivantes.

la MISS à l'été 2007. Ce projet, qui reste très général sur les questions relatives au SIH, est soumis à la concertation depuis février 2008.

Dans le même temps, la mission de relance du DMP évoquée plus haut au chapitre V a été constituée en décembre 2007 afin de traiter l'organisation et la gouvernance du projet DMP ; la stratégie générale du projet et l'architecture du DMP ; et l'organisation et la gouvernance des systèmes d'information de santé, ce dernier axe recoupant directement celui du PSISS.

C – Un accompagnement insuffisant des établissements publics de santé

1 – Une source de retards et de dysfonctionnements

Dans plusieurs établissements contrôlés par les CRC, des difficultés importantes sont apparues lors de la mise en œuvre de nouveaux systèmes d'information ou de leur maintenance.

Le CH de Remiremont a rencontré des difficultés lors de la mise en place de son nouveau système d'information, en cours de déploiement depuis 2004. Ces difficultés ont notamment induit d'importants problèmes de facturation. La qualité de l'assistance apportée par le fournisseur, notamment aux services financiers, est perçue comme étant nettement insuffisante.

De même, au CHU de Nice, le projet de système d'information prévu dans le SDSI 2002-2006 a connu un démarrage difficile, avec la défection du prestataire initialement retenu : bien que le CHU, pour établir son choix, ait eu recours au centre national d'expertise hospitalière (CNEH) et à un cabinet d'avocats, le déploiement du projet a rapidement mis en évidence l'incapacité du groupement prestataire à tenir ses engagements contractuels. L'établissement s'est alors décidé à acquérir un autre logiciel, déployé à partir de 2004. Toutefois, le module facturation de ce logiciel ne donne pas totalement satisfaction, du fait notamment de délais de mise à jour par le prestataire, dans un environnement réglementaire très évolutif.

Enfin, le CH d'Epinal n'a pas réussi à faire aboutir son projet de refonte de son système d'information de production de soins. Le règlement de consultation élaboré par une société de conseil comportait plusieurs anomalies, ce qui a conduit à déclarer l'appel d'offres infructueux en 2006. Aucune nouvelle procédure de consultation relative au même objet n'a été lancée à ce jour.

Ces exemples montrent que les établissements auraient besoin d'être davantage guidés dans le choix des éditeurs et des prestataires. De même, il conviendrait d'aider les établissements à renforcer leurs

compétences en matière d'achat afin qu'ils puissent mieux passer les marchés de prestations en système d'information. Une telle démarche devrait s'inscrire dans le cadre du développement de la mutualisation entre établissements de santé.

2 – L'insuffisance des aides pour choisir un éditeur et/ou un produit

Les outils développés par la tutelle sont peu nombreux et insuffisants par rapport aux attentes des établissements.

Le GMSIH a réalisé une base prestataires/produits destinée à fournir aux établissements de santé un panorama des prestataires et des solutions adaptées à leurs besoins dans le domaine des SIH. Cette base, si elle a le mérite de fournir une information synthétique dans un secteur marqué par la prolifération des prestataires (408 éditeurs référencés), reste toutefois incomplète et difficilement exploitable. Les informations très réduites figurant dans la base sont communiquées par les éditeurs et ne sont pas certifiées.

Par ailleurs, le GMSIH a réalisé des analyses des offres du marché, mais ces travaux restent rares³⁴⁵, volumineux et prudents quant au jugement porté sur le produit et l'éditeur. La dimension du prix n'est pratiquement pas abordée. De son côté, la MAINH a réalisé, dans le cadre du programme urgences, un outil d'aide à la décision pour choisir un logiciel d'informatisation des urgences. Il s'agit cependant d'une intervention isolée. En outre, la programmation de cette étude n'est pas satisfaisante : elle a été réalisée à l'automne 2007, alors que le programme d'informatisation des urgences touchait à sa fin.

3 – L'insuffisance des référentiels et des cahiers des charges

Les référentiels et les études du GMSIH sont dans l'ensemble très approfondis, souvent volumineux et d'un niveau technique élevé, ce qui les rend difficilement abordables pour certaines directions et équipes informatiques des établissements, notamment de petite taille. Il conviendrait par conséquent de faciliter l'appropriation de ces référentiels par tous les établissements de santé.

345. Analyse de l'offre du marché concernant les logiciels de gestion du temps (RTT) (décembre 2001), analyse comparative des offres du marché de SI destinées aux établissements de santé sous OQN (juin 2004), analyse du marché des logiciels de gestion intégrés (PGI) et modalités d'application dans les établissements de santé (janvier 2005), systèmes d'information décisionnels dans les établissements de santé : analyse de l'offre éditeur au 31/07/2007 (août 2007).

Par ailleurs, le nombre de référentiels réalisés par le GMSIH est relativement faible par rapport à ses autres travaux et ne couvre qu'un champ limité des besoins des établissements.

Surtout, ils ne sont pas opposables aux établissements de santé et aux éditeurs. De fait, les référentiels produits dans le domaine des SIH ne sont pas appliqués : les établissements de santé et les éditeurs ne les connaissent pas forcément et/ou ne sont pas en mesure de les décliner au niveau local.

A l'exception de l'informatisation des urgences, aucun cahier des charges national n'a été défini, ce qui pénalise les petits établissements, peu dotés en personnel qualifié, et constitue un risque en matière d'interopérabilité. Il conviendrait, chaque fois que cela est possible, de définir des cahiers des charges nationaux.

D'ailleurs, le projet de contrat d'objectif et de moyens du GMSIH, déjà évoqué, fixe au GIP différents objectifs notamment en matière d'analyse et d'évaluation de l'offre industrielle et d'adaptation des référentiels aux différentes catégories d'établissements.

4 – Une coopération à développer au niveau local

La mutualisation entre les établissements de santé doit être recherchée. Elle pourrait, au niveau de la maîtrise d'œuvre, être envisagée dans le cadre d'une meilleure utilisation des possibilités ouvertes par le code des marchés publics, notamment en ce qui concerne les groupements de commandes.

Quant aux structures régionales d'informatique hospitalière (SRIH), qui exercent aujourd'hui à la fois des activités de coopération et des activités commerciales (édition et diffusion de logiciels, conseil), il conviendrait que leur mission soit précisée et que les modalités d'exercice de leurs activités soient encadrées, de manière à garantir le respect du droit de la concurrence.

III - L'appui régional aux projets des établissements en matière de systèmes d'information hospitaliers

A – Une mobilisation inégale des agences régionales de l'hospitalisation

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) fournissent un appui financier et méthodologique aux projets de développement des systèmes d'information des établissements de santé. Les ARH disposent du réseau des chargés de mission régionaux SIH de la MAINH. Ces chargés de mission, placés auprès du directeur de l'ARH, doivent assurer le déploiement des plans nationaux (DMP, urgences, tarification à l'activité).

Les tableaux de bord de la MAINH relatifs au degré d'avancement des programmes nationaux montrent cependant que les régions sont inégalement mobilisées sur ces dossiers et que les chargés de mission ne sont pas tous enclins à assurer la remontée d'informations.

Dans certaines régions, les chargés de mission SIH, à la demande du directeur de l'ARH, se sont mobilisés sur le développement de projets régionaux, comme les plateformes régionales d'interopérabilité.

Il reste que les ARH disposent rarement d'une vision générale des systèmes d'information des établissements de leur région. Quelques ARH ont fait réaliser par un prestataire un état des lieux des systèmes d'information hospitaliers (ARH Pays de la Loire) ou réalisé elles-mêmes cet état des lieux (Rhône-Alpes sur le dossier patient). Ces initiatives demeurent toutefois ponctuelles et minoritaires.

B – La mise en œuvre des plans nationaux : l'exemple de l'informatisation des urgences

Le plan urgences comprenait deux volets relatifs à l'informatisation des services d'urgence.

La mesure 15 prévoyait la mise en place d'un dispositif national de veille et d'alerte sanitaire, sous la forme d'indicateurs d'activité disponibles à partir des services d'urgence. Les objectifs chiffrés associés étaient au nombre de trois : 85 % des passages aux urgences informatisés fin 2007 ; 100 % des passages aux urgences des CHU informatisés fin 2007; et 100 % des sièges de SAMU informatisés en 2008.

Ces objectifs n'ont pas été atteints. Un état des lieux réalisé par la MAINH en 2007 montrait que seuls 66 % des passages aux urgences étaient informatisés, ce taux atteignant 71 % dans les CHU. Au-delà de ce retard, la Cour note un manque de préparation de ce programme national : l'urgence du calendrier a conduit les établissements et les éditeurs, en l'absence d'un cahier des charges suffisamment normalisé, à déployer des applications non interopérables avec le reste du système d'information patient. Par ailleurs, ce n'est que tardivement que la MAINH a pu transmettre aux établissements une analyse de l'offre éditeurs.

La mesure 16 du plan Urgences visait à mettre progressivement en place un système d'information territorial complet sur les urgences articulant péri-hospitalier, pré-hospitalier et intra-hospitalier. L'objectif de cette mesure était d'assurer l'intégrité et la continuité de la chaîne d'information, et de faciliter le travail des acteurs de terrain.

Dans le cadre de cette mesure, un appel à projets doté d'une enveloppe reconductible de 1,5 M€ a été lancé en 2005 auprès des régions. Cette enveloppe a permis de financer 12 projets, qui ont fait l'objet d'un retour d'expérience dans le cadre d'une « étude sur les échanges entre structures d'urgence : nomenclatures et normes ». Cette étude souligne que les principales difficultés rencontrées sont l'absence de sémantique partagée (normes et nomenclatures) ainsi qu'un besoin d'appui national sur les chantiers techniques³⁴⁶. Aucun plan d'actions n'a toutefois été mis en œuvre pour faire suite à ces recommandations.

C – Le développement des plateformes régionales d'interopérabilité

Afin de faciliter le partage d'informations médicales entre les acteurs de la santé, plusieurs ARH ont pris l'initiative de soutenir le développement de plateformes régionales d'interopérabilité.

Mais en l'absence d'un cadre de référence commun, il existe autant de projets que de régions. Les structures portant ces projets sont de nature très diverse : groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt public, établissement public de santé... Dans certaines régions, les projets de plateformes régionales, lancés depuis plusieurs années, ont déjà conduit au développement de plateformes opérationnelles, tandis que

346. Plusieurs chantiers sont évoqués : cahier des charges du répertoire opérationnel des ressources (ROR), suivi des travaux sur les annuaires, réflexion sur la mise à disposition des SAMU d'une base cartographique, besoin de rationaliser et mutualiser les cahiers des charges de renouvellement des autocoms.

d'autres régions en sont au stade du lancement de projet. Aucun acteur ne dispose d'une vue d'ensemble sur ces projets.

Afin d'éviter le développement de solutions régionales incompatibles, il serait nécessaire de définir au niveau national l'urbanisation du système d'information de santé. Début janvier 2008, à la demande du comité de pilotage stratégique des systèmes d'information, la DHOS et la MISS ont confié au GMSIH et au GIP DMP la réalisation d'une étude commune devant apporter à l'Etat et à l'assurance maladie « des éléments leur permettant d'apprécier, dans un état des lieux, l'ampleur et la portée du développement de ces plates formes de service ; de connaître la typologie des services qu'elles assurent ainsi que les divers choix techniques retenus ; d'en mesurer les apports pour les professionnels de santé ; et d'apprécier la nécessité de faire définir un cadre de référence pour la mise en œuvre et le développement de ces plateformes ». Cette étude devait être remise pour fin mars 2008.

Si cette initiative va dans le bon sens, en dépit de son caractère très tardif, il convient de souligner que, dans l'intervalle, les ARH, dans le cadre d'Hôpital 2012, font remonter des demandes de financement relatives à des projets de plateforme régionale. Ces projets vont donc continuer à se développer avant qu'un cadre de référence soit défini. Il conviendrait par conséquent de reporter l'attribution des financements Hôpital 2012 pour ces projets, dans l'attente de ces travaux nationaux.

D – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Institués par les ordonnances d'avril 1996, les contrats d'objectifs et de moyens (COM) signés entre les établissements et les ARH, auxquels ont succédé en 2007 les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), constituent un instrument de pilotage essentiel pour les établissements hospitaliers.

Pourtant, le volet SIH n'était que rarement intégré dans les COM « ancienne génération ». Lorsque le SIH était mentionné, c'était principalement sous forme d'avenants se limitant à énoncer les moyens financiers accordés par l'ARH pour financer un projet, dont les modalités de mise en œuvre n'étaient pas détaillées. Par ailleurs, certains établissements ne disposaient même pas de COM.

A la différence des précédents COM, les CPOM mentionnent désormais systématiquement le SIH. Toutefois, les objectifs assignés aux établissements dans ces contrats sont généralement peu précis et les moyens financiers correspondants ne sont pas précisés. En particulier, il n'existe pas d'articulation systématique entre le CPOM et Hôpital 2012 ni

entre le CPOM et le schéma directeur des systèmes d'information de l'établissement.

IV - Le financement du système d'information hospitalier

A – Un financement mal connu

1 – Le budget consacré au système d'information dans les établissements

La part du budget des établissements de santé consacrée au système d'information est souvent estimée à 1,5 %. Le plan Hôpital 2012 devait permettre de doubler ce chiffre.

En réalité, faute d'outil de suivi et de pilotage dans ce domaine, il n'existe pas de source d'information fiable s'agissant du budget SIH des établissements de santé. Les données des enquêtes disponibles (GMSIH, collège des DSIO...), sont partielles et/ou ne portent que sur un échantillon restreint d'établissements. Les quelques outils de suivi disponibles au niveau national ont été élaborés selon des méthodologies différentes et ne donnent pas nécessairement des résultats comparables. Ainsi, le retraitement comptable et la base d'Angers ne reposent-ils pas sur les mêmes règles de répartition des charges.

Outre l'absence de remontée d'information sur ce sujet, une difficulté supplémentaire provient du fait que les affectations des dépenses sur les comptes budgétaires diffèrent d'un établissement à l'autre. Par exemple, certains établissements ne dissocient pas les amortissements matériels et logiciels. Les dépenses de télécommunications et de ressources humaines (services informatiques) ne sont pas traitées de la même façon par tous les établissements.

Depuis fin 2006, la DHOS a engagé une réflexion sur les règles d'imputation budgétaire des dépenses du système d'information. Il est nécessaire que ce travail aboutisse rapidement, dans le contexte d'un important soutien financier apporté au titre du plan Hôpital 2012³⁴⁷.

347. Des modifications du plan comptable permettant de mieux tracer les dépenses afférentes à ces activités devraient être mises en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2009.

2 – Les financements affectés au développement des systèmes d'information

Plusieurs sources de financement ont eu pour objet d'aider les établissements de santé à financer des projets dans le domaine SIH : des financements versés par les ARH dans le cadre d'Hôpital 2007, le plan urgences, une enveloppe ONDAM spécifique en 2006, enfin Hôpital 2012.

Ni la tutelle nationale, ni les ARH ne disposent d'une vision synthétique des financements accordés à l'ensemble des établissements de santé pour les systèmes d'information. A fortiori, nul n'est en mesure de connaître le montant global des aides dont a pu bénéficier chaque établissement, ni quels sont les éditeurs et les applicatifs qui ont bénéficié de ces financements.

3 – Les financements ciblés par projet

Plusieurs aides ciblées ont été octroyées aux établissements de santé afin de les aider à développer leur système d'information dans le cadre des projets DMP, urgences et tarification à l'activité. Mais l'utilisation de ces aides n'a pas non plus fait l'objet d'un suivi rigoureux.

En 2006, une dotation d'environ 30 M€ a été allouée aux ARH afin de leur permettre de soutenir l'investissement nécessaire à l'adaptation des systèmes d'information des hôpitaux pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité et du dossier médical personnel³⁴⁸. Au final, 922 projets ont été financés pour un montant total de 25,36 M€. En réalité, les crédits n'ont pas été toujours employés conformément à leur objet. Par ailleurs, le ministère, la CNAMTS et le GIP DMP ne tiennent aucun tableau de bord pour recenser ces financements ONDAM, et ne rassemblent aucune évaluation de leur usage effectif.

Plus marginalement, le GIP DMP a affecté des crédits dans le domaine des SIH (ses interventions sont évoquées au chapitre VII).

Enfin, dans le cadre du plan Urgences, un budget spécifique et reconductible de 4,2 M€ en 2004 a été affecté à l'informatisation des urgences. Une partie de ces crédits (2,7 M€) a été attribuée aux régions sur la base d'une répartition forfaitaire, en fonction de l'activité régionale des urgences. La DHOS, la MAINH et les ARH ne disposent pas, là encore, d'un suivi de l'utilisation de ces financements.

348 . Circulaire DHOS/F2/DSS/1A n° 2006-81 du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé.

B – Les enveloppes généralistes

1 – Hôpital 2007

Initialement destiné à financer des opérations immobilières, le plan Hôpital 2007, doté de 6 Md€, a finalement été étendu au SIH, mais de manière marginale : l'enveloppe consacrée aux projets SIH pouvait représenter 3 à 5 % de l'enveloppe régionale, mais il n'existait pas d'enveloppe dédiée au SIH.

Aucun cadre de référence n'a été défini pour préciser les critères de choix des projets, les priorités fonctionnelles, la stratégie de financement, la place « réservée » aux logiques de coopération. Dans ces conditions, les crédits ont été octroyés sur la base du « premier arrivé premier servi » et dans une logique de saupoudrage amplifié par la procédure choisie d'appel à projets. Au total, 503 opérations ont obtenu un financement dans le cadre d'Hôpital 2007.

Le total des aides accordées entre 2003 et 2007 pour financer ces opérations a représenté 155,76 M€ (44,90 M€ sous forme de subventions en capital versées par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et 110,86 M€ sous formes d'aide au fonctionnement versées dans le cadre l'ONDAM). A cette somme, il faut ajouter le reliquat des crédits initialement dédiés à l'investissement immobilier mais non utilisés en 2005 et 2006 et qui a été reporté en 2007 sur les opérations relatives au système d'information. Le montant prévisionnel de ce reliquat était estimé à 8,5 M€ (4,9 M€ FEMSP, 3,6 M€ ONDAM). La MAINH ne dispose pas du bilan de ce qui a été effectivement versé par les ARH.

Par ailleurs, les crédits d'Hôpital 2007 ont été alloués entre 2003 et 2006 sans que le suivi des projets ne soit organisé au niveau des régions ni qu'aucun bilan financier de l'utilisation de ces crédits soit réalisé. Un premier bilan a été dressé ex post en 2006, mais il est resté très incomplet. Toutefois, le bilan global de plan Hôpital 2007, inscrit au programme 2008 de la MAINH, est en cours de réalisation.

2 – Hôpital 2012

Le plan Hôpital 2012, doté d'un budget de 10 Md€ d'investissements, doit permettre de financer la reconstitution hospitalière dans le cadre des territoires de santé ; de mettre à niveau des SIH ; et d'assurer une mise aux normes exceptionnelle de sécurité. La part des crédits consacrés au SIH représente 15 % de l'enveloppe globale,

soit 1,5 Md€ Une première tranche (0,5 Md€) doit être attribuée en 2008, la seconde (1 Md€) en 2009.

Par rapport à Hôpital 2007, des progrès ont été réalisés : des enveloppes régionales ont été dédiées au SIH, des priorités fonctionnelles et des critères d'éligibilité des projets ont été définis, un dossier type a été fourni aux ARH, des modalités d'instruction ont été précisées.

Pour autant, compte-tenu du montant considérable de l'enveloppe SIH d'Hôpital 2012, ces améliorations restent insuffisantes : les outils d'aide à la décision ont été fournis aux établissements et aux ARH trop tardivement pour permettre le respect du calendrier prévu dans de bonnes conditions. De même, les modalités d'instruction et de validation des dossiers au niveau national n'ont été fixées que début 2008³⁴⁹.

Au total, le calendrier défini pour l'octroi des crédits apparaît beaucoup trop resserré compte-tenu de la volonté légitime exprimée par les acteurs de ne pas reproduire les erreurs d'Hôpital 2007. Il serait par conséquent opportun de revenir sur la décision qui a été prise de dépenser un tiers de l'enveloppe SIH lors de la première tranche, soit 500 M€ pour 2008.

Ce report permettrait d'améliorer l'accompagnement des établissements de santé dans le montage de leurs projets et de limiter les risques d'une mauvaise utilisation des crédits. En effet, les établissements, qui n'ont que rarement les moyens humains nécessaires pour accompagner les projets, n'ont pas toujours été en mesure de présenter des projets aboutis. Par ailleurs, le montant important des aides susceptibles d'être accordées risque d'inciter les éditeurs et les prestataires à gonfler leur prix. Or, la connaissance par la tutelle régionale et nationale des prix du marché est pour le moment très limitée. Enfin, les éditeurs risquent de ne pas être en mesure de répondre à l'afflux des commandes générées par Hôpital 2012.

349. Trois fenêtres de dépôt de dossiers ont été ouvertes pour la première tranche du programme en 2008 et la phase de validation nationale des premiers dossiers a débuté en mars 2008.

SYNTHESE

Les contrôles réalisés dans les établissements de santé en 2007 soulignent l'inégale mobilisation des équipes de direction dans le pilotage et le suivi de la politique de développement du système d'information hospitalier. La couverture fonctionnelle des établissements reste très insatisfaisante en ce qui concerne le dossier du patient, en raison notamment de l'absence de dossier médical informatisé unique, et de l'absence d'articulation entre ce dossier médical, le dossier de soins infirmiers et la prescription informatisée du médicament.

Les lacunes du système d'information hospitalier sont en grande partie dues à la faiblesse du pilotage exercé par la tutelle. La volonté de préserver l'autonomie des établissements et l'éclatement des responsabilités entre plusieurs structures et opérateurs ont empêché de développer une véritable politique d'accompagnement des établissements de santé. Or, ces derniers disposent rarement des compétences et des moyens suffisants pour pouvoir conduire isolément leurs projets de développement SIH. Quant à l'appui apporté par les ARH, il est très inégal selon les régions.

Dans ce contexte, l'appui financier apporté par la tutelle, notamment dans le cadre d'Hôpital 2012, risque d'être mal employé. Le calendrier, trop resserré, risque de conduire à ce que soient retenus des projets insuffisamment préparés.

RECOMMANDATIONS

- 41. Redéfinir le rôle respectif des structures responsables du pilotage des systèmes d'information hospitaliers.*
 - 42. Assurer un suivi des dépenses réalisées par les établissements dans le domaine des systèmes d'information.*
 - 43. Elaborer un cadre de référence pour le développement des plateformes régionales d'interopérabilité.*
 - 44. Redéfinir un calendrier de financement du plan Hôpital 2012 compatible avec les délais d'élaboration de dossiers pertinents.*
-

Chapitre X

Les aides à la garde des jeunes enfants

PRESENTATION

La branche famille a consacré en 2007 près de 13 Md€ aux aides à la petite enfance, (10,9 Md€ de prestations soit 28 % du montant total des prestations légales attribuées et 1,9 Md€ de dépenses d'action sociale). La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) constitue désormais la quasi totalité de cette dépense. Créée par l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 en remplacement de différentes prestations existantes³⁵⁰, la PAJE voulait répondre à deux objectifs :

- *simplifier le dispositif d'aide à la garde des jeunes enfants grâce à une prestation unique et à un allègement de la gestion ;*
- *permettre aux parents de choisir librement de garder eux-mêmes leur enfant ou de le confier à des tiers en diminuant leurs contraintes financières.*

La montée en charge de la PAJE est intervenue dans un contexte de hausse de la natalité. Déjà perceptible depuis 2000, celle-ci s'est encore accrue depuis 2003 pour atteindre 816 500 naissances en 2007, chiffre jamais égalé depuis 25 ans à l'exception de l'année 2006.

Quatre ans après l'engagement de cette réforme³⁵¹, la Cour a voulu vérifier dans quelle mesure et à quel coût les objectifs précités de simplification et de libre choix tant d'activité des parents que de mode de garde des enfants ont été atteints. Rétrospectifs, les constats qui suivent devraient également permettre de nourrir les réflexions en cours en vue de la mise en place maîtrisée d'un éventuel « droit de garde opposable ».

I - Un dispositif peu simplifié

A – Une prestation à multiples facettes

La PAJE est une prestation globale qui comporte un socle de base et des compléments. Le socle est composé d'une prime de naissance (855,25 €³⁵²) ou d'adoption (1 710,49 €) et d'une allocation de base (171,06 €) versée mensuellement de la naissance de l'enfant à ses trois ans. Ces trois allocations sont versées sous conditions de ressources.

350. Désormais codifiée aux articles L531-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

351. Evoquée dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 55 et suivantes.

352. Tous les montants indiqués sont ceux en vigueur au 1^{er} juillet 2007.

Peuvent s'y ajouter plusieurs compléments accordés en fonction du mode de garde choisi par la famille :

- le complément mode de garde (CMG) « assistante maternelle » versé aux parents d'enfants âgés de 0 à 6 ans faisant garder leur enfant par une assistante maternelle (de 160 € à 375 € mensuels selon les revenus pour la garde d'enfants jusqu'à trois ans et moitié moins au delà de cet âge, montant auquel s'ajoute la prise en charge de la totalité des cotisations sociales) ;
- le CMG « garde à domicile », versé aux parents d'enfants âgés de 0 à 6 ans faisant garder leur enfant à domicile par une personne rémunérée, dont ils sont employeurs directs (de 160 € à 375 € mensuels selon les revenus pour la garde d'enfants jusqu'à 3 ans et moitié moins au delà de cet âge, montant auquel s'ajoute la prise en charge de la moitié des cotisations sociales plafonnée) ;
- le CMG « structure », allocation forfaitaire versée lorsque les parents recourent à une entreprise ou à une association prestataire de service qui met à leur disposition une garde à domicile (montant de l'allocation variant de 567 € à 784 € selon les revenus) ou une assistante maternelle agréée (de 432 € à 648 €) ;
- le complément de libre choix d'activité (CLCA) pour les parents qui ont arrêté ou réduit leur activité professionnelle pour élever leur enfant de moins de trois ans. Le CLCA peut être versé dès le premier enfant sans condition de ressources, mais dans ce cas il est versé pour une durée maximale de six mois. Le montant du CLCA, pour les parents ne percevant pas l'allocation de base, est de 530 € mensuels pour le CLCA taux plein, versé en cas d'arrêt total de l'activité professionnelle et de montants moindre en cas de travail à temps partiel. Pour les parents percevant l'allocation de base, le montant du CLCA est réduit du montant de cette allocation ;
- le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) mis en place le 1^{er} juillet 2006 pour les familles de trois enfants : son montant est plus élevé que le CLCA (759 € pour les parents ne percevant pas l'allocation de base, 588 € avec allocation de base) mais il est versé sur une période plus courte. Il est servi sans condition de ressources à l'un des parents d'au moins trois enfants qui cesse totalement son activité jusqu'au mois précédant le premier anniversaire de l'enfant ou de l'adoption. Ce choix est irréversible.

La PAJE n'est donc pas une prestation unique mais une appellation qui regroupe des prestations de même nature que celles existant précédemment. Sa création s'est accompagnée d'une évolution des conditions d'ouverture des droits et d'une revalorisation du montant des

prestations servies afin de permettre aux familles de choisir plus librement le mode de garde de leur enfant.

Améliorations induites par la PAJE

Prestations PAJE	Anciennes prestations	Principales différences
Allocation d'adoption/ naissance Allocation de base	Allocation d'adoption (AAD) Allocation pour jeune enfant (APJE)	Plafond de ressources relevé de 37 % par rapport à APJE. Prime de naissance versée en une seule fois au 7ème mois de grossesse. Suppression de la mécanique différentielle de l'APJE.
CMG-AM	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA)	Plafonds de ressources et montants versés fortement augmentés par rapport à l'AFEAMA : ainsi le plafond de la première tranche passe de 17 593 € par an à 19 225 € Le montant versé au dessous de ce seuil passe de 109,34 € à 374,75 € par mois. Dans les deux cas il y a prise en charge des cotisations sociales.
CMG- garde à domicile	Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)	Versement d'une aide aux familles comme pour le CMG-AM en plus de la prise en charge, comme par l'AGED, d'une partie des cotisations sociale mais de façon plus avantageuse
CLCA COLCA	Allocation parentale d'éducation (APE)	Comme pour l'APE, pas de condition de ressources. Contrairement à l'APE, peut être versé dès le premier enfant (si le parent a travaillé au moins 2 ans dans les 2 années précédentes). A partir du 2eme enfant, les conditions d'activité préalables sont plus restrictives que pour l'APE. Revalorisation du CLCA versé dans le cadre d'un travail à temps partiel : en cas de travail à 50%, le versement mensuel passe de 350,92€ pour l'APE à 403,56 € (+15 %) pour la PAJE

Source : CNAF

La revalorisation du CMG « assistante maternelle » par rapport à l'AFEAMA, l'augmentation du plafond de ressources pour l'allocation de base et la prime de naissance/adoption, l'ouverture du CLCA aux parents d'un premier enfant expliquent en partie la forte augmentation du nombre des familles bénéficiaires des prestations de la PAJE. L'augmentation de la natalité y a également contribué, comme le montre le tableau qui suit.

Evolution du nombre de familles bénéficiaires des prestations petite enfance

	2003	2006	Taux de croissance
Prestations d'entretien - allocation pour jeune enfant -allocation de base	1 363 000	1 890 072	
Compensation pour perte de ressources	563 000	612 537	+ 10 %
Aide à la garde d'enfants par assistante maternelle	629 000	743 042	+ 18 %
Aide à la garde d'enfants par garde à domicile	53 000	58 455	+ 10 %
CMG « structure » *	-	1 352	P.M.

NB : ces chiffres intègrent l'ensemble des enfants de 0 à 6 ans.

*versé à des entreprises ou à des associations.

Source : CNAF

Conséquence de ces évolutions, le montant des prestations petite enfance (PAJE et prestations antérieures) est passé de 8,1 Md€ en 2003 à 10,4 Md€ en 2006 et à environ 11 Md€ en 2007.

Montants des prestations petite enfance (tous régimes)

M€

2003		2006	
Prestations	Montant versé	Prestations	Montant versé
Allocation d'adoption	4,1	Allocation d'adoption	0,1
APJE	2 815,6	Prime adoption	5,4
		APJE	287,9
		Prime naissance	614,4
		Allocation base	3 445,7
<i>Sous-total</i>	<i>2 819,7</i>	<i>Sous-total</i>	<i>4 353,5</i>
APE	3 033,6	APE	442,1
		CLCA	1 974,3
		COLCA	0,8
<i>Sous-total</i>	<i>3 033,6</i>	<i>Sous-total</i>	<i>2 417,2</i>
AFEAMA	2 168,1	AFEAMA	838,3
		CMG AM	2 623,2
<i>Sous-total</i>	<i>2 168,1</i>	<i>Sous-total</i>	<i>3 461,5</i>
AGED	113,3	AGED	54,4
		CMG garde domicile	153,9
<i>Sous-total</i>	<i>113,3</i>	<i>Sous-total</i>	<i>208,3</i>
TOTAL	8 134,8	TOTAL	10 440,6

Source : Cour des comptes d'après données CNAF

A ces chiffres il convient de rajouter environ 2,6 Md€ en 2007 correspondant à la prise en charge par la branche famille des cotisations

retraites des parents bénéficiaires d'une allocation de compensation de perte de ressources (assurance vieillesse des parents au foyer, AVPF)³⁵³.

B – Une réglementation qui reste complexe

1 – L'impact de la création de la PAJE sur la branche famille

Bien que les différents types de prestations de l'ancienne gamme soient désormais regroupés sous la dénomination enveloppante de PAJE, chacune continue d'être régie par ses règles propres, souvent plus complexes que les règles applicables aux prestations antérieures.

La réforme de la PAJE a fait l'objet d'une préparation en amont entre l'Etat et la CNAF qui a permis d'adapter à temps la gestion et les outils informatiques des CAF. Cette démarche partenariale n'a toutefois pas été étendue à l'ensemble des autres acteurs concernés, comme les professionnels de la petite enfance au plan local, ce qui aurait permis d'identifier avant sa mise en place certaines lacunes du dispositif. En tout état de cause, les règles relatives aux conditions d'accès aux prestations, au calcul des droits, aux règles de saisie des salaires versés aux assistantes maternelles et à la fin des versements restent difficiles à assimiler aussi bien pour les usagers que pour les techniciens conseils des CAF qui ont dû, au départ, assimiler une circulaire de 90 pages.

Début 2004, la CNAF a cherché à chiffrer l'impact de la création de la PAJE sur ses coûts de gestion. Elle a évalué à 4,71 M€ les surcoûts ponctuels liés à la mise en œuvre de la réforme. En contrepartie, elle a estimé que les coûts de gestion de la PAJE seraient réduits de 6,38 M€ par an par rapport à ceux des aides antérieures. Cette analyse ex ante est restée partielle : en particulier, elle n'a pas inclus les investissements réalisés dans le cadre de PAJE Emploi. Surtout, il n'a pas été procédé à un bilan ex post. La diminution annoncée des coûts de gestion, qui devait se traduire par une réduction importante des charges directes des personnels, n'est pas mesurée.

2 – La perception de la PAJE par ses bénéficiaires

Des simplifications réelles sont intervenues dans la liquidation et le paiement des prestations. Les formalités administratives liées au paiement des assistantes maternelles et des gardes à domicile ont été allégées avec la mise en place du service « PAJE Emploi » au sein du réseau des

353. La branche famille verse les cotisations à la branche vieillesse pour le compte des parents percevant l'APE, le COLCA ou le CLCA.

URSSAF. Le nombre de « télé déclarants » est passé de 13 000 en 2004 à 61 500 en 2006, sur un total de bénéficiaires du CMG d'environ 460 000. Le pourcentage de déclarations de volets sociaux par internet est passé de 12 % dans les premiers mois de 2004 à 70 % en septembre 2007. Les éléments de paie sont ainsi traités par l'URSSAF, les CAF se concentrant sur les aides.

A la demande de la CNAF et en liaison avec la DREES, une enquête téléphonique a été faite par le CREDOC auprès de 3 000 bénéficiaires de la PAJE en septembre et octobre 2005. Il ressort des réponses que si la PAJE est considérée comme plus simple pour beaucoup, pour 21 % « c'est plus compliqué ». D'après l'analyse faite par la CNAF, ce sont principalement les bénéficiaires du CLCA qui trouvent cette prestation plus complexe que l'APE.

II - Un dispositif plus coûteux que prévu

A – Un surcoût minoré

Le PLFSS 2004 chiffrait le surcoût de la PAJE par rapport aux prestations antérieures à 800 M€ au terme de la montée en charge du dispositif. La CNAF, de son côté, prévoyait à cette époque une dépense supplémentaire à terme un peu plus élevée, comprise entre 1,2 Md€ et 900 M€, ce deuxième chiffre étant obtenu en faisant l'hypothèse que le resserrement des conditions d'activité antérieures requises pour bénéficier du CLCA allait réduire le nombre de bénéficiaires, engendrant ainsi une économie de 150 M€³⁵⁴.

La CNAF estime désormais le surcoût de la PAJE par rapport aux anciennes prestations à 1,77 Md€ pour 2007 et à 2,021 Md€ en 2009 à l'issue de sa montée en charge (en euros constants c'est-à-dire hors effet de revalorisation des barèmes, donc à SMIC et à base mensuelle des allocations familiales -BMAF- constants).

354. Chiffre DREES utilisé par la CNAF.

**Surcoût estimé de la PAJE par rapport aux prestations antérieures
(données tous régimes : BMAF et SMIC 2003)**

En M€ constants

	2005	2006	2007	2008*	2009*
PAJE Prime, allocation de base, CLCA, APJE, APE, allocation d'adoption	380	578	668	720	720
Dont COLCA		1	15	16	16
CMG assistantes maternelles, AFEAMA	393	808	1 009	1 138	1 168
CMG garde à domicile, AGED	43	82	93	121	133
Surcoût total	816	1 468	1 770	1 979	2 021
Dont coût différentiel hors COLCA		1 468	1 755	1 963	2 004

**Prévisions*

Source : CNAF

Près des deux tiers de ce surcoût concernent les prestations de garde (CMG assistante maternelle et CMG garde à domicile).

B – Des prévisions mal fondées

L'écart entre les prévisions financières de 2007 (2 021 M€ à l'issue de la montée en charge, en 2009) et celles annoncées en 2003 par le PLFSS (800 M€) s'explique notamment par le défaut de réalisme des évaluations initiales :

- le nombre de familles bénéficiaires de la prime de naissance/adoption et de l'allocation de base a été sous-estimé. Compte tenu de la revalorisation de 37 % du plafond de ressources pour l'allocation de base, le PLFSS estimait à 200 000 le nombre de familles supplémentaires bénéficiaires de l'allocation de base. Il a été en réalité de 285 000³⁵⁵, soit un surcoût de 250 M€;
- les effets de la restriction des conditions d'activité antérieure pour bénéficiaire du CLCA ont été surestimés. Alors que la DREES prévoyait que ce durcissement réduirait les coûts de 150 M€, celui-ci n'aurait permis de réaliser qu'une économie de 90 M€;
- en ce qui concerne l'écart de 750 M€ entre les prévisions de dépenses sur le CMG assistantes maternelles et les dépenses constatées en 2007, une partie (250 M€) provient de deux éléments mal pris en compte dans les prévisions : d'une part, les indemnités d'entretien versées aux

355. Le nombre total de familles bénéficiaires est de 435 000 mais 150 000 d'entre elles bénéficient du CLCA et n'entrent pas dans le calcul du surcoût par rapport à l'APJE.

assistantes maternelles, qui rentrent depuis la PAJE dans la base du calcul des aides aux familles, n'avaient pas été intégrées dans les prévisions de dépenses. Selon la CNAF, cet effet était difficile à quantifier avec précision faute d'informations solides à l'époque sur le montant de ces indemnités. D'autre part, la prise en charge des cotisations sociales assises sur les salaires des assistantes maternelles (volet cotisations du CMG) a été sous-estimée, du fait de la progression de la rémunération des assistantes maternelles dans le contexte de la revalorisation de leur statut via la convention collective de janvier 2005 et de la meilleure solvabilisation des familles par la PAJE ;

- surtout, les chiffrages de 2003 ont été faits en prenant pour hypothèse un comportement constant des familles, c'est-à-dire sans anticiper les évolutions que la revalorisation des prestations devait susciter. Ainsi, ni les conséquences du développement du CLCA à temps partiel, fortement revalorisé par rapport à l'APE à temps partiel, ni surtout celles de la forte progression des modes de garde individuels (CMG), n'ont été correctement appréciées. Le surcoût total de 1,3 Md€ 2003 constaté sur les compléments mode de garde par rapport aux prestations antérieures (cf tableau supra) est dû, pour 800 M€ 2003, à un impact mécanique (revalorisation) et pour 500 M€, à des effets de comportement. Sans doute, l'anticipation d'une évolution de comportements individuels relève-t-elle d'un exercice difficile ; il n'en demeure pas moins que le choix de réaliser des chiffrages à comportement constant est contestable, dans la mesure où l'un des principaux objectifs de la PAJE était précisément d'inciter les ménages à recourir à des modes de garde rémunérés ou à conserver un travail à temps partiel. L'hypothèse d'un comportement constant des familles conduisait nécessairement à minimiser le surcoût de la PAJE.

Par ailleurs, les prévisions avaient été faites en supposant inchangé le nombre de naissances, ce qui n'a pas été le cas.

Ainsi, alors que la dégradation de la situation financière de la branche famille, déficitaire pour la première fois en 2004, était connue dès la préparation du PLFSS 2004, les promoteurs de la PAJE n'ont pas cherché à évaluer son coût avec réalisme : les éléments susceptibles de générer un surcoût n'ont pas toujours été intégrés dans les prévisions au motif qu'ils étaient difficilement chiffrables. Mais à l'inverse, les éléments susceptibles d'engendrer des économies ont été trop largement pris en compte, alors même qu'ils étaient tout aussi difficiles à estimer.

C – L’absence de mesures financières correctrices

Dans le cadre de la préparation des PLFSS postérieurs à la création de la PAJE, plusieurs pistes d’économies ont été envisagées aux cours des étés 2005, 2006 et 2007 : le durcissement des conditions d’activité antérieures pour le CLCA ; la baisse de 20 % du plafond de ressources de la PAJE ; la suppression des majorations du plafond de ressources pour enfants à charge ; pour le CMG : la suppression de la prise en charge partielle de la rémunération pour les familles situées dans la tranche supérieure des revenus ou l’augmentation du coût pour ces familles.

Ces propositions n’ont pas été retenues par le gouvernement ; l’unique mesure d’économie décidée a été l’annulation du basculement dans la PAJE des bénéficiaires de l’AFEAMA et de l’AGED au 1^{er} janvier 2007. Cette annulation a permis une réduction des surcoûts de l’ordre de 190 M€ en 2007, 180 M€ en 2008 et 70 M€ en 2009, au prix de quelques coûts de gestion supplémentaires (45 % des économies de gestion prévus dans la COG 2005 2008).

Au contraire, la revalorisation de 50 € par mois du CMG « assistantes maternelles » pour les familles situées dans la tranche inférieure de revenus, décidée dans le cadre du PLFSS 2008, devrait générer une dépense supplémentaire de 37 M€

III - Le libre choix d’activité

L’un des objectifs fixés à la PAJE était de continuer à offrir aux parents la possibilité de se retirer temporairement du marché du travail pour se consacrer à leur enfant, sans toutefois que ce choix réduise l’employabilité des femmes. Dans le cadre de la stratégie de l’Union européenne décidée à Lisbonne en 2000, la France doit en effet accroître le taux d’emploi des femmes.

A – Le succès du CLCA à taux réduit auprès des familles favorisées

Le nombre de bénéficiaires d’une compensation de revenus pour congé parental (APE puis CLCA) a progressé de 14 % entre 2003 et 2006 (régime général uniquement). Cette augmentation est essentiellement due à la progression du nombre de bénéficiaires d’un CLCA à taux réduit versé en cas de travail à temps partiel, le nombre de familles bénéficiant d’un CLCA ou de l’APE à taux plein étant resté à peu près stable.

L'essor du CLCA à taux réduit est la conséquence directe de la revalorisation de son montant de 15 % par rapport à celui de l'APE. Il a surtout profité aux classes moyennes et aisées : parmi les bénéficiaires du CLCA de rang 1 à taux réduit, 34 % sont des professions intermédiaires, 25 % des ouvriers et 20 % des cadres. En termes de revenus, 41 % disposent de revenus très élevés, 31 % de revenus élevés et 20 % de revenus moyens³⁵⁶.

Ainsi, le CLCA à taux réduit ne s'est pas développé par substitution au CLCA à taux plein pour éviter aux femmes de se retirer totalement du marché du travail, mais a incité d'autres femmes, principalement dans les familles favorisées, à alléger leur activité professionnelle. Pour elles, le recours au CLCA à taux réduit constitue un congé de maternité prolongé, qui leur permet en outre de bénéficier d'une aide à la garde : 41 % des bénéficiaires d'un CLCA à taux partiel perçoivent également un CMG.

Au final, le succès du CLCA à taux partiel est dû plus à la revalorisation du CMG qu'à la majoration du CLCA à taux réduit. La revalorisation du CLCA à taux réduit a donc manqué sa cible et constitue à cet égard un avantage important pour les familles les plus aisées.

B – Le recours au CLCA à taux plein, un choix souvent contraint

Parmi les bénéficiaires du CLCA de rang 1 à taux plein figurent principalement des ouvriers (31 %), des professions intermédiaires (23 %) et des employés (20 %). L'écart est plus marqué pour le CLCA de rang 2 : 42 % sont des ouvriers et 50 % disposent de revenus faibles ou très faibles.

Ainsi, à la différence des parents bénéficiaires du CLCA à taux réduit, les parents bénéficiaires du CLCA à taux plein sont principalement des femmes peu diplômées et disposant de faibles revenus. Pour elles, le retrait du marché du travail est fréquemment un choix contraint.

Selon l'enquête CREDOC précitée, 15 % des allocataires du CLCA à taux plein avancent le coût trop élevé des modes de garde payants comme la principale raison de leur choix et 67 % citent cette raison comme ayant compté dans leur choix. Les bénéficiaires du CLCA pour une seconde naissance et plus sont particulièrement nombreuses à évoquer cette raison. Au total, quatre bénéficiaires du CLCA sur dix

356. Source : DREES, Etude et résultats n° 510, août 2006 ; échelle de revenus par quintile.

déclarent qu'elles auraient aimé continuer à travailler. Un tiers des bénéficiaires du CLCA de rang 2 et 23 % des bénéficiaires de rang 1 ne travaillaient pas avant la naissance, allaient démissionner ou être licenciées.

C – Le maintien des difficultés de retour à l'emploi

1 – L'échec du COLCA

Mis en place en juillet 2006, le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) offre aux familles ayant la charge d'au moins trois enfants, sous condition d'activité professionnelle antérieure, de bénéficier d'un congé plus court que le CLCA (un an au lieu de trois) mais mieux rémunéré.

Ce dispositif, qui était destiné à inciter les femmes à se retirer moins longtemps du marché du travail, n'a pas eu jusqu'à ce jour le succès escompté. Au 30 septembre 2007, on dénombrait seulement 2 407 bénéficiaires du COLCA en France métropolitaine alors que les prévisions faisaient état de 50 000 bénéficiaires. Cet échec est vraisemblablement dû au fait que la durée du COLCA est jugée trop courte (du congé de un an doivent en effet être déduits le congé maternité et les éventuels congés payés) et qu'il est réservé aux familles de trois enfants.

2 – Des difficultés de retour à l'emploi mal mesurées et peu prises en compte

La proportion de femmes retrouvant un emploi après une période de CLCA ou de COLCA n'est pas mesurée. Cet indicateur, prévu par le programme de qualité et d'efficacité annexé au PLFSS 2008 (indicateur 3.6) ne devrait être renseigné qu'à partir de 2009.

En dehors de la création du COLCA, aucune mesure concrète n'a été mise en œuvre pour améliorer le retour à l'emploi des bénéficiaires d'un congé parental et pour limiter l'éloignement de ces personnes du marché du travail. Pourtant, la France a un taux d'emploi féminin inférieur aux objectifs européens fixés à Lisbonne et l'emploi des parents est le meilleur moyen de prémunir les enfants de la pauvreté.

En conclusion, l'échec du COLCA et la non diminution de la cessation totale d'activité au profit d'une activité réduite plaident pour une réduction de la durée du CLCA et le resserrement des conditions d'activité ouvrant droit au CLCA afin d'éviter l'éloignement durable des

mères du marché du travail³⁵⁷. Ces mesures prendraient tout leur sens si elles se couplaient à une plus grande facilité pour les familles les moins aisées de disposer d'une offre de garde disponible, à un coût abordable.

IV - Le libre choix du mode de garde

A – La revalorisation des aides à la garde individuelle

1 – Des objectifs insuffisamment précisés

La création de la PAJE visait à permettre le libre choix des familles en revalorisant les prestations à la garde individuelle, mais sans que cet objectif ait véritablement été précisé en termes de nombre d'enfants ainsi gardés³⁵⁸.

2 – La réduction du reste à charge des familles, une donnée mal mesurée

Il est difficile d'évaluer l'impact de la PAJE sur le reste à charge des familles. En premier lieu, ni la CNAF ni le ministère ne semblent disposer de données sur l'évolution des taux d'effort entre 2002 et 2004 : les données communiquées, qui figurent ci-après, proviennent de deux sources différentes et doivent donc être interprétées avec précaution³⁵⁹.

Par ailleurs, la création de la PAJE a été accompagnée de plusieurs mesures d'allègements fiscaux, résumées dans l'encadré suivant, si bien qu'il est difficile de distinguer l'impact de la PAJE de celui de ces mesures fiscales complémentaires.

357. Cf. RALFSS 2007 : Les aides publiques aux familles, p. 364 et 365.

358. En outre, le programme de qualité et d'efficacité (PQE) mentionne un objectif de « renforcement de la liberté de choix », sans que l'on sache si l'objectif est, à revenu donné, une meilleure corrélation entre le taux d'effort et le coût pour la collectivité des différents modes de garde, ou bien, pour un mode de garde donné, l'harmonisation des taux d'effort selon les revenus.

359. PLFSS 2008 (annexe 1 PQE) pour les années 2004 à 2007, chiffres CNAF cités dans le rapport du groupe de travail Prestation d'accueil du jeune enfant, remis au ministre en février 2003 (pp.101 et 102) pour l'année 2002.

Crédit d'impôt pour garde d'enfant à l'extérieur du domicile

Les frais de garde engagés à l'extérieur du domicile (nets des aides PAJE reçues) pour des enfants âgés de moins de six ans donnent lieu à un crédit d'impôt. Alors que l'aide accordée était initialement une réduction d'impôt, ce qui favorisait les ménages ayant les plus hauts revenus, elle a été transformée en crédit d'impôt en 2005. En 2006, son taux a été doublé pour atteindre 50 % des dépenses, limitées à 2 300 € par enfant et par an (article 200 quater B du CGI).

Le coût de cette mesure était de 260 M€ en 2005 et de 350 M€ en 2006. Le coût prévisionnel de cette mesure était estimé à 800 M€ pour 2007. Ces chiffres concernent tous les enfants de moins de six ans.

Le crédit d'impôt pour l'emploi d'une garde à domicile

Les frais d'emploi d'un salarié à domicile (non diminués des aides PAJE) ouvrent droit à d'un crédit d'impôt égal à 50 % du montant des dépenses, retenues dans la limite d'un plafond de 12 000 € (majoré de 1 500 € par enfant à charge dans la limite totale de 15 000 €). Cette mesure bénéficie notamment aux familles ayant recours à une garde à domicile pour faire garder leurs enfants. Cette aide, qui était initialement une réduction d'impôt, a été transformée en crédit d'impôt à compter de l'imposition des revenus 2007 pour les contribuables qui exercent une activité professionnelle ou sont inscrits comme demandeurs d'emploi depuis au moins 3 mois.

D'après les estimations de l'observatoire national de la petite enfance, le montant total des dépenses fiscales pour emplois familiaux (garde à domicile, personnel de maison...) des foyers comprenant un enfant de moins de 3 ans représentait environ 220 M€ en 2005. Parmi ces dépenses, le montant des dépenses fiscales correspondant à de la garde à domicile représenterait 83 M€.

Exonération partielle des cotisations patronales

Depuis 2006, la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des aides à la personne a prévu une exonération de 15 points de cotisations patronales, compensée par le budget de l'Etat, pour les particuliers employeurs qui acquittent les cotisations sur la base de l'assiette réelle et la possibilité pour les entreprises d'abonder le CESU au bénéfice de leurs salariés et de déduire cet abondement au titre du crédit d'impôt famille créé en LFI 2003.

Enfin, les données sur les restes à charge présentées ci-après correspondent à des cas types théoriques³⁶⁰. En particulier, ils font l'hypothèse que la rémunération des assistantes maternelles et des gardes à domicile est restée inchangée, ce qui n'est pas le cas.

360. Les PQE retiennent l'hypothèse de couples parents bi-actifs avec un enfant.

Sous ces réserves, dans le cas d'une garde par une assistante maternelle, l'effort financier des familles a été sensiblement réduit lors de la mise en place de la PAJE. Le taux d'effort³⁶¹ des familles disposant d'un revenu égal au SMIC, qui était de 27,5 % en 2002, serait ainsi passé à 12,3 % en 2004. Celui des familles disposant de trois SMIC et plus aurait baissé de 9,9 % en 2002 à 7,1 % en 2004. Ces chiffres doivent être pris avec précaution dans la mesure où ils ne tiennent pas compte de la forte augmentation du salaire des assistantes maternelles (+36 % en euros courants contre +26 % pour le SMIC) constatée entre mars 2000 et juillet 2006³⁶², ni des forts écarts constatés³⁶³.

Taux d'effort en cas de garde par une assistante maternelle

		1 SMIC	3 SMIC	6 SMIC
2002	Coût pour la famille	NC	NC	NC
	Taux d'effort	27,5 %	9,9 %	NC
2004	Coût pour la famille	130 €	200 €	284 €
	Taux d'effort	12,3 %	7,1 %	5,4 %
2005	Coût pour la famille	131 €	208 €	297 €
	Taux d'effort	11,9 %	7,0 %	5,3 %
2006	Coût pour la famille	103 €	156 €	259 €
	Taux d'effort	9,1 %	5,1 %	4,5 %
Prévision 2007	Coût pour la famille	106 €	161 €	268 €
	Taux d'effort	9,0 %	5,1 %	4,5 %

NB : hypothèse 20 jours de garde par mois, salaire des assistantes maternelle de 3,5 SMIC horaire/j en 2005.

Source : PLFSS 2008 – annexe 1 PQE

En comparant dans une étude récente sur l'année 2005 la situation de deux familles dont l'une bénéficie de la PAJE et l'autre des prestations antérieures, la CNAF a constaté les mêmes évolutions : une réduction du taux d'effort de 25 à 13 % pour les familles à un SMIC de revenu et un taux d'effort constant de 6 % pour les familles ayant 5 SMIC de revenu.

En ce qui concerne les établissements d'accueil de jeunes enfants³⁶⁴ (EAJE), on note une même évolution à la baisse du taux d'effort, non imputable à la PAJE, mais plutôt aux mesures fiscales.

361. Equivalent au pourcentage du reste à charge par rapport au revenu disponible.

362 Les assistantes maternelles en 2005, Etudes et résultats n° 581, juin 2007.

363. Le salaire journalier d'une assistante maternelle, pour une journée de huit heures, peut varier entre 2,25 SMIC horaire (18,96 € au 1^{er} janvier 2008) et 5 SMIC horaire (42,20 €).

364. Cette dénomination regroupe diverses catégories d'établissements qui ont en commun d'être spécialement conçus et aménagés pour recevoir dans la journée,

Taux d'effort en cas de garde en EAJE

		1 SMIC	3 SMIC	6 SMIC
2002	Coût pour la famille	NC	NC	NC
	Taux d'effort	10,4 %	8,7 %	NC
2004	Coût pour la famille	89 €	218 €	357 €
	Taux d'effort	8,4 %	7,8 %	6,8 %
2005	Coût pour la famille	70 €	237 €	364 €
	Taux d'effort	6,4 %	7,9 %	6,5 %
2006	Coût pour la famille	49 €	197 €	323 €
	Taux d'effort	4,3 %	6,4 %	5,5 %
Prévision 2007	Coût pour la famille	50 €	206 €	330 €
	Taux d'effort	4,3 %	6,5 %	5,5 %

Source : PLFSS 2008 – annexe 1 PQE

En ce qui concerne la garde à domicile, la PAJE n'a pas diminué le taux d'effort des parents : pour les familles disposant d'un SMIC, le recours à une garde à domicile, qui était financièrement inabordable en 2002, l'est tout autant en 2004. Pour les familles disposant de trois SMIC, le taux d'effort serait passé de 36,5 % (hors APJE) en 2002 à 45,5 % en 2004. En revanche, les mesures fiscales de 2005 et 2006 ont permis aux ménages disposant d'un revenu égal à trois SMIC de réduire leur taux d'effort de 38,6 % à 25 %. L'emploi d'une garde à domicile reste de fait utilisé par les familles disposant des plus hauts revenus, leur taux d'effort étant le moins élevé.

Taux d'effort en cas de garde à domicile

		1 SMIC	3 SMIC	6 SMIC
2002	Coût pour la famille	NC	NC	NC
	Taux d'effort	Impossible	36,5 %	NC
2004	Coût pour la famille	1 277 €	1 281 €	931 €
	Taux d'effort	121,3 %	45,5 %	17,6%
2005	Coût pour la famille	1 374 €	1 354 €	1 019 €
	Taux d'effort	125,3 %	46,1 %	18,2%
2006	Coût pour la famille	1 210 €	1 191 €	858 €
	Taux d'effort	106,2 %	38,6 %	14,7%
Prévision 2007	Coût pour la famille	684 €	791 €	898 €
	Taux d'effort	58,4 %	25,0 %	15,0%

Source : PLFSS 2008 – annexe 1 PQE

collectivement, de façon régulière ou occasionnelle les enfants de moins de 6 ans.

3 – L'absence de corrélation entre les taux d'effort, les revenus et le coût pour la société des modes de garde

La dispersion des taux d'effort observée en fonction des revenus et des modes de garde n'est pas cohérente sur le plan de l'équité : à l'exception des EAJE, le taux d'effort des familles est d'autant plus important que les revenus des familles sont faibles. Pour les EAJE, le taux d'effort augmente quand le revenu du foyer passe de un à trois SMIC puis il diminue quand il est de six SMIC (impact du barème national fonction des revenus).

La dispersion des taux d'effort n'est pas non plus cohérente du point de vue de la bonne utilisation des fonds publics, qui supposerait que le coût pour la collectivité baisse plus fortement quand les revenus des familles augmentent.

Coût par enfant des différentes modes de garde en 2007 selon le revenu de la famille

En €

	Assistante maternelle	Garde à domicile	Garde partagée	EAJE
Coût mensuel total	863	2 255	1 128	1 372
<i>Couple bi-actif 1 SMIC</i>				
Coût famille	106	684	218	50
Coût collectivité	757	1 571	910	1 322
<i>Couple bi-actif 3 SMIC</i>				
Coût famille	161	791	271	206
Coût collectivité	702	1 464	857	1 166
<i>Couple bi-actif 6 SMIC</i>				
Coût famille	268	898	325	330
Coût collectivité	595	1 357	803	1 042

Source : PLFSS 2008 – annexe 1 PQE

Le tableau ci-dessus doit être interprété avec précaution : ces données tendent à minorer le coût total d'une garde par une assistante maternelle, puisque les avantages fiscaux dont elles bénéficient ne sont pas intégrés dans le coût pour la collectivité.

Sous ces réserves, ce tableau indique que pour un ménage disposant d'un revenu égal à un SMIC, le recours à un établissement d'accueil collectif est le mode de garde le moins coûteux pour la famille, alors qu'il est coûteux pour la collectivité (1 322 € en 2007). Pour les familles disposant d'un revenu égal à six SMIC, le recours à une assistante maternelle permet de minimiser le coût pour la famille (268 €), mais ces familles ont également intérêt à recourir à la garde à domicile

partagée (325 €) et à la crèche (330 €), qui constituent des modes de garde plus onéreux pour la collectivité (respectivement 803 € et 1 042 €).

B – Un libre choix qui se heurte à l’insuffisance de l’offre de garde

La PAJE, qui visait à mieux solvabiliser les familles, laisse entière la question de l’offre de garde, dont le développement relève d’autres acteurs et d’autres dispositifs. Le déséquilibre entre l’offre de garde et la demande a été aggravé par le dynamisme de la natalité observé depuis 2003 et un resserrement de la scolarisation des enfants de 2-3 ans.

Les commissions départementales d’accueil des jeunes enfants (CDAJE), créées par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale, avaient notamment pour mission d’identifier les besoins et de coordonner le développement de l’offre de garde. Or, ces commissions peinent à se mettre en place et à jouer un rôle opérationnel³⁶⁵.

1 – La garde par les assistantes maternelles

Ce mode de garde est peu coûteux pour la collectivité. Pourtant, le nombre d’assistantes maternelles agréées, qui avait augmenté au moment de la mise en place de l’AFEAMA (132 000 en 1990, 338 000 en 2000), plafonne depuis 2004. Le taux d’exercice de la profession plafonne également : il est passé de 54 % en 1990, à 69,8 % en 2003 et à 70,2 % en 2005. Enfin, le chômage, perceptible notamment dans certains quartiers sensibles, est mal identifié : au niveau statistique, le taux de non exercice recouvre à la fois les assistantes maternelles ne désirant pas exercer et celles qui sont au chômage. Au total, le nombre de places auprès d’assistantes maternelles exerçant leur activité, estimé à 689 200 en 2005, a progressé de 2,9 % par an entre 2003 et 2005, ce qui correspond au taux de croissance de la natalité entre 2005 et 2006. Le grand nombre de départs à la retraite prévu dans les prochaines années (environ 80 000 d’ici 2015) va encore aggraver le déséquilibre.

Aucune étude n’a été réalisée pour comprendre les raisons de la faible progression du nombre d’assistantes maternelles agréées et la stagnation du taux d’exercice, alors même que la réforme statutaire de 2005 et la mise en place de la PAJE auraient dû conduire à une augmentation des effectifs de la profession.

365. Elles n’avaient été mises en place fin 2007 que dans 60 départements.

Plusieurs facteurs explicatifs sont néanmoins avancés tels que les délais administratifs pour l'obtention d'un agrément et les normes de logement exigeantes qui sont imposées, ainsi que certaines difficultés d'exercice de la profession ou le caractère plus rémunérateur des indemnités chômage par rapport à la rémunération d'assistante maternelle.

Afin de réduire le chômage des assistantes maternelles, certaines communes autorisent des rassemblements d'assistantes maternelles dans des locaux, transformés en crèches familiales « sauvages ». Mais des solutions pérennes devraient être envisagées telles que l'augmentation des aides à la mise aux normes des habitations ou la réforme du cadre juridique des crèches familiales pour permettre la mise à disposition de locaux à des assistantes maternelles.

2 – La garde à domicile

Cette solution est de loin la plus onéreuse par enfant gardé. Elle bénéficie surtout aux familles aisées qui cumulent les allocations PAJE avec des réductions d'impôts.

Toutefois, le recensement exhaustif du nombre d'enfants ainsi pris en charge et des personnes qui s'en occupent est difficile en l'absence d'agrément préalable des gardes et de la méconnaissance du nombre de familles qui ne perçoivent pas d'aides de la CNAF. En outre, la réduction d'impôts accordée pour emploi de personnels à domicile ne distingue pas la population des gardes d'enfants de celle exerçant d'autres types d'activités.

Les aides directes versées ont augmenté en euros constants de 75 % entre 2003 et 2006 (119 M€ contre 208 M€) et les sommes moyennes versées à chaque famille par les CAF ont augmenté de 17 % par an en moyenne (de 2 245€ par an en 2003 à 3 558 € en 2006).

3 – Les établissements d'accueil des jeunes enfants

Depuis 2000, le soutien au développement de l'accueil des jeunes enfants a connu une progression avec la mise en place de quatre dotations spécifiques visant à soutenir l'investissement dans les structures d'accueil : le fonds d'investissement à la petite enfance (FIPE); l'aide exceptionnelle à l'investissement (AEI) ; le dispositif d'aide à l'investissement petite enfance (DAIPE) ; le dispositif d'investissement petite enfance (DIPE). Le montant total de ces quatre fonds représentait pour la CNAF une dépense de 822 M€ dont quelque 98 % étaient engagés mi-2007. A ces sommes, il faut ajouter 129 M€ versés directement par les

CAF à partir de leurs ressources propres. Les financements totaux apportés par les différents acteurs sont évalués par la CNAF à 2 252 M€

Ces quatre plans crèches devaient permettre de créer au moins 75 000 nouvelles places entre 2000 et 2007. Ces objectifs n'ont pas été atteints : le nombre de places disponibles en garde collective et en crèche familiale n'a augmenté que de 37 800 sur cette période en métropole, environ 2 % par an, soit à peine le taux d'augmentation de la natalité. Cette faible progression est due à plusieurs facteurs :

- le retard des plans crèches : sur les 75 000 places annoncées, 32 280 ne seront créées que de 2007 à 2011. Le délai moyen d'ouverture au public après la décision de financement étant de 27 mois, le dernier plan datant de mi 2005, le nombre des places créées auraient dû être plus important ;
- des places, dites nouvelles, sont en fait parfois des places anciennes rénovées ou « relabellisées » c'est-à-dire appelées places de multi-accueil au lieu de places en crèches ou haltes-garderies ;
- le nombre important des fermetures de places en crèche, de l'ordre de 2 000 à 3 000 par an, en particulier pour non respect des normes.

Par ailleurs, les statistiques ne permettent pas de distinguer les places créées des places réellement ouvertes. Le manque d'encadrement et de personnels, la difficulté pour les communes ou les associations de gérer ces personnels dont les horaires sont souvent morcelés ainsi que le niveau du déficit par place à combler par le gestionnaire de la structure constituent très souvent un obstacle à l'ouverture effective des places. Il serait nécessaire d'approfondir les raisons des difficultés de recrutement rencontrées par un grand nombre d'établissements (formation des personnels, règles d'accès à la profession, manque de passerelles, rémunération, etc.) dans un secteur qui constitue pourtant un important gisement d'emplois. Certaines de ces difficultés perdurent après l'ouverture des places, de sorte que le taux de remplissage des places ouvertes, toutes structures confondues, n'est que de 67 % (France métropolitaine).

Les entreprises de crèche contribuent désormais au développement de l'offre même si, au départ, toutes les conditions n'étaient pas réunies pour faciliter le développement de leur activité. L'acceptation culturelle par les CAF et les collectivités territoriales de cette forme de partenariat a

permis récemment d'accélérer l'implantation de cette offre, qui s'appuie sur le crédit d'impôt famille³⁶⁶.

4 – La scolarisation des enfants de 2 ans

Le taux de scolarisation des 2-3 ans a diminué de 27 % entre 2003 et 2007 (-29 % dans le public, -18 % dans le privé). Ce sont donc 63 335 enfants qui ont dû être pris en charge par d'autres moyens : ce chiffre correspond à la quasi-totalité des places créées auprès des assistantes maternelles et en EAJE depuis 2000. C'est ainsi que dans le département de la Seine-Saint-Denis, le taux de scolarisation à deux ans est passé de 22 % en 1999 à 8 % en 2006. A la rentrée 2005, 5 000 enfants étaient en attente de scolarisation en maternelle, dont 300 avaient plus de trois ans. Au 30 juin 2005, 645 enfants de plus de trois ans étaient en crèche, faute de place à l'école maternelle.

Cette évolution apparaît peu cohérente au regard de la bonne utilisation de l'argent public : le coût par enfant est moindre s'il est accueilli en maternelle plutôt qu'en EAJE (13 368 € en 2006 en EAJE, contre 4 570 € en maternelle, hors périscolaire³⁶⁷).

Quelles que soient les motivations, pédagogiques ou financières, ayant conduit le ministère de l'éducation nationale à se désengager de la scolarisation des enfants de deux ans, il conviendrait que les objectifs de l'Etat soient clairement explicités et que les différents acteurs concernés par la garde des jeunes enfants (éducation nationale, CNAF, collectivités territoriales) déterminent conjointement, sous la coordination de l'Etat, les besoins pour l'avenir et des réponses à apporter.

5 – Evolution globale

Globalement, face à l'augmentation de la demande due à la natalité, à celle du nombre des couples bi actifs et à celle du nombre de familles monoparentales, la forte diminution de la garde en jardin d'enfants et surtout en maternelle (-105 000 entre 2003 et 2006) n'a pas

366. Ce crédit d'impôt bénéficie aux entreprises passibles de l'IS ou de l'IR imposées d'après le bénéfice réel qui exposent des dépenses permettant aux salariés ayant des enfants à charge de mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale. Le montant de ce crédit d'impôt est égal à 25 % des dépenses engagées au titre de l'année civile dans la limite d'un plafond de 500 000 € par an. Il présente l'inconvénient de ne pas dépendre des effectifs de l'entreprise.

367. Coûts incluant les agents territoriaux spécialisés d'écoles maternelles (ATSEM), mais pas celui des personnels en charge du périscolaire ni de la cantine.

été compensée par un accroissement suffisant de l'accueil par les autres modes de garde (+88 000), si bien qu'au total, le nombre des enfants gardés par des parents ou des proches a augmenté de plus de 7 %.

Tableau récapitulatif donnant la répartition par type de garde

	2003	2005	2006*	Evolution
Nombre enfants 0-3 ans	2 250 000	2 339 000	(2 339 000)	+3,96%
Garde en EAJE	303 100	318 900	327 600	+8,08%
Autres formes de garde collectives (jardins d'enfants et surtout maternelles)	289 000	199 000	(184 600)	-36,12%
Garde par assistance maternelle (aidée)	460 800	514 800	535 000	+16,33%
Garde à domicile (aidée)	27 400	34 000	(37 300)	+36,13%
TOTAL	1 080 300	1 066 700	1 085 100	0,44 %
Solde : garde par parents (indemnisés ou non) et autres modes de garde	1 169 700	1 272 300	1 253 900	7,20%

*Les chiffres entre parenthèses sont des estimations.

Source : CNAF, DREES, éducation nationale

Ces évolutions, apparaissent décevantes au regard de l'effort financier supplémentaire engagé par la branche famille: le coût d'un enfant gardé par un tiers a cru en effet de 60 % entre 2003 et 2006³⁶⁸.

SYNTHESE

La création de la PAJE s'est avérée beaucoup plus coûteuse que prévue les prévisions faites en 2003 n'ayant pas été suffisamment réalistes. Par ailleurs, cette réforme ne s'est pas accompagnée d'une réflexion sur le niveau des aides financières à la garde d'enfant apportée par la collectivité selon les modes de gardes et les revenus des familles, en vue d'une plus grande cohérence du point de vue de l'équité ou de celui de la bonne utilisation des fonds publics.

La PAJE n'a en outre pas permis d'atteindre l'objectif de permettre aux familles de choisir le mode de garde de leur enfant.

En effet, l'offre de garde par des tiers a été marquée, au cours des cinq dernières années, par la faible progression du nombre d'assistantes maternelles en activité et par la forte baisse du taux de scolarisation des 2-3 ans. En outre, en dépit des plans crèches, le nombre de places

368. En divisant les montants respectifs de 2,3 Md€ en 2003 et 3,7 Md€ en 2006 (montants des prestations versées au titre de la garde des enfants par un tiers) par 1 803 000 enfants gardés en 2003 et 1 085 100 en 2006.

disponibles en garde collective et en crèche familiale n'a augmenté que de 37 800 entre 2000 et 2007 (environ 2 % par an), soit à peine le taux d'augmentation de la natalité. Ces évolutions expliquent que le pourcentage d'enfants de moins de trois ans gardés par les parents et leurs proches ait légèrement progressé entre 2003 et 2006.

Le recours au CLCA à taux plein reste ainsi un choix contraint pour un grand nombre de femmes. Faute d'offre de garde, la revalorisation du CLCA à taux partiel, au lieu de permettre à ces femmes d'éviter une cessation complète d'activité, a principalement bénéficié aux femmes des classes moyennes et aisées.

La PAJE n'est donc pas parvenue, malgré son coût élevé, à résorber l'insuffisance globale de l'offre de garde. Ce constat conduit à s'interroger sur les modalités de mise en œuvre et la traduction financière pour les finances publiques du principe de libre choix.

RECOMMANDATIONS

45. *Renforcer la cohérence des interventions des différents acteurs concernés par la garde des jeunes enfants (ministère en charge de la famille, ministère de l'éducation nationale, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales).*

46. *Réduire la durée du CLCA afin d'éviter l'éloignement durable des mères du marché du travail et envisager de revenir sur la revalorisation du CLCA à temps partiel.*

47. *Mieux corrélérer le taux d'effort des familles en fonction de leurs revenus pour chaque mode de garde.*

48. *Mieux corrélérer le coût pour la collectivité et les revenus des familles de chaque mode de garde en réduisant en particulier l'aide apportée par la collectivité en matière de garde à domicile.*

49. *Analyser les raisons de la stagnation du nombre d'agrément et du taux d'exercice des assistantes maternelles et développer l'accueil dans un cadre structuré (crèches familiales) ou plus souple (locaux mis à disposition).*

Chapitre XI

Aspects de la gestion des régimes de retraite

I - Les outils de pilotage des régimes de retraite

PRESENTATION

Dans une précédente insertion relative aux outils de pilotage des régimes de retraite dans les différents régimes obligatoires³⁶⁹, la Cour avait indiqué que « dans l'ensemble, la situation était assez satisfaisante et que les progrès nécessaires [...] s'inscrivaient dans la continuité de l'existant ».

Depuis lors, cependant, la mise en œuvre de la loi Fillon a modifié et accru les besoins d'information et d'outils de pilotage, en particulier sur deux points : différentes dispositions influent sur l'âge de départ en retraite, ce qui exige une modélisation et une prévision plus exigeante des comportements ; la détermination de certains paramètres de calcul nouveaux confirme et renforce le besoin d'indicateurs financiers plus diversifiés.

Une nouvelle enquête de la Cour auprès des principaux régimes de salariés et de non-salariés³⁷⁰ a conduit à mettre en évidence certaines insuffisances persistantes.

A – Des outils de prévision et d'analyse des comportements encore insuffisants

1 – Un besoin accru d'information

La généralisation des mécanismes de décote et de surcote, associée à une augmentation de la durée d'assurance nécessaire pour prétendre à une pension à taux plein, devrait progressivement conduire à une augmentation de l'âge moyen des départs en retraite ainsi que de leur dispersion. Mais l'adaptation des comportements est un phénomène complexe qui prendra du temps. Et pour évaluer l'impact de la réforme dans la durée, des progrès dans la modélisation des comportements et les outils de prévision doivent être réalisés.

369. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 315 et suivantes.

370. CNAVTS, ARRCO-AGIRC, IRCANTEC, MSA, ORGANIC et CANCAVA (qui ont fusionné avec la CANAM pour former le RSI), CNRACL, service des pensions de l'Etat.

Avant la réforme de 2003, la distribution des âges de départ était marquée de fait par deux pics importants, à 60 et 65 ans, de sorte que la population liquidant entre ces deux âges était résiduelle. Les besoins de prévision fine en étaient réduits et dans les maquettes de projection des régimes, destinées à évaluer le flux des départs, les comportements passés étaient le plus souvent reconduits.

Après la loi de 2003, l'analyse des comportements ne peut plus se fonder sur le seul calcul d'un âge moyen de liquidation puisque les comportements attendus devraient à l'avenir évoluer et résulter de facteurs plus nombreux : outre certaines données explicatives traditionnelles (situation de l'emploi, état de santé, patrimoine accumulé par les futurs retraités, situations familiales), l'allongement des durées d'assurance pour prétendre à une retraite à taux plein (qui devrait se poursuivre), ainsi que la généralisation des décotes/surcotes devraient progressivement modifier la répartition des âges de liquidation.

2 – Des progrès

Des réponses ont été apportées à ce besoin d'information accru. D'une manière générale, sous l'influence des demandes du conseil d'orientation des retraites (COR), il y a eu une meilleure prise en compte de la fonction statistique au sein des 36 régimes obligatoires, de base ou complémentaire, qui constituent le système français des retraites. Certes, les moyens et l'attention portée restent hétérogènes selon les régimes. Mais on peut relever des progrès comme la mise en place d'un schéma directeur statistique³⁷¹ dans le régime général à l'été 2007 (avec la signature d'une convention entre la CNAVTS et l'Etat) ou au sein des services d'études de la CNAVTS le renforcement des moyens humains d'une dizaine de personnes depuis 2003.

Un deuxième progrès est lié à l'apparition de modèles dans deux régimes importants : le régime général, avec le modèle de microsimulation PRISME et la fonction publique de l'Etat, avec le modèle ARIANE de la direction du budget. Ces modèles permettent de mieux rendre compte de la réaction des ressortissants face aux modalités de la réforme. Il faut néanmoins noter que seul le modèle PRISME est en

371. Il prévoit principalement l'enrichissement des chaînes de remontées statistiques, un accès partagé aux données de chaque service et diverses améliorations du modèle PRISME.

mesure de prendre en compte les comportements des différentes générations de cotisants³⁷².

Enfin, s'agissant des outils interrégimes, un troisième progrès est un peu plus ancien et tient à la constitution, en complément de l'échantillon interrégimes des retraités (EIR³⁷³), déjà disponible, d'un panel, relatif aux cotisants, l'échantillon interrégimes des cotisants (ou EIC). Cet outil, établi et géré par la DREES, rassemble de nombreux éléments sur la constitution des droits à retraite (à partir des comptes de droits quand ils existent³⁷⁴, donc à l'exclusion des droits annexes tels que les bonifications de durée d'assurance liées aux enfants). Il est d'abord utile pour apprécier la portée des engagements pris par génération, mais aussi pour apporter une information sur les départs en retraite, dans la mesure où les droits accumulés constituent l'un des facteurs importants du choix du moment de liquidation de la retraite.

Il faut souligner que l'EIR est la seule information dont on dispose sur l'ensemble des retraites des polypensionnés. Quant à l'EIC, ses potentialités sont importantes : il autorisera une connaissance progressive des disparités entre régimes, entre générations et à l'intérieur d'une même génération. En particulier, il fournira des informations relatives à l'impact de la précarité professionnelle sur les retraites et sur la transition entre activité et retraite grâce au « raccordement » avec l'EIR.

3 – Des insuffisances persistantes

Ces progrès restent cependant encore trop partiels. Tout d'abord parce que de nombreux régimes n'ont effectué que des travaux limités pour évaluer les conséquences de la loi de 2003, dans la mesure notamment où leurs moyens demeurent souvent trop peu développés. Par exemple, d'après l'information fournie par le régime, la MSA se serait limitée à l'appréciation des effets de la décote et de la surcote.

En l'absence de modèle comportemental de départ en retraite, de nombreux régimes comme l'ORGANIC et la CANCAVA ou la

372. Le modèle DESTINIE de l'INSEE reste la référence utilisée pour des simulations tous régimes.

373. L'échantillon inter régime des retraités est un panel d'individus renouvelé tous les 4 ans dont l'objectif est de reconstituer le montant de la retraite globale (incluant les retraites complémentaires) ainsi que ses éléments constitutifs. Les données de base sont collectées directement auprès des régimes. Le premier EIR remonte à 1988.

374. Des difficultés sont apparues pour les fonctionnaires faute de l'existence d'un compte de droits. Ces derniers ont donc été reconstitués dans l'EIC à partir des fichiers de paye de la fonction publique.

CNRACL ont utilisé les paramètres rétrospectifs de leurs modèles comme base de simulation, faisant par là même l'hypothèse d'une permanence des comportements malgré la réforme. Les travaux dans ces régimes se sont limités à une analyse des conséquences des modifications législatives et réglementaires introduites en 2003.

La deuxième lacune majeure, cette fois au plan interrégimes, concerne les informations sur les périodes non cotisées mais génératrices de droits qui ne figurent pas toutes dans l'EIC, notamment les majorations de durée d'assurance et les périodes de service militaire (connues par les régimes uniquement au moment de la liquidation).

Enfin, des progrès essentiels restent à faire dans les grandes enquêtes générales (emploi, santé, logement, revenus fiscaux, patrimoine, etc.), en France comme au niveau européen³⁷⁵, pour articuler l'information sur la population des tranches d'âge les plus élevées avec les caractéristiques de la retraite.

4 – La nécessité d'une coordination plus forte des bases de données

L'enrichissement attendu des bases de données et la multiplication des utilisateurs (notamment en raison des nouveaux besoins d'information interrégimes) devraient impliquer une coordination renforcée au niveau national pour mieux exploiter et développer le potentiel statistique de chaque régime. Deux aspects de cette coordination sont particulièrement importants :

- les systèmes d'information des régimes devraient de plus en plus communiquer entre eux, qu'il s'agisse du transfert ou de la consolidation des données de carrière. Cette interpénétration implique qu'un langage commun soit établi, ce qui suppose une instance de coordination au niveau national. Placé sous l'égide du COR, un groupe de travail du conseil national de l'information statistique (CNIS) pourrait faciliter l'expression des besoins d'information statistique et préciser les référentiels communs nécessaires.
- compte tenu du mouvement de transformation des systèmes d'information, tous les régimes (ou au moins ceux d'une certaine importance) devraient se doter d'un schéma directeur statistique, à l'instar de celui qui a été inscrit dans la convention déjà évoquée signée entre l'Etat et la CNAVTS. La coordination des schémas

375. Une enquête effectuée en 2004 (l'enquête SHARE, Survey of Health, Ageing and Retirement) vise à établir des comparaisons internationales sur les déterminants des départs en retraite et les caractéristiques des retraités.

directeurs statistiques serait ensuite un gage de cohérence dans le développement des systèmes d'information sur les retraites.

B – Des indicateurs financiers encore trop rudimentaires

1 – Le besoin accru d'indicateurs actuariels de solvabilité

Outre les informations à caractère statistique, la réforme de 2003 a provoqué un besoin d'information accru en ce qui concerne les données à caractère financier. Les régimes devraient être en situation de calculer les conséquences financières de l'introduction puis de la modification des décotes/surcotes.

Les données publiées par les régimes, outre celles relatives aux populations de cotisants et de retraités (le rapport démographique étant le ratio le plus fréquent et le plus commenté), sont le plus souvent issues des principaux postes de leur compte d'exploitation. Le résultat est résumé par le calcul d'un agrégat, le solde technique courant, qui peut ensuite être exprimé en points de PIB. Or, si cet agrégat est utile pour apprécier l'évolution des besoins de financement au fil des années, il rend mal compte des ruptures de tendance et ne renseigne pas sur la contribution des différents facteurs (démographie, évolution des pensions ou des cotisations) à l'origine des déséquilibres, ni sur l'adéquation des barèmes à un fonctionnement équilibré des régimes.

D'une manière plus générale, le principe de rendez-vous périodiques inscrit dans la loi d'août 2003 et destinés à modifier les paramètres de gestion en fonction des évolutions intervenues, va dans le sens d'une meilleure connaissance des conditions de l'équilibre à terme des régimes. Cette pratique nouvelle exige la production des données actuarielles nécessaires à l'analyse de la « soutenabilité » financière d'un régime, en particulier son solde actuariel, qui est un des indicateurs les plus pertinents pour vérifier si les paramètres du régime sont compatibles avec son équilibre sur longue période.

Quelques pays étrangers (Etats-Unis, Canada, Suède), ont formalisé les règles de suivi et d'évaluation de la solvabilité³⁷⁶ de leurs

376. La solvabilité d'un régime peut être analysée de plusieurs façons :

- en calculant en projection le solde technique (différence entre recettes courantes et prestations courantes) : le régime est dit solvable quand le solde technique, année après année, reste positif. Les ressources du régime sont alors suffisantes pour financer les dépenses sur la période de projection ;

régimes de retraite obligatoires. En particulier les rapports actuariels qui sont publiés établissent une cartographie des risques (démographie, revenus, évolution des prestations) susceptibles de détériorer la situation financière des régimes. Ces exemples pourraient utilement inspirer la pratique des régimes obligatoires dans notre pays.

L'évaluation du montant des engagements de retraite, au titre des actifs et des retraités, information produite dans les pays mentionnés supra, devrait ainsi être régulièrement mise à jour.

2 – Les indicateurs de rendement

Passant en revue les multiples indicateurs potentiels qui renseignent sur le rendement (individuel ou collectif) d'un régime de retraite et sur les conditions de son équilibre financier, la Cour avait déjà souligné que « leur mise en œuvre par les régimes était diverse et inégale³⁷⁷ ».

S'agissant des indicateurs de rendement relatifs à la situation individuelle des assurés en matière de retraite, la Cour relève un regrettable manque d'investigation et rappelle que le taux de remplacement du dernier salaire (ou du dernier revenu d'activité), habituellement utilisé, est un indicateur imparfait qui ne peut donner une image fidèle de la situation qu'associé à d'autres indicateurs, notamment de rendement.

Différents indicateurs peuvent être envisagés :

- le délai de récupération : rapport entre la somme des cotisations et le montant annuel de la pension ;
- le taux de récupération : rapport entre la masse des pensions reçues et la masse des cotisations versées ;
- le taux de rendement interne, c'est-à-dire le taux qui égalise les deux flux actualisés de cotisations et de prestations.

Ces trois indicateurs apportent des éléments différents et complémentaires qui permettent d'affiner le diagnostic sur le traitement des différentes catégories de retraités.

- en calculant les soldes techniques en projection sur une période donnée. Le régime est dit solvable sur la période quand le solde actuariel (la somme actualisée des soldes techniques) est positif, les années de soldes positifs et négatifs se compensant. En fin de période, le régime aura alors une trésorerie positive ou nulle.

377. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 326.

3 – L'absence de cadre incitatif et d'obligation de publication

De manière plus générale, en France, à l'inverse de ce qui se passe dans de nombreux pays étrangers, les gestionnaires des régimes de base n'ont, jusqu'à présent, aucune obligation en matière de publication régulière de rapports évaluant la situation financière et la solvabilité des régimes. Ils n'ont en conséquence pas été amenés à produire des études sur ces sujets.

Certes, les travaux du COR, au niveau de l'ensemble des régimes, permettent de répondre à une partie des questions posées. Mais l'information disponible dans chaque régime reste trop pauvre.

De même, on constate l'absence de publications sur le rendement des régimes ou sur leur équilibre actuariel. S'agissant d'indicateurs pouvant donner lieu à des interprétations trop rapides et susciter des polémiques, des travaux exploratoires de nature méthodologiques devraient être au préalable menés sous l'égide du COR. Les difficultés inhérentes à ce sujet ne peuvent en tout état de cause justifier l'immobilisme constaté par la Cour.

SYNTHESE

Alors que les besoins d'information sur la retraite s'accroissent, aucune instance n'a été chargée de réaliser leur recensement systématique selon la nature des utilisateurs et de proposer une organisation de la production statistique pour répondre à ces besoins. Il manque un « chef d'orchestre » en mesure d'identifier les besoins et de coordonner, dans le cadre du système statistique public, la production statistique sur le sujet.

Par ailleurs, la demande d'une transparence accrue sur les conditions de l'équilibre des différents régimes devrait conduire à viser, à terme, une publication obligatoire de paramètres actuariels préalablement harmonisés.

RECOMMANDATIONS

50. *Constituer un groupe de travail du CNIS chargé de définir l'ensemble des informations communes nécessaires au pilotage des régimes de retraite.*

51. *Doter les principaux régimes d'un schéma directeur statistique.*

52. Permettre au COR de piloter les travaux devant conduire les régimes à calculer et publier des soldes actuariels et des taux de rendement.

II - L'adossment des régimes spéciaux aux régimes de droit commun

PRESENTATION

L'adossment du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG) au régime général, réalisé à compter du 1^{er} janvier 2005, a déjà été évoqué par la Cour à l'occasion de l'étude qu'elle a consacrée à certains régimes spéciaux³⁷⁸. Deux autres régimes spéciaux d'entreprises (RATP et La Poste) ont depuis lors fait l'objet de travaux ou de réflexions en vue de pérenniser leur financement.

Pour de telles opérations, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a consacré le principe de neutralité financière, posé dès 2004 pour l'adossment du régime des IEG. La même loi a prévu que tout nouvel adossment devrait être précédé d'une information préalable du Parlement et qu'un bilan permettant d'apprécier cette neutralité devrait être établi périodiquement après chaque adossment.

Compte tenu de l'importance des enjeux et de la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour a analysé les divers paramètres de l'opération d'adossment du régime IEG, la seule menée à bonne fin à ce jour, afin d'en retenir des enseignements utiles pour les éventuels futurs adossements.

A – Les caractéristiques d'un adossment

Les normes comptables internationales (norme IAS 19 en particulier) imposent depuis 2005 (pour les entreprises cotées) ou 2007 (pour les autres) à une entreprise ou à un groupe d'entreprises disposant de son propre régime de retraite d'inscrire ses engagements dans ses états

378. Voir le chapitre X du rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, les régimes spéciaux de retraite des industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF (P. 307 à 344) ; l'adossment des IEG y est décrit aux pp. 321 à 327.

financiers. Quand ces entreprises ne sont pas en état de les provisionner, il devient alors nécessaire de les externaliser.

Par ailleurs, l'ouverture à la concurrence de certains marchés impose de revoir les modalités de financement de ces régimes pour permettre aux entreprises concernées de ne pas dégrader leur situation concurrentielle, tout en ne contrevenant pas aux règles communautaires concernant les aides d'Etat.

1 – Les solutions possibles et les précautions à prendre

Pour externaliser les engagements de retraite, plusieurs étapes sont nécessaires³⁷⁹.

a) La création d'une caisse de sécurité sociale

La première étape réside dans la création d'une caisse autonome de sécurité sociale qui, contrairement aux entreprises, n'est pas soumise à l'obligation de provisionnement, son équilibre devant s'opérer par ajustement permanent des ressources aux prestations en application du principe de la répartition. Cette caisse portera l'ensemble des engagements de retraite qui seront financés par des cotisations sociales libératoires pour l'entreprise concernée, par d'autres financements relevant du droit commun (compensation démographique, concours du fonds de solidarité vieillesse) et, le cas échéant, par des ressources affectées ou une subvention d'équilibre. C'est la situation qui prévaut aujourd'hui pour les régimes de la RATP et de la SNCF. En ce qui concerne la RATP cependant, des négociations ont été engagées en vue d'un adossement.

b) L'adossement

L'opération repose sur deux principes :

- d'une part, le régime spécial continue à exister, cantonné dans une caisse de sécurité sociale extérieure à l'entreprise. C'est cette caisse qui gèrera l'ensemble des flux (cotisations de droit commun, recettes permettant de financer les droits spécifiques, pensions de droit

³⁷⁹. L'intégration, c'est-à-dire le transfert du groupe démographique concerné dans l'ensemble formé par le régime général et les régimes complémentaires accompagné de la disparition du régime intégré, est une solution qui peut également être envisagée. Elle a été mise en œuvre à plusieurs reprises dans le passé, mais pour des régimes ayant de petits effectifs (agents de change, Crédit Foncier de France, Compagnie Générale des Eaux, CCI de Roubaix et de Paris).

commun et pensions correspondant aux droits spécifiques, etc.). L'opération est totalement transparente pour les assurés qui conservent les mêmes droits, servis par une caisse unique et sans modifications de calcul.

- d'autre part, une distinction est établie entre les droits de base accordés par les régimes d'accueil (régime général et régimes complémentaires), qui sont repris aux conditions des régimes d'accueil et les droits spécifiques qui doivent faire l'objet d'un financement ad hoc. Une soule vient éventuellement compenser les déséquilibres démographiques et financiers engendrés pour les régimes de droit commun par l'accueil du groupe adossé.

L'adossement des droits de base à un groupe démographique large s'analyse comme une mutualisation, propre à offrir au groupe une garantie de financement de ses retraites. Dans le cas des IEG, la contrepartie de cette garantie aurait pu être la réforme du régime, conformément aux principes fixés par la loi de 2003, réforme recommandée par la Cour dans le RALFSS de 2005. Cela n'a pas été le cas, les réformes intervenues fin 2007 ayant en fait donné lieu à des contreparties en faveur des personnels.

2 – Un principe : la neutralité financière

Ce principe a été posé par l'article 19 de la loi du 9 août 2004 « relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières », puis introduit dans le code de la sécurité sociale par la LFSS pour 2006.

Mais ce principe de neutralité financière³⁸⁰ n'est défini qu'en termes relatifs, puisque la loi se limite à indiquer que l'adossement ne doit pas dégrader la situation des assurés des régimes d'accueil. En revanche, elle ne précise pas de quelle manière il convient d'apprécier ce principe.

La technique mise en œuvre dans le cas de la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), créée au premier janvier 2005, est basée sur la comparaison du rapport des charges et recettes, projetées sur un horizon de 25 ans, entre le régime accueilli et le régime d'accueil. Tout écart positif entre le rapport charges/recettes du régime accueilli et celui du régime d'accueil est indicatif d'une absence de neutralité et doit entraîner le versement d'une soule, destinée à compenser la surcharge pesant sur les régimes d'accueil. Elle est égale à la somme actualisée des

380. Article L. 222-7 du CSS : « l'adossement [...] respecte le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général ».

surcoûts engendrés pour le régime d'accueil par l'adossment du régime accueilli.

Toutefois, pour assurer la neutralité de l'opération, les régimes peuvent, à défaut de soulte, effectuer un abattement sur les droits repris : c'est le choix qu'ont fait les fédérations d'institutions de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO dans le cas de l'adossment du régime des IEG, celui-ci n'ayant pas voulu payer la soulte demandée par l'AGIRC et l'ARRCO.

Afin de mieux garantir le respect du principe de neutralité, plusieurs dispositions d'ordre procédural ont été adoptées. La LFSS pour 2006 prévoit ainsi une information du Parlement avant toute opération d'adossment, la publication de rapports annuels établis par la personne morale en charge du régime adossé et l'établissement d'un rapport quinquennal présenté au Parlement sur la neutralité du dispositif.

Deux articles de la LFSS pour 2008, annulés par le Conseil constitutionnel pour des motifs de procédure, prévoyaient en outre que la CNAVTS soit consultée et puisse demander lors des prochaines opérations à bénéficier d'une clause de révision des conditions de l'adossment. Cette même préoccupation a conduit au dépôt en avril 2008 d'une proposition de loi d'origine sénatoriale.

3 – Le cadre européen et la question des aides d'Etat

L'opération d'adossment décharge les entreprises concernées de tout ou partie des engagements de retraite qui leur incombent. A ce titre, ses modalités pourraient contrevenir à l'article 87 du Traité de Rome³⁸¹. La question se pose en particulier pour des entreprises opérant sur des marchés qui s'ouvrent à la concurrence, dont on pourrait craindre qu'elle serait faussée par la procédure d'adossment.

Le raisonnement doit distinguer ce qui relève des droits de base et des droits spécifiques. S'agissant des droits spécifiques, on établit une séparation entre ceux des droits qui ont été acquis avant la libéralisation des secteurs concernés et ceux qui le seront par la suite. L'argumentation des pouvoirs publics fait valoir que les droits spécifiques acquis sont une charge anormale qui a été imposée à des entreprises en situation de monopole : ils ne résultent donc pas d'un accord collectif de travail et

381. [...] sont incompatibles avec le marché commun, dans la mesure où elles affectent les échanges entre Etats membres, les aides accordées par les Etats ou au moyen de ressources d'Etat sous quelques formes que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions.

pénalisent des entreprises qui vont se retrouver en situation concurrentielle.

Dans son avis³⁸², la Commission s'appuie sur la théorie des « coûts échoués »³⁸³ pour admettre qu'une aide d'Etat finance des droits spécifiques passés acquis au titre des activités monopolistiques de la branche (pour les IEG, il s'agit des activités de transport et de distribution de gaz et d'électricité). Cette aide serait en quelque sorte « le prix à payer » pour permettre le développement de la concurrence. N'opérant plus en situation monopolistique, les droits spécifiques futurs sont, quant à eux, supposés relever uniquement des avantages consentis à leurs salariés par les entreprises, qui doivent en conséquence en assurer le financement.

B – La perspective de nouvelles opérations d'adossement

1 – Les enjeux

D'autres entreprises, opérant dans un cadre totalement ou partiellement monopolistique en cours de libéralisation, disposant de régimes d'entreprise à prestations définies et faisant appel public à l'épargne, sont dans une situation analogue à celle des IEG, notamment la Poste et la RATP. Des procédures d'adossement de leur régime spécial sont en conséquence à l'étude avec des enjeux significatifs.

Le régime de la SNCF semble faire l'objet d'un traitement différent alors que sa situation objective s'apparente à celle de la RATP.

2 – Les travaux préparatoires déjà réalisés

Selon les entreprises, les travaux sont plus ou moins avancés.

a) La RATP

Un schéma d'adossement existe déjà pour ce régime de retraite, qui fait l'objet d'une procédure pour aide d'Etat, engagée le 10 octobre

382. « Décision de la commission du 16 décembre 2003 relative aux aides d'Etat accordées par la France à EDF et au secteur des industries électriques et gazières », notification C (2003) 4637.

383. Cette analyse avance que « des engagements pris au temps du monopole et en raison du caractère monopolistique de l'activité, peuvent se révéler impossibles à honorer du fait de l'ouverture à la concurrence ».

2007 par la commission. On se limitera donc à la description du schéma envisagé, sans préjuger du résultat des négociations entre les régimes ni de la procédure ouverte par la commission.

La création et le fonctionnement de la caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP) ont été définis par trois décrets du 26 décembre 2005 qui, d'une part, autorisent la caisse à passer des conventions financières avec les régimes de droit commun, condition impérative pour qu'un adossement soit réalisé et, d'autre part, disposent que des versements de l'Etat permettront de financer les droits spécifiques passés à la date du 31 décembre 2005 ainsi que les droits spécifiques futurs postérieurs à cette date, dans la limite d'un plafond d'emploi de 45 000 personnes.

Les observations de la Commission portent sur deux points essentiels :

- le paiement par l'Etat des soultes³⁸⁴ résultant de l'adossement ;
- le financement de l'ensemble des droits spécifiques passés et futurs par l'Etat.

b) La Poste

Pour ce qui concerne la Poste, la procédure d'adossement ne concernerait que les fonctionnaires titulaires relevant du code des pensions civiles et militaires de l'Etat (les agents non fonctionnaires relevant déjà des régimes général et complémentaires). Un établissement public national de financement des retraites de la Poste (EPNFRLP) a été créé par un décret du 19 décembre 2006 qui l'autorise notamment à passer des conventions financières. Ce qui a été retenu et accepté par la Commission européenne, le 10 octobre 2007, concerne la réforme du mode de financement du régime de retraite des fonctionnaires de la Poste, fondée sur l'instauration d'une cotisation de retraite libératoire (appelée « taux d'équité concurrentielle ») à la charge de la Poste et calculée de manière à aligner le niveau des charges sociales de l'établissement sur celui des personnels de droit privé, employés dans des secteurs proches de ceux où opère la Poste. Le principe de l'adossement est également validé par la commission.

La loi de finances rectificative pour 2006 charge l'EPNFRLP « de négocier des conventions financières [...] puis, le cas échéant, d'en assurer l'exécution » et précise « qu'à défaut de conclusion des conventions prévues [...] dans un délai de deux ans à compter de la

384. La soulte due au régime général serait comprise entre 500 M€ et 870 M€ selon les hypothèses.

publication de la présente loi [soit le 31 décembre 2008], le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui examine et propose des modalités alternatives de financement ».

3 – La SNCF

Le cas du régime de retraite de la SNCF semble différent. Une caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRPSNCF) a été instituée par décret du 7 mai 2007. Ce texte ne permet pas, en l'état, un adossement du régime puisque la possibilité de conclure des conventions financières avec d'autres organismes de sécurité sociale n'y est pas mentionnée. Tout au plus l'article 18 autorise-t-il la caisse à conclure « en tant que de besoin...des conventions de gestion portant sur l'exercice de tout ou partie des missions [...]». L'adossement apparaît donc actuellement exclu des perspectives du régime.

C – La nécessaire clarification des conditions d'adossement

L'examen des différentes modalités de réalisation de l'adossement des IEG montre des différences de traitement notables entre le régime général et les régimes complémentaires.

1 – Le traitement de la neutralité financière et le partage des risques dans le cas des IEG

a) Le financement de la soulte

Les régimes complémentaires ont procédé à un abattement de droits alors que le régime général a repris l'ensemble des droits calculés selon ses propres règles, en contrepartie du versement d'une soulte de 7649 M€³⁸⁵, destinée à compenser la charge supplémentaire que l'intégration du groupe démographique des IEG lui faisait subir³⁸⁶. Les

385. Le montant de la soulte a fait l'objet de l'arrêté du 31 janvier 2005, « fixant les paramètres de calcul, le montant et le calendrier de la soulte ». La compensation démographique a été mise à la charge de la CNIEG et les avantages familiaux à la charge du FSV sans financement supplémentaire pour ce dernier. Ce mode de calcul a pour effet, sinon pour objet, de réduire le montant de la soulte due. L'irrégularité qui en a résulté pour le FSV avait déjà été signalée dans le RALFSS pour 2006 (rapport précité, p. 325).

386. Cet indicateur (rapport, calculé sur 25 ans, des charges de pension aux cotisations) ressortait à 1,14 pour la CNAVTS et à 1,63 pour la CNIEG soit un taux de validation des droits de $1,14/1,63=0,7$

paramètres de calcul de cette soulte ainsi que son montant et le calendrier de ses versements ont été fixés par un arrêté du 31 janvier 2005. Il y est prévu que 60 % de la soulte doit être versée sous la forme de 20 annuités de 287 M€ financées par la contribution tarifaire d'acheminement (CTA)³⁸⁷. Cet étalement dans le temps introduit un élément de risque pour le régime général dont les régimes complémentaires se sont abstraits en préférant procéder à un abattement sur les droits passés.

De plus, la loi prévoit que les taux de CTA sont fixés en fonction des besoins prévisionnels sur cinq ans par les ministres concernés. Cette disposition ajoute de l'incertitude au financement du dispositif, dans la mesure où des considérations étrangères au souci d'équilibre de l'adossment, même légitimes, peuvent conduire à ne pas ajuster les taux en fonction des besoins prévisionnels.

b) Le choix du taux d'actualisation

Un point essentiel de toute négociation d'adossment est le choix du taux d'actualisation employé pour le calcul de la soulte. Toutes choses égales par ailleurs, plus celui-ci est élevé, plus faible est le montant total de la soulte dont le régime accueilli doit s'acquitter. Le taux finalement retenu pour l'adossment au régime général a été de 2,5 % alors que les taux appliqués aux régimes complémentaires pour le calcul de la contribution de maintien des droits (CMD due éventuellement en 2010) ont été fixés à 2,25 %. Cette différence appelle deux remarques:

- elle introduit une inégalité de traitement entre la CNAVTS et les régimes complémentaires, au détriment de la première. Cette différence de 25 points de base représente une minoration de la soulte due à la CNAVTS de l'ordre de 220 M€;
- elle n'est pas justifiée par un partage des risques plus favorable à la CNAVTS. Au contraire, c'est l'inverse qui s'est produit, comme on le verra ci-dessous.

c) Le risque de projection et la clause de révision

Le principe d'une projection des charges et des recettes sur une période de 25 ans, qui n'a pas fait l'objet de contestations lors des négociations d'adossment de la CNIEG, entraîne par nature un risque de projection : celui de voir les paramètres de la projection, en particulier les

387. La CTA s'est substituée à la part du tarif d'électricité ou de gaz naturel qui couvrait les charges de retraite.

Pour les 40 % de la soulte gérés par le fonds de réserve des retraites (voir infra page 375).

effectifs et les salaires, diverger du sentier initialement prévu. Sur ce point, le traitement a également différé entre le régime général et les régimes complémentaires.

Aucune clause de révision n'a été prévue pour le régime général, alors que pour faire face à ce risque, les conventions financières passées entre la CNIEG et les régimes complémentaires (AGIRC-ARRCO) ont prévu qu'une clause de révision doit jouer cinq ans après la mise en œuvre effective de l'adossment, c'est-à-dire au 1^{er} semestre 2010. Cette clause prévoit que les taux de validation des droits passés repris par les régimes complémentaires seront arrêtés de manière définitive au vu des éventuels décalages constatés entre prévisions et réalisations des recettes, pendant ces cinq premières années. Il est en outre prévu qu'au cas où les taux de validation définitifs seraient inférieurs aux taux initialement calculés³⁸⁸, la CNIEG devra s'acquitter d'une contribution de maintien de droits (CMD) destinée à compenser la différence. L'incertitude sur le montant de la CMD obligeant les entreprises de la branche à provisionner les sommes éventuellement dues en 2010, celles-ci ont été encadrées dans les conventions financières signées en 2005 entre la CNIEG et les régimes complémentaires³⁸⁹.

d) Les projections de recettes

Les hypothèses de projection des recettes retenues lors du calcul sont également différentes dans les deux catégories de régimes. Le régime général a retenu les hypothèses d'évolution des salaires figurant dans les projections du COR (soit une évolution du salaire sous plafond de 1,6 % par an jusqu'en 2010 puis 1,5 % par an par la suite), là où les régimes complémentaires ont retenu l'hypothèse de leurs commissions paritaires (soit une évolution du salaire sous plafond de 1 % par an jusqu'en 2010 puis 1,5 % par an par la suite). Ces hypothèses assurent un dynamisme des recettes plus élevé pour le régime général, ce qui, toutes choses égales par ailleurs, minore le rapport de charge du régime accueilli relativement à celui qui a été calculé dans les régimes complémentaires. Cet effet représente donc un désavantage relatif pour le régime général comparativement aux régimes complémentaires, puisqu'il augmente en conséquence le taux de reprise des droits au régime général et diminue donc à due concurrence le montant de la soulte à verser.

388. Les taux de validation initialement calculés sont de 54,8 % pour l'ARRCO et 94,7 % pour l'AGIRC.

389. C'est ainsi que les taux de validation des droits finalement retenus en 2010 ne pourront pas être inférieurs à 50,7 % à l'ARRCO et à 91,7 % à l'AGIRC, correspondant à une CMD limitée à 720,6 M€ à l'ARRCO et 197,4 M€ à l'AGIRC.

e) *La résultante*

L'examen des principales dispositions ayant permis de calibrer l'adossement montre donc que le régime général a souffert d'un traitement systématiquement plus désavantageux que celui dont ont bénéficié les régimes complémentaires. Les premières données de gestion disponibles pour les trois premières années 2005-2006-2007 font d'ailleurs apparaître un déficit technique de l'adossement à la CNAVTS, supérieur aux projections initiales, comme le montre le tableau suivant qui compare les données figurant dans les rapports d'activité annuels de la CNIEG à celles qui avaient été estimées en 2004 et qui ont servi pour calculer la soulte (données en millions d'euros courants).

Comparaison des prévisions et des réalisations

En M€ courant

	Cotisations		Prestations		Déficit	
	Prévues	Réalisées	Prévues	Réalisées	Prévu	Réalisé
2005	879	864	1 335	1377	-456	-512
2006	901	893	1 354	1404	-453	-510
2007	916	900	1 389	1445	-473	-545

Source : Cour des comptes, comptes CNAVTS pour les réalisations et documents de travail CNAVTS, pour les prévisions initiales.

Le déficit apparent -prévu et réalisé- ne tient pas compte de la soulte, versée sous deux formes : une partie (60 %) est versée pendant 20 ans à hauteur de 287 M€ (montant indexé sur l'inflation) ; une autre (40 %) est gérée par le fonds de réserves pour les retraites (FRR) jusqu'en 2025 et engendre des produits financiers³⁹⁰. Il ne prend pas en compte, enfin, le remboursement par le FSV des majorations pour enfant, à hauteur de 50 M€ environ par an.

Et sur la période de projection (de 25 ans) on peut craindre que l'écart apparu entre les prévisions et les réalisations (en moyenne, de l'ordre de 60 M€) ne conduise à une charge définitive pour la CNAVTS.

2 – La nécessaire modification des règles d'adossement

L'analyse précédente suggère que, pour les adossements à venir, certaines modifications doivent être apportées au schéma retenu pour l'adossement de la CNIEG, en particulier afin de mieux prendre en compte les intérêts patrimoniaux du régime général :

390. Pour les trois premières années, ces produits financiers potentiels se montent à 743 M€ mais le retournement des marchés financiers intervenu au cours du premier 2008 devrait diminuer ce montant.

- le régime général doit bénéficier, à l'instar des régimes complémentaires, d'une clause de révision qui lui permette de se protéger (au moins en partie) du risque de projection, même si la portée de cette révision doit être encadrée, pour limiter l'exigence de provisionnement dans les comptes des entreprises. Une disposition législative devrait affirmer ce principe ;
- les hypothèses de projection utilisées doivent être identiques entre le régime général et les régimes complémentaires ;
- l'opération d'adossment fait peser un risque financier sur les partenaires de l'opération, risque synthétisé par un taux d'actualisation qui fait l'objet de négociations. Le choix de ce taux doit être motivé de la manière la plus objective possible, en tenant compte en particulier des risques supportés par les différentes parties prenantes à l'opération. Les régimes complémentaires, prenant acte des conditions dans lesquelles l'adossment de la CNIEG a été négocié, pour la détermination du taux d'actualisation, ont imposé le principe d'une référence de marché³⁹¹. Une disposition analogue devrait être appliquée au régime général ;
- en cas de nouvelle sollicitation du FSV pour prendre en charge des droits non-contributifs, la réglementation relative au FSV devrait être modifiée et le financement correspondant prévu ;
- l'article L. 222-7 du CSS fait obligation à « la personne morale en charge [...] de la gestion du risque vieillesse [de présenter] chaque année dans son rapport public annuel, l'ensemble des informations [...] permettant d'apprécier le respect du principe de neutralité financière ». Or, l'information fournie par la CNIEG dans son rapport annuel³⁹² est aujourd'hui insuffisante pour apprécier le respect du principe de neutralité, notamment par manque de prévisions concernant les recettes futures du régime. Afin de juger de l'évolution de l'adossment, on devrait y trouver également une comparaison systématique, pour chacun des régimes d'accueil (obligatoire et complémentaires) et année par année, des réalisations et des prévisions en matière d'effectifs, de salaires, de prestations et de versements de CTA. Un tel tableau de bord serait en effet à même d'identifier rapidement les « dérapages » éventuels.

391. « Principes généraux d'intégration », commission paritaire AGIRC-ARRCO du 2 décembre 2005.

392. « Les données démographiques et financières », rapports annuels 2005 et 2006.

RECOMMANDATIONS

53. *Prévoir une clause de révision encadrée au profit du régime général lors des prochains adossements.*

54. *Calibrer les futurs adossements en partant d'hypothèses de projection de recettes identiques pour le régime général et les régimes complémentaires.*

55. *Fonder les taux d'actualisation sur des références objectives de marché notamment et justifier les différences de taux éventuellement retenues par une analyse circonstanciée du partage des risques entre les partenaires de l'opération.*

56. *Demander que les rapports annuels prévus par l'article L. 222-7 du CSS mettent systématiquement en regard prévisions et réalisations.*

III - Les minima de pensions

PRESENTATION

Dans les régimes de retraite, il existe un mécanisme qui garantit un minimum de pension calculé en fonction de la durée d'assurance. Dans le régime général et les régimes alignés, il s'agit du minimum contributif (MICO). Instauré en 1983, le MICO assure une forme de solidarité entre les ressortissants d'un même régime³⁹³.

Ce dispositif a été récemment réformé. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites (dite loi Fillon), dans le même temps qu'elle fixait comme objectif général d'atteindre en 2008 un montant total de retraite égal à 85 % du SMIC net pour une carrière complète au SMIC, a créé un MICO majoré afin de mieux valoriser les périodes travaillées.

La Cour a cherché à apprécier la pertinence, au regard des objectifs assignés, de ce dispositif qui concerne actuellement plus de 40 % des pensions liquidées chaque année par le régime général.

393. Un autre mécanisme de solidarité résulte du minimum vieillesse, financée par la solidarité nationale, qui assure un minimum garanti non contributif à toute personne âgée vivant en France. Ce dispositif n'est évoqué ici qu'en tant que de besoin et en fonction de ses liens avec le MICO.

A – Un dispositif devenu opaque

1 – Une pluralité d’objectifs

a) *Un objectif initial clair...*

La loi du 31 mai 1983, applicable au régime général et aux régimes alignés³⁹⁴, a posé le principe que la pension de vieillesse ne peut pas être inférieure à un montant minimum (couramment appelé³⁹⁵ le « minimum contributif » ou MICO). Elle introduisait ainsi, au sein même d’une logique contributive, un élément de solidarité qui devait profiter en priorité aux salariés ayant eu de longues carrières mais faiblement valorisées³⁹⁶. Pour ce faire, une prestation différentielle individualisée complète les droits propres acquis par l’intéressé pour les porter à un montant net de 579,85€ par mois au 1^{er} janvier 2008 (qui correspond au montant entier du MICO).

Cette prestation est automatiquement attribuée dès lors que le futur retraité remplit les conditions requises : l’assuré doit prétendre à une pension personnelle de droit propre liquidée au taux plein³⁹⁷ et inférieure à ce montant minimum. Dans ce cas, la pension est portée à ce minimum, proratisé en fonction de la durée d’assurance dans le régime considéré, les éventuelles majorations ou bonifications s’ajoutant ensuite.

b) *...d’application complexe du fait des polypensionnés*

Le calcul d’un tel minimum est rendu plus complexe, dans les cas d’activités exercées successivement ou parallèlement dans plusieurs

394. Les salariés de la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). D’autres minima existent dans le régime des pensions civiles et militaires de l’Etat et dans les autres régimes spéciaux. Il en est de même dans la quasi totalité des régimes. Ils ne sont pas étudiés ici.

395. Le terme « contributif » est un abus de langage dans la mesure où, comme nous le verrons, le dispositif du MICO n’est justement pas contributif, le supplément qu’il apporte ne correspondant pas à des cotisations versées. La loi n’utilise pas cette terminologie, entrée dans le langage courant, mais bien celui de « minima de pension ».

396. Les salariés ayant travaillé pour des salaires peu élevés, au SMIG, pouvaient ainsi voir leur pension revalorisée, à un niveau voisin de celui permis par une carrière au SMIC, créé en 1970 et dont le montant relatif avait été sensiblement réévalué.

397. Le taux plein est acquis pour les personnes justifiant d’une carrière complète tous régimes confondus, d’une inaptitude/invalidité ou pour une liquidation à partir de 65 ans.

régimes³⁹⁸. Le versement de minima de pension dans plusieurs régimes de retraite simultanément rend d'ailleurs difficile l'établissement du nombre de bénéficiaires de ces dispositifs compte tenu de la nécessité d'éliminer les doubles comptes résultant des polypensionnés, au demeurant de plus en plus nombreux.

2 – Une complexité accrue

a) *Par l'incidence croissante des périodes validées*

Le dispositif a vu sa signification progressivement modifiée, en outre, en raison de l'incidence croissante des nombreuses possibilités de validation de périodes non cotisées³⁹⁹ au régime général et dans les régimes alignés, qui ont rendu le dispositif encore moins contributif.

La tendance à l'augmentation de la part des trimestres validés mais n'ayant pas donné lieu à cotisation pour des générations différentes est nette : ainsi, dans le régime général, pour les femmes nées entre 1930 à 1944, le nombre des trimestres validés mais non cotisés était, à 31 ans, inférieur à deux, alors que ce chiffre croît jusqu'à plus de 8 trimestres pour les générations nées après 1960.

Cela est dû principalement à la montée en charge de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et à l'augmentation des périodes validées mais non cotisées au titre du chômage. Ces deux dispositifs sont certes anciens mais leur importance commence à croître à partir des générations nées dans la deuxième moitié des années 1950, générations qui se caractérisent par des entrées dans la vie active plus tardives et qui alternent beaucoup plus fréquemment que leurs aînés périodes de travail (souvent précaires) et de chômage.

398. Une note de la CNAVTS, préparée pour la séance du COR du 27 juin 2007, explicite l'ensemble des formules de calcul, notamment pour le calcul du MICO de polypensionnés, quand la durée d'assurance totale dépasse la durée de proratisation (en cas de double activité, par exemple).

399. La durée cotisée correspond aux trimestres d'assurance ayant donné lieu au versement de cotisations obligatoires ou volontaires. D'autres périodes pendant lesquelles l'affilié a conservé son statut d'assuré social mais n'a pas exercé d'activité salariée (maladie, maternité, accident du travail, chômage, etc.) sont génératrices de droits à retraite et *validées* au titre de la durée d'assurance prise en compte dans le calcul de la pension.

Ce trait distingue nettement les bénéficiaires du MICO qui ont en moyenne de l'ordre de 30 trimestres de durée cotisée en moins que les retraités non bénéficiaires du MICO. Pour les pensions liquidées en 2005, la part de la durée cotisée dans la durée d'assurance validée est inférieure de 11 points pour les bénéficiaires du MICO par rapport aux non bénéficiaires (73 % contre 84 %) ⁴⁰⁰.

b) Par l'effet de la réforme de 2003

Sans revenir sur les avantages liés aux périodes validées, la loi Fillon, dans son article 26, a entendu mieux prendre en compte dans la retraite les périodes travaillées (ou plus exactement les périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré), en instaurant une majoration de pension (le minimum contributif majoré) au titre des seules années cotisées. Au 1^{er} janvier 2008 la pension portée au MICO majoré se montait à 633,61 € par mois, soit 53,76 € de plus que le MICO.

Dans l'exposé des motifs de la loi Fillon, le gouvernement s'était en outre engagé à revaloriser le MICO majoré par une triple augmentation de 3 % entre 2004 et 2008, afin de contribuer à atteindre l'objectif d'un taux de remplacement de 85 % du SMIC net lors de la liquidation pour les personnes ayant eu une carrière complète au SMIC. Ces revalorisations ont été faites selon le calendrier prévu.

Complexes dans leurs principes (comme le montre l'exemple développé ci-dessous), ces dispositifs font cependant l'objet d'une gestion automatisée et sont transparents pour leurs bénéficiaires.

Exemple de calcul du minimum contributif

Prenons le cas d'un assuré né en 1948 ayant le taux plein au titre de l'invalidité et totalisant 120 trimestres au régime général, dont 80 cotisés. Compte tenu de sa génération, la durée d'assurance pour l'obtention d'une pension entière est de 160 trimestres. Sur la base d'un MICO entier de 579,85 € et d'un MICO majoré plus élevé de 53,76 € cet assuré pourra bénéficier en 2008, d'un minimum contributif calculé de la façon suivante :

$$(579,85 \text{ €} \times 120/160) + (53,76 \text{ €} \times 80/160) = 461,77 \text{ € par mois}$$

Ce montant est garanti à l'assuré, en fonction de sa durée d'assurance. Le montant versé au titre du minimum est un différentiel entre la pension de droit propre et ce seuil calculé. Ainsi, si l'assuré a un droit personnel mensuel de 300 €, le supplément de pension attribué au titre du MICO sera de 161,77 € par mois.

Source : CNAVTS, note Cadr@ge n° 3, juin 2008.

400. Source : note CNAVTS/DPCE n° 07-034, 30 avril 2007, « Logique et incidence du minimum contributif ».

B – Des bénéficiaires plus nombreux et divers

1 – La croissance du nombre des bénéficiaires

a) Un nombre significatif de bénéficiaires

Le tableau qui suit retrace le nombre de bénéficiaires et le montant des suppléments de pensions versés par le régime général et les deux principaux régimes alignés, régime des salariés agricoles et régime social des indépendants (RSI).

Les bénéficiaires et les montants versés par régimes en 2006

*En Md€ et effectifs
en milliers*

	Nombres de bénéficiaires (polypensionnés inclus)	dont monopensionnés	Montant versé
Régime général	3 940	2 033	4,1
RSI	384	ND	ND
Salariés agricoles	1 233	128	0,6

NB : Le système d'information du RSI ne permet pas de faire la distinction entre mono et polypensionnés, de même qu'il ne permet pas de connaître le montant différentiel de MICO dans une pension servie par le régime.

Source : Données fournies par les régimes

Au total, sur la base de ces données (en supprimant les doubles comptes entre régimes⁴⁰¹), le nombre de retraités, bénéficiaires du MICO, pour les trois régimes concernés, peut être estimé à près de 4,4 millions de personnes et le coût total des suppléments versés au titre des MICO à 4,7 Md€(hors RSI).

b) Près de 40 % du total des retraités

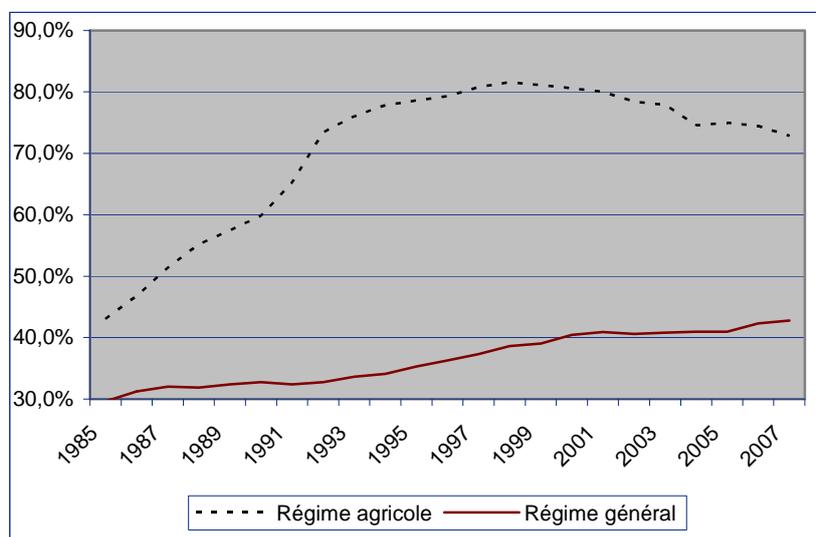
Pour le seul régime général la croissance a été particulièrement forte puisqu'il y avait en métropole 1,3 million de bénéficiaires en 1990 et 2,9 millions en 2000. Au 31 décembre 2007, 4,1 millions de retraités, dont 70 % de femmes percevaient une prestation au titre du MICO pour le régime général. Rapporté au nombre total de retraités du régime général

401. On peut considérer que la plupart des polypensionnés sont gérés par le régime général et qu'ils figurent donc dans ses effectifs. Le total tous régimes implique donc d'y intégrer en outre les monopensionnés des autres régimes. Cette estimation ne sous-estime qu'à la marge le nombre réel total, les polypensionnés relevant des deux régimes des salariés agricoles et du RSI sans relever du régime général étant très peu nombreux.

ayant des droits propres (10,8 millions en métropole en 2007), le pourcentage des retraités bénéficiaires d'un MICO ressort donc à 37,5 %.

Ainsi, alors qu'entre 1988 et 1992, le pourcentage de nouveaux retraités bénéficiaires du MICO variait entre 31 % et 32 % des flux de liquidants, à partir de 1994 ce pourcentage a augmenté régulièrement pour atteindre 42,3 % dès 2006. Le graphique ci-après illustre l'augmentation constatée tout au long de ces dernières années.

Part des flux de pensions de droits propres portées au MICO (régime général/métropole).



Source : CNAVTS (départs avant 60 ans exclus), MSA (salariés agricoles).

Le taux est également fort dans les régimes alignés : de l'ordre de 60 % (en stock) pour les salariés agricoles.

Cette augmentation du nombre des bénéficiaires induit bien entendu une augmentation corrélative des montants qui sont consacrés par les régimes au paiement du MICO. Une autre cause de ce phénomène réside également dans la croissance continue depuis 1983 du pourcentage de minima non proratisés, qui est passé, entre 1983 et 2003, de 5,5 % à 14,5 %⁴⁰².

402. Selon les données de la CNAVTS (Retraite et société n° 32).

c) Un accroissement qui va se poursuivre

Cet accroissement résulte d'abord des conséquences de la loi de 1993 qui ne produit ses pleins effets qu'à partir de 2008. Elle a durci les conditions d'obtention d'une retraite notamment en allongeant la durée de référence prise en compte pour le calcul du salaire annuel moyen qui sert à liquider la pension. Par ailleurs l'indexation des salaires reportés au compte se fait sur la base de l'évolution des prix depuis 1987 et non plus sur celle des salaires. Cela contribue à diminuer l'actualisation des salaires entrant dans le calcul du salaire annuel moyen (SAM) individuel et donc à réduire le taux de remplacement du salaire par la pension. Ces dispositions affectent en particulier les personnes ayant de faibles durées cotisées ainsi que des carrières faiblement valorisées, ce qui augmente la part de ceux qui, ayant de petites retraites, bénéficient du MICO.

Les mutations qui ont été observées, par ailleurs, sur le marché du travail depuis les années 70 et en particulier l'émergence d'un chômage massif impacteront également directement les retraites des salariés qui feront liquider leurs pensions dans les prochaines années. Ces mutations ont été les suivantes :

- la tendance à une mobilité du travail accrue. Elle se traduira par une croissance du nombre de polypensionnés⁴⁰³ donc par l'augmentation de la probabilité de validation de durées courtes dans certains régimes. Ceci devrait se traduire, à réglementation inchangée, par l'augmentation de MICO de faibles montants ;
- la croissance de la part des carrières heurtées et de la précarité (alternance chômage/emploi) pourrait conduire, dans certains cas, à une croissance des périodes non cotisées dans les périodes validées ;
- l'incidence du développement du temps partiel et de l'intérim doit aussi être soulignée en raison des règles de validation qui prévalent en ce domaine puisque 200 heures travaillées au SMIC (ce qui correspond à un temps partiel d'environ 40 % au SMIC) permettent de valider un trimestre.

Ces évolutions conjuguées devraient conduire selon toute probabilité, toutes choses égales par ailleurs, à augmenter encore le pourcentage des bénéficiaires du MICO.

403. Ainsi la génération 1958, qui n'a pas encore terminé sa vie professionnelle, comptait d'ores et déjà en 2001 un nombre moyen de régimes d'affiliation plus élevé que les générations 1934 à 1942. Source : DREES/Etudes et Résultats n° 400, mai 2005.

2 – La diversité des bénéficiaires

a) Des montants très variables

Dans le régime général, le supplément moyen versé au titre du MICO a été en 2007 de 91,7 € par mois mais les montants individuels attribués vont de quelques centimes à plusieurs centaines d'euros.

Ventilation des MICO au régime général⁴⁰⁴

	MICO inférieur à 10 €par mois	MICO compris entre 300 €et 580 €par mois
Monopensionnés	90 680 soit 4,2 % du total	49 788 soit 2,3 % du total
Polypensionnés	150 052 soit 7,4 % du total	10 183 soit 0,5 % du total
TOTAL	240 732 soit 5,8 % du total	59 971 soit 1,4% du total

Source : Cour des comptes à partir des données CNAVTS

Pour les anciens salariés agricoles, le montant moyen du supplément au titre du MICO est plus faible : 40,4 €par mois en 2006.

b) Des catégories diversifiées

Selon une note de la DREES à l'intention du COR ⁴⁰⁵, la population couverte par le minimum contributif (entier ou proratisé) est extrêmement variée ⁴⁰⁶. « On distingue cependant quatre populations principales permettant de couvrir les trois quarts des bénéficiaires » :

- les femmes monopensionnées au régime général à carrière incomplète (qui représentent à peu près 30% des bénéficiaires) ;
- les bénéficiaires de pensions attribuées au titre de l'incapacité ou d'ex-invalidé (environ 20 %) ;
- les polypensionnés régime général et régime alignés (près de 20 % également) ;

404. Des MICO sont aussi attribués par les régimes alignés mais on ne dispose d'aucune donnée sur le cumul des suppléments au titre du MICO pour un bénéficiaire donné.

405. « Petites retraites et minimum contributif : enjeux et coût d'une revalorisation ». Note DREES n° 33/2007 pour la séance du 19 décembre 2007 du COR.

406. Le régime général est en mesure d'établir dans ses données une distinction systématique entre les suppléments au titre du MICO attribués aux pensions normales (2 961 755 retraités), aux pensions d'ex invalides (233 260) et aux pensions d'incapacité et assimilées (959 652) au 31 décembre 2007.

- les polypensionnés régime général-fonction publique, ayant pour leur majorité fait l'essentiel de leur carrière à la fonction publique et ne disposant que de quelques trimestres au régime général qui sont portés au MICO, bien entendu proratisé (de l'ordre de 4 % des bénéficiaires).

Au total et en raison de ces composantes, la comparaison des bénéficiaires et des non bénéficiaires fait apparaître pour les premiers un poids relatif plus important des carrières incomplètes et des polypensionnés.

Caractéristiques des bénéficiaires du MICO.

	Bénéficiaires du MICO	Non-bénéficiaires du MICO
Part des carrières incomplètes	69,4%	39,8%
Polypensionnés	43,0%	23,1%

Source : Calcul Cour des comptes à partir du document DREES pour la séance du 19 décembre 2007 du COR (pensions liquidées entre 2001 et 2004).

C – La nécessité d'un meilleur ciblage

1 – Des bénéficiaires nombreux et hétérogènes

L'examen comparé de la répartition des retraites avec ou sans MICO met en évidence le défaut de ciblage de ce dispositif.

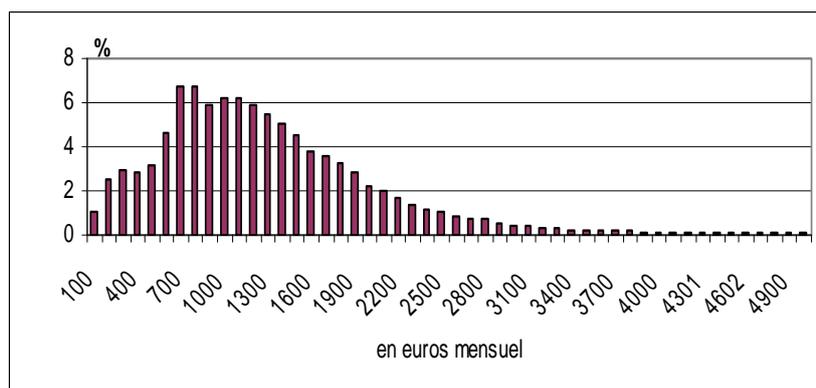
a) Un ciblage insuffisant

En toute logique, les bénéficiaires du MICO devraient correspondre plutôt à des personnes disposant de faibles retraites.

Or, pour un nombre important de retraités ce n'est pas le cas : en effet l'observation, à partir de l'EIR, des retraites liquidées (retraites complémentaires incluses) montre que le pourcentage des « petites » retraites (inférieures à 700 €⁴⁰⁷, de l'ordre de 25 %, est beaucoup plus faible que celui des bénéficiaires du MICO (40 % pour le régime général).

407. Ce montant correspond à l'un des seuils de pauvreté actuellement utilisé par l'INSEE qui est de 50 % de la médiane des niveaux de vie (681 € par mois en 2005 soit 703 € en 2007 si l'on actualisait avec l'indice des prix à la consommation). Le minimum vieillesse, quant à lui, est de 628 € en 2008.

**Distribution des pensions complètes des retraités de droits directs
résidant en France en 2004 (carrières complètes et incomplètes, tous
régimes)**



Source : EIR 2004, DREES (extrait du document « Petites retraites et minimum contributif : enjeux et coût d'une revalorisation » préparé pour la séance du 19 novembre 2007 du COR).

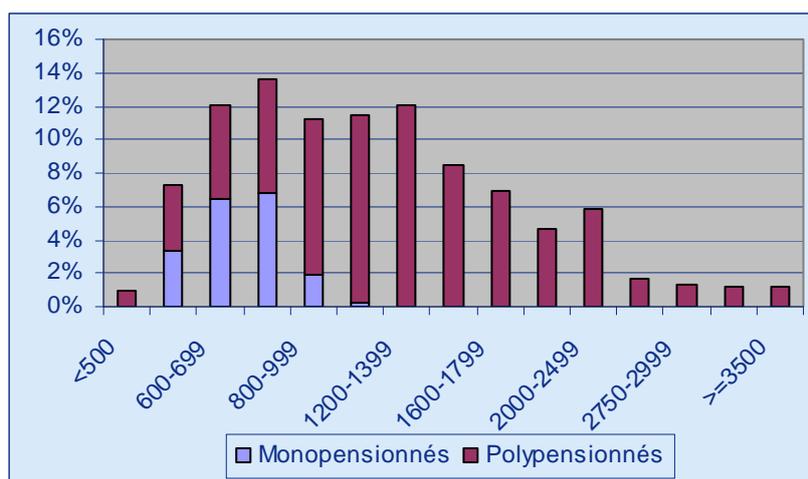
Cette apparente contradiction s'explique par le nombre non négligeable de retraités polypensionnés ayant eu une carrière complète et bénéficiaires du MICO. L'EIR de 2004 montre que cette occurrence concerne 15 % du total des retraités tous régimes confondus ce qui, sur la base du nombre total de retraités estimé à 13 millions de retraités en 2004 représente près de 2 millions de personnes.

Le diagramme ci-après présente la ventilation du montant des retraites de cette sous population en distinguant mono-pensionnés et polypensionnés.

On constate ainsi que plus de 30 % de ces retraites sont supérieures à 1 400 € et qu'elles concernent exclusivement des polypensionnés, qui bénéficient donc d'un effet d'aubaine⁴⁰⁸.

408. Ce constat est d'ailleurs fait également dans un note récente de la CNAVTS : « dans les conditions actuelles de calcul, le bénéfice du minimum contributif s'apparente, pour un certain nombre, à un effet d'aubaine et défavorise les monopensionnés au regard des polypensionnés » (note d'information de 2007 n°2007-065 DPCE).

Répartition des bénéficiaires du minimum contributif à carrière complète, tous régimes



Source : EIR 2004 et DREES. (Tranches de montants de retraite en euros mensuels pour des personnes ayant liquidé entre 2001 et 204 une pension au régime général ou dans un régime aligné et ayant une carrière complète).

Toutefois en application de la réglementation un nombre important de retraités ayant de faibles pensions ne bénéficie pas du MICO. Selon la DREES⁴⁰⁹, sur la base d'un seuil conventionnel de 800 €, un peu plus de 1 million de retraités sont dans cette situation.

Cette population est très hétérogène car, pour moitié, elle se compose de pensionnés ayant liquidé au taux plein à 65 ans ou pour inaptitude, mais avec des carrières courtes et des salaires relativement élevés ne permettant pas de satisfaire aux conditions d'accès au minimum contributif et pour une autre moitié, de pensionnés n'ayant pas liquidé leurs droits au taux plein.

b) Des groupes de bénéficiaires non prévus à l'origine

Au-delà du constat d'une distribution statistique élargie, on peut mettre en évidence la modification des bénéficiaires, par rapport aux objectifs initiaux.

409. Etudes et résultats n° 639 juin 2008.

Un salarié ayant accompli toute sa carrière en étant rémunéré au niveau du SMIC bénéficierait d'un supplément au titre du MICO majoré, pour un montant mensuel de 54,4 €

Droits propres	579,25 €/mois
MICO simple	579,85 €/mois (soit un supplément de 0,6 €/mois)
MICO majoré	633,61 €/mois (soit un supplément de 54,4 €/mois)

On constate que les salariés qui n'ont constitué que des droits inférieurs, en particulier ceux qui n'étaient qu'à temps partiel⁴¹⁰, bénéficient du dispositif de manière beaucoup plus significative. Un salarié qui n'aurait pu accomplir toute sa carrière à temps plein rémunéré au SMIC, bénéficierait d'un supplément au titre du MICO majoré de l'ordre de 340 € par mois.

Or ces salariés ne figuraient pas parmi les cibles privilégiées du dispositif initial ; et moins encore dans le cadre de la priorité établie par la loi de 2003 en faveur des carrières travaillées.

On peut dès lors se poser la question d'une réorientation (éventuellement progressive) du dispositif du MICO.

2 – Le contexte actuel rend possible une réorientation du MICO

Deux évolutions récentes, la recherche d'une meilleure prise en compte des périodes travaillées, d'une part, la revalorisation du minimum vieillesse, d'autre part, contribuent à modifier le contexte.

a) La recherche déjà engagée d'une valorisation plus marquée des périodes travaillées

L'article 4 de la loi du 21 août 2003 dispose que « La Nation se fixe pour objectif d'assurer en 2008, à un salarié ayant travaillé à temps complet et disposant de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein, un montant total de pension lors de la liquidation au moins égal à 85 % du SMIC net, lorsqu'il a cotisé pendant cette durée sur la base du SMIC ». Le MICO majoré contribue à cet objectif et sa revalorisation programmée, déjà signalée, en était l'instrument privilégié.

410. Une note récente préparée par la DSS pour le COR (séance du 18 juin 2008) souligne l'importance relative de l'apport du MICO majoré pour les salariés à temps partiel et indique en contrepartie le très faible développement de la possibilité de cotisations majorées, pour les travailleurs à temps partiel.

Pour autant, il n'est pas aisé de vérifier dans quelle mesure cet objectif est atteint. En effet, les études réalisées mettent en avant la forte influence des hypothèses retenues sur la réponse à apporter : taux de cotisation effectifs à l'ARRCO pendant la carrière, taux d'assujettissement à la CSG des revenus de remplacement (existent trois taux différents variant selon les revenus du foyer), référence du SMIC utilisée, sont autant de paramètres qui peuvent modifier significativement le taux de remplacement net au moment de liquider sa pension. Or la loi et les textes réglementaires sont restés flous sur ces divers points.

En tout état de cause, la garantie d'un niveau global de pension de 85 % du SMIC net au moment de la liquidation suppose une coordination des régimes de base et complémentaire. Il conviendrait dès lors de prévenir le risque que les régimes de base, par l'intermédiaire d'un tel dispositif, n'aient à combler les éventuels retraits des régimes complémentaires sur lesquels l'Etat n'exerce aucune tutelle. La réflexion annoncée par le gouvernement a d'ailleurs explicitement évoqué ce point⁴¹¹.

b) La revalorisation du minimum vieillesse

Des dispositifs très différents

Minimum vieillesse et MICO sont deux dispositifs dont la logique est différente, voire opposée : minimum de ressources financé par la

411 . Dans le document remis aux partenaires sociaux le 28 avril dernier, le gouvernement indique qu'il est « disposé à reconduire jusqu'en 2012 un objectif de minimum de pension pour une carrière complète au SMIC. Mais il souhaite trouver avec les partenaires sociaux le moyen d'atteindre cet objectif de la façon la plus efficiente, le minimum contributif avec ses règles actuelles n'étant pas forcément l'outil le plus approprié pour y parvenir, comme l'a souligné le COR. Par souci de clarté, il serait souhaitable de définir les responsabilités respectives des régimes de base et des régimes complémentaires dans le respect de cet objectif. »

solidarité nationale pour l'un⁴¹² et minimum de pension financé par la solidarité interne au régime pour l'autre. Leurs montants début 2008 sont de 628 € pour le minimum vieillesse, de 580 € pour le MICO et de 634 € pour le MICO majoré. A ces montants s'ajoutent, pour les pensions de base éventuellement portées au MICO, le bénéfice de la retraite complémentaire, d'un niveau variable et d'un montant de l'ordre de 200 € par mois pour une carrière au SMIC.

Contrairement au MICO attribué automatiquement par les divers régimes de base concernés et qui constitue un droit propre individuel, l'attribution de l'indemnité différentielle individualisée que constitue le minimum vieillesse implique une demande de la personne concernée et repose sur une appréciation des ressources de son foyer.

Des bénéficiaires pour partie communs

Dans les faits, de nombreuses personnes ont accès aux deux dispositifs concomitamment : ainsi fin 2007, le régime général comptait 262 068 personnes bénéficiaires tout à la fois du MICO et du minimum vieillesse soit près de 45 % des quelque 600 000 bénéficiaires actuels du minimum vieillesse. Cette population disposait d'un montant moyen de droits propres mensuels de 173 €, d'un montant moyen de MICO de 118 € et de 251 € au titre du minimum vieillesse.

C'est en particulier le cas des assurés, notamment des femmes, qui peuvent bénéficier du MICO par l'âge en ayant validé l'essentiel (voire la totalité) de leurs trimestres d'assurance au régime général sans avoir cotisé ou seulement sur de faibles durées ou de faibles montants au titre d'une activité professionnelle.

412. Constitué auparavant de prestations organisées en deux étages (le premier permettait de porter les revenus au niveau de l'AVTS grâce à une majoration de pension et le second complétait les ressources pour les porter au niveau requis), le « minimum vieillesse » a été réformé par l'ordonnance du 24 juin 2004. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), prestation différentielle désormais unique, permet d'atteindre le montant du minimum vieillesse. Mise en place à partir de janvier 2007 (mais le dispositif antérieur perdure au profit des personnes déjà allocataires), l'ASPA est servie sous conditions de ressources à compter de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude ou d'invalidité) à des personnes justifiant d'une résidence stable et régulière en France. Son niveau est de 628 € par mois en 2008 pour une personne seule et un peu moins du double pour un ménage. La prestation fait en principe l'objet d'une récupération partielle sur héritage.

L'écart entre minimum vieillesse et MICO

Le principe posé lors de la loi de 1983 instituant un minimum de pension visait à « récompenser » les carrières longues et peu valorisées. Ce principe de relation avec le revenu et la durée d'activité professionnelle a été par la suite constamment réaffirmé, en particulier à l'article 2 de la loi Fillon⁴¹³. Il fallait donc qu'un écart positif existe entre la retraite obtenue par une personne qui aurait cotisé une carrière entière sur le SMIC et le minimum vieillesse, c'est-à-dire entre le niveau d'une pension essentiellement contributive et celui d'un minimum social.

Lors de la création du MICO en 1983, cet écart se situait entre 1,26 et 1,31, compte tenu d'une retraite mensuelle de base au taux plein de 2 200 F, d'une retraite complémentaire ARRCO de 700 F à 800 F et d'un minimum vieillesse de 2 200 F.

Les évolutions intervenues depuis lors sont retracées dans le tableau ci-dessous qui compare la situation d'une personne seule sans enfant qui prendrait sa retraite entre 2001 et 2008, après 40 ans de carrière au SMIC cotisée au taux contractuel de l'ARRCO, avec une personne sans droits à retraite qui bénéficie du minimum vieillesse.

413. « Tout retraité a droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité ».

**Rapport entre une pension (régime général + ARRCO) obtenue après
une carrière au SMIC et le minimum vieillesse pour des liquidations
entre 2001 et 2008**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2008**	2008***	2012 ¹	2012 ²
MICO+pension ARRCO/MV	1,20	1,21	1,22	1,22	1,23	1,24	1,25	1,26	1,23	1,20	1,17	1,09
MICO Maj+pension ARRCO/MV				1,25	1,26	1,29	1,30	1,34	1,31	1,28	1,25	1,16

*Minimum vieillesse pris à sa valeur du 1^{er} janvier 2008.

**Minimum vieillesse après prise en compte du versement exceptionnel de 200 € faisant l'objet du décret du 7 mars 2008.

***Minimum vieillesse éventuellement revalorisé de 5 % sur l'ensemble de l'année 2008 (l'hypothèse faite est que le versement exceptionnel de 200 € est un à-valoir sur une revalorisation de 5 % sur l'ensemble de l'année 2008).

1 Hypothèse d'inflation de 3,5 % par an et revalorisation du minimum vieillesse de 5 % par an d'ici à 2012.

2 Hypothèse d'inflation de 2 % par an et revalorisation du minimum vieillesse de 5 % par an d'ici à 2012.

Source : Calcul Cour des Comptes

Compte tenu des évolutions intervenues depuis 1983, ce ratio a été réduit et atteignait 1,20 début 2000. Il a de nouveau augmenté entre 2004 et 2007 en raison de l'évolution des retraites complémentaires (qui ont bénéficié des revalorisations du SMIC) mais également de la mise en place du MICO majoré.

A partir de 2008 les engagements importants pris par le gouvernement en matière de revalorisation du minimum vieillesse (versement exceptionnel de 200 € en 2008 et augmentation du minimum vieillesse de 25 % d'ici 2012) vont à nouveau réduire substantiellement cet écart, qui en 2012 devrait se situer au niveau le plus bas jamais constaté (1,09 ou 1,17 selon l'hypothèse considérée).

3 – Les évolutions envisageables

Un meilleur ciblage des bénéficiaires du MICO doit être recherché. Deux pistes sont susceptibles d'être combinées.

a) La prise en compte de l'ensemble des pensions tous régimes de base confondus

Cette piste vise à ne verser le MICO qu'aux seuls titulaires de pensions de base, tous régimes confondus, dont le montant total serait inférieur au MICO.

La CNAVTS a d'ailleurs déjà exploré cette voie, dans la note précitée n°2007-065 DPCE, qui indique que « si la pension tous régimes (pensions versées par les régimes de base uniquement) était retenue, un certain nombre de polypensionnés ne bénéficierait plus du minimum contributif [...]. Dans l'optique de rétablir l'équité entre les bénéficiaires et limiter le bénéfice du minimum contributif aux assurés ayant de faibles pensions, il convient de modifier ses conditions d'attribution en retenant dans son calcul le niveau de pension de droit propre tous régimes de base confondus ».

Les simulations faites sur cette hypothèse indiquent que le nombre de bénéficiaires serait diminué de manière importante (près de 42 % des polypensionnés n'en bénéficieraient plus, soit 17 % du total des bénéficiaires actuels). Par contre l'incidence financière serait réduite, en termes relatifs, puisque l'économie produite serait d'environ 50 M€, soit 1,3 % des flux, pour la première année de mise en œuvre.

L'économie totale, cependant, serait supérieure, puisqu'il convient d'ajouter les incidences sur les régimes alignés, où la proportion de polypensionnés est encore plus importante que dans le régime général.

b) La concentration des avantages sur les seules périodes cotisées

Dans un contexte de déficits croissants de la branche retraite, en particulier au sein du régime général, on pourrait envisager de fusionner le dispositif du MICO et du MICO majoré et de le recentrer sur sa cible prioritaire initiale. Cette deuxième orientation devrait être à même de mieux assurer les carrières complètes cotisées en ne retenant pour le calcul des périodes prises en compte que celles effectivement travaillées, à l'exclusion des durées validées même cotisées par un tiers (branche famille pour l'AVPF et FSV pour les périodes de chômage indemnisé).

Certes, une telle réforme pénaliserait en particulier les femmes qui ne bénéficient de facto, encore aujourd'hui, que de durées cotisées plus brèves. De ce fait ces populations, sauf pour celles qui appartiennent à des ménages disposant de ressources suffisantes devraient être prises en charge par le dispositif de solidarité de droit commun qu'est le minimum vieillesse.

De même, il conviendrait d'engager une réflexion sur une proratisation de l'avantage attribué aux carrières à temps partiel⁴¹⁴.

SYNTHESE

Au vu des données caractérisant la population des bénéficiaires du MICO, la question d'un ciblage plus fin de la prestation se pose. En effet, une partie importante des bénéficiaires d'une prestation conçue pour des personnes à « carrières complète faiblement valorisées », n'a ni des carrières complètes (pour un tiers d'entre elles), ni des carrières faiblement rémunérées.

Il conviendrait donc de mieux cibler le MICO en revenant à l'esprit de la loi de 1983 et donc d'en exclure, notamment, les polypensionnés bénéficiant de pensions « élevées » ainsi que certains bénéficiaires qui devraient relever du minimum vieillesse

RECOMMANDATIONS

57. *Faire masse de l'ensemble des pensions de base dans l'attribution du MICO.*

58. *Expertiser les conséquences d'un recentrage du MICO sur les carrières complètes travaillées.*

414. Avantage indirect lié à la possibilité de valider un trimestre complet pour 200 heures travaillées au SMIC.

Chapitre XII

Le suivi des précédentes recommandations

PRESENTATION

Dès les premiers rapports sur l'application des lois de financement, la Cour a formulé des recommandations susceptibles de répondre aux critiques formulées. Et très tôt également la Cour a procédé à un suivi de ses recommandations, tantôt de manière sélective, sur des points qui lui paraissaient présenter des enjeux particulièrement importants⁴¹⁵, tantôt de manière globale, en considérant le degré de prise en compte par l'administration de l'ensemble des précédentes recommandations⁴¹⁶.

Les deux approches sont ici réunies : dans un premier temps, est présentée une approche globale du degré de suivi des recommandations faites par la Cour, à partir de l'examen qu'en font chaque année les administrations. Trois analyses portant sur de précédentes interventions, sont ensuite présentées, la Cour considérant que ses recommandations ont été trop partiellement suivies : la situation des UGECAM, analysée dans deux précédents rapports, le statut des agents de direction du régime général, qui avait fait l'objet d'un référé adressé au ministre chargé des affaires sociales, enfin la gestion des risques accidents du travail et maladies professionnelles.

I - Le suivi des recommandations effectué par les administrations

Le « suivi des suites » a pris un tour renouvelé grâce à l'adoption d'un amendement parlementaire devenu l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 : « Chaque année, avant le 15 juillet, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale établi conformément à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières ».

415. Le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001 analyse ainsi de manière sélective les suites données à ses précédentes recommandations relatives à la maîtrise des dépenses de santé.

416. Les rapports sur la sécurité sociale de septembre 1998 et septembre 1999 procèdent ainsi, respectivement, à un suivi global des recommandations des trois précédentes années, puis à un suivi des recommandations de la seule année précédente.

Cinq rapports ont été élaborés, qui passent en revue chaque année la suite donnée aux quelques 50 recommandations⁴¹⁷ contenues dans le dernier RALFSS. Ils traduisent un effort indéniable de l'administration pour expliquer le sort réservé aux recommandations de la Cour.

Pour autant, l'examen auquel a procédé la Cour fait apparaître que divers progrès sont nécessaires : dans la procédure de transmission, dans l'objet des analyses produites, enfin dans leur contenu.

A – Une transmission au calendrier trop irrégulier

Selon les éléments dont dispose la Cour, les rapports ont été établis chaque année, mais leur transmission a été irrégulière, sauf en 2007 (même si le délai prévu par la loi n'a pas été respecté, puisque le rapport a été transmis aux commissions compétentes le 17 septembre et non en juillet). Les deux premiers rapports relatifs aux RALFSS pour 2003 et 2004, portant respectivement sur l'application des lois de financement pour 2002 et 2003, ont en effet été transmis ensemble à la présidence des deux assemblées, en novembre 2005 (à une date qui rendait d'ailleurs leur utilisation difficile, en vue du débat relatif au projet de loi de financement pour 2006⁴¹⁸). Le rapport suivant, relatif au RALFSS pour 2005, portant sur la LFSS 2004 ne semble pas avoir été transmis.

B – Le suivi porte sur des recommandations récentes

L'administration a choisi de faire porter son examen sur les recommandations du seul RALFSS immédiatement précédent. Dès lors, le calendrier assez resserré entre la publication du RALFSS, accompagné de ses recommandations (septembre n) et le suivi qui est effectué par l'administration (juillet n+1, selon la loi) rend difficile un recensement suffisamment probant des mesures correctives qui sont souvent annoncées comme « en cours » ou faisant l'objet de réflexions complémentaires.

Pour ne donner que deux exemples, en réponse aux recommandations faites dans le rapport pour 2006 sur la réforme des régimes spéciaux de retraite, le suivi fait par l'administration a évoqué seulement la réforme du régime spécial de la Banque de France (réalisée

417. Leur nombre varie selon les années, de 50 à 70 : 70 pour le RALFSS 2002, 56 pour le RALFSS 2003, 50 pour celui de 2004, 53 pour celui de 2005, 44 pour 2006, enfin 57 en 2007

418. On peut d'ailleurs relever que cet envoi n'aurait pas été suivi d'une transmission à la commission des affaires sociales.

par un décret du 27 février 2007), mais ne pouvait alors inclure la réforme plus ample des régimes spéciaux intervenue à l'automne 2007.

De même, le suivi effectué en 2006 des recommandations relatives à la gestion des AT-MP, présentées dans un rapport particulier thématique de 2002 et reprises par le RALFSS de 2005, a consisté à signaler pour l'essentiel que les négociations engagées avec les partenaires sociaux devraient permettre de modifier la situation critiquée par la Cour. Or ces négociations n'ont partiellement abouti qu'en 2007 (sans d'ailleurs répondre à toutes les observations de la Cour⁴¹⁹).

Certes, malgré le délai assez bref qui sépare la remise du RALFSS au Parlement de la remise du rapport sur les suites, il peut arriver que des suites soient rapides et parfois même intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante⁴²⁰. Tel a été le cas en particulier pour la recommandation du rapport sécurité sociale de septembre 2007 de réexaminer ou de plafonner certaines exonérations de cotisations sociales : en ce qui concerne la plus-value des stock-options, des mesures ont été décidées dès le PLFSS pour 2008. En revanche, aucune mesure n'a encore été prise sur les déductions forfaitaires dont bénéficient certaines professions ou sur les avantages de départ en retraite et de licenciement.

Mais, le plus souvent les recommandations de la Cour demandent du temps pour être suivies d'effet, tout particulièrement lorsqu'elles correspondent à l'évaluation de la mise en œuvre de politiques publiques⁴²¹.

Si l'on veut donner sa pleine efficacité au travail de suivi fait par l'administration, tout en respectant le calendrier prévu par la loi, il conviendrait de « segmenter » le suivi et de prévoir qu'un premier examen, en N+1, vise surtout à vérifier que les constats de la Cour sont partagés et que des plans d'actions ou des mesures correctives ont été inscrits à l'agenda des administrations.

419. Ce point a paru justement devoir faire l'objet d'une analyse particulière en infra.

420. Ainsi, l'examen des mesures législatives incluses dans le PLFSS pour 2007 montre que sur les 17 articles qui correspondent à de précédentes recommandations de la Cour, la moitié provenait du RALFSS le plus récent. Voir le rapport public annuel 2008, p. 21 et suivantes.

421. La Cour entend désormais mieux marquer d'emblée ce caractère en précisant si ses recommandations sont des orientations ou plutôt des recommandations, susceptibles d'un suivi précis (de même qu'elle indique désormais si ses recommandations sont réitérées ou présentées pour la première fois).

L'année suivante (soit en n+2) l'examen des suites serait plus approfondi et permettrait de comparer les mesures mises en œuvre aux recommandations, dix-huit mois après leur publication.

On pourrait enfin imaginer que certains points, soit parce qu'ils font l'objet de divergences, soit parce que les mesures attendues se sont trouvées retardées⁴²², fassent l'objet d'un suivi sélectif en n+3, complémentaire de celui que la Cour continuera à décider, sous la forme d'enquêtes de suivi.

C – L'absence d'appréciation synthétique

1 – Pour le suivi individualisé des recommandations

Le suivi effectué par l'administration dans son rapport a consisté le plus souvent à exposer de manière détaillée les plans d'actions souvent décidés par l'administration, à la suite des recommandations de la Cour, en signalant notamment les textes parus ou en préparation. Faute d'une appréciation globale synthétique, il n'est cependant pas aisé d'apprécier dans quelle mesure l'administration partage (ou non) le point de vue exprimé par la Cour ni dans quelle mesure les premières mesures (préparatoires ou déjà d'exécution) correspondent aux recommandations.

Une telle appréciation serait pourtant utile au Parlement, pour lui permettre de repérer les éventuels points de divergence et de demander, le cas échéant, qu'ils soient examinés.

2 – Pour le suivi global

A partir de telles appréciations résumées, pour chacun des points, la Cour serait mieux à même de donner une première indication consolidée ou un ordre de grandeur sur le degré de suivi de ses recommandations, même s'il convient de rester prudent dans l'interprétation de données globales.

L'examen auquel a procédé la Cour elle-même, à partir des deux derniers rapports de suivi, fait apparaître que le taux de recommandations mises en œuvre de manière complète était, pour le RALFSS de 2006, d'un peu moins de 30 % et de celles qui étaient engagées, au moins partiellement, de près de 35 %. Au total, près des deux tiers des recommandations étaient au moins partiellement suivies d'effet au bout

422. De multiples réponses font état de textes réglementaires en préparation, mais dont la préparation est allongée du fait des concertations inter-directions, parfois interministérielles et très souvent du nombre de consultations préalables obligatoires.

d'un an. L'appréciation que l'on peut tirer du précédent rapport est assez voisine.

Ces ordres de grandeur sont d'ailleurs assez comparables à ceux affichés dans le RALFSS pour 1999, qui concluait « que la moitié environ des recommandations de la Cour sont mises en œuvre moins d'un an après qu'elles ont été formulées et 80 % après deux ou trois ans ».

Les recommandations qui ne sont pas ou pas suffisamment suivies d'effet justifient que la Cour revienne sur ses analyses, en tenant compte des objections qui lui ont été faites, mais aussi en s'efforçant de mettre en évidence, autant que possible, les motifs de l'absence de mise en œuvre.

Les deux exemples qui suivent correspondent à cette situation.

II - La situation des UGECAM

Créées en 1999 pour gérer les établissements de l'assurance maladie, les unions pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie (UGECAM) rassemblent au niveau régional des structures qui étaient auparavant gérées par les caisses régionales ou les caisses primaires d'assurance maladie.

Après huit années de fonctionnement, le bilan des UGECAM apparaît contrasté. Les UGECAM ont veillé à une bonne intégration de leurs établissements dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ainsi, elles se sont employées à développer, conformément aux orientations nationales, les alternatives à l'hospitalisation à temps complet, la prise en charge des patients lourdement handicapés et désorientés. Cette offre a notamment été rééquilibrée au profit du secteur médico-social. La physionomie de l'offre de soins des UGECAM a ainsi considérablement évolué depuis leur création en 1999.

Pour autant, leurs établissements, dont les capacités d'accueil ne représentent que 1,12 % de l'offre nationale sanitaire et médico-sociale (mais 10,7 % de l'offre de rééducation) connaissent de nombreux problèmes de fonctionnement, qui correspondent notamment à la mise en œuvre très partielle des recommandations faites par la Cour dans le rapport 2003 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Il comportait les trois recommandations suivantes :

- arrêter des orientations stratégiques nationales sur l'évolution des unions et de leur périmètre, en particulier pour les établissements à rattacher et les traduire dans un contrat pluriannuel de gestion ;
- adapter la classification des emplois aux métiers hospitaliers ;

- tenir compte des besoins spécifiques des UGECAM dans la programmation des moyens, notamment financiers et informatiques, de la CNAMTS.

Sur chacun de ces points, les évolutions, bien que réelles, restent cependant insuffisantes.

A – Des orientations stratégiques non abouties

Si le conseil d'administration de la CNAMTS a suivi les recommandations de la Cour en adoptant le 7 décembre 2006 des orientations stratégiques de principe pour les UGECAM (recomposition de l'offre de soins des établissements, redécoupage du périmètre des UGECAM et retour à l'équilibre financier des unions et de leurs établissements), leur déclinaison opérationnelle n'est cependant toujours pas effective, notamment pour les deux dernières mesures.

Les orientations stratégiques devaient être traduites dans l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) CNAMTS-Etat pour 2006-2009 et dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui devaient être conclus pour cette même période entre la CNAMTS et chaque UGECAM. Or cet avenant, qui doit régler notamment les problèmes de l'équilibre budgétaire des établissements sanitaires et du financement des sièges des UGECAM, n'a toujours pas été signé. Il en est de même pour les CPG 2006-2009 qui, bien que déjà préparés, ne pourront être signés que lorsque l'avenant à la COG aura été conclu.

Par ailleurs, le redécoupage du périmètre des UGECAM n'a pas abouti. On dénombre actuellement treize UGECAM qui emploient en siège 286 ETP pour gérer 150 établissements dont 67 médico-sociaux et 83 sanitaires.

Le découpage géographique des UGECAM, arrêté en 1997, a rapidement montré ses limites et laissé apparaître que les regroupements régionaux doivent reposer sur une offre suffisante en volume. Pour autant, les seuls regroupements opérés depuis 1999 ont concerné les UGECAM d'Alsace et de Bourgogne-Franche-Comté et les UGECAM du Centre et d'Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes qui ont mis en place une équipe de direction commune en 2003 et 2004, les deux unions restant cependant distinctes. Chacune de ces quatre UGECAM a ainsi gardé un conseil d'administration et un financement propre. S'agissant de l'UGECAM d'Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes, la Cour ⁴²³ a

423. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007.

montré, à la suite d'un nouveau contrôle COREC, que cette évolution organisationnelle minimale n'avait pas produit les effets escomptés en raison notamment d'un manque de coordination entre les services de l'ordonnateur et ceux du comptable. Le redécoupage des UGECAM doit donc se poursuivre car seul un regroupement plus fonctionnel permettrait une réelle mutualisation des moyens et des coûts de fonctionnement.

B – L'adoption d'une nouvelle classification des emplois

La deuxième recommandation de la Cour consistait à adapter la classification des emplois aux métiers hospitaliers. Si celle-ci a effectivement eu lieu, son financement est cependant loin d'être assuré.

Le protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif à la classification des personnels des organismes de sécurité sociale a permis d'identifier tous les emplois relevant des filières médicale, soignante et éducative et d'introduire une logique de classification conforme aux standards des établissements de santé. Le protocole distingue une cinquantaine d'emplois qui s'articulent autour de quatorze métiers de référence avec douze niveaux de rémunération.

Le financement de ce protocole a rencontré un certain nombre d'obstacles au sein des établissements gérés par les UGECAM et plus particulièrement dans les établissements sanitaires. Cet accord est en effet plus favorable que ceux applicables dans les autres établissements participant au service public hospitalier (PSPH) et dans les hôpitaux publics⁴²⁴.

424. Le surcoût du protocole d'accord du 30 novembre 2004 a été mis en évidence en 2007 par l'inspection générale des affaires sociales. L'IGAS a expertisé quatre conventions appliquées dans les établissements sanitaires privés PSPH : FEHAP (fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif), CLCC (centre de lutte contre le cancer), Croix rouge française et UGECAM. Les UGECAM relèvent de la convention la plus coûteuse avec un surcoût global de 16 % par rapport à l'hôpital public.

Ecart synthétique par secteur par rapport à l'hôpital public, sur le coût total standard et sur les composants du coût, avec la structure de l'hôpital public

	Ecart sur coût total	Ecart sur salaire net	Ecart sur contributions salariales	Ecart sur contributions patronales
FEHAP	4,0 %	-0,2 %	23,9 %	3,9 %
CLCC	14,3 %	7,9%	41,2%	14,9%
CRF	3,3%	-2,3%	28,4%	3,3%
UGECAM	16,0%	7,1%	20,2%	26,9%

Source : rapport IGAS avril 2007

Il a ainsi généré un surcoût de l'ordre de 23,9 M€ pour les années 2004 et 2005 dans les établissements sanitaires des UGECAM qui n'a été couvert qu'à hauteur de 9,6 M€ par les dotations accordées. Il est à noter que les articles L. 123-1 et L. 224-5-3 du code de la sécurité sociale complétés par l'article 69 de la LFSS pour 2007 disposent que l'autorité de tarification n'est pas liée par les conséquences financières des conventions agréées. Ces accords restent cependant opposables aux gestionnaires des établissements qui doivent les appliquer à leurs personnels. Les UGECAM doivent donc rechercher, dans leur organisation et leur fonctionnement, les ressources suffisantes pour les financer.

C – Des problèmes persistants pour le financement des UGECAM et de leurs établissements

La troisième recommandation de la Cour relative à la programmation des moyens, notamment financiers et informatiques, n'a pas été mise en œuvre. En effet, huit années après leur création, les UGECAM continuent à rencontrer des difficultés de fonctionnement liées au problème de financement des frais de siège et aux difficultés budgétaires des établissements qu'elles gèrent.

La DHOS s'était engagée, en collaboration avec la CNAMTS, à régler définitivement et favorablement la question du transfert des frais de siège au cours de la COG 2004-2007. La question n'est cependant pas résolue à ce jour et l'objectif initial d'autonomie financière des UGECAM n'est pas atteint.

Les différents problèmes rencontrés par la CNAMTS pour le financement des UGECAM et de leurs établissements sont donc nombreux, difficiles à résoudre et la mobilisent beaucoup, sans résultats tangibles, ainsi que ses partenaires institutionnels. De fait, la signature de

l'avenant à la COG Etat/CNAMTS relatif aux UGECAM achoppe actuellement sur ces difficultés de financement. L'impasse budgétaire qui résulte des demandes de la CNAMTS, dans le cadre des discussions relatives à l'avenant, se situe à hauteur de 49 M€ soit plus de 7 % de l'enveloppe sanitaire des UGECAM (642 M€). Ce montant tient compte du surcoût non financé du protocole du 30 novembre 2004, mais aussi de diverses autres mesures dont la justification n'est pas toujours établie (prise en compte du protocole d'accord du 9 avril 1998, revalorisation des charges techniques et contentieuses, revalorisation des gardes et astreintes médicales, soutien exceptionnel à certaines UGECAM...). Compte tenu des positions divergentes sur ce sujet entre la CNAMTS et les tutelles et en l'absence d'un arbitrage sur cette question, il est vain d'espérer une signature rapide de l'avenant à la COG.

La Cour relève également un pilotage déficient du réseau par la CNAMTS et l'absence d'un schéma informatique national. La CNAMTS ne fournit par ailleurs aucun référentiel de contrôle interne en matière comptable. Des premiers travaux ont été réalisés sur la clôture des comptes mais la caisse nationale pourrait assumer un rôle accru de tête de réseau en édictant un corps de règles à l'usage des UGECAM.

Pour remédier à ces nombreux problèmes et dysfonctionnements, la CNAMTS a récemment renforcé le pilotage national des UGECAM par la nomination d'un directeur dédié à ce réseau et rattaché à la direction générale.

Devant ce constat, la Cour maintient donc ses recommandations.

III - Le retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes de base du régime général de sécurité sociale

Suite à un contrôle effectué à la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de la Réunion⁴²⁵, la Cour avait, par un référé du 27 mai 2003, attiré l'attention des ministres concernés sur la complexité du régime juridique encadrant le retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des caisses locales de sécurité sociale au sein du régime général. En effet, trois procédures coexistaient sans que soit assurée au dispositif une réelle cohérence :

425. Dans les départements d'outre-mer, les caisses générales de sécurité sociale couvrent à la fois le régime général et le régime agricole et sont en charge du recouvrement ainsi que de la gestion des risques maladie, accident du travail et vieillesse. Seul le risque famille ne fait pas partie de leurs attributions.

- les sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement, à l'initiative de l'employeur, c'est-à-dire le conseil d'administration de la caisse locale, elle-même personne morale de droit privé autonome ;
- le retrait d'agrément par le ou les ministres concernés entraînant, depuis 1985, « de plein droit cessation des fonctions » et non plus licenciement⁴²⁶ ; cet agrément accordé par l'Etat est l'une des conséquences de l'exercice par la caisse d'une mission de service public ;
- la décision de fin de fonctions dans l'intérêt du service, prise par les directeurs des caisses nationales, dispositif créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 dans le but de renforcer leur autorité, mais n'ayant jamais été mis en œuvre faute d'intérêt des partenaires conventionnels et de textes d'application.

En conséquence, la Cour recommandait que soit clarifié le cadre juridique régissant les conditions de retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des caisses locales.

Compte tenu de l'importance des enjeux soulevés en termes de gouvernance de la sécurité sociale et suite aux constatations faites lors d'un récent contrôle portant sur l'UCANSS, elle a souhaité revenir sur les réformes engagées depuis 2003.

A – La recherche d'une cohérence entre les procédures

La Cour recommandait que soit « explicitement prévu que le retrait d'agrément équivaut à une mesure de licenciement ».

1 – Le droit n'a pas changé

Dans un arrêt du 11 décembre 2001, la Cour d'appel de Saint-Denis de la Réunion a considéré que le retrait d'agrément n'impliquait pas obligatoirement la rupture du contrat de travail, qui ne pouvait être établie sur ce seul motif. Suite à cette jurisprudence, la Cour recommandait que soient précisées les conséquences juridiques du retrait d'agrément et que soit clarifiée son articulation avec la procédure de licenciement par le conseil d'administration.

Dans leur réponse de 2003, les ministres de la santé et des affaires sociales s'engageaient à mettre en œuvre rapidement cette recommandation par voie législative. Or, depuis, ce dispositif n'a pas été

426. Article R. 123-50 du code de la sécurité sociale.

modifié et ses implications pour le directeur de la caisse nationale et le conseil d'administration local n'ont pas été clairement énoncées.

S'il n'a pas été donné suite à la recommandation de la Cour, la procédure de retrait d'agrément n'a plus été utilisée. Considérée comme très lourde, elle ne semble pas adaptée pour sanctionner des insuffisances professionnelles. Le ministère chargé de la sécurité sociale, en l'absence de crise majeure, a souhaité privilégier la gestion par les organismes de leurs ressources humaines. La Cour ne peut donc que renouveler son souhait que les conséquences juridiques du retrait d'agrément soient précisées par la loi.

Parallèlement, le licenciement reste une compétence exclusive des conseils d'administration. Durant la période 2002-2006, quatre procédures seulement ont abouti, signe que de telles mesures ont rarement été jugées nécessaires, mais aussi d'une certaine réticence de principe des caisses et de leurs difficultés à mener à bien, au sein des instances délibérantes, une procédure juridiquement complexe dans le strict respect des dispositions conventionnelles et réglementaires.

2 – Les conséquences dommageables perdurent

A défaut de licenciement, les directeurs à qui on souhaite retirer leurs fonctions sont encouragés à faire valoir plus rapidement que prévu leurs droits à la retraite, sont détachés dans d'autres organismes ou administrations, se voient temporairement confier diverses tâches au sein de la caisse nationale ou intègrent le « corps de mission » de l'UCANSS où ils exercent des fonctions de conseil et d'étude. En tout état de cause, les incertitudes juridiques qui entourent ces mouvements sont à l'origine d'un certain nombre de recours contentieux et de difficultés réelles de gestion des ressources humaines.

Les errements constatés lors du contrôle de l'UCANSS⁴²⁷ et les observations formulées par la Cour à cette occasion illustrent les limites de telles pratiques.

427. L'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) se voit confier des tâches communes sur délégation des caisses nationales, essentiellement en matière de signature de conventions collectives relatives aux personnels des organismes de sécurité sociale, de conditions de travail ou d'opérations immobilières.

La gestion de la situation de l'ancienne directrice de l'UCANSS

La réforme des instances de l'UCANSS intervenue en 2002⁴²⁸ prévoyait notamment de repenser la gouvernance de cette structure et impliquait de changer sa direction. Faute de pouvoir licencier la directrice, solution trop coûteuse et difficile à fonder juridiquement, ou recourir à la décision de fin de fonctions dans l'intérêt du service, procédure non mise en œuvre, un poste de directrice déléguée auprès du conseil d'orientation a été créé pour gérer, de façon transitoire, la fin de carrière de l'intéressée. Toutefois, les textes ne prévoyant ni cet emploi, ni les conditions dans lesquelles il devait être pourvu, celle-ci a été nommée selon une procédure ad hoc par une autorité incompétente, avec l'accord de la tutelle.

Cette ancienne directrice a par ailleurs demandé et obtenu de conserver sa rémunération antérieure y compris la prime liée à l'exercice effectif des fonctions d'un directeur d'organisme alors même que ses nouvelles attributions ne l'occupaient plus qu'à temps très partiel.

Parallèlement, son maintien dans des fonctions à l'UCANSS lui a permis de bénéficier de responsabilités accrues au sein du fonds d'assurance formation des organismes du régime général de sécurité sociale (FAF sécurité sociale)⁴²⁹ en cumulant ses responsabilités antérieures de directrice avec celles de directrice administrative. Cette décision du président et du vice président du FAF a contrevenu au protocole d'accord portant constitution de ce fonds, en vertu duquel seul un directeur d'organisme de sécurité sociale peut être nommé à ce poste. En outre, l'augmentation de rémunération accordée à cette occasion n'a été soumise ni à l'avis du conseil de gestion du FAF, ni transmise pour information à l'UCANSS, son principal employeur.

Enfin, l'intéressée a continué à cumuler ses fonctions et rémunérations à l'UCANSS et au FAF avec celle de directrice de la caisse de prévoyance des agents de la sécurité sociale et assimilés (CAPSSA). Au total, elle a ainsi pu percevoir en 2005 et 2006 une rémunération nette moyenne d'environ 150 000 € par an.

B – La définition d'une autorité compétente unique

La Cour estimait que « la loi pourrait confier à une seule autorité l'ensemble des pouvoirs de nomination et de licenciement des directeurs et agents comptables d'organismes de base ».

Dans leur réponse, les ministres s'étaient engagés à faire paraître le texte d'application nécessaire pour mettre en œuvre les dispositions législatives de l'ordonnance de 1996 concernant la procédure de cessation

428. Article 75 de la LFSS pour 2002 et décret n° 2002 338 du 6 mars 2002 portant réforme de l'UCANSS.

429. Organisme paritaire collecteur agréé chargé de collecter les contributions obligatoires relatives à la formation professionnelle.

de fonctions dans l'intérêt du service. Ces mesures n'ont toujours pas été prises et la situation est restée identique dans les branches vieillesse, recouvrement et famille.

En ce qui concerne la branche maladie, l'article 58 de la loi du 13 août 2004⁴³⁰ a donné au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) le pouvoir de nommer les directeurs et agents comptables des caisses, le conseil de l'organisme concerné n'ayant plus qu'un pouvoir d'opposition aux deux tiers de ses membres⁴³¹.

Parallèlement a été réaffirmé le droit du directeur général de mettre fin à leurs fonctions pour des motifs autres que disciplinaires sous réserve de reclassement⁴³². Toutefois, aucune négociation avec les partenaires sociaux sur la question du retrait de fonctions n'a encore été ouverte. Subsistent donc un certain nombre d'incertitudes peu propices à apaiser leurs réticences et à faciliter l'utilisation d'un dispositif qui n'a toujours pas été testé. Ce constat doit toutefois être tempéré dans les faits. En effet, de par son existence même, la nouvelle procédure de retrait de fonctions s'avère déjà être un élément de gestion efficace, la perspective d'en être l'objet ne pouvant qu'inciter les directeurs et agents comptables concernés à accepter une solution de compromis.

Le retrait de fonctions justifié non par l'intérêt du service, mais par la sanction de fautes de nature disciplinaire, demeure de la compétence des conseils des caisses locales. C'est le seul pouvoir qu'ils ont conservé dans la branche maladie sur la carrière des directeurs et agents comptables dont ils sont employeurs, les autres prérogatives (nomination, évaluation, individualisation de la rémunération, pouvoir hiérarchique...) étant exercées par le directeur général de la caisse nationale.

Le dispositif mis en œuvre dans la branche maladie devrait être étendu aux autres branches du régime général. Cette évolution ne serait toutefois pas suffisante pour répondre aux recommandations de la Cour qui souhaitait que la même autorité dispose des pouvoirs de nomination et de licenciement.

La Cour recommandait ainsi que « le cadre régissant les conditions de cessation de fonctions soit revu et clarifié ».

430. Article L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale.

431. Pour les organismes locaux ou régionaux entrant dans le champ de compétence de plusieurs organismes nationaux ce pouvoir est exercé conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées.

432. Les modalités d'application de ces dispositifs ont été précisées par le décret n° 2004-1075 du 12 octobre 2004, article R. 217-11 du code de la sécurité sociale.

Cette recommandation conserve toute sa pertinence. La cohérence entre les différentes procédures de retraits de fonctions n'est toujours pas assurée. Celle-ci implique avant tout une réflexion sur la véritable nature des liens de subordination entre le conseil de la caisse et son directeur et par conséquent sur l'identité réelle de l'employeur.

La Cour suivra donc les efforts engagés dans le domaine de la gouvernance de la sécurité sociale et sera attentive à ce que soit pleinement prise en compte dans ce cadre la question des retraits de fonction.

IV - La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles

PRESENTATION

La Cour a publié entre 2002 et 2007 plusieurs rapports analysant divers aspects de la gestion et de l'indemnisation du risque accidents du travail et maladies professionnelles.

- En février 2002, un rapport public particulier (RPP) synthétisait l'état de la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Ce rapport contenait sept recommandations explicites⁴³³ et beaucoup d'autres moins formalisées mais se déduisant des constats effectués:

- En mars 2005, la Cour a remis au Sénat, en application de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières, un rapport relatif à l'indemnisation des conséquences de l'amiante, financée pour l'essentiel

433 . 1- Réformer le CSPRP (conseil supérieur de prévention des risques professionnels) en élargissant sa composition pour qu'il ait une vue d'ensemble des risques professionnels.

2- Modifier les modalités d'établissement des tableaux de maladies professionnelles, avec notamment la création d'une commission scientifique.

3- Elaborer un contrat d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour ce qui concerne les risques professionnels.

4- Prévoir dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'Etat avec l'InVs des dispositions l'incitant à développer son activité en matière de risques professionnels.

5- Etablir un bilan des diverses modifications réglementaires intervenues ces dernières années sur l'organisation de la prévention dans le secteur du BTP.

6- Pour la transposition des directives communautaires, prévoir que les arbitrages interministériels sur les points sensibles interviennent dès le début des travaux.

7- Unifier et rationaliser les instances régionales de coordination.

par la branche AT-MP. La Cour y analysait le fonctionnement des deux fonds d'indemnisation des victimes actuellement utilisés et réservait ses critiques les plus sévères au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

- Enfin, une insertion dans le rapport de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale reprenait de manière résumée les précédentes recommandations.

Trois ans plus tard, compte tenu du constat d'une trop grande lenteur dans les évolutions intervenues, la Cour a procédé à un nouveau bilan qui distingue les règles de base et les dispositions spécifiques applicables à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Le rapport public de 2002 abordait les différents aspects de la branche AT-MP : la gouvernance, la tarification des cotisations, la procédure de reconnaissance, enfin l'indemnisation. Depuis, sont intervenus deux lois, une convention d'objectifs et de gestion, un plan santé au travail et plusieurs rapports qui ont conforté les observations de la Cour et essayé de remédier, dans un certain foisonnement d'initiatives, à plusieurs des insuffisances constatées. Mais sur les aspects qu'avait abordés la Cour, les évolutions sont partielles.

A – La gouvernance de la branche

Plusieurs recommandations du rapport public de 2002 concernaient ce que l'on peut appeler la gouvernance de la branche tant au niveau national qu'au niveau régional.

1 – Au niveau national

a) L'autonomie de la branche et la coordination des acteurs

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie demandait aux partenaires sociaux de faire des propositions en matière de gouvernance de la branche AT-MP et d'indemnisation. Il en est résulté deux accords entre partenaires sociaux, l'un en matière de gouvernance, proposant de renforcer l'autonomie de la branche AT-MP (février 2006), l'autre en matière de prévention, de reconnaissance et d'indemnisation (avril 2007).

L'autonomie de la branche AT-MP a été en outre confortée par la signature en février 2005 de la première COG de la branche AT-MP. L'élaboration d'une telle convention correspondait à l'une des recommandations de la Cour, relayée par l'article 56 de la loi de

financement de la sécurité sociale de 2003. Cette convention constitue un premier progrès : elle reconnaît notamment dans son préambule la nécessité de moderniser et de simplifier les instruments de la tarification.

Concernant la coordination des acteurs, les avancées apparaissent plus limitées. Or, face au grand nombre d'instances concernées, une organisation efficace au niveau national serait indispensable.

L'existence d'une gouvernance partagée entre notamment le ministère du travail (direction générale du travail, inspection et médecine du travail, ANACT) et le champ de la santé (DSS, direction des risques professionnels de la CNAMTS, INRS, ou Eurogip) peut être en effet source de redondances et crée un besoin de coordination. Elle est en tout cas à l'origine d'une multiplication de structures et d'initiatives parallèles. A titre d'exemple, en février 2005 ont été tout à la fois adoptés le plan santé au travail présenté par le ministre du travail et la COG AT-MP, préparée par la DSS et la CNAMTS.

b) L'expertise sur les risques professionnels

Constatant l'insuffisance de l'expertise et l'absence d'instance susceptible d'exercer un rôle d'alerte, la Cour recommandait de prévoir dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'Etat avec l'institut national de veille sanitaire (InVS) des dispositions l'incitant à développer son activité en matière de risques professionnels.

Deux initiatives ont été prises quasi simultanément :

- la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique reconnaît dans son article 2 l'importance des conditions de travail dans la politique de santé publique et place l'InVS au cœur du dispositif de surveillance épidémiologique des maladies professionnelles ;
- en février 2005, le plan santé au travail renforçait en particulier les approches épidémiologiques en élargissant le rôle de l'AFSSE à la santé au travail. Cette agence devenait l'AFSSET (agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail) et recevait la mission de fournir une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des risques en milieu professionnel, notamment en matière de risques chimiques.

2 – Le pilotage au niveau régional

La recommandation de la Cour, formulée dans son rapport de 2002 visant à unifier et rationaliser les instances régionales de coordination a été, elle aussi, partiellement suivie d'effet.

Cette collaboration s'impose en effet. Les pouvoirs très étendus que la loi confère aux CRAM s'exercent en lien avec les DRTEFP, qui font office d'instance d'appel, quand ce n'est pas de recours hiérarchique. En outre, la complémentarité des métiers et des effectifs rend nécessaire leur coordination⁴³⁴.

Le développement de *partenariats*, que ce soit avec les acteurs institutionnels du champ de la prévention des risques professionnels ou bien avec les acteurs du monde de l'entreprise (organisations professionnelles, CCI et Chambres des métiers...) est l'une des voies que la CNAMTS demande aux CRAM de suivre pour démultiplier les actions et ainsi amplifier leur impact. Les CRAM développent également avec les services de santé au travail et la médecine du travail des relations, principalement dans le cadre d'enquêtes sectorielles ou concernant des bassins d'emploi spécifiques.

La création récente, prévue par le plan santé au travail, des comités régionaux de la prévention des risques professionnels, devrait formaliser et intensifier les actions de coopération entre tous les acteurs de la prévention au niveau régional, en supprimant plusieurs commissions régionales existantes (commission régionale de médecine du travail, comités régionaux de coordination) et ainsi en clarifier le pilotage.

3 – Le suivi statistique

La Cour dans son rapport de 2002 relevait que les insuffisances statistiques empêchaient une connaissance précise des risques, affectaient la gestion du risque AT-MP et donc qu'une modernisation de ce système s'imposait.

Le choix des opérateurs est cependant resté confus. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a d'abord confié à l'InVS la mise en œuvre d'un outil de centralisation et d'analyse des statistiques et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires

434. Avec 864 inspecteurs et 2 879 contrôleurs du travail alors que les CRAM emploient 266 ingénieurs conseils et 516 contrôleurs de sécurité, l'inspection du travail est un acteur majeur de la prévention et de la répression.

Les statistiques de l'inspection du travail montrent l'importance de son action et l'ampleur des fraudes. En 2005, 35 % des procès verbaux que l'inspection du travail a transmis aux parquets concernaient le domaine de la santé et de la sécurité au travail (3 331 sur 9 629). Ce bilan quantitatif apparemment flatteur doit toutefois être relativisé. Selon les informations recueillies auprès de la chancellerie, en 2005, les pénalités infligées aux entreprises pour manquement aux règles d'hygiène et sécurité du travail n'ont pas excédé 2 M€ dont 46 % ont été recouvrées.

en milieu de travail, « en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés ».

Pour autant, dans la COG (point 2-3), la CNAMTS s'engageait à créer pour la fin 2005 une base de données permettant un suivi exhaustif des éléments fondamentaux de la sinistralité.

Enfin, une mission commune IGAS-INSEE, en octobre 2005, proposait de placer l'Etat au centre du dispositif statistique en confiant sa maîtrise d'œuvre à la DARES, tout en associant étroitement l'InVS.

Des premiers progrès ont été enregistrés dans la coordination des opérateurs, notamment à la suite de la signature en février 2007 d'une convention d'échange de données entre la CNAMTS d'une part et l'État (DREES, DSS, DARES et DGT) d'autre part, ainsi que l'InVS. Pour la première fois en 2007, la CNAMTS a transmis aux services statistiques du ministère une copie des informations qu'elle fournissait auparavant directement à Eurostat, au risque de centrer les informations AT-MP françaises sur les seules données relatives au régime général.

B – Les modalités de tarification ont peu évolué

Parmi les recommandations moins formalisées du rapport de 2002, celles relatives à la tarification ont connu des suites modestes. Dans son rapport de 2002, la Cour proposait de modifier les principes de la tarification afin de la rendre plus simple, plus lisible et de favoriser la prévention⁴³⁵.

La Cour proposait qu'un système de tarification plus simple et moins coûteux soit appliqué dans le secteur des services où le risque professionnel est largement indifférencié, mais qu'en revanche la différenciation et donc la responsabilisation soient maintenues et même renforcées dans les secteurs à haut risque.

Depuis aucune réforme n'est intervenue. Cependant, à la suite des propositions d'un rapport de l'IGAS qui suggérait en 2007 d'abaisser le seuil de tarification individuelle de 200 à 100 salariés, il serait envisagé

435. La tarification repose sur un système complexe dépendant de la taille de l'entreprise. Au dessus de 200 salariés la tarification est individuelle, c'est-à-dire que le taux brut de la cotisation est fondé sur la sinistralité de l'entreprise. En dessous de dix salariés le taux est collectif. Entre les deux le taux est d'autant plus individualisé que l'on se rapproche du seuil de 200 salariés. Au taux brut sont ensuite ajoutées trois majorations : M1 pour les dépenses liées aux accidents de trajet, M2 pour les frais de gestion de la branche, M3 pour des dépenses non individualisées. Les dépenses liées à l'amiante qui sont incluses dans la M3 y occupent une place croissante.

d'abaisser le seuil précité de 200 à 150 salariés. Cet aménagement, en effet bien venu, ne changerait cependant pas les principes de tarification, qui restent fondés sur des taux bruts et trois majorations dont les modes de calcul sont peu lisibles.

La Cour avait préconisé également qu'afin de responsabiliser les entreprises et de mieux prendre en compte les efforts de prévention soit menée une politique plus active de cotisations supplémentaires, de ristournes et d'individualisation des cotisations dans les secteurs de l'économie qui connaissent les risques les plus importants. En l'absence d'enregistrement comptable par la CNAMTS des majorations, le suivi de cette politique n'est pas possible.

C – La reconnaissance des maladies professionnelles

La Cour pointait dès le premier chapitre de son rapport de 2002 « le retard dans l'adoption ou la modification des tableaux⁴³⁶ de maladies professionnelles, lié notamment aux difficultés de fonctionnement du conseil supérieur des risques professionnels ». Elle recommandait de « modifier les modalités d'établissement des tableaux de maladies professionnelles, avec notamment la création d'une instance scientifique ». Dans son récent rapport de juillet 2008, la commission d'évaluation de la sous déclaration des AT-MP⁴³⁷ a souligné pour sa part que la « la non reconnaissance de certaines pathologies peut être due à l'état des connaissances scientifiques les concernant, à la limitation des pathologies prises en compte dans les tableaux ou à la rigidité de ces derniers (durée d'exposition, produits pris en compte). »

1 – Une procédure de révision des tableaux bloquée

a) Une place excessive des partenaires sociaux dans la procédure

La procédure de révision des tableaux est fixée par l'article L. 461-2 alinéa 4 du CSS : révisés par des décrets⁴³⁸, ils sont adoptés après avis des partenaires sociaux consultés dans le cadre du conseil supérieur des

436. La liste des maladies professionnelles est recensée dans des tableaux (112 au total) dont chacun comporte trois éléments : le nom de la maladie, le délai de prise en charge après l'exposition au risque et la liste limitative des travaux susceptibles d'avoir entraîné l'affection. Ces tableaux sont annexés au code du travail.

437 Page 47 et suivantes.

438. L'ordonnance 2005-804 du 18 juillet 2005 relative à diverses mesures de simplification en matière de sécurité sociale, a remplacé l'exigence d'un décret en Conseil d'Etat par celle d'un décret simple.

risques professionnels (CSPRP). Cet avis est obligatoire mais pas conforme.

Une commission des maladies professionnelles, constituée au sein du CSPRP⁴³⁹, est consultée sur les projets de révision des tableaux. Les partenaires sociaux y disposent de la majorité des sièges, ce qui n'est pas le cas pour le CSPRP et entendent dès lors lui voir jouer un rôle décisionnel, alors qu'elle ne s'est vue reconnaître qu'un rôle consultatif.

L'administration peine en conséquence à passer outre à ses avis et la commission détermine notamment avec une certaine latitude son programme de travail. Elle dispose également d'une grande marge de manœuvre en matière de reconnaissance des maladies émergentes comme maladies professionnelles.

Pourtant, la quasi automaticité des droits attachés à l'inscription d'une maladie professionnelle dans un tableau a pour conséquence que seules les pathologies dont le lien de causalité avec le travail est solidement établi et argumenté scientifiquement sont inscrites aux tableaux des maladies professionnelles.

La reconnaissance de maladies émergentes comme maladies professionnelles est d'autant plus problématique qu'elles sont difficiles à attribuer à la seule activité professionnelle ainsi que l'illustre les interrogations sur la prise en charge des risques psycho sociaux⁴⁴⁰ qui dépendent tout à la fois de l'entreprise (les conditions de travail), du salarié (adéquation de la compétence à l'emploi, du salaire...), de l'organisation sociale et des conditions d'exercice du travail.

Or, même lorsque de forts indices scientifiques ou des certitudes existent en ce qui concerne le lien de causalité, ils ne suffisent pas pour qu'une inscription au tableau ou une mise à jour soient engagées, en raison de l'imbrication des phases d'expertise technique et de décision administrative ou politique. Les partenaires sociaux interviennent tant dans la phase de négociation sociale visant à déterminer ce qui est susceptible d'entrer dans le champ de la réparation que dans la phase scientifique permettant de faire l'état des causes d'une pathologie donnée. La présomption d'imputabilité y relève de la négociation et non de critères scientifiquement établis.

439. Arrêté du 3 octobre 1984 en application de l'article R. 231-18 du code du travail qui prévoit la constitution de commissions spécialisées au sein de ce conseil.

440. Les risques psycho sociaux regroupent notamment selon le rapport Amoudru (août 2007) les dépressions, les troubles anxieux, les chocs post traumatiques, les troubles du comportement.

En 2006, l'administration avait pourtant essayé de mieux séparer phases techniques et phases politiques, en confiant à l'InVS le pilotage d'un travail sur les affections causées par le formol (ou formaldéhyde). Mais le représentant du MEDEF s'était opposé à cette initiative, au motif que « cela conduirait à nouveau à mêler science et dialogue social sur la présomption d'imputabilité, habituellement déterminée par négociation au sein de la CMP ».

Au final, cette procédure devrait être réformée. Il conviendrait que les pouvoirs publics priorisent les travaux, en maîtrisent les calendriers et l'aboutissement et que soient distinguées clairement la phase d'expertise scientifique et la phase de consultation des partenaires sociaux. Il conviendrait également de rendre l'expertise scientifique collégiale et pluridisciplinaire. Elle pourrait être confiée à la Haute autorité de santé (HAS).

b) Des conséquences dommageables sur la prise en charge de nouvelles maladies professionnelles

Même l'application d'un accord européen ou une révision que l'administration juge prioritaire peuvent être considérablement retardées par l'absence de consensus entre les partenaires sociaux

La non application à ce jour de l'accord européen sur le stress au travail

Au niveau européen, les partenaires sociaux ont signé en octobre 2004 un accord sur le stress. Cet accord fournit un cadre général à la prévention, à l'élimination et à la gestion des facteurs de stress. La responsabilité des employeurs est bien définie et la participation et la collaboration des travailleurs et de leurs représentants dans la mise en œuvre de mesures anti-stress font partie intégrante de l'accord.

Les signataires prévoyaient une mise en application de cet accord dans les trois ans. Or les suites réservées à cet accord ont été en France particulièrement timides.

En décembre 2005, la CMP décidait de créer un groupe de travail chargé d'étudier la faisabilité d'un tableau concernant les psychopathologies⁴⁴¹. Deux rapports ont été remis au ministre du travail sur ce thème en août 2007, puis en mars 2008 à sa demande sur les

441. Un représentant des salariés proposait lors de cette séance de commencer les travaux par les pathologies psychosomatiques dues « aux attaques de banques et au stress qui peut être induit par ce type d'événement » sujet déjà traité dans un groupe de travail en 1986 selon le rapport Amoudru d'août 2007.

risques psychosociaux, qui n'ont pour l'heure débouché sur aucune décision.

L'exemple de la mise à jour du tableau 57

En 2007, la CNAMTS a rappelé à la DGT et à la DSS un courrier du 17 septembre 1997 par lequel le médecin conseil national de la CNAMTS attirait l'attention de ces directions sur les imprécisions de rédaction du tableau n° 57 relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail. Créé en 1972 ce tableau n° 57 avait été mis à jour pour la dernière fois en 1991 mais les demandes d'adaptation sont récurrentes.

Cette adaptation apparaît d'autant plus indispensable que le tableau de maladies professionnelles n° 57 représente 72 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues en 2005 dans le régime général et 77 % des indemnités journalières versées en 2005 au titre des maladies professionnelles, pour un coût total de 228 M€ Il correspond à 65 % de l'ensemble des dossiers soumis à la procédure dérogatoire de reconnaissance par les CRRMP (ou C2RMP). Sa mise à jour apparaît en conséquence essentielle, ne serait ce que pour améliorer le fonctionnement de ces dernières.

Telle n'a pas été toutefois la position des partenaires sociaux. Les représentants des salariés se sont une nouvelle fois opposés en décembre 2006 à l'inscription au programme de travail de la question de la mise à jour du tableau 57.

Une révision du tableau 57 apparaît pourtant devoir être mise en œuvre rapidement, afin de le mettre en cohérence avec les travaux scientifiques les plus récents et de permettre, dans la grande majorité des cas, une prise de décision sans passage par le CRRMP. Cette réforme est un préalable nécessaire à un recentrage du dispositif complémentaire de reconnaissance sur les pathologies mal prises en charge par les tableaux, comme certains cancers ou les troubles liés à la souffrance au travail.

2 – Les insuffisances de la procédure complémentaire

Une procédure complémentaire a été instituée en 1993 afin de compenser la rigidité de celle des tableaux. Elle permet la reconnaissance des maladies listées dans les tableaux mais ne satisfaisant pas aux conditions fixées par ces derniers (notamment durée d'exposition ou de délai de prise en charge) et vise à prendre en compte également des maladies non listées dans les tableaux mais essentiellement et directement causées par le travail habituel de la victime.

Le premier objectif (alinéa 3 de l'article L. 461-1 du CSS) a représenté en 2006 93 % des 900 dossiers instruits par les C2RMP et pour les deux tiers il s'est agi de maladies inscrites au tableau n° 57, dont les imperfections contribuent ainsi à saturer la procédure complémentaire (45 % des décisions prises pour ces pathologies ont été favorables).

Le second objectif (alinéa 4 du même article) pourrait constituer une ouverture notable par rapport au système de présomption d'imputabilité s'il n'était en pratique réduit à peu de choses. Outre la démonstration de la cause essentielle et directe, la reconnaissance comme maladie professionnelle suppose qu'il y ait eu décès ou incapacité permanente (IPP) au moins égale à 25 %⁴⁴². En 2006, les C2RMP n'ont prononcé que 150 décisions favorables et les saisines, au nombre de 624, ont elles-mêmes été 13 fois moins nombreuses que celles intervenues au titre de l'alinéa 3. La procédure n'a donc pas pris de dimension significative. Seule une C2RMP (Lyon) a eu à connaître de plus de 20 dossiers en un an ; il y a eu moins de cinq décisions favorables dans six régions.

Ce dispositif réglementaire n'a donc pas fait la démonstration de sa capacité à prendre en charge les pathologies émergentes peu adaptées aux tableaux. Seuls 73 dossiers de psychopathologies ont été instruits en 2006 au titre de l'alinéa 4 et près des trois quarts ont reçu une réponse défavorable. Il faut que les dépressions, par exemple, atteignent une particulière sévérité pour satisfaire à la condition des 25 % d'IPP. Il s'en suit une prise en charge anormale par la branche maladie, une occultation de l'origine au moins partiellement professionnelle des troubles, une entrave au développement de la prévention et une augmentation probable du nombre de maladies chroniques, de la consommation médicamenteuse et de l'éviction du marché de l'emploi.

D – L'indemnisation

En 2002, dans son rapport public particulier, la Cour proposait de mieux articuler l'indemnisation AT-MP avec le droit commun. Elle proposait soit de modifier l'indemnisation servie au titre des AT-MP, soit à défaut de permettre à la victime d'agir dans tous les cas sur le fondement de la responsabilité de droit commun, afin de mettre fin à une situation trop complexe et source de différences de traitement entre les victimes. En 2005, la Cour avait même souligné le risque de voir se développer des dispositifs spécifiques, si la branche AT-MP persistait à

442. Décret du 28 avril 2002 ; le seuil était auparavant de 60 %.

ne pas modifier les modalités d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles.

La relative fixité des règles relatives à l'indemnisation des AT-MP contraste en effet avec les évolutions positives notées pour l'indemnisation de droit commun⁴⁴³, ou de la réparation des conséquences de l'amiante⁴⁴⁴, notamment du fait de l'évolution depuis 2002 de la jurisprudence relative à la notion de faute inexcusable de l'employeur.

A l'occasion de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Gouvernement avait souhaité faire évoluer les règles d'indemnisation en matière d'AT-MP et avait invité les partenaires sociaux à lui soumettre des propositions de réforme de la branche AT-MP portant notamment sur la réparation des risques professionnels.

Un accord sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels a ainsi été signé le 25 avril 2007. Il réaffirme le principe forfaitaire de la réparation des AT-MP, mais propose toutefois quelques améliorations. Une meilleure prise en charge des dépenses de soins et d'appareillage est suggérée. Les partenaires sociaux proposent également de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle, en mettant en place une allocation temporaire de réinsertion professionnelle. Ils proposent enfin « d'engager un mouvement vers une réparation forfaitaire améliorée et personnalisée ». Ils subordonnent toutefois ces quelques propositions à la sécurisation juridique de la mise en œuvre de la responsabilité des employeurs, inquiets de l'extension de la notion de faute inexcusable et de la capacité de la branche à les financer.

Cette dernière condition apparaît toutefois quelque peu artificielle au regard des règles de financement de la branche. Celui-ci reposant sur les dépenses constatées durant les trois années précédentes, il est donc structurellement difficile de dégager les financements nécessaires pour des mesures nouvelles, sauf à redéployer des crédits ou à augmenter les majorations M2 ou M3 des estimations de dépenses futures.

443. En matière de réparation de dommages corporels consécutifs à un accident de la circulation, une loi du 5 juillet 1985, dite loi Badinter, pose le principe de la responsabilité de l'automobiliste. Les piétons, cyclistes et passagers d'un véhicule sont intégralement indemnisés des dommages consécutifs à un accident de la circulation, blessures ou décès, qu'il s'agisse de l'atteinte à l'intégrité physique (frais médicaux, incapacité temporaire ou définitive...) ou de l'atteinte morale ou économique (perte de gain pendant l'arrêt de travail...).

444. L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 met en place une indemnisation spécifique qui entend être une réparation intégrale.

V - L'examen du dispositif spécifique prévu pour les victimes de l'amiante

La Cour a remis en 2005 un rapport à la commission des affaires sociales du Sénat portant sur l'indemnisation des conséquences de l'amiante dans lequel elle analysait les modalités d'indemnisation des victimes par deux fonds dédiés à cet effet, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et le FCAATA.

Le FIVA assure une indemnisation, majorée par rapport au droit commun⁴⁴⁵. Le FCAATA, sur lequel la Cour avait concentré ses remarques critiques avait, quant à lui, pour objectif de contribuer à compenser la différence d'espérance de vie entre les salariés ayant été exposés à l'amiante et les autres salariés, en leur servant une préretraite proportionnelle à leur durée d'exposition à l'amiante.

La Cour constatait le coût très élevé de cette préretraite pour la branche AT-MP et son caractère inégalitaire, puisqu'elle concerne essentiellement les salariés de grandes entreprises. Elle dénonçait l'extension de son champ à des salariés qui n'ont pas réellement été en contact avec l'amiante et la tentation de recourir au FCAATA comme instrument de gestion de l'emploi dès lors qu'il constitue l'un des derniers dispositifs de préretraite existants.

Sur la base de ces constats, le rapport de la Cour formulait 14 recommandations dont la grande majorité n'ont pas été mises en œuvre. En effet, seules deux recommandations ont été partiellement suivies d'effets :

- la Cour demandait que les indicateurs d'activité du FIVA soient améliorés. De fait, le suivi de l'activité juridictionnelle du FIVA est désormais plus précis. Les recours sont maintenant bien distingués, suivant leur origine et leur objet ; les contentieux indemnitaires, c'est-à-dire les actions intentées par les victimes contestant le niveau de leur indemnisation et les recours subrogatoires, c'est-à-dire les contentieux contre les employeurs dans lesquels le FIVA est partie, sont désormais suivis distinctement. Le motif des non recours est également répertorié ;

⁴⁴⁵ .Le FIVA intervient en complément de la branche AT-MP (83 % des indemnisations réalisées par le FIVA le sont au titre de maladies professionnelles). La CPAM, pour une plaque pleurale, indemnise le demandeur à hauteur de 1 745 €. Le complément qu'apporte le FIVA est tout à fait significatif. Selon son barème une victime de plaques pleurales âgée de 65 ans recevra 12 862 € au titre de la part patrimoniale et 15 000 € au titre de la part extra patrimoniale

- s'agissant de la circulation de l'information entre les tribunaux, elle devrait bénéficier des travaux relatifs à la nomenclature des préjudices corporels, qui pourrait constituer un guide pour l'ensemble des acteurs de l'indemnisation. Cette nomenclature a été bien accueillie par les différents acteurs (magistrats et avocats notamment), même si son utilisation n'est en rien obligatoire.

En vue d'unifier des décisions jusque là très hétérogènes, la chancellerie mène également des travaux pour mettre en place une base de données jurisprudentielle en matière de dommages corporels. Elle n'envisage toutefois pas d'aller au-delà d'une meilleure circulation de l'information entre les tribunaux.

Par ailleurs, allant également dans le sens d'une recommandation de la Cour, une disposition visant à définir une clé de répartition entre l'Etat et la sécurité sociale des charges de financement de l'indemnisation des conséquences de l'amiante avait été prévue par la LFSS pour 2007, mais elle a été annulée par le Conseil constitutionnel qui l'a considérée comme un cavalier social⁴⁴⁶.

Mais, alors que la Cour proposait de recentrer ce dispositif de préretraite sur les seules victimes malades, les propositions de différentes commissions compétentes du Sénat et de l'Assemblée nationale⁴⁴⁷ tendent plutôt à élargir le champ des bénéficiaires, notamment aux salariés des petites et moyennes entreprises pouvant prouver une

446. L'article 117 prévoyait que la dotation de l'Etat au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante serait portée à 17 % du total de ses ressources en 2008, à 22 % en 2009 et à 30 % en 2010. Cet article ne concernait pas l'année 2007 et, si le 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale permet l'insertion dans une LFSS de mesures ayant un effet sur les dépenses des années ultérieures, c'est « à la condition qu'elles présentent un caractère permanent », ce qui n'était pas le cas en l'espèce, puisque l'article 117 ne portait que sur trois exercices (2008, 2009 et 2010) (cahiers du Conseil constitutionnel n° 22).

447. Rapports d'information au nom de la mission commune d'information du Sénat relatif au drame de l'amiante d'octobre 2005 et au nom de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante de février 2006.

exposition sans qu'ils aient développé une pathologie⁴⁴⁸. Un tel élargissement aurait pour intérêt de faire bénéficier de ce dispositif les salariés des petites entreprises sous traitantes et de remédier à une inégalité que la Cour avait d'ailleurs relevée. Mais l'accroissement des dépenses qui pourrait en résulter mériterait d'être chiffré, d'autant que cette mesure conduirait à ouvrir ce dispositif à l'ensemble des salariés ayant pu être au contact de l'amiante. Or les dépenses engagées sous le dispositif actuel ont d'ores et déjà doublé depuis le précédent rapport. Elles s'élevaient pour l'ensemble des deux fonds à 628 M€ en 2004 ; elles atteignent 1 224 M€ en 2007 et sont contenues à 1 245 M€ dans les lois budgétaires 2008 (LFSS et LFI).

La contribution mise à la charge des entreprises dont les salariés sont admis au bénéfice de la cessation anticipée d'activité n'a que faiblement contribué à l'équilibre financier du FCAATA. Lors de la présentation de la mesure devant le Parlement, le ministre avait estimé à 120 M€ le produit potentiel de cette contribution soit quatre fois le montant évalué désormais. Cet écart tient aux exonérations et plafonds mais surtout à une inadaptation conceptuelle de cette contribution aux réalités économiques, notamment aux fusions et disparitions d'entreprises et d'établissements intervenues alors que l'exposition à l'amiante a pu intervenir plus de trente ans auparavant. Les conditions juridiques de recouvrement de cette contribution sont d'ailleurs si peu sécurisées qu'aucune mise en demeure n'avait encore été émise en mars 2008 faute de pouvoir en assurer les fondements juridiques.

448. En 2004, les bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) étaient 10 % à avoir été admis en raison d'une maladie professionnelle déclarée et 90 % des bénéficiaires étaient admis au titre des établissements y ouvrant droit. Au 30 janvier 2007, la part des salariés admis au bénéfice de l'ACAATA au titre d'une maladie professionnelle n'avait que faiblement augmenté (12,80 % des entrées cumulés depuis 1999). En raison du délai entre l'exposition au risque et la survenue de la maladie, il est difficile de connaître avec certitude la proportion des bénéficiaires admis au titre des établissements listés qui développeront ultérieurement une pathologie de l'amiante. Une enquête complémentaire menée par la CNAMTS relève que 7 % des bénéficiaires du FCAATA ont développé une pathologie due à l'amiante dans les cinq ans suivant leur admission dans le dispositif (cette proportion comprend l'ensemble des pathologies, y compris les plaques pleurales).

SYNTHESE

Les progrès enregistrés dans la gestion du risque AT-MP depuis 2002 sont réels mais demeurent insuffisants. Le nombre des acteurs n'a pas été réduit, les modalités de la reconnaissance, de la réparation ou de la tarification sont peu différentes de ce qu'elles étaient en 2002. Cette situation amène la Cour à réitérer certaines de ses recommandations antérieures :

- *renover l'indemnisation des accidents du travail et simplifier la tarification ;*
 - *recentrer le FCAATA sur les départs en préretraite des victimes malades ;*
 - *modifier les modalités d'élaboration des tableaux des maladies professionnelles afin de distinguer les phases d'expertise, de consultation et de décision.*
-

CONCLUSION GENERALE

Pour la cinquième année consécutive, les déficits des régimes de base de sécurité sociale et des fonds de financement ont dépassé dix milliards d'euros. Un large consensus existe pourtant pour considérer qu'il n'est pas acceptable de reporter sur les générations futures le financement d'une partie du coût actuel de la protection sociale. Mais les efforts engagés pour rétablir la situation financière des régimes et d'abord du régime général n'ont pas eu les effets escomptés. Le retour à l'équilibre des comptes publics auquel la France s'est engagée d'ici 2012 suppose des efforts supplémentaires tant du côté des ressources que des dépenses sociales.

La bonne tenue des recettes constatée ces dernières années était due au dynamisme de l'assiette des prélèvements, lequel n'est pas garanti à ce niveau pour les années à venir. La Cour avait dans son rapport de 2007 quantifié la perte de cotisations due aux multiples réductions d'assiette et souhaité que sa justification soit réexaminée. Dans ce rapport, elle recommande de réviser le dispositif des exonérations ciblées et de resserrer le dispositif des exonérations générales, en définissant en outre sa limite en euros et non plus par référence au smic.

Du côté des dépenses, les recommandations de la Cour sont inspirées par le souci d'une plus grande efficacité de la dépense publique au regard des objectifs qui sous tendent les différentes branches de la sécurité sociale.

Dans la branche maladie, la réduction des déficits est avant tout due au dynamisme des recettes. Mais la Cour démontre le caractère artificiel de la fixation des sous objectifs de l'ONDAM : trop volontariste pour les soins de ville et trop laxiste pour les soins hospitaliers. Dès lors que les mesures prévues pour les soins de ville ne sont pas à la hauteur de l'objectif affiché, il n'est pas étonnant que celui-ci ne soit pas respecté. La Cour le démontre pour deux catégories de dépenses : les soins infirmiers et les marges des pharmaciens.

Au terme d'un examen plus général de l'articulation entre l'ONDAM et les négociations conventionnelles, la Cour met à nouveau en évidence que le champ ouvert à la négociation n'a pas été suffisamment cadré en amont et que le suivi en est lacunaire, ce qui contribue à l'échec relatif des dispositifs de maîtrise des dépenses de soins de ville.

L'analyse des transferts de charges intervenus depuis 2004 entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances maladie complémentaires et les assurés montre que la rupture annoncée dans la croissance des dépenses de santé ne s'est pas concrétisée. En outre, ces transferts n'ont pas porté uniquement sur des soins de confort et la Cour relève que la protection complémentaire a un coût élevé tant pour les finances publiques,

sous forme d'exonérations fiscales et sociales, que pour les ménages, en raison notamment du niveau des coûts de gestion d'organismes nombreux et concurrents. Enfin, ces transferts génèrent des inégalités de traitement encore mal appréhendées faute d'un système d'information adapté.

S'agissant des dépenses de l'hôpital, la Cour observe que la politique de restructuration hospitalière est insuffisamment dynamique, freinée notamment par la distribution d'enveloppes exceptionnelles en contrepartie d'engagements non respectés et par un souci parfois contraire à la sécurité sanitaire de maintenir des structures ou services peu performants. C'est pourquoi la Cour préconise d'amplifier avec détermination la politique de restructuration engagée par les ARH.

Pour les retraites, dont l'évolution des dépenses est particulièrement préoccupante, la Cour suggère notamment, dans la ligne des réformes intervenues depuis quinze ans, d'accentuer leur caractère contributif, en particulier en ciblant davantage le bénéficiaire du minimum de pension (appelé également minimum contributif) sur les petites retraites acquises en contrepartie de périodes d'activité professionnelle.

Dans la branche famille, enfin, la Cour démontre qu'en dépit de l'augmentation de l'effort consenti, le nombre de jeunes enfants pris en charge par un mode de garde aidé est resté stable sur la période. Le coût par enfant gardé s'est ainsi accru de 50 % entre 2003 et 2006 alors même que le déséquilibre entre l'offre et les besoins de garde n'a pas été réduit. Il conviendrait dès lors que ces différents dispositifs soient adaptés en tenant mieux compte à la fois de leur coût respectif et des ressources des familles.

Les décisions de maîtrise des dépenses ayant rarement des effets immédiats, elles doivent être planifiées dans le temps, expliquées et leurs effets bien expertisés. L'examen par la Cour des retards et des incohérences qui ont marqué le développement des différents projets de dossiers médicaux accessibles en ligne et notamment du projet de dossier médical personnel (DMP), en témoigne. La Cour appelle une fois de plus l'attention sur la nécessité de disposer de systèmes d'information performants, indispensables pour comprendre et gérer la dépense, analyser ses effets et prévoir son évolution. Le présent rapport le démontre également pour le secteur de l'hôpital et pour les retraites.

A court terme, la Cour insiste sur l'urgence d'adopter des mesures de redressement volontaristes. Une restructuration de la dette de la sécurité sociale, actuellement financée pour partie à court terme au prix de charges d'intérêt croissantes, est devenue inévitable. Mais au-delà, la priorité doit bien être de revenir rapidement à un équilibre annuel pérenne des comptes des régimes.

A N N E X E : Liste récapitulative des recommandations

Les recommandations qui suivent devraient, selon la Cour, être mises en œuvre dans un délai rapide, de deux ou trois ans au plus. Les orientations quant à elles, plus générales, visent un horizon plus lointain (jusqu'à cinq ans).

Les recommandations marquées d'un astérisque avaient déjà été formulées dans des RALFSS antérieurs et sont donc réitérées (parfois reformulées)

PREMIERE PARTIE LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX 2007

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – Les comptes pour 2007 et leur financement

1. *Améliorer le dispositif de contrôle des comptes des organismes intégrés aux tableaux d'équilibre (*).*
2. *Mettre fin à la pratique de présentation des résultats intégrant des retraitements sans justification comptable (*).*
3. *Accompagner toute communication financière sur les résultats des régimes de sécurité sociale, antérieure à l'expression des opinions de la Cour et des commissaires aux comptes, des précautions d'usage.*
4. *Recentrer la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) sur ses missions de prévision et modifier sa dénomination en conséquence (*).*
5. *Financer les dettes des régimes par des ressources à long terme conformes à leur nature.*
6. *Réduire les plafonds de ressources non permanentes à un niveau correspondant à la seule couverture de leurs besoins de trésorerie courants (*).*
7. *Asseoir tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) sur des ressources pérennes.*
8. *Réduire sensiblement la plage actuelle des exonérations générales et déconnecter leur seuil de sortie des évolutions du SMIC, en l'exprimant en euros ou en pourcentage du plafond de sécurité sociale.*
9. *Réexaminer la composition du panier fiscal affecté en compensation des exonérations.*

10. Réexaminer les dispositifs d'exonérations ciblées à la lumière de l'évaluation de leur efficacité et de leur efficience.

Chapitre II – L'objectif national des dépenses d'assurance maladie

11. Mieux expliciter dans l'annexe 8 au PLFSS le montant prévisionnel et les réalisations de l'objectif global des dépenses (OGD), ainsi que la répartition du financement entre l'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

12. Etablir par région une estimation prospective des besoins de la population en soins infirmiers techniques d'une part, en soins de nursing d'autre part.

13. Redéfinir la contribution optimale des différents intervenants aux soins de nursing (infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de vie) et en tirer les conséquences en termes d'évolution des modes d'exercice (libéral et salarié) et d'organisation (en cabinet, en groupe ou en structure) [**orientation**].

14. Améliorer la sincérité de l'ONDAM et du cadrage pluriannuel annexé à la LFSS, en documentant l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et les économies sous-jacentes (*).

15. Instaurer (dans le rapport annuel de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) transmis en juin au Parlement et au Gouvernement) une obligation d'information sur les résultats de la maîtrise médicalisée et sur le coût des revalorisations tarifaires.

16. Tenir compte des résultats de la maîtrise médicalisée pour l'octroi de revalorisations tarifaires.

Chapitre III – Les programmes de qualité et d'efficience

17. Décliner les orientations générales des programmes de qualité et d'efficience (PQE) en objectifs précis et opérationnels, pouvant faire l'objet d'un suivi.

18. Décrire pour chaque objectif la contribution de chacun des acteurs concernés aux décisions et à la mise en œuvre.

19. Compléter les indicateurs d'efficacité par des indicateurs d'efficience qui ne soient pas redondants avec ceux des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

20. Prévoir une mission d'appui méthodologique pour améliorer les objectifs et indicateurs des PQE.

Chapitre IV – Les contrôles sous la surveillance de la Cour

21. Identifier et intégrer dans l'assiette des cotisations sociales les avantages en nature octroyés au titre des logements de fonction, y compris lorsque le parc de logements appartient aux collectivités territoriales (cas de l'enseignement technique agricole).

22. Concilier la volonté de simplification administrative et les exigences posées par le contrôle des obligations contributives de l'Etat employeur [**orientation**].

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

RECOMMANDATIONS

Chapitre V – Le financement des dépenses de santé : répartition et transferts de charge entre contributeurs depuis 1996

23. Améliorer le système d'information relatif aux assurances complémentaires, en particulier :

- les données générales et exhaustives issues des documents comptables et statistiques qu'elles doivent adresser à l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) ;
- le suivi des aides apportées à la couverture complémentaire (subventions, aides sociales et fiscales) ;
- l'outil de simulation microéconomique permettant d'évaluer au plus près les effets de la couverture complémentaire sur les ménages, ventilés selon leurs caractéristiques socio-économiques.

Chapitre VI – Les pharmacies d'officines et leurs titulaires libéraux

24. Ajuster les marges en métropole pour accélérer les regroupements d'officines.

25. Réviser à la baisse les modalités d'incitation en faveur des génériques, à l'exception des spécialités pharmaceutiques nouvellement génériquées.

26. Ajuster les marges dans les DOM afin de les rendre strictement proportionnelles à la majoration du prix public local.

27. Evaluer l'impact de la création des sociétés d'exercice libéral (SEL) sur les revenus des pharmaciens déclarés à la caisse autonome de vieillesse des pharmaciens (CAVP).

28. Inscrire dans la loi le principe d'assujettissement aux cotisations sociales des revenus mobiliers perçus dans le cadre d'une SEL.

Chapitre VII – L'accès en ligne aux dossiers médicaux

La Cour recommande à l'Etat et, pour ce qui les concerne, aux régimes d'assurance maladie, de :

29. Planifier dans le futur plan d'action un niveau de ressources humaines et financières en maîtrise d'ouvrage et en maîtrise d'œuvre qui soit cohérent avec la stratégie annoncée et son calendrier de mise en œuvre, ainsi qu'avec l'offre industrielle accessible **[orientation]**.

30. Renforcer le rôle et les moyens de coordination de la mission pour l'informatisation du système de santé ainsi que, en ce domaine, des agences régionales de l'hospitalisation puis de santé.

31. Créer une fonction d'expertise nationale et autonome pour la normalisation et les référentiels en informatique de santé.

32. Réglementer la procédure d'agrément des logiciels d'officine.

33. Imposer les certificats des cartes Vitale 2 comme partie intégrante du mode d'accès à tout service en ligne de données personnelles de santé.

34. Inciter à l'usage de messageries sécurisées et pleinement interopérables par les professionnels et les établissements de santé.

35. Subordonner le financement de téléservices et de plates-formes de services à leur conformité aux bonnes pratiques informatiques, aux cadres nationaux de référence, ainsi qu'à une étude économique détaillée, comportant des indicateurs de performance et une méthode d'évaluation.

Chapitre VIII – Les restructurations hospitalières

36. *Définir un plan de restructuration des plateaux techniques publics assorti d'un calendrier.*

37. *Engager un effort systématique de pédagogie auprès du grand public sur la nécessité et le bien-fondé de ces opérations.*

38. *Valoriser dans le déroulement de carrière des directeurs d'établissements la capacité à mener à bien des opérations de restructuration.*

39. *Conditionner l'attribution des aides financières aux hôpitaux publics en difficulté à la mise en œuvre d'actions de réorganisation interne et externe.*

40. *Intégrer les critères de qualité et de compétence des équipes et les résultats de la certification des établissements dans les décisions d'autorisation d'activité.*

Chapitre IX – Le systèmes d'information dans les établissements publics de santé

41. *Redéfinir le rôle respectif des structures responsables du pilotage des systèmes d'information hospitaliers [orientation].*

42. *Assurer un suivi des dépenses réalisées par les établissements dans le domaine des systèmes d'information.*

43. *Elaborer un cadre de référence pour le développement des plateformes régionales d'interopérabilité.*

44. *Redéfinir un calendrier de financement du plan Hôpital 2012 compatible avec les délais d'élaboration de dossiers pertinents.*

Chapitre XI – Les aides à la garde des jeunes enfants

45. *Renforcer la cohérence des interventions des différents acteurs concernés par la garde des jeunes enfants (ministère en charge de la famille, ministère de l'éducation nationale, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales) [orientation].*

46. *Réduire la durée du complément de libre choix d'activité (CLCA) afin d'éviter l'éloignement durable des mères du marché du travail et envisager de revenir sur la revalorisation du CLCA à temps partiel.*

47. *Mieux corrélér le taux d'effort des familles en fonction de leurs revenus pour chaque mode de garde.*

48. *Mieux corrélér le coût pour la collectivité et les revenus des familles de chaque mode de garde en réduisant en particulier l'aide apportée par la collectivité en matière de garde à domicile.*

49. *Analyser les raisons de la stagnation du nombre d'agrément et du taux d'exercice des assistantes maternelles et développer l'accueil dans un cadre structuré (crèches familiales) ou plus souple (locaux mis à disposition).*

Chapitre XII – Les aspects de la gestion des régimes de retraite

50. *Constituer un groupe de travail du conseil national de l'information statistique (CNIS) chargé de définir l'ensemble des informations communes nécessaires au pilotage des régimes de retraite.*

51. *Doter les principaux régimes d'un schéma directeur statistique.*

52. *Permettre au conseil d'orientation des retraites (COR) de piloter les travaux devant conduire les régimes à calculer et publier des soldes actuariels et des taux de rendement.*

53. *Prévoir une clause de révision encadrée au profit du régime général lors des prochains adossements.*

54. *Calibrer les futurs adossements en partant d'hypothèses de projection de recettes identiques pour le régime général et les régimes complémentaires.*

55. *Fonder les taux d'actualisation sur des références objectives de marché notamment et justifier les différences de taux éventuellement retenues par une analyse circonstanciée du partage des risques entre les partenaires de l'opération.*

56. *Demander que les rapports annuels prévus par l'article L. 222-7 du CSS mettent systématiquement en regard prévisions et réalisations.*

57. *Faire masse de l'ensemble des pensions de base dans l'attribution du MICO.*

58. *Expertiser les conséquences d'un recentrage du MICO sur les carrières complètes travaillées.*

RÉPONSES DES MINISTRES

*REPONSE COMMUNE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS
SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE*

*DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE*

*DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE*

Nous vous remercions de nous avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Comme chaque année, nous avons accordé une grande attention aux analyses et avis formulés par la Cour.

En préalable, nous tenons à rappeler que malgré la situation de la branche vieillesse, exposée à des contraintes importantes en termes d'évolution de dépenses, l'année 2007 a été marquée, notamment, par le retour à l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse et de la CNAF (avec une amélioration du solde du premier de 1,5 Md€ par rapport à l'année précédente et de plus de 1 Md€ pour la seconde), et par le versement par l'Etat de 5,1 Md€ venant apurer définitivement l'ensemble des dettes de l'Etat vis-à-vis du régime général antérieures à 2007, dont certaines avaient été contractées il y a plus de 8 ans.

La situation de la branche maladie s'est également améliorée pour la troisième année consécutive, avec une diminution de son déficit de 1,3 Md€ par rapport à l'année précédente. L'ONDAM a certes connu un dépassement important mais les dépenses qui entrent dans son champ, comme l'indique la Cour, évoluent moins vite que le PIB. Le déficit devrait continuer à diminuer en 2008 pour s'établir autour de 4 Md€. C'est le fruit du supplément de recettes acquis en 2007 mais également d'une meilleure maîtrise des dépenses avec les mesures que nous avons prises l'été dernier dans le cadre du plan d'alerte (1,2 Md€ d'économies en année pleine) et dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Nous poursuivrons les efforts pour parvenir à l'objectif de redressement des finances sociales et d'équilibre du régime général d'ici 2011. C'est un objectif ambitieux mais qui garantira la pérennité de notre système de protection sociale pour les générations futures. Des mesures de redressement seront prises dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, à la fois pour la branche maladie et pour la branche vieillesse.

Comme le prévoit la loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale, le Parlement votera dans le prochain PLFSS définitivement les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2007. Ce sera donc au Parlement de se prononcer sur les demandes de régularisations comptables formulées par la

Cour dans son rapport de certification des comptes du régime général de juin 2008.

En ce sens, nous considérons que le déroulement actuel des opérations d'arrêté, d'approbation, d'information, de certification et de vote des comptes de l'exercice clos est pertinent même si des améliorations sont possibles. Ainsi, sur l'articulation de la Commission des comptes de la sécurité sociale avec la certification des comptes, pour lever toute ambiguïté dans les éléments publiés au premier semestre sous l'égide du Secrétaire général de la Commission des comptes, nous veillerons à ce que soit précisé systématiquement que les comptes présentés sont tels qu'arrêtés par les agents comptables des caisses nationales, sans préjudice de l'issue du processus de certification. Fournir le plus rapidement possible une information financière sincère sur l'année écoulée est une exigence démocratique fondamentale à laquelle les publications et réunions de la Commission des comptes visent à répondre ; retenir cette information jusqu'à l'été, tout comme supprimer l'analyse rétrospective du passé, indispensable à la compréhension de la situation actuelle et future des comptes de la sécurité sociale nous paraîtrait constituer à cet égard une régression peu justifiée.

S'agissant des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, nous tenons à rappeler l'action du gouvernement pour clarifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Au-delà du remboursement de la dette de l'Etat vis-à-vis du régime général en octobre 2007 à hauteur de 5,1 Md€ et vis-à-vis du FFIPSA pour 0,6 Md€, un effort particulier a été engagé pour améliorer la budgétisation des dispositifs d'exonérations de cotisations sociales et de prestations sociales, qui s'appuie désormais sur les prévisions pluriannuelles fournies par les régimes, et pour garantir la bonne exécution des crédits budgétaires et le respect du principe de neutralité financière.

Concernant la construction de l'ONDAM et son articulation avec la politique conventionnelle de la branche maladie, nous tenons à renouveler notre attachement au mode de gouvernance mis en place par la réforme de l'Assurance maladie de 2004. Si les négociations conventionnelles comportent un volet relatif aux revalorisations, elles font primer avant tout les économies et l'amélioration des conditions de l'exercice professionnel.

Sur le premier aspect, l'UNCAM a pour sa part déjà prévu de retenir des engagements de maîtrise médicalisée supérieurs aux revalorisations accordées. Ceci permet de compenser le fait que dans certains cas, il peut y avoir des écarts – pas forcément d'ailleurs de la seule responsabilité des praticiens – entre les engagements et les résultats. En outre cette pratique de l'UNCAM est confortée par les dispositions importantes adoptées dans la LFSS 2008 s'agissant de l'entrée en vigueur des revalorisations des tarifs des professionnels libéraux.

Sur le second aspect, il faut donner crédit à l'Assurance maladie d'avoir respecté les thèmes prioritaires pour l'Etat inscrits dans la Convention d'objectifs et de gestion signée en août 2006 : le développement de la prévention, l'accompagnement des politiques de santé publique portées par l'Etat, la contribution à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire.

En ce qui concerne le sujet des dépenses de soins infirmiers, sur lequel la Cour consacre une partie de son rapport, le Gouvernement est très attaché à une contribution optimale des différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients à domicile. Des travaux importants ont d'ores et déjà été entrepris dans ce domaine : une étude sur les patients atteints de pathologies lourdes et pris en charge par les services de soins infirmiers à domicile est en cours et doit aboutir à la fin de l'année ; des travaux sur les indications d'inclusion des patients en hospitalisation à domicile ont été lancés en parallèle à des réunions sur l'intervention des libéraux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ce sujet constituera d'ailleurs un des enjeux de la mise en place des agences régionales de santé (ARS) : au delà de ce qui a déjà été entrepris, le travail de prospective et d'évaluation des besoins sera au cœur de l'activité des ARS auxquelles il est prévu de demander de construire des schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, à visée indicative, afin de rationaliser l'offre de soins. Les ARS seront en effet responsables sur les champs sanitaires et médico-sociaux, corrigeant ainsi le fonctionnement en « tuyaux d'orgues » justement dénoncé par la Cour.

Le rôle des ARS sera également crucial pour la redéfinition de l'offre de soins hospitaliers. La France est le pays au monde où le nombre d'établissements de soins publics et privés rapporté à la population est le plus élevé. L'excellence médicale, les progrès techniques, les normes sanitaires, mais aussi l'amélioration des moyens de transport et de télécommunication, conduisent à réévaluer la valeur de la proximité des soins hospitaliers, en fonction du type de soins. La mise en place des ARS donnera l'occasion de redéfinir l'offre de soins sur le territoire. Cependant, la seule implication des ARS ne saurait suffire. Devront être associés l'ensemble des acteurs locaux du monde hospitalier et en particulier le corps médical. Il conviendra par ailleurs de mieux valoriser l'implication des directeurs d'établissements dans la conduite de ces opérations.

Le rapport de la Cour consacre par ailleurs une partie de ses analyses à la répartition des charges entre contributeurs. Le rapport relève en premier lieu que des incertitudes entourent la répartition entre ménages et organismes complémentaires en ce qui concerne l'évolution de la prise en charge des dépenses de santé. Il faut signaler à cet égard que la DREES s'est livrée en 2008 à une réestimation des prestations versées par les mutuelles à partir des informations fournies par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles. Cette révision ne remet toutefois pas en cause le constat de la Cour

d'une stabilité de la répartition des dépenses par contributeur et du profil général d'évolution du reste à charge des ménages qui enregistre une baisse sur moyenne période.

Nous partageons en outre les conclusions de la Cour sur le maintien à un niveau très élevé de la part prise en charge par le régime obligatoire, malgré les mesures d'économie conjoncturelles mises en place depuis 2004. La prise en charge accrue de médicaments innovants ou très coûteux et l'augmentation du nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur en raison, notamment, d'une affection de longue durée (ALD), expliquent en effet la tendance structurelle d'augmentation du taux d'engagement de l'Assurance maladie. Cet accroissement mécanique des dépenses prises en charge par le régime obligatoire est du reste estimé à environ 3 Md€ sur cinq ans par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie dans son rapport de juillet dernier, soit un niveau sensiblement supérieur à celui calculé par la Cour.

Le degré de mutualisation des dépenses remboursables n'est donc pas affecté sur moyenne période, même si les efforts entamés dès 2007 doivent être poursuivis pour répondre à la préoccupation de la Cour concernant le rythme de progression très dynamique des dépassements d'honoraires auxquels sont confrontés les assurés.

Concernant les développements relatifs à la gestion des régimes de retraite, le Gouvernement partage les analyses de la Cour, et les précautions exprimées par la commission des affaires sociales du Sénat, au sujet des opérations d'adossement des régimes spéciaux aux régimes de droit commun. Dans le même esprit que la réforme des droits, effective au 1er juillet 2008, et qui vise à mettre tous les Français sur un pied d'égalité en matière de retraite, le Gouvernement veillera le cas échéant par tous moyens à garantir une stricte neutralité financière des opérations d'adossement.

S'agissant des minima de pensions, et comme le rappelle la Cour, le gouvernement a entrepris avec les partenaires sociaux dans le cadre du rendez-vous 2008 sur les retraites une réflexion sur le ciblage du minimum contributif et l'objectif de 85% du SMIC pour une carrière complète fixé par la loi du 21 août 2003. Cette réflexion associe les régimes complémentaires.

Enfin, nous remercions la Cour d'avoir consacré une partie importante de son rapport aux programmes de qualité et d'efficience (PQE) et nous sommes sensibles aux propositions faites pour renforcer la dimension de mesure de l'efficience des politiques de sécurité sociale, notamment en termes d'articulation avec les conventions d'objectifs et de gestion. Nous considérons néanmoins que si, comme y invite la Cour, des parallèles doivent être trouvés entre la démarche de performance de la sécurité sociale et celle de l'Etat, on ne peut totalement calquer l'une à l'autre.

La démarche des PQE s'inscrit en effet plus dans une échéance pluriannuelle, où interviennent également des facteurs relevant du contexte

économique, sanitaire et social. Elle est centrée en outre sur l'impact final des politiques de sécurité sociale qui sont avant tout transversales, ce qui rend plus difficile l'identification des leviers d'action dont disposent les administrations et organismes chargés de leur mise en œuvre. Ces spécificités militent pour que soit mis en place un programme d'audit particulier inséré au sein du dispositif d'évaluation des politiques sanitaires et sociales, en cours d'élaboration à l'initiative de la DREES et de l'IGAS.

REPONSE DE LA MINISTRE DE L'ECONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI

Je vous remercie de m'avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. J'ai naturellement accordé une grande attention aux observations et recommandations formulées par la Haute juridiction. De nombreuses analyses rejoignent mes préoccupations. Au delà des remarques techniques qui vous ont d'ores et déjà été communiquées, je souhaite revenir sur un des points examinés par la Cour.

Sur le financement de la sécurité sociale, la Cour propose de limiter les allègements généraux de cotisations sociales aux entreprises de moins de 20 salariés ou à certains secteurs d'activité. Je souhaite souligner que le problème du coût du travail au niveau du SMIC n'est pas étroitement lié à la taille de l'entreprise ou à son secteur d'activité. L'introduction d'un critère de restriction de cette nature générerait des distorsions économiques significatives, sous la forme d'effets de seuil importants. Dans la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008, le gouvernement s'est employé à réduire ce type d'effets qui nuit beaucoup au développement des PME.

Je partage en revanche l'analyse de la Cour selon laquelle l'existence de trappes à bas salaires n'est, en l'état actuel du barème des allègements, pas avérée. Les études disponibles mettent en évidence la complexité des effets des allègements sur les salaires. Les allègements ont vraisemblablement une influence positive sur le niveau des salaires dans la mesure où le bénéfice de l'exonération est partagé entre employeurs et salariés. Par ailleurs, la dégressivité modérée du barème actuel, en limitant pour l'employeur le coût d'une revalorisation salariale, permet au dispositif de ne pas peser sensiblement sur les évolutions salariales.

Enfin, je partage l'appréciation de la Cour sur la nécessité de poursuivre et d'amplifier les réformes menées en matière de finances sociales pour ramener la France dans le groupe des pays de l'Union Européenne qui ont rétabli la situation de leurs finances publiques.

REPOSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE

Ce document comporte trois développements qui appellent des observations de la part de mon département ministériel :

- l'évaluation du dispositif de contrôle interne de la mutualité sociale agricole,
- l'équilibre du financement de la protection sociale agricole,
- le contrôle du paiement des contributions sociales par l'administration centrale du ministère de l'agriculture et de la pêche (sur la base de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004).

Sur le premier point, le ministère de l'agriculture et de la pêche partage les préoccupations de la Cour sur la nécessité de mettre en œuvre une évaluation des dispositifs de contrôle interne des organismes de MSA par des audits ainsi que des actions de formation et de sensibilisation des organismes et de leur personnel.

L'article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a renforcé les pouvoirs de la caisse centrale de la MSA sur les caisses locales et le décret d'application n° 2008-485 du 22 mai 2008 a institué un dispositif de contrôles périodiques sur les activités des caisses et leur organisation dont notamment, la comptabilité et le contrôle interne. A cet effet, une équipe nationale de sept auditeurs a été constituée et une cartographie des risques ainsi qu'un référentiel de contrôles ont été établis. Les premiers audits sont programmés en septembre 2008 et en cas de défaillances locales, la caisse centrale pourra demander la mise en place d'un plan de redressement.

La caisse centrale a, par ailleurs, en projet la création d'un autre dispositif de contrôles visant à vérifier la réalité des actions des plans de contrôle interne des caisses et à assister celles d'entre elles qui seraient confrontées à des difficultés dans le déploiement du dispositif institutionnel.

Les organismes de MSA, appuyés par leur échelon national, doivent également s'attacher à créer des conditions propices à une appropriation collective de la culture du contrôle interne et du risque par l'ensemble des personnels. Celle-ci sera le facteur clé d'une mise en œuvre aboutie de la démarche.

S'agissant du second point relatif au financement du régime des non salariés agricoles, le ministère de l'agriculture et de la pêche rappelle que la création du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) par la loi de finances pour 2004 en remplacement du BAPSA a donné lieu à un changement de sources de financement du régime qui a installé le régime dans un déficit structurel.

Ce déficit dépassera 2,5 Md€ en 2008, et l'endettement cumulé devrait atteindre 7,4 Md€ à la fin de l'année.

Ce déficit n'est pas lié à une mauvaise gestion ou à une dérive incontrôlée des dépenses des assurés. L'effort contributif des exploitants agricoles n'est pas non plus en cause.

Le déficit du FFIPSA découle en premier lieu du déséquilibre démographique du régime : il n'y a qu'un cotisant pour trois retraités et les 3/4 de ces cotisants ont un revenu inférieur au SMIC ce qui nécessite d'autres recettes que les cotisations dont le produit est inférieur à 18% des charges du régime.

En second lieu ce déficit structurel résulte de la structure des recettes autres que les cotisations.

La loi de finances pour 2004 qui a créé le FFIPSA a substitué une affectation de taxes sur les tabacs (dont le produit décline en 2008 grâce au succès de la politique de santé publique du gouvernement) aux recettes que percevait le BAPSA à savoir 0,7 point de TVA sur les 3 taux de TVA (dont le produit augmentera de 5% en 2008) un abondement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et la subvention d'équilibre que lui versait l'Etat.

Le FFIPSA a recours à l'emprunt pour financer son déficit. Le FFIPSA a reçu en LFSS 2008 l'autorisation de procéder à des ouvertures de crédit court terme pour un montant total de 8,4 Md€ Les frais financiers prévisionnels de cet emprunt sont de 320 M€ sur 2008 (186,3 M€ en 2007).

Le financement du régime est donc, principalement, un enjeu de solidarité nationale et interprofessionnelle. Le problème de financement est, pour l'essentiel, que le niveau de la solidarité nationale et interprofessionnelle est insuffisant.

Certes, ce déséquilibre est financé et il n'existe aucun risque de non-versement des prestations. Néanmoins, la dette atteindrait rapidement un niveau qui ne serait pas soutenable si une solution pérenne n'était pas rapidement mise en œuvre.

C'est pourquoi, le 3 octobre dernier, les ministres chargés de l'agriculture et du budget ont signé une lettre au Président du FFIPSA lui indiquant que «pour la branche vieillesse, qui relève de la solidarité nationale, l'Etat prendra sa responsabilité en assurant l'équilibre par des taxes affectées».

La régulation des dépenses d'assurance maladie relève en revanche de la protection sociale. Une des solutions examinées par le gouvernement pourrait être un adossement financier de la branche maladie du FFIPSA à la CNAMTS, en affectant à celle-ci des ressources supplémentaires et en définissant des règles de gouvernance respectueuses des spécificités du monde agricole.

Des travaux interministériels sont en cours pour examiner les solutions envisageables. Le ministère de l'agriculture et de la pêche considère comme la Cour des comptes qu'il faut rapidement mettre en œuvre des financements suffisamment dimensionnés pour assurer durablement l'équilibre financier du régime des non-salariés agricoles.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche veillera cependant à ce que la solution retenue n'implique en aucun cas de changement dans la gestion des prestations et le recouvrement des cotisations. Comme c'est le cas pour le régime des salariés agricoles ou pour les prestations familiales des exploitants agricoles qui sont respectivement intégrés et adossés financièrement au régime général, la MSA doit demeurer l'organisme gestionnaire et l'interlocuteur unique des professions agricoles. C'est un réseau mutualiste qui a fait les preuves de son efficacité et dont le guichet unique est un élément essentiel de simplification des relations avec les assurés et de qualité du service public.

En ce qui concerne le troisième point, le projet de rapport constate que si la gestion centralisée des personnels et la généralisation de la paie sans ordonnancement préalable (PSOP) constituent un double facteur d'harmonisation des pratiques de gestion et de sécurisation du paiement des contributions sociales par le ministère, il reste au ministère à se doter d'une véritable politique de contrôle interne : la réorganisation du service des ressources humaines mise en place par le décret n° 2008-636 du 30 juin 2008 va maintenant en faciliter la réalisation.

Par ailleurs, la Cour observe qu'aucun avantage en nature n'est intégré par le ministère de l'agriculture et de la pêche dans le calcul de ses contributions sociales, alors que l'attribution de logements de fonction devrait rentrer dans ce dispositif. Le ministère en prend acte et, faisant procéder à l'identification des avantages en nature par les gestionnaires de la paie, entend mettre en place un dispositif permettant la retenue des contributions sociales à travers la paie des agents.

RÉPONSES DES ORGANISMES

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2007

Chapitre I Les comptes sociaux

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

En ce qui concerne les analyses de la Cour sur les comptes pour 2007 et leur financement, il apparaît nécessaire, sans préjudice des remarques techniques formulées par les services de l'Agence centrale dans le cadre de la procédure contradictoire, de rappeler plusieurs éléments. La neutralité des relations financières avec l'Etat constitue un objectif de l'Agence centrale. Elle apporte ainsi une attention particulière en ce qui concerne la compensation intégrale des exonérations de cotisations et de contributions sociales. Deux indicateurs ont été créés pour suivre la neutralité dans les PQE à l'attention du Parlement. Par ailleurs, la Cour énumère les outils disponibles afin de pallier les déficits de trésorerie de l'Agence centrale. Dans ce cadre, il est fait mention du développement de la politique de billets de trésorerie. L'émission de billets de trésorerie constitue un outil supplémentaire et utile en matière de financement de la trésorerie. Son utilisation reste limitée au regard des montants avancés par la CDC. Cet outil est de plus sujet aux fluctuations du marché. Par ailleurs, comme le souligne la Cour, la Caisse des dépôts et consignations a été amenée à durcir ses conditions financières à compter de 2008 tant concernant les prix que les volumes (ce qui fut d'ailleurs déjà le cas en 2004). L'Agence centrale ne dispose pas des moyens de juger de la capacité de la Caisse à assurer les financements qui lui sont confiés. Elle n'est pas davantage en mesure d'analyser la justification des positions prises par celle-ci concernant les conditions financières qu'elle applique. L'Agence centrale souhaite néanmoins rappeler que ce durcissement, combiné aux tensions financières et au déficit actuel de trésorerie rendent particulièrement délicate la gestion financière à court terme des fonds qui lui sont confiés. Après l'opération d'apurement des dettes de l'Etat effectué en 2007, l'engagement pris par le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique lors de la dernière commission des comptes de trouver des solutions pour apurer la dette constitue donc un élément important pour l'Agence centrale, eu égard aux contraintes auxquelles elle est confrontée.

Enfin, en ce qui concerne l'analyse de la Cour sur les dispositifs d'exonération, l'Agence centrale souhaite rappeler que la multiplicité des dispositifs est source de nombreuses difficultés. Leur gestion s'en trouve ardue, tant en ce qui concerne leur vérification et leur contrôle qu'en ce qui concerne leur suivi statistique. La multiplicité des dispositifs entraîne en

outre le recours à des mécaniques de compensation souvent distinctes qui ne permettent pas toujours de garantir la neutralité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Enfin, la relation avec les usagers n'est pas facilitée par cette multiplicité voire, parfois, par la succession de dispositifs ou d'évolution de ces dispositifs. Les organismes rencontrent des difficultés à expliquer et jouer leur rôle d'assistance aux usagers pour leur permettre d'exercer leurs droits. De plus, de trop nombreux dispositifs et les évolutions régulières qu'ils connaissent ne garantissent pas la sécurité juridique des cotisants. Aussi, si l'opportunité de disposer d'autant de dispositifs peut – du point de vue de la gestion- être discutée, les différentes réformes envisagées doivent-elles néanmoins être appréciées eu égard au degré de complexité qu'elles pourraient représenter pour les usagers. Néanmoins, tout effort de rationalisation des dispositifs d'exonération ne pourrait qu'être encouragé par la branche recouvrement, pour des raisons de gestion et de relation avec l'usager et afin de faciliter la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

En premier lieu, il apparaît que le rapport ne s'intéresse que peu aux causes du ralentissement important de l'ONDAM constaté depuis 2004. En effet depuis trois ans, les dépenses d'assurance maladie et de santé évoluent à un rythme proche de celui de la croissance du produit intérieur brut. Cette situation pourrait se prolonger cette année. Il est assez rare historiquement qu'une telle modération soit constatée dans une période pendant laquelle l'évolution de la croissance a été sensiblement identique à son niveau structurel.

L'une des raisons de cette évolution tient à la modération des revalorisations tarifaires accordées aux professionnels de santé, qui ce sont élevées en moyenne sur la période 2004-2008 à 1,3 % par an.

En second lieu, la CNAMTS conteste l'affirmation du rapport selon laquelle la négociation conventionnelle tient insuffisamment compte du cadre de l'ONDAM. A chaque débat du conseil de l'UNCAM et du collège des directeurs, une réflexion est menée sur la cohérence avec l'ONDAM, comme le montrent les comptes rendus. Ainsi, la politique conventionnelle s'inscrit dans le cadre des objectifs de dépenses assignés à l'Assurance Maladie et les revalorisations tarifaires sont naturellement prises en compte dans les projections de dépenses pour l'année à venir qui font l'objet d'un dialogue étroit avec les ministères compétents.

A cet égard, la CNAMTS estime à 1,7 milliards d'euros et non à 2,2 milliards d'euros l'impact en année pleine des revalorisations accordées entre 2005 et 2007 et à 2,3 milliards d'euros et non à 2,8 milliards d'euros celui des revalorisations accordées entre 2003 et juillet 2007. La CNAMTS souligne que pour la période 2004-2008, l'impact total des mesures tarifaires s'élève à 1,945 milliard d'euros, ce qui équivaut à une revalorisation nette des tarifs d'actes médicaux et paramédicaux de 1,3 % par an.

La construction de l'ONDAM fait également l'objet d'une précision accrue grâce à l'exercice, mené pour la première fois pour l'année 2009, de médicalisation de la projection des dépenses. Cet exercice améliore sensiblement l'analyse des dépenses et de leur tendanciel.

La Cour note à juste titre l'évolution du sous-objectif de dépenses des soins de ville : à cet égard, l'exercice de médicalisation des projections de dépenses a permis d'objectiver, pour l'avenir, une contention des dépenses en établissement pour les soins délivrés aux personnes en ALD corrélée avec une progression des soins de ville, à relier avec l'évolution des modes de prise en charge. Dans ces conditions, une progression différenciée des deux sous-objectifs apparaît pertinente.

L'appréciation selon laquelle la prise en compte d'objectifs conventionnels relatifs à l'organisation du système de soins risque de subordonner cette organisation aux intérêts des professionnels paraît excessive et infondée. L'objectif poursuivi par l'UNCAM dans la négociation conventionnelle consiste au contraire à faire prendre en compte par les professions de santé des contraintes d'efficacité et de meilleure utilisation des ressources, dont il n'est pas certain que les autres leviers existants puissent être aussi opérants.

A cet égard, il convient de souligner qu'à la demande des pouvoirs publics le cycle de négociation en cours permettra de mettre en place, pour la première fois, des outils de régulation démographique et de rémunération à la performance. Les négociations ont également permis, comme vous le relevez à juste titre, d'enclencher des baisses tarifaires pour certains actes de cardiologie et de radiologie. Dès lors qu'il apparaît inévitable de revaloriser régulièrement les tarifs de certains services de soins, l'UNCAM jugerait regrettable de ne pas mettre à profit ces revalorisations pour accroître l'efficacité globale du système de soins.

La Cour souligne que la politique de maîtrise médicalisée n'a pas atteint la totalité de ses objectifs, mais ce constat ne doit pas masquer l'ampleur des résultats déjà obtenus sur la maîtrise du tendanciel des dépenses. Cumulée avec les autres mesures de maîtrise, cette politique a en effet permis une nette diminution du tendanciel des dépenses depuis 2004: le déficit atteindrait aujourd'hui près de 15 Md€ si les dépenses s'étaient poursuivies sur la tendance constatée entre 1998 et 2003, eu égard aux augmentations de recettes et plus de 20 Md€ sans ces augmentations. Les

outils de reporting plus fins qui sont actuellement mis en place conjointement avec les ministères concernés permettront un suivi plus précis et une analyse partagée des résultats.

Chapitre IV

Les contrôles sous la surveillance de la Cour

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

En ce qui concerne l'efficacité du réseau, la CNAMTS rappelle l'ampleur des gains de productivité réalisés par l'assurance maladie : la productivité (bénéficiaires rapportés aux ETP) a crû de 3,5% pour la seule année 2007. La politique de remplacement partiel des départs à la retraite (remplacement d'un départ et demi sur 10 dans les caisses les mieux dotées en personnel telles que la CPAM de Paris) permet en effet une réduction importante des effectifs, alors même qu'un investissement conséquent est réalisé pour améliorer le service aux assurés et développer la gestion du risque. Cette politique est associée à un plan de rapprochement ambitieux d'organismes. A cet égard, il est juste de relever comme la Cour l'a fait que les mutualisations ne sont pas suffisantes pour les caisses du Nord, mais qu'il fallait mettre en place un mouvement plus ambitieux de fusion de caisses qui sera effectif le 1^{er} janvier 2010.

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

Par ailleurs, les démarches de mutualisation entre organismes analysées par la Cour constituent un moyen pour l'ensemble du réseau d'optimiser l'utilisation des ressources existantes ou de pallier une insuffisance de ressources. La démarche conduite actuellement dans le cadre prévu par la convention d'objectifs et de gestion consiste à assurer ces mutualisations en prenant en compte les spécificités locales et les particularités des différents domaines d'application retenus. La branche poursuivra ces démarches tout en identifiant les bonnes pratiques au sein du réseau afin d'en assurer la diffusion et la mise à disposition de l'ensemble des organismes.

La gestion des créances prescrites fait l'objet d'une attention particulière du réseau du recouvrement. Un traitement informatique permettant de repérer les créances en voie de prescription a été développé et est utilisé par les organismes. Les créances prescrites font l'objet d'analyses lors des audits sur place conduits dans les organismes. Une nouvelle instruction relative à la prévention de la prescription sera diffusée en 2008 au réseau dans le cadre des instructions de contrôle interne. Un SPR (standard

de pratique recommandée) destiné à la prévention de la prescription des créances sera diffusé au cours du mois d'octobre 2008.

*REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE
PARIS*

Lancé début 2006 notre projet d'entreprise a priorisé les chantiers les plus structurants pour l'amélioration du service rendu à nos publics et il ne pouvait donc, dès sa première année, produire des améliorations que de manière embryonnaire sur les résultats 2006 qui servent de socle aux observations de la Cour.

La tendance générale à l'amélioration de nos résultats a été constatée par les différentes missions qui se sont succédé en 2007 et début 2008 ; principalement les missions sur la certification des comptes 2007 diligentées par la Cour et la CNAMTS.

L'évolution de notre taux d'efficacité du CPG (53.2 % en 2006 ; 59.7 % en 2007) traduit également un niveau de progrès significatif et permet à la CPAM de Paris de se classer en 2007 parmi les douze premières CPAM en termes de taux de progression. (...)

La transformation de la CPAM de Paris se poursuit à un rythme particulièrement soutenu, grâce, notamment, à l'investissement massif du management et des agents à tous les niveaux, progressivement formés à une culture de la performance qui n'existait pas antérieurement dans l'entreprise. Mille personnes sont aujourd'hui directement concernées par une mobilité géographique ou professionnelle.

C'est pour cela que les appréciations de la Cour, fondées sur des constats faits en 2006, et publiées en septembre 2008, paraîtront en profond décalage et très dures au regard de la réalité de l'entreprise, telle qu'elle est vécue aujourd'hui par son personnel, et l'effort considérable fourni au cours de ces derniers mois.

REPONSE DE L'URSSAF DU CANTAL

Le projet d'insertion devant figurer dans le prochain rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale fait état de l'existence d'un problème de coût à l'URSSAF du Cantal qui devrait se résoudre progressivement.

Je vous informe que la publication des résultats 2007 la concernant confirme la baisse des coûts attendue sans toutefois en pénaliser ses performances.

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITÉ SOCIALE
AGRICOLE (CCMSA)*

Dans le chapitre consacré aux contrôles effectués sous sa surveillance, la Cour s'appuie, s'agissant du régime agricole, sur les rapports réalisés par les SRITEPSA chargés d'auditer 22 caisses de MSA. Elle fait un point sur la mise en place du contrôle interne dans le réseau. Ses observations relèvent de trois thèmes :

- Pilotage et organisation :

A partir de la date de publication du décret du 26 juin 2003, les règles de mise en œuvre du contrôle interne ont progressivement été définies et un guide méthodologique établi. Cette démarche a été rendue possible par l'association de l'ensemble des acteurs réunis autour de la caisse centrale.

La Cour émet plusieurs remarques sur des situations particulières:

- Etablissement tardif ou inexistant d'un protocole directeur/agent comptable.

- Recours dans certains cas à des outils peu performants.

La caisse centrale prend acte de ces remarques, mais note également que le calendrier de mise en œuvre des bonnes pratiques a été respecté, ce qui représente en trois années, 338 processus, auxquels sont rattachés plus de 700 bonnes pratiques. Au 31 décembre 2007, le taux de sécurisation moyen national se situait à 91,8 %.

Un rappel sera fait aux caisses par la Caisse centrale sur le respect des recommandations émises en matière de méthodologie (notamment rappel du protocole-type, diffusé avec la circulaire d'application) et sur l'obligation d'utiliser l'outil national mis à disposition de tous et constamment amélioré pour répondre aux besoins des CMSA en matière de gestion.

- Mise en œuvre des bonnes pratiques :

La Cour relève deux points :

Les caisses, dans certains cas, ont mis en place les bonnes pratiques définies au plan national, sans avoir procédé au préalable à une analyse de la situation locale. Ceci diminuerait la portée de la démarche, dans la mesure où peu de questions ont été soulevées sur la pertinence du fonctionnement en place.

L'évaluation du dispositif de contrôle interne reste imparfaite, et ne permet pas de mesurer objectivement les progrès accomplis.

La caisse centrale prend acte de ces deux remarques et note cependant que la Cour fait mention du respect du calendrier de diffusion et d'implantation dans les caisses des processus et des bonnes pratiques associées.

Une des options prises à l'origine pour la mise en place du dispositif de contrôle interne en MSA a été de définir un socle commun susceptible de sécuriser au mieux les actes de gestion pratiqués, dans un délai maîtrisé (3 ans).

Compte tenu de cette option, il n'a pas été possible, pour certaines caisses, de mener l'analyse locale souhaitée par la Cour. Notons toutefois que certaines caisses ont mis en place des bonnes pratiques locales, qu'elles justifient par un contexte spécifique. C'est dans un deuxième temps que les Caisses seront invitées à entreprendre systématiquement cette démarche complémentaire.

De même, si la nécessité d'une évaluation a été relevée dès le début de la réflexion, aucun outil, hormis la vérification comptable, n'a été adapté à la situation.

Ceci doit faire l'objet d'une réflexion à partir du 2^e semestre 2008, en vue de mettre en place des outils permettant de mesurer la pertinence du dispositif mis en place.

– La vérification comptable :

La Cour relève deux points :

Dans les caisses, il n'y a pas de lien clair établi entre les bonnes pratiques attachées aux processus métiers et les missions confiées à la vérification comptable. En outre, dans certains cas, l'agent comptable n'attache pas suffisamment d'intérêt aux travaux des vérificateurs.

Les taux d'erreurs relevés dans le cadre de la vérification comptable restent élevés et disparates d'une caisse à l'autre.

La caisse centrale prend acte de ces observations. Ce n'est que depuis le début de la réflexion sur le contrôle interne que le principe consistant à mener des actions nationales de vérification comptable communes à toutes les caisses a été arrêté.

Cette décision, prise dans le cadre de quotas globaux de vérification inchangés, a nécessité de redéfinir les modalités d'application des règles de vérification comptable : les méthodes de sélection et d'analyse doivent être harmonisées, et les résultats obtenus doivent être cohérents. Ce n'est pas encore toujours le cas, ce qui peut être source de disparités dans les taux d'erreurs présentés.

En outre, les fiches techniques de vérifications comptables envoyées par la CCMSA précisent la méthodologie de contrôle à pratiquer et mentionnent obligatoirement les références aux fiches bonnes pratiques des processus métier.

Enfin, les actions nationales arrêtées concernent des parties de législation « sensibles », pour lesquelles il est possible de présupposer des risques d'erreurs importants.

Aussi, les taux relevés au titre de ces actions spécifiques doivent-ils être interprétés dans leur contexte et ne pas conduire, par extrapolation, à un jugement global sur le respect de l'application de la réglementation par une caisse.

En revanche, certains résultats doivent inviter à la réflexion et à la recherche de solutions telles que celles évoquées par la Cour.

REPONSE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE CŒUR DE LOIRE

L'importance des retards dans le versement des prestations est imputable, pour une grande part, à la restructuration de l'entreprise suite à sa fusion en avril 2005 et à ses conséquences en termes de mobilités fonctionnelles et de formations nécessaires.

Les résultats 2007 et 2008, sans être encore parfaitement satisfaisants, ont mis en évidence une nette amélioration.

REPONSE DE LA FEDERATION GRAND SUD

Sur la première observation « le coût net de gestion excessif », il est ensuite précisé qu'une « diminution a été observée en 2007/2006 dans les deux cas, mais que le rang de classement n'a pour ainsi dire pas évolué ». Cette observation et son commentaire appellent une remise en perspective et deux informations complémentaires.

La reconfiguration du réseau des caisses de MSA en 35 organismes induit, dans les exercices qui précèdent la fusion des caisses, des charges supplémentaires, consécutives à la préparation des opérations d'unification du système d'information, d'unification du système de gestion électronique des documents, d'installation de la plateforme commune aux deux caisses, de mise en place des institutions représentatives du personnel, ainsi que de la simplification de la ligne hiérarchique et enfin de la mise en place d'une comptabilité unique. (...)

DEUXIÈME PARTIE – LA GESTION DES RISQUES

Chapitre V

Le financement des dépenses de santé : répartition et transferts de charge entre contributeurs depuis 1996

REPONSE DE L'UNION DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM)

Les éléments qui autorisent la Cour à conclure de façon définitive que le transfert de charge de l'assurance maladie obligatoire (AMO) vers l'assurance maladie complémentaire (AMC) se traduit par : « des coûts de gestion [sans doute] accrus, une perte de ressources publiques et enfin par des inégalités de traitement » se fondent à la fois sur des comparaisons très discutables entre AMO et AMC et sur un certain nombre d'approximations qu'il sera permis à l'Union de mettre en exergue dans les observations ci-dessous :

1/ Une comparaison artificielle et illégitime produit une démonstration biaisée.

La démonstration de la Cour consiste à placer artificiellement AMO et AMC sur un même plan, renvoyant dos à dos deux systèmes obéissant à des logiques radicalement différentes : un système obligatoire et monopolistique et un système facultatif et concurrentiel. Ce faisant, il est alors permis de « reprocher » à l'AMC de ne pas présenter les mêmes caractéristiques que le régime obligatoire. De fait, quel serait le regard porté sur la performance de l'AMO si on la jugeait à l'aune de certaines des caractéristiques propres à l'AMC telles que la liberté de choix des garanties par le souscripteur ou encore le respect de règles prudentielles ?

La Cour choisit de comparer les coûts de gestion de l'AMO et de l'AMC au moyen d'un ratio qui a pour principale vertu d'être très favorable à l'AMO compte tenu notamment du poids de ses prestations par rapport à celles des complémentaires. Ainsi, il n'est pas illogique que les coûts de gestion des AMC soient plus élevés puisqu'elles remboursent une part minimale d'un grand nombre de prestations. Dans certains domaines, on pourrait sans doute tirer des conclusions totalement différentes. De ce point de vue, il serait intéressant de comparer le ratio frais de gestion sur prestations versées par l'AMO sur les dépenses d'optique au ratio des AMC.

Le choix d'utiliser ce ratio est en soi discutable puisque moins l'assurance maladie agit pour limiter la charge des prestations, plus le ratio est

favorable ! Enfin, il est hautement contestable car il néglige plusieurs des différences intrinsèques de l'AMO et de l'AMC : les frais d'acquisition sont par définition nuls dans un contexte obligatoire et les économies d'échelle permises à un monopole d'Etat sont sans commune mesure avec ce que peuvent espérer des organismes d'assurance maladie complémentaire qui assurent une couverture par nature parcellaire. La « gestion » de l'assurance maladie obligatoire concerne bien sûr des activités très différentes ; ainsi, les coûts de recouvrement des cotisations sont assurés par les URSSAF. Par ailleurs, les organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM) ne peuvent se permettre d'être déficitaires, or le dénominateur du ratio de l'AMO inclut le déficit. Il n'est pas donc pas comparable avec ceux des AMC. Par ailleurs, n'y sont comptabilisés ni les frais de gestion hospitaliers ni la dette déplacée sur la CADES, et encore moins le fardeau du déficit. Dans son rapport de juin 2007 sur la certification des comptes de la sécurité sociale, la Cour pointait les insuffisances du contrôle interne de l'assurance maladie. Elle peut difficilement aujourd'hui citer en exemple la prétendue modestie de ses frais de gestion. Enfin, faut-il le rappeler, les règles prudentielles imposent aux organismes assureurs de constituer des provisions importantes, qui sont bien évidemment un élément non négligeable de l'écart arithmétique entre les cotisations perçues et les prestations versées.

La Cour pointe le caractère non-redistributif de l'AMC en faisant là encore une comparaison abusive avec un régime obligatoire.

La Cour retient comme critère d'évaluation de la couverture complémentaire une capacité de redistribution calquée sur celle de l'assurance maladie obligatoire (qui constitue « un outil de redistribution des revenus très puissant » selon la Cour). Cette assimilation est très discutable, les objectifs de gestion des organismes d'assurance maladie complémentaire, leurs bases de mutualisation du risque maladie, et leurs règles de fonctionnement juridiques et financières étant foncièrement différents de ceux de l'assurance maladie obligatoire. Dans le cadre d'un monopole d'Etat, on peut pratiquer la redistribution que l'on souhaite. Dans un système concurrentiel d'assurance, on se doit de préserver les intérêts de mutualités homogènes d'assurés, dans le cadre des règles fixées par l'Etat. On doit le faire d'autant plus qu'il faut veiller à l'équilibre des comptes, en majorant si nécessaire les cotisations, et que l'on n'a pas la possibilité de reporter des déficits sur les générations futures. Le Président de la République a d'ailleurs bien marqué la différence qu'il convenait d'opérer entre ce qui relève de la solidarité nationale et donc de l'AMO et ce qui doit être pris en charge au titre de la responsabilité individuelle et donc par une assurance complémentaire. On ne peut, par définition, pas faire jouer le même rôle, en matière de redistribution, à l'AMO et à l'AMC.

S'agissant des « aides publiques », la Cour néglige d'indiquer que l'activité d'assurance alimente significativement les ressources publiques. Il convient en outre de rappeler que les exonérations dont la Cour fait état

(exonération de taxe, exonérations fiscales et sociales) ont pour objectif affiché de favoriser la souscription de contrats complémentaires respectant des règles voulues par le législateur. En effet, aujourd'hui, pour accéder dans certains domaines à des soins de qualité, la souscription d'un contrat complémentaire est nécessaire. La CMUC a été mise en place pour cette raison.

Si ces exonérations n'avaient pas été instaurées, les souscriptions de contrats complémentaires auraient été moins importantes et le montant des « aides publiques » également, puisqu'elles sont liées aux cotisations de ces contrats. Une couverture, par la sécurité sociale de ce qui est pris en charge par les complémentaires coûterait beaucoup plus cher en aides publiques. On notera que la Cour des comptes n'a jamais calculé le coût en aides publiques voire en déficits de l'assurance maladie obligatoire.

L'UNOCAM regrette que les chiffres réalisés sur le montant des « aides » aient fait l'objet d'une telle publicité, avant que ces estimations aient fait l'objet d'une validation par les directions concernées, puisque de l'aveu même de la Cour seuls les contrats Madelin sont effectivement suivis par la direction de la législation fiscale (cf. rapport remis à la MECSS) et que l'essentiel de l'évaluation repose donc sur de simples hypothèses.

2/ Des approximations pour le moins surprenantes de la part de la Cour.

S'agissant des transferts de charge, l'UNOCAM remet en question l'analyse faite par la Cour. L'UNOCAM rappelle qu'elle avait demandé aux pouvoirs publics, en l'absence d'une évaluation ex ante, une estimation ex post de ces transferts. Cette demande étant restée sans réponse à ce jour, cela rend les chiffres de la Cour d'autant plus intéressants.

La lecture des principaux éléments de chiffre retenus par la Cour appelle quelques observations de l'Union :

✓ Le chiffre ex ante des impacts sur les OCAM effectués par la Cour fait apparaître des montants sensiblement supérieurs⁴⁴⁹ à ceux produits par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁴⁵⁰

- impact de la T2A sur les tickets modérateurs hospitaliers : 117 M€ pour le HCAAM, 230 M€ pour la Cour ;

- impact de la revalorisation en 2004 du FJH : 100 M€ pour le HCAAM, 129 M€ pour la Cour ;

- impact du TM forfaitaire de 18 € : 90 à 117 M€ selon le HCAAM, 135 M€ selon la Cour ;

449. Ce qui illustre la fragilité de ces chiffres.

450. Cf. avis du HCAAM du 27 octobre 2005.

- passage à 15% des veinotoniques : opération « blanche » pour le HCAAM, 121 M€ pour la Cour ;

- ordonnanciers bizona : le calcul de la Cour (196 M€) retient la fourchette « haute » de la proposition du HCAAM (200 M€).

✓ Les chiffrages effectués dans le domaine du médicament font apparaître une répartition différente au regard des données disponibles, à travers notamment la base IMS Health : les mesures de contrôle, de baisse de taux, de remboursements et de maîtrise ont permis 1 Md€ d'économies pour l'AMO, un surcoût de 100 M€ pour les AMC et de 900 M€ pour les ménages⁴⁵¹.

✓ L'impact de la T2A sur les tickets modérateurs hospitaliers est estimé à 230 M€ Or, sur la période de référence (2004-2006), l'impact cumulé de leur hausse pour les seuls EPS représente selon la DGCP plus de 330 M€, auxquels devraient encore être ajoutés ceux des établissements de santé privés auparavant financés par la dotation globale (PSPH).

✓ La méthodologie des calculs pose en outre deux problèmes tout à fait spécifiques :

- d'une part, il est pour le moins discutable de retenir pour toutes les dépenses la répartition de 92/8 entre les OCAM et les ménages : la relative méconnaissance de la population non couverte et notamment la forte proportion de personnes très jeunes aurait dû inciter à plus de prudence dans l'utilisation systématique de ce ratio ;

- d'autre part, l'analyse des dépenses induites sur la période considérée aurait pu prendre en compte les conséquences des augmentations des honoraires des professionnels et plus généralement des recettes des producteurs de soins : ces décisions prises de fait sans concertation reviennent à une facturation mécanique supplémentaire des organismes complémentaires et des ménages. L'exemple des soins conservateurs dentaires est de ce point de vue particulièrement exemplaire. Globalement, l'UNOCAM estime que pour la période considérée, les revalorisations se sont élevées à 1,65 Md€ pour l'AMO, et 500 M€ pour les AMC et les ménages sur la période 2004-2008. Il en est de même lorsque la Cour évoque une économie de l'AMO de 440 M€ sur le forfait journalier hospitalier puisque l'AMO ne finance que très marginalement cette prestation. L'augmentation du FJH si elle peut être assimilée à une recette nouvelle n'est donc pas un transfert de charge entre financeurs comme le sont la plupart des autres mesures présentées.

451. La Cour estime, faute de disposer de données détaillées, à 920 M€ l'économie réalisée par l'AMO, à 400 M€ celle réalisée par les AMC et à 1,3 Md€ la charge supplémentaire des ménages.

✓ Le titre du tableau « estimation financière en année pleine des transferts attendus » est en outre inexact, s'agissant d'impacts cumulés sur plusieurs exercices pour certains items.

S'agissant des transferts sur la période 2004-2006, la Cour souligne que « tout se passe comme si le transfert de financement organisé en direction des ménages avait été pris en charge par les complémentaires sans que les contrats responsables aient encore été appliqués en 2006 ».

On s'étonne de cette conclusion puisque si l'on se réfère aux données utilisées par la Cour elle-même, les mesures de « transferts » sur cette période ne sont en aucune façon liées au contrat responsable : hausse du forfait journalier hospitalier, déremboursement de médicaments ou baisse de taux, ordonnancier bizona ou encore T2A... Dans ces conditions, il est tout à fait logique qu'un transfert de charge « net » ait bien eu lieu de l'AMO vers l'AMC.

Par ailleurs, cette partie du rapport pourrait laisser croire que les organismes d'assurance maladie complémentaire n'ont pas appliqué le contrat responsable. Ceci ne correspond en rien à la réalité comme en atteste notamment, l'étude de la DREES pour qui en 2006 « 100% des contrats collectifs modaux et 99% des contrats individuels modaux sont déclarés responsables »⁴⁵². Il convient en outre de rappeler que le décret fixant le contenu des « contrats responsables » a été publié au JO du 30 septembre 2005 pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2006 (et partiellement au 1er juin 2006).

Les OCAM avaient à cette époque eu à déplorer le peu de temps dont elles disposaient pour mettre en conformité leurs garanties avec les dispositions du contrat responsable.

S'agissant du chapitre consacré au « coût élevé de la complémentaire », l'UNOCAM relève des incohérences dans la présentation relative aux frais de gestion de l'AMO et de l'AMC. Les ratios coûts de gestion / prestations gérées dans les CNS ont été diffusés à la presse et à la MECSS alors qu'ils ont manifestement fait l'objet d'erreurs de calculs pour l'AMO, les institutions de prévoyance, les sociétés d'assurances et les mutuelles. Il semble par ailleurs, que les périmètres retenus pour l'AMO et les AMC soient différents : les chiffres comprennent les prestations en espèces et en nature pour l'AMO et pas pour les AMC.

REPONSE DE L'INSTITUT DES DONNÉES DE SANTE (IDS)

La Cour recommande que des états statistiques identiques soient rendus obligatoires pour les trois familles d'assurance maladie

452. Etudes et résultats n°635, mai 2008, « contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », DREES, page3.

complémentaire, Elle ajoute que la collecte pourrait en être assurée par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, et la définition de leur contenu assurée par l'IDS.

Le Bureau de l'Institut des Données de Santé a décidé que ce dossier fasse l'objet d'un premier examen au sein de la Commission pour l'Analyse et la Diffusion d'Informations Statistiques (CADIS) afin d'établir un état des lieux. Il pourra être suivi, dans un second temps, de la définition du périmètre des états statistiques.

Afin d'améliorer l'analyse du reste à charge des assurés, les membres de l'Institut ont souhaité que soit mis en place un échantillon de bénéficiaires généralistes pérenne et partagé, alimenté par des données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des assureurs maladie complémentaires.

Pour atteindre cet objectif, l'IDS et l'IRDES ont signé une convention.

L'ESPS 2010, menée par l'IRDES, constitue une phase expérimentale pour atteindre l'objectif cible. L'IRDES assure l'échantillonnage, la préparation et production de l'enquête ESPS 2010, ainsi que la coordination de l'appariement des données de l'enquête, des données de l'échantillon permanent inter régimes de bénéficiaires de l'assurance maladie (EPIBAM) et de celles des remboursements effectués par les assureurs maladie complémentaires, sur la base du volontariat.

Chapitre VI

Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux

REPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS (CNOP)

Le caractère très récent de la réforme des regroupements ne permet pas d'évaluer à ce jour la pertinence du dispositif. Il est normal que le nombre des dossiers déposés sur les six derniers mois soit modeste, surtout compte tenu des fortes incertitudes que les pouvoirs publics laissent peser sur l'avenir économique des officines (menaces à la fois sur les marges, la propriété du capital et le monopole sur le médicament). Ces incertitudes ne peuvent que retarder les décisions d'investissement de la part des professionnels.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La Cour estime que le dispositif de rémunération des pharmaciens est généreux concernant les médicaments génériques et s'interroge sur l'opportunité de son maintien. A cet égard, il faut souligner que si un fort taux de substitution a été atteint, ce résultat ne constitue pas un acquis et que le

maintien de ce résultat nécessitera, à l'avenir, que l'implication des pharmaciens reste soutenue.

Chapitre VII

L'accès en ligne aux dossiers médicaux

RÉPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS (CNOP)

Je vous prie de trouver ci-après nos observations sur ce document.

a) L'historique des remboursements :

Il est indiqué, à propos de l'historique des remboursements de l'assurance maladie, qu'il comprend « l'ensemble des médicaments remboursés, voire non remboursés si l'information a été saisie ». Or, l'information sur les médicaments non remboursables, qui est effectivement saisie par le pharmacien dans son système informatique, n'est jamais transmise à la CPAM. Elle ne peut donc figurer dans l'historique de la CNAMTS.

Il faut enfin noter, si l'on compare le DP et l'HR, que ce dernier ne mentionne un médicament qu'avec un décalage sensible par rapport à sa dispensation : il faut que le pharmacien ait télétransmis l'information à la caisse, ce qu'il ne fait pas toujours immédiatement, puis que l'HR soit mis à jour, ce qui prend environ cinq jours. Le DP, lui, est alimenté en temps réel.

b) Le dossier pharmaceutique

Le déploiement du DP connaît une très forte accélération depuis le début d'avril dernier. Au 24 juin, 1971 officines sont équipées et ont créé 577 115 dossiers. Plus de 10 000 nouveaux DP sont actuellement créés chaque jour. Au 30 juin, nous devrions donc dépasser 2 000 officines et 600 000 DP.

RÉPONSE DU GIE SESAM VITALE

En anticipation des travaux de maîtrise d'ouvrage, et dans une vision à l'origine centrée sur les besoins de services en ligne du périmètre SESAM VITALE, le GIE a conçu et développé une nouvelle architecture de Poste de Travail. En 2007, à la demande de ses membres, de la MISS et du DMP, le GIE s'est entouré de solides avis professionnels pour évaluer les solutions techniques, et valider leur capacité d'ouverture à l'ensemble des besoins du secteur Santé-Social. Tous ces acteurs sont associés au comité de pilotage de cette évaluation conduite par GFI.

Les premières conclusions d'ensemble ont été restituées en mai 2008, tant en comité de pilotage qu'au CD du GIE. En grande synthèse concernant le poste de travail, les choix ne sont pas remis en cause, mais GFI insiste pour

que le modèle d'administration et de support des composants soit plus explicitement défini avant toute diffusion de masse. Une pré-étude sur ce sujet sera publiée en septembre par le GIE.

Au-delà du Poste de travail PS, la mission GFI a évalué l'infrastructure intermédiaire IMARS, et a recommandé pour l'avenir une prise en compte plus importante d'éléments standards du marché dans sa construction.

Enfin, et de manière plus globale, il a été décidé d'un commun accord que la CTS (commission technique et sécurité traitant tous les choix techniques transversaux) serait ouverte en avril 2008 au GIP DMP. Cette ouverture à des acteurs non membres du GIE sera officialisée au CD du 26 juin.

RÉPONSE DU GIP CPS

En ce qui concerne la recommandation n° 2 consistant à "Créer un centre d'expertise national et indépendant en informatique de santé, chargé notamment de la normalisation et des référentiels, le cas échéant lors d'une restructuration des opérateurs".

Cette recommandation me paraît particulièrement pertinente, et rejoint pour partie la décision récente de constituer une agence des systèmes d'information partagés (ASIP), prise par Madame le Ministre en charge de la santé sur la base des préconisations du "rapport Gagneux" de relance du DMP. A des fins constructives, je souhaite faire valoir ici les capacités de la structure du GIP-CPS pour héberger cette mission qui consiste à mettre en place les règles et les outils communs fondateurs du partage et de l'échange des données de santé.

Tout d'abord, cette mission peut être considérée comme une extension des fonctions actuelles du GIP-CPS (ce premier point n'a d'ailleurs pas échappé aux signataires du "rapport Gagneux" qui inclut les activités du GIP-CPS dans le périmètre de l'ASIP). Le GIP-CPS est en effet en charge aujourd'hui d'un service rendu à l'ensemble de la communauté des acteurs et des applications du système d'information de santé, qui concerne la certification électronique des identités et des qualités professionnelles. Dans ce périmètre, il assure déjà la publication de normes et de référentiels.

Par ailleurs, les statuts du GIP-CPS et son mode de fonctionnement sont adaptés à la conception et à la mise en œuvre d'outils communs et de services transversaux.

En 15 années d'expérience, le GIP-CPS a acquis un savoir faire de l'action collective dans la concertation. Il l'a récemment mis à profit dans l'objectif du déploiement du système CPS dans les établissements de soins. Pour définir les conditions d'acceptation de ce déploiement, il a su réunir dans un projet d'étude collectif aux côtés des différentes institutions, aussi

bien les représentants des fédérations hospitalières que les industriels du domaine. C'est ainsi qu'a été conçue la future CPS actuellement en chantier, qui verra le jour dans le courant du second semestre 2009, qui sera bâtie à partir d'un composant acceptant le standard IAS (standard pour les cartes d'identification, authentification et signature), et qui sera dotée de possibilités de lecture avec et sans contact pour mieux répondre aux besoins des établissements. Il coopère maintenant avec la DHOS et le GMSIH au programme d'accompagnement pour la mise en conformité des établissements de soins au décret confidentialité.

Il a également tissé des liens avec les industriels du secteur de la santé dans le but de favoriser le développement d'outils de sécurité fondés sur le système CPS et l'intégration des fonctions de confiance dans les logiciels métier.

RÉPONSE DU GIP DMP

Après une lecture attentive, le GIP DMP ne peut que souscrire très largement à l'analyse faite par la Cour, ainsi qu'à ses propositions. Les annonces faites le 18 juin 2008 par la Ministre de la santé, de la jeunesse des sports sur la relance du projet de DMP sont de nature à apporter les réponses à la plupart des problèmes ou faiblesses soulignées à juste titre par la Cour.

RÉPONSE DE L'AFNOR

Une mission de concertation valorisée au sein d'un environnement complexe

La Commission AFNOR de normalisation "Informatique de Santé" -(CNIS) évolue dans un contexte composé d'acteurs et de structures très différents et souvent concurrents, dont les missions se chevauchent (organisations professionnelles, groupements d'intérêt public et économique multiples). Dans un tel contexte, les parties intéressées réunies au sein de la CNIS ont confirmé sa mission de concertation et son rôle fédérateur qui lui permettent de dégager une stratégie collectivement partagée par ses membres, sur les thèmes suivants :

- le circuit du médicament (intra et extra hospitalier),
- les dossiers de données interopérables,
- les terminologies et les concepts (les nomenclatures),
- la qualité, la sécurité et la sûreté de fonctionnement des systèmes informatiques hospitaliers (SIH) dont l'identification des patients et la traçabilité.

Pour chacun de ces thèmes, la CNIS est l'interface nationale pour les travaux de normalisation européenne et internationale dont la finalité est la

mise en œuvre du volet informatique de la production de soins dans les établissements de santé et la sécurité des échanges de données médicales et médico-techniques intra et extra hospitaliers.

Toutefois, l'environnement national complexe de la CNIS fait que son efficacité a pu être freinée par l'absence d'expression claire des Pouvoirs publics quant à leur souhait de s'appuyer sur les normes reconnues pour fournir un cadre optimisant l'efficacité et l'inter-opérabilité des expérimentations et projets publics d'informatique de santé.

Un rôle de coordination des acteurs et des travaux dans la démarche normative française

Son programme de travail est essentiellement international. Sur les 102 projets inscrits, 2 seulement sont développés uniquement au niveau national (les produits sanguins labiles et les bases de données médicamenteuses). La mobilisation des experts français et l'attribution de leurs délégations dans les instances européennes et internationales de normalisation sont directement effectuées au sein de la CNIS.

Une volonté de clarification des périmètres d'actions et des échanges associés.

Compte tenu des attentes exprimées sur la clarification des missions et des responsabilités détenues par les acteurs de ce secteur d'activité, un groupe d'experts dédié a été mis en place au sein de la CNIS pour l'établissement d'une cartographie des travaux en 2005. Les travaux préliminaires du groupe ont mis en évidence la complexité et l'ampleur du travail à accomplir. Cependant, ce projet de cartographie, pourtant indispensable et admis comme tel par tous les acteurs, n'a pas encore pu être engagé car aucun organismes et acteurs membres de la CNIS n'a souhaité investir dans sa réalisation.

Un acteur reconnu pour sa capacité à faire par delà les divergences

Lors de la dernière réunion de la CNIS, le 16 juin 2008, la DHOS et la MISS ont confirmé que cette commission de normalisation était bien l'instrument capable de garantir une définition collective de la stratégie de normalisation dans le secteur des systèmes d'information hospitaliers parce que cette commission de normalisation permettait de rassembler l'ensemble de ses membres autour de projets fédérateurs malgré un environnement complexe. La capacité de la CNIS à donner une vue transversale aux enjeux de l'informatique de santé en resituant chacune des problématiques au cœur du réseau d'expertise multisectoriel proposée par AFNOR constitue enfin un argument d'efficience réel que toute autre structure, isolée ou segmentée, ne pourra couvrir que partiellement.

Chapitre VIII

Les restructurations hospitalières

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE

En ce qui concerne le contrat de retour à l'équilibre du CHU de Lille.

Sur la période 2004-2007, le CHRU de Lille a réalisé 20 M€ d'économies structurelles (résultat conjointement objectif par l'établissement et l'ARH Nord-Pas de Calais en juin 2008).

Malgré les mesures de réorganisations et d'adaptation que l'établissement a engagées dès 2004, l'équilibre budgétaire n'a pu être atteint sous l'effet conjugué des plans d'économie de l'assurance maladie (31,5 M€) et de l'insuffisance de financement des mesures salariales (28,4 M€). Les aides ponctuelles dont il a bénéficié sur la période s'élèvent à 21,8 M€

L'augmentation de l'enveloppe MIGAC-MERRI (+24,18 M€ entre 2004 et 2007) se justifie par ailleurs, par une sous-dotation historique du financement de ces missions dans la région Nord-Pas-de-Calais (pour les MIG : l'écart à la moyenne nationale reste de 10 €par habitant pour plus de 4 millions d'habitants ; pour les MERRI, revalorisation reconnue des MERRI au regard de la qualité et de la quantité des activités de recherche et des publications scientifiques notamment).

L'évolution des effectifs ne résulte pas seulement d'une « difficulté [...] à maîtriser les charges de personnel » mais traduit pour l'essentiel, l'application de plans de santé publique (cancer, urgences, santé mentale, périnatalité, Alzheimer...) ou d'accompagnement d'activités nouvelles (ex : ouverture d'une UHSI de 20 lits). Elle doit s'apprécier relativement à l'évolution de l'activité : augmentation du nombre de séjours de +9,8% entre 2004 et 2007. La productivité des personnels médicaux et non médicaux a d'ailleurs été qualifiée de « bonne » par l'IGAS dans son rapport RM 2007-116A.

Le CHRU de Lille a signé un nouveau CREF avec l'ARH en juin 2008, dans lequel il s'engage à atteindre l'équilibre en 2010 en poursuivant les restructurations engagées depuis 2004 (restructuration de 196 postes entre 2004 et 2007 et 214 postes prévues entre 2008 et 2010).

En ce qui concerne le résultat d'exploitation.

Le déficit du CHRU de Lille est inférieur à 2% de ses recettes d'exploitation (-15 M€en 2007 soit 1.9% de ses recettes d'exploitation) ; ce niveau de déficit est inférieur à la moyenne des déficits des CHU (hors AP-HP) qui se situe à 2,1% (le CHRU se situant en 13ème position sur les 31 CHU). L'EPRD 2008 a été voté avec un résultat prévisionnel de -9,9 M€soit

1.23% des recettes d'exploitation. La poursuite des actions de restructuration et d'adaptation de l'offre de soins en réponse aux besoins de santé de la population de la région Nord-Pas-de-Calais, doit permettre à l'établissement d'atteindre l'équilibre budgétaire en 2010 (objectif défini sur la base des règles de tarification actuelles).

L'aide de 10 M€ dont le CHU de Lille a bénéficié est à comparer au montant de 20 M€ d'économies structurelles réalisées sur la période 2004-2007.

Le CHRU de Lille a engagé des réorganisations profondes dès 2004 qui ne peuvent être qualifiées de « tardives ». Comme les autres CHU, son activité est de mieux en mieux valorisée dans le cadre de l'affinement progressif des tarifs, et des financements forfaitaires de ses missions distinctives ; l'approche par la moyenne appliquée au début de la réforme de la tarification étant pénalisante pour les établissements hospitalo-universitaires.

REPOSE DU CENTRE HOSPITALIER DE PITHIVIERS

Le taux de fuite qualifié d'important dans le projet de rapport doit être relativisé, les données disponibles sur la banque de données de fédération hospitalière de France mettent en évidence un taux de fuite pour l'obstétrique de 38% en 2006.

Les données 2007 ne sont pas connues mais ce taux de fuite sera sans aucun doute en forte diminution du fait de la hausse de l'activité.

Je vous précise également que le centre hospitalier de Pithiviers a été certifié par deux fois par la Haute Autorité de Santé et la seconde fois en novembre 2006 avec le plus haut niveau (niveau 1).

REPOSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHINON

En ce qui concerne la maternité du centre hospitalier de Chinon, son activité s'établit à près de 500 accouchements en 2007 et l'activité du 1er trimestre 2008 fait apparaître une activité supérieure (de l'ordre de 520 à 530 accouchements en rythme annuelle).

Cette maternité qui vient d'être reconstruite et équipée à neuf est en pleine réorganisation. L'année 2008 va permettre :

- la mise en place d'une permanence pédiatrique grâce à une coopération renforcée avec le CHU de Tours.

- le renforcement de la couverture anesthésiste grâce à l'intervention d'assistants du CHU de Tours.

- l'arrivée d'un cadre de santé (a pris une vacance de poste de deux années).
- le recrutement de deux praticiens.
- l'ouverture du plateau technique aux sages femmes libérales.

Par ailleurs, au regard de son activité d'intérêt général, un soutien financier a été demandé à l'A.R.H. du Centre afin de couvrir l'écart entre le seuil de rentabilité de cette maternité (seuil qui se situe à près de 900/950 accouchements) et le niveau que cette activité peut atteindre au regard du bassin de population et du nombre de femmes en âge de procréer et relevant d'une maternité de niveau 1 (activité estimée à 640/700 accouchements par an).

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE VALREAS

S'agissant de la sécurité anesthésique, je vous précise que l'établissement dispose de deux postes de praticiens hospitaliers d'anesthésiste réanimateur à temps plein, l'un pourvu par un praticien contractuel depuis 2003, le second vacant depuis septembre 2007. Pour assurer la sécurité des soins 24h sur 24 en anesthésie réanimation, l'établissement a eu recours successivement à trois praticiens remplaçants, mais aucunement stricto sensu à des agences d'intérim médical. Pour synthétiser les dépenses relatives à ces remplacements, elles se sont élevées sur quatre mois, en 2007 à 65 796€, soit supérieures de 33 % aux 47 580€ si l'anesthésiste titulaire était resté, mais inférieures aux 93 900€ de dépenses théoriques, si nous avons fait appel uniquement aux agences d'intérim médical.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE LA CIOTAT

Sur la base d'une étude de besoins effectuée par un cabinet spécialisé, le projet en cours prévoyait initialement la réalisation de 10 salles d'opération dans le bloc opératoire commun. Après étude et discussion avec l'ARH, il a été décidé de ramener à 8 le nombre de salles du bloc opératoire.

Il est à noter que le Centre Hospitalier dispose actuellement d'un bloc opératoire de 4 salles, alors que la clinique dispose d'un bloc principal de 5 salles majeures et de 2 salles de chirurgie ambulatoire, soit un total de 11 salles d'intervention pour les deux établissements

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER D'HIRSON

La solution se trouve peut-être dans la collaboration entamée avec l'hôpital de FOURMIES, et la mise en commun prévue des équipes des urgences et d'autres spécialités, complémentaires et non plus opposées.

Un hôpital de proximité comme HIRSON doit pouvoir jouer le rôle qui est le sien, en pouvant offrir à la population un équipement de qualité qu'elle attend depuis longtemps.

Les médecins désertent le secteur et les praticiens libéraux présents cesseront bientôt, pour un certain nombre, leur activité. L'hôpital constitue alors un recours d'autant plus nécessaire qu'il correspondra, dans ces conditions, à un besoin primordial de santé publique.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE NOGENT LE ROTROU

Le déficit 2006 de l'établissement était de -298 222 € en 2006, il devient de - 1 631 857 € en 2007.

Cette évolution s'explique par trois composantes principales : le coût des remplacements médicaux: 509 361 €, l'insuffisante réalisation des objectifs du plan de retour à l'équilibre (notamment en matière de dépenses d'examen et de transport) : 416 706 € et l'impact de la suspension d'activité de la chirurgie sur 4 mois : 332 697 €

En effet, l'année 2007 a vu son déroulement profondément perturbé, par la suspension -totale puis partielle- d'activité de la chirurgie à compter du 31 août, et par l'instabilité de la communauté médicale.

La communauté médicale a connu de profondes divergences en 2007, qui ont conduit aux départs de 7 médecins à temps plein, soit près d'un tiers de l'effectif médical. Compte tenu de la démographie médicale déficitaire, l'établissement a temporairement eu recours à des personnels intérimaires, ce qui s'est avéré coûteux et perturbant. Cette situation est aujourd'hui en voie de résorption, grâce au recrutement de nouveaux intervenants médicaux stables.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON

La Cour note à juste titre la situation géographique particulière du centre hospitalier du Blanc mais n'applique pas le même raisonnement a contrario envers le centre hospitalier de Vierzon. Celui-ci dessert un bassin de population s'étendant au Nord vers le Loir et Cher jusqu'à Salbris et fortement vers l'Ouest le long de la vallée du Cher. Il bénéficie d'un réseau exceptionnel de communication autoroutier et ferroviaire qui rend la ville de Vierzon incontournable. Ce bassin est distinct de celui de Bourges-Sancerre dont les élus soulignent fréquemment l'enclavement.

En dépit de cet obstacle, le centre hospitalier de Vierzon, dans le cadre du réseau périnatalité a développé des coopérations et une complémentarité avec la maternité de niveau 2 située à Bourges.

La maternité du centre hospitalier de Vierzon est active, rénovée, conforme aux normes et dessert un bassin de population important et spécifique.

*REPNSE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE
TOULON-LA SEYNE SUR MER*

La fusion « administrative » des centres hospitaliers de Toulon et La Seyne sur Mer en 1988 ne prévoyait pas de regroupement des activités MCO sur un seul site. Bien au contraire, les pouvoirs publics de l'époque, dans le contexte des très grandes difficultés industrielles et sociales de La Seyne sur Mer, ont exigé la reconstruction d'un hôpital complet à La Seyne sur Mer : celui-ci fut effectivement inauguré et ouvert en 1995.

Il est apparu, très vite, la nécessité de procéder à des regroupements d'activité, avec un premier échec concernant les deux maternités.

Cependant, la construction du nouvel hôpital Sainte-Musse, qui doit devenir l'hôpital de référence de l'agglomération toulonnaise début 2011, offre l'opportunité de concrétiser les regroupements les plus opportuns :

Le site de La Seyne sur Mer doit, certes, garder son service d'Urgences (35 000 passages par an) compte tenu de la population desservie.

Par contre, une spécialisation de l'hôpital de La Seyne sur Mer, complémentaire du nouvel hôpital Sainte-Musse est d'ores et déjà initiée :

- la pédiatrie de La Seyne sur Mer est regroupée avec le service et sur le site de l'hôpital Font-Pré à compter du 15 octobre 2008. ;

- la rééducation fonctionnelle va être transférée sur le site de La Seyne sur Mer,

- le futur projet médical 2009-2013 prépare l'ouverture du nouvel hôpital Sainte-Musse.

La Communauté médicale le proposera, au terme des ses travaux, au Conseil d'Administration en fin d'année 2008. Il prévoira sans aucun doute une concentration des services MCO ayant recours à un plateau technique sur le nouveau site de référence, le futur hôpital Sainte-Musse.

REPNSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

Les normes imposées par les décrets de 1998 ont accéléré le processus de restructuration et de fusion-absorption dans le secteur privé se traduisant par la disparition de 12 maternités de proximité en PACA.

Ces fermetures de maternité ont eu des répercussions importantes sur les établissements publics, en général, et les CHU, en particulier, qui ont dû

faire face à un surplus d'activité très important dans des structures dont, ni l'architecture ni les effectifs de personnels ne se prêtaient à cette évolution.

Le Plan périnatalité a permis toutefois d'atténuer certaines difficultés de fonctionnement.

La mise en place de la tarification à l'activité et la valorisation peu attractive du tarif du GHS « accouchement par voie basse sans complication » a par ailleurs joué un effet cumulatif aggravant dans cette dynamique volontariste de désengagement progressif de l'activité obstétricale par les établissements privés.

La conjugaison de l'ensemble de ces facteurs défavorables conduit aujourd'hui les deux maternités de l'AP-HM, seules maternités publiques de l'agglomération marseillaise, à suppléer les carences du secteur privé et à prendre en charge un nombre disproportionné de naissances sans complication au détriment de son activité de recours et de référence de niveau 3 orientée vers la naissance pathologique : cette situation, que l'APHM gère par défaut, ne peut pas aujourd'hui lui être reprochée.

Le texte n'appelle pas d'observations de l'AP-HM sur le constat global d'une situation de retard par ailleurs constatée et documentée par l'IGAS (à laquelle la nouvelle équipe de direction mise en place a tenté de rapidement porter remède). Cet effort considérable de mobilisation autour d'un projet a été dans un premier temps favorisé par la relance des investissements initiée par le plan hôpital 2007. Cependant, cette relance construite sur les fondements d'un budget global protecteur pour l'institution s'est opérée alors que simultanément changeaient les règles comptables et de financement avec la montée en charge de la tarification à l'activité. Le challenge de l'AP-HM est désormais de réaliser les investissements restructurants sources d'indispensables gains de productivité avec un objectif de retour à l'équilibre en 2012.

Il convient de noter que le 3^{ème} CHU de France ne bénéficie pas de la bonification géographique sur les tarifs accordée notamment à Paris et à l'Ile de France (+7%) alors que ses charges de personnel (indemnité de résidence au taux le plus élevé, taxe sur les transports) et l'évolution du coût du foncier le justifieraient. Une simple correction de 5% remettrait l'institution en situation d'excédent. La prise en compte dans la tarification des situations de précarité qui pèsent sur le coût des séjours a été annoncée par les autorités ministérielles ; elle serait déterminante dans une ville ayant une population pauvre importante.

Pour être intellectuellement légitime, une analyse des parts de marché, dans un territoire donné, entre un CHU et les établissements privés qui l'entourent doit se fonder sur une approche systémique articulant :

- dans un premier temps, les données générales à chaque discipline (ce que fait le rapport) ;

- puis, dans un second temps, pour chaque discipline, les parts de marché du CHU et des établissements privés ventilées par GHM ou groupe de GHM.

Ainsi, il sera loisible à tout observateur de remarquer que si sur :

- la cardiologie, l'APHM ne représente globalement que 28% des parts de marché du territoire, elle en représente 71% sur les cardiopathies ischémiques et sur 12 autres GHM relevant de la classification OAP "cardio" ;

- la neurologie, l'APHM ne représente globalement que 58% des séjours hospitaliers du territoire, elle en représente 92% sur l'ensemble des maladies cérébro-vasculaires dégénératives ;

- les pathologies digestives, l'APHM ne représente globalement que 18% des séjours, elle en représente 44% sur l'ensemble des pathologies tumorales.

Des exemples de ce type énumérables à volonté illustrent le partage historique du marché de l'offre de soins entre les affections "légères" à DMS courte (apanage du secteur privé) et les affections réputées lourdes, traumatiques et tumorales, concentrées plus ou moins dans le secteur public hospitalier, en général, et dans les CHU en particulier.

Il est à craindre que ce clivage et cette ligne de frontière puissent voler en éclat à l'aune des mécanismes tarifaires connotés par la T2A, les CHU étant incités à reprendre des activités de routine pour garantir leur équilibre budgétaire. A cet égard le travail d'analyse engagé par les services ministériels et la mission T2A pour déterminer les raisons des surcoûts des CHU et rechercher une adaptation des tarifs a déjà identifié quelques points tels que le poids des plateaux techniques, de l'innovation, des gardes lourdes, l'éventail des spécialités (563 GHM couverts en moyenne dans les CHRU), l'effet recours, le recours « quaternaire » ou la mauvaise organisation de la réanimation.

Au total, la mise en place des OQOS (objectif quantifié de l'offre de soins) et la rédaction par l'ensemble des acteurs du territoire de santé Bouches du Rhône Sud d'un projet médical de territoire devraient contribuer à limiter une surenchère d'activité ou d'équipement qui pourrait découler de l'application pure et dure de la réforme tarifaire.

Chapitre IX

Les systèmes d'information dans les établissements de santé

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL LA ROCHE SUR YON-LUÇON-MONTAIGU

Le centre hospitalier a présenté ses observations sur les différentes mentions le concernant.

Concernant les tableaux de bord et leur utilisation à des fins de pilotage

La phrase qui est prévue dans le projet de rapport (« Au CHD de La Roche-sur-Yon, les tableaux de bord ne sont analysés en commun que dans les services volontairement engagés dans une démarche de contractualisation. ») est assez réductrice et ne traduit pas de façon fidèle la réalité du pilotage médico-administratif qui est mis en place au CHD.

Les données comptables et d'activité sont largement diffusées au sein de l'établissement :

- mensuellement pour les données d'activité (statistiques administratives, données PMSI et T2A...);
- mensuellement pour les charges directes par UF/service/pôle ;
- quadrimestriellement pour le suivi budgétaire macro ;
- annuellement pour les résultats d'un certain nombre d'outils de comptabilité analytique (rapport d'activité, comptes de résultat analytique par service clinique, base d'Angers...).

Il est vrai que l'établissement n'a pas encore organisé des points périodiques d'analyse des données avec les « producteurs » (...)

Le caractère peu étendu de la contractualisation interne mise en place par le CHD au tournant des années 2000 avec quelques services volontaires avait (...) permis l'organisation de réunions périodiques de présentation des tableaux de bord aux équipes.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, cette démarche va être reprise et généralisée dès lors que les contrats de pôle auront été signés, soit d'ici la fin de l'année 2008. Le directeur adjoint chargé du contrôle de gestion et de la contractualisation interne est investi de cette responsabilité d'animer des rencontres trimestrielles avec les équipes de pôle.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS

Le Centre Hospitalier de Beauvais a lancé une consultation en 2006 pour mettre en place un dossier médical unique dans ses services.

Il a rejoint une démarche régionale (PHARE – Amiens, Beauvais, Compiègne) visant à utiliser un outil commun intégrant les impératifs du DMP. L'outil sera non seulement identique au sein des services, mais également commun aux établissements de la région, évitant ainsi les patchworks par la mise en œuvre de dossiers médicaux orientés métiers ou spécialités, qui ne communiquent pas entre eux et encore moins avec les applicatifs administratifs.

Le but d'un SIH hospitalier est de mettre en œuvre des logiciels communicants où l'information n'est saisie qu'une fois et mise à disposition des utilisateurs autorisés en temps réel.

Informatiser une spécialité n'est pas informatiser le dossier patient d'un établissement, c'est pourquoi le Centre Hospitalier de Beauvais souhaite mettre en place un dossier patient unique avec un important tronc commun entre les spécialités. Les logiciels répondant à cette attente ne sont pas légion sur le marché.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CAHORS

Les extraits du rapport relatifs au centre hospitalier de Cahors n'appellent pas d'observation.

Néanmoins s'agissant du circuit du médicament, le constat a été effectué en juin 2007 et la situation a, depuis, notablement évolué (favorablement...) sur ce point.

REPONSE DU GROUPEMENT POUR LA MODERNISATION DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (GMSIH)

« Le GMSIH a réalisé des analyses des offres du marché, mais ces travaux restent rares, volumineux et prudents quant au jugement porté sur le produit et l'éditeur. La dimension du prix n'est pratiquement pas abordée ».

Réponse : le prix n'est pas abordé car il varie en fonction du cahier des charges de l'établissement, des fonctionnalités demandées par les établissements, du nombre de formations (lui-même dépendant du nombre d'utilisateurs concernés par le projet), du nombre de logiciels existant dans l'établissement à intégrer ou non, etc. Les critères de fixation du prix sont donc tellement nombreux et variables en fonction des projets des établissements qu'une telle information serait trop générique pour être juste.

Quant à la prudence du GMSIH, elle s'explique par le fait qu'un même produit peut être considéré comme bon par un établissement et mauvais par un autre. La qualité d'un produit dépend aussi de la qualité du projet qui accompagne sa mise en place. La qualité du projet dépend elle-même des personnes en charge du projet tant du côté de l'éditeur que du côté de l'établissement. Des jugements trop tranchés pourraient avoir des conséquences économiques et sociales chez l'éditeur alors qu'ils pourraient apparaître comme injustifiés en fonction du projet étudié.

Le choix du GMSIH est d'apporter aux établissements de santé une méthode pour les aider à juger d'une offre en fonction des caractéristiques de leur projet. En complément de ce travail, le GMSIH fournit aux établissements de santé une offre appelée « Accompagnement ponctuel » destinée à apporter une aide plus ciblée à tel ou tel établissement qui le souhaite, notamment quant à l'élaboration de son cahier des charges et de son projet de système d'information. Une cinquantaine d'établissements y recourent chaque année en moyenne.

Chapitre X

Les aides à la garde des jeunes enfants

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Le chapitre I du rapport consacré aux aides à la garde des jeunes enfants appelle de la part de la CNAF les observations suivantes :

En termes de simplification du dispositif, il paraîtrait intéressant d'aborder deux points : la simplification de la gestion pour les organismes et la simplification des démarches pour les familles.

En effet, le centre PAJEMPLOI, créé en même temps que la PAJE, remplit les missions suivantes :

- il immatricule les employeurs,
- il gère les relations avec les salariés,
- il réceptionne les déclarations mensuelles (volets sociaux) établies par les employeurs,
- il calcule : le montant des cotisations, le montant de la prise en charge CAF,
- il délivre mensuellement : l'attestation d'emploi pour le salarié, le décompte des salaires et cotisations calculées destiné à l'employeur,
- il délivre annuellement : au salarié, un état récapitulatif des salaires perçus, à l'employeur, l'attestation lui permettant de bénéficier des réductions d'impôts au titre de la garde d'enfants.

Premièrement, ce dispositif a donc permis une simplification de la gestion dans les CAF et les MSA, et encore davantage dans les Urssaf.

Deuxièmement, en termes de qualité de service et de simplification perçue par les parents employeurs, il est intéressant de noter les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2008 par le centre PAJEMPLOI :

- une note en constante progression depuis 2005 : 7,8/10 en 2007 (6,89/10 pour les URSSAF),

- 98% des bénéficiaires de la PAJE sont satisfaits par la qualité de service rendu,

- 82 % des cotisants (ex AFEAMA/AGED) estiment que le dispositif leur a facilité les démarches,

- 98 % des bénéficiaires de PAJEMPLOI estiment que leurs dossiers sont traités avec professionnalisme.

L'appréciation portée par la Cour sur le libre choix d'activité, soulignant un « effet d'aubaine » pour le CLCA à taux partiel et le recours toujours contraint pour le CLCA à taux plein, est insuffisamment fondée.

Il convient tout d'abord de s'appuyer avec précision sur les résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires de la PAJE à laquelle la Cour fait référence. Dans la mesure où la PAJE constitue un apport financier pour les parents qui recourent à une garde individuelle payante ou qui arrêtent – au moins partiellement – leur activité professionnelle, son impact sur le choix à effectuer ne peut être ignoré. Pour les familles déclarant que la PAJE a influencé leur choix de mode de garde le dispositif leur a permis de diminuer voire de supprimer les contraintes financières qui auraient pesé sur leur choix. C'est le cas de 26 % des familles bénéficiant du CMG-assistante maternelle et de 44 % des familles bénéficiant du CMG-garde à domicile, de 62 % de celles qui bénéficient du CLCA de rang 1 à taux plein et de 64 % de celles bénéficiant du CLCA de rang 2 et plus à taux plein.

Ensuite, il est utile de rappeler que la PAJE a induit une légère décreue du recours à un arrêt de travail total au profit des arrêts de travail partiels et particulièrement des arrêts de travail correspondant à un temps de travail inférieur ou égal à un demi-temps. A l'examen, la baisse du recours à la cessation totale d'activité est surtout imputable aux familles dont les revenus sont moins élevés tandis que les familles les plus aisées portent l'augmentation du recours au temps partiel. L'effet report, à savoir le recours à une cessation partielle d'activité pour des familles qui auraient privilégié une cessation totale d'activité avec l'ancien dispositif, paraît donc limité, les publics des différentes prestations étant visiblement assez distincts, comme l'a relevé à juste titre la Cour.

Il importe cependant de lire ces phénomènes en considérant les autres dispositions de la PAJE. Ainsi, la désaffection des familles des premiers

déciles de revenus pour la cessation totale d'activité peut s'expliquer par le fait que le recours à une assistante maternelle a été fortement encouragé par l'introduction du CMG-assistante maternelle à la place de l'AFEAMA, libérant dès lors une contrainte financière ou d'organisation. Or la PAJE n'a aucunement affecté le montant des prestations versées aux familles qui ont recours à une cessation totale d'activité. Comme l'accès aux autres modes de garde a été encouragé, on peut s'attendre à ce que les familles qui auraient choisi l'arrêt de travail par défaut s'orientent désormais plus facilement vers d'autres solutions. Le recours plus massif à un arrêt de travail partiel au sein des familles plus aisées correspond pour sa part plus à un effet d'appel qu'à un effet d'aubaine : l'augmentation des versements a permis à l'allocation de franchir le coût d'opportunité ou plutôt les coûts de « réserve » de certains individus qui, jusqu'alors, auraient rejeté cette organisation en raison d'un arbitrage financier.

La Cour souligne les difficultés qu'elle a pu rencontrer pour mesurer l'évolution des taux d'effort entre 2002 et 2004 et s'est résignée à utiliser des sources différentes qui « doivent être interprétées avec précaution ». Il n'a pas été possible de répondre à l'ensemble des demandes de la Cour dans les temps impartis, en particulier pour construire rétrospectivement des cas-types pour 2002. La CNAF ne peut qu'émettre de grandes réserves s'agissant des comparaisons de cas-types à méthodologie non constante : les résultats sont en effet difficilement interprétables. En outre, pour apprécier pleinement les effets de la PAJE, toute chose égales par ailleurs, la CNAF estime plus adapté, comme elle l'avait indiqué à la Cour, de comparer sur une même année (par exemple 2005) la situation de deux familles : une qui bénéficie de la PAJE (l'enfant est né après le 1er janvier 2004) et l'autre qui n'en bénéficie pas (l'enfant est né au cours de l'année 2003).

Les calculs de reste à charge sont effectués sur la base du cas-type d'un couple de parents bi-actifs avec un enfant. Celui-ci n'est pas représentatif de la population avec jeunes enfants, où les parents ayant deux enfants sont plus nombreux. Or le barème national de participations familiales appliqué dans les EAJE est dégressif en fonction du nombre d'enfant (taux horaire de 0,06% pour une famille d'un enfant mais de 0,05% pour une famille de deux enfants). Le cas-type utilisé est donc éloigné de la moyenne et surestime le taux d'effort des parents par rapport à des familles ayant plus d'un enfant.

Ce qui explique le taux d'effort plus faible des familles ayant recours aux EAJE quand leur revenu est de 6 SMIC plutôt que quand leur revenu est de 3 SMIC n'est pas le barème national en lui-même : son principe est bien d'appliquer un taux horaire fixe quel que soit le revenu (0,06% par heure pour un enfant). En revanche ce barème est plafonné sur la base du montant retenu pour le bénéfice de l'Aged à 75 % pour les enfants de 0 à 3 ans, montant qui a ensuite été revalorisé de l'indice des prix après la suppression de l'Aged. Les familles ayant pour revenu 6 SMIC bénéficient de ce

plafonnement. Une solution simple pour restaurer un taux d'effort supérieur quand les revenus sont plus élevés consiste à déplafonner le barème.

La Cour souligne que la PAJE n'a pas en soi permis de développer l'offre de garde. En effet, son objet est en premier lieu de solvabiliser la demande des familles. La Cour déplore à cet endroit la stagnation du nombre d'assistantes maternelles agréées entre 2004 et 2005 alors qu'il avait considérablement augmenté au moment de la mise en place de l'AFEAMA (132 000 en 1990, 338 000 en 2000). Au total, indique-t-elle, le nombre de places auprès d'assistantes maternelles exerçant leur activité, estimé à 689 200 en 2005, n'a progressé que de 2,9 % par an entre 2003 et 2005. Si la progression du nombre d'assistantes maternelles est une condition importante de l'amélioration de l'offre de garde, la CNAF souhaite souligner trois éléments à ce sujet :

- tout d'abord, on ne pourrait raisonnablement attendre de la PAJE le même effet sur le nombre d'assistantes maternelles agréées que celui joué par l'AFEAMA, laquelle a été essentielle pour donner à la profession un statut propre ;

- ensuite, la seule évolution constatée entre 2004 et 2005 est peu probante : il est important d'avoir plus de recul pour apprécier dans quelle mesure la solvabilisation de la demande, et dans le même temps, la revalorisation du statut des assistantes maternelles peuvent agir sur la quantité de l'offre. L'exemple de l'AFEAMA auquel la Cour fait référence s'appuie de fait sur des évolutions couvrant dix années ;

- enfin, il sera utile de bien confronter les données portant sur l'offre (enquête PMI, qui faute de pouvoir être exhaustive, est en partie extrapolée) et celles sur la demande. Car les données en provenance de la CNAF relatives aux bénéficiaires d'une prestation pour la garde d'enfant par une assistante maternelle retracent des évolutions non négligeables : la progression est de plus de 10% entre la fin 2003 et la fin 2007. Pour mieux apprécier les données sur l'offre relative aux assistantes maternelles, la CNAF a obtenu l'accord de la CNIL pour le transfert de données en provenance de l'ACOSS. Celles-ci portent sur le dénombrement des assistantes maternelles agréées, le nombre d'enfants gardés, la rémunération des assistantes, le nombre d'heures de garde...

En outre, la volonté d'implanter les établissements d'accueil de jeunes enfants sur des zones moins bien couvertes, notamment les zones de revitalisation rurale (ZRR) a conduit les Caf à privilégier des territoires où les projets mettent, par essence, plus de temps à émerger notamment s'ils sont engagés par des intercommunalités.

Depuis la mise en œuvre du dispositif d'investissement petite enfance (DIPE) en 2005, les mécanismes de financement incitent davantage à la création de nouvelles places (pour subventionner une transplantation ou un aménagement de locaux la création de places nouvelles est requise et le

montant de l'aide est différent selon que les places soient créées ou aménagées).

Concernant les places nouvelles et les places financées : les statistiques de la CNAF mesurent précisément les places nouvelles car elles sont distinguées des places existantes. Les places anciennes renouvelées ou « relabellisées » sont comptées dans le total des places financées, non dans les places nouvelles.

L'affirmation portée par la Cour selon laquelle les 62 800 enfants, qui ne sont plus pris en charge par l'éducation nationale, ont occupé la quasi-totalité des places créées auprès des assistantes maternelles et en EAJE depuis 2000 peut prêter à confusion. Nul ne sait dire en effet dans quelle mesure les enfants qui seraient allés en école préélémentaire, si cela avait été possible, se sont, dans les faits, reportés vers les EAJE ou assistantes maternelles.

L'affirmation finale de la Cour selon laquelle le coût d'un enfant gardé a cru de 60% entre 2003 et 2007 (en mettant en regard les montants respectifs de 2,3 Md€ et 3,7 Md€) ne paraît ni suffisamment documentée, ni étayée. Les montants cités en note de bas de page, censés représenter le coût global de la garde des jeunes enfants, ne sont pas explicités dans le rapport de la Cour. Ceux-ci sont par ailleurs très éloignés des ordres de grandeurs macroéconomiques, pour l'ensemble des finances publiques, que les services de la CNAF ont pu reconstituer avec d'autres administrations (cf notamment annexe PQE du PLFSS 2008 : on estime le coût global des services d'accueil des enfants de moins de trois ans à 7,7 Md€ en 2005).

Chapitre XI

Aspects de la gestion des régimes de retraite

I - Les outils de pilotage des régimes de retraite

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

S'agissant des développements contenus dans la première partie du projet de rapport concernant les outils de pilotage des régimes de retraite, la CNAVTS partage les analyses de la Cour selon lesquelles des progrès ont été réalisés dans le domaine des outils de prévision, et de projection. La CNAVTS a ainsi conçu et réalisé un modèle de microsimulation dénommé Prisme, utilisé désormais pour la plus grande partie de ses travaux prospectifs et de simulation.

Ces nouveaux outils permettent également de produire des indicateurs prospectifs tels que le montant des engagements de retraite et des indicateurs de rendement, types de travaux que la CNAVTS effectue (travaux réalisés

dans le cadre de la mission « Pebereau »). Ce type d'approches fera l'objet d'approfondissements programmés dans la prochaine COG.

Par ailleurs, la caisse nationale s'est attachée à mettre sur pied un schéma directeur statistique. Aussi elle ne peut qu'adhérer à la recommandation de la Cour visant à ce que les travaux de même nature soient réalisés dans d'autres régimes avec le souci notamment de faciliter les travaux en commun et les échanges de données.

La CNAVTS estime utile de faire valoir que cette intensification des outils et des travaux a nécessité de densifier les équipes d'experts, ce qui implique de disposer de marges suffisantes dans le cadre des COG en termes d'effectifs et de crédits budgétaires.

Comme la Cour, la CNAVTS convient du fait que des progrès restent à accomplir, en particulier sur l'analyse et la prévision concernant les modifications de comportements face à des mesures visant à reculer ou avancer l'âge de départ en retraite, à inciter à prolonger l'activité, par exemple. Des enquêtes auprès des assurés, plus régulières que celles menées jusqu'à présent par la CNAVTS sont prévues. Elles devraient apporter un éclairage complémentaire qui est actuellement insuffisant dans le cadre de l'établissement des hypothèses retenues pour réaliser les projections à court et moyen terme.

*REPONSE DU PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU
CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)*

Je souscris à l'analyse faite par la Cour sur les outils de prévision et sur la connaissance des comportements, en ce qu'elle met l'accent, d'une part, sur l'importance des progrès réalisés depuis quelques années -sous l'influence, notamment, des demandes du COR, comme le fait observer la Cour- d'autre part, sur des insuffisances persistantes, compte tenu des moyens relativement limités dont disposent les gestionnaires des caisses de retraite pour développer des modèles de projection. La Cour pourrait sans doute noter qu'au delà des problèmes de moyens, l'analyse des comportements de départ à la retraite se heurte encore aujourd'hui au manque de recul par rapport à la réforme de 2003, dont la mise en application n'est que progressive.

Il reste que je partage l'idée que l'enrichissement attendu des bases de données, en ligne avec la montée en charge de la réforme, ainsi que la multiplication des utilisateurs devraient impliquer une coordination renforcée au niveau national. La Cour propose en conséquence de créer une instance de coordination, chargée d'examiner et de formaliser les besoins d'information statistique en matière de retraite et de proposer les référentiels communs, qui serait placée sous l'égide du COR et sous l'autorité du CNIS. La composition de cette instance de coordination ainsi que les rôles respectifs du COR et du CNIS mériteraient toutefois d'être précisés. J'estime en particulier

souhaitable d'associer à cette opération la DREES, qui a la responsabilité des échantillons interrégimes de cotisants et de retraités, et le GIP Info Retraite, qui permet d'ores et déjà aujourd'hui une interpénétration des systèmes d'information des régimes et a acquis une expertise technique sans doute unique en la matière.

La seconde partie du projet d'insertion relative aux indicateurs financiers met en avant, à juste titre, la nécessité de développer des indicateurs de rendement relatifs aux situations individuelles des assurés et des indicateurs actuariels permettant d'analyser la « soutenabilité » financière d'un régime. Je rappellerai simplement ici la position du Conseil d'orientation des retraites, telle qu'exprimée dans son quatrième rapport (« Retraites : questions et orientations pour 2008 », janvier 2007) : concernant les indicateurs de rendement au niveau individuel, le Conseil juge intéressant de compléter les indicateurs habituels de taux de remplacement par des indicateurs qui prennent en compte le caractère contributif du système de retraite mais « il faut être prudent dans l'utilisation et l'interprétation de ces indicateurs, qui ont tous des limites » ; concernant les indicateurs actuariels, « quel que soit l'indicateur retenu, les calculs restent néanmoins conventionnels. Leurs limites découlent de leur ambition à vouloir ramener à un indicateur unique l'ensemble des déséquilibres futurs. C'est pourquoi le Conseil considère qu'ils ne peuvent se substituer à l'examen des projections plus détaillées des besoins de financement futurs ». Le Conseil juge toutefois intéressant de pouvoir enrichir la présentation de chroniques de besoins de financement futurs par des mesures de dette (solde actuariel en particulier) ou de *tax gap*. C'est dans ce cadre que pourraient être engagés, comme le propose la Cour, des travaux exploratoires de nature méthodologique. Il me paraît notamment nécessaire que ces travaux soient menés sous l'égide du COR, compte tenu de son rôle de coordination dans les exercices de projections à long terme dont il a la charge.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES AGENTS DES
COLLECTIVITES LOCALES (CNRACL)*

Dans la partie consacrée aux outils de prévision et d'analyse des comportements considérés comme encore insuffisants par la Cour, il est indiqué que la CNRACL comme d'autres régimes, utilise une hypothèse de permanence des comportements malgré la réforme, notamment en matière de départs en retraite.

Ce commentaire peut être nuancé. S'il est vrai que la CNRACL ne dispose pas d'un modèle comportemental de départ en retraite, il convient de noter que son modèle de projection tient compte des hypothèses comportementales établies par le COR (recul de l'âge de départ à la retraite qui traduit un changement de comportement pour compenser les modifications du calcul de la retraite après la réforme). Par ailleurs, en ce qui concerne la mortalité, la CNRACL applique une méthode de recalage des

tables de mortalité prospectives de l'INSEE qui permet de tenir compte des différences de calendrier de mortalité, constatées sur le régime par rapport à la population française.

II - L'adossement des régimes spéciaux aux régimes de droit commun

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

1 – Le traitement de la neutralité financière et le partage des risques dans le cas des IEG

a) Le financement de la soulte

La CNAVTS estime utile de rappeler que les régimes complémentaires ont toute faculté de réduire le niveau des droits repris jusqu'à un niveau d'équilibre absolu de la pesée où aucune contrepartie financière ne serait nécessaire.

Le régime général peut aussi, dans une moindre mesure, jouer sur le niveau auquel il reprend les droits et diminuer en conséquence le montant de la soulte. Il dispose pour ce faire d'au moins deux leviers : le choix du salaire forfaitaire (exprimé en % du plafond de SS) qui valorise les rentes garanties (par exemple : 100% du PSS 2004 pour les IEG, 90% du PSS 2005 pour la CCIP, etc.), la présence ou non dans les droits repris d'un complément de durée dit « durée d2 » (ce qui a été le cas pour les IEG, à la différence de la CCIP).

b) Le choix du taux d'actualisation

La différence observée entre les valeurs du taux d'actualisation retenues pour les opérations d'adossement de la CNIEG par le régime général (2,5%) d'une part, et par les régimes complémentaires (2,25%) d'autre part, est pour partie imputable au fait que le champ des négociations et le poids des tutelles a rendu l'exercice plus contraint pour la CNAVTS, à la différence des régimes complémentaires.

Consciente de l'importance de ce sujet et suite aux échanges techniques avec le ministère de l'économie et des finances, la CNAVTS a fait réaliser en 2005 des études sur la détermination d'un taux d'actualisation adéquat en recourant à des expertises externes, de manière à être mieux outillée en la matière dans la perspective d'opérations ultérieures d'adossement.

Au vu de ces différents éléments, la CNAVTS a retenu pour ces travaux techniques à venir des taux nets d'inflation obtenus en référence aux courbes de taux zéro-coupon publiées trimestriellement par l'Institut des actuaires et aux rendements des OATI (« points morts d'inflation »).

La CNAVTS estime enfin utile de faire remarquer que pour aboutir à une égalité de taux entre le régime de base et les régimes complémentaires pour les adossements ultérieurs, une négociation tripartite devrait alors être opérée, ce qui pose la question plus vaste des modes de gouvernance différents entre les régimes de base et les régimes complémentaires.

c) Le risque de projection et la clause de révision (article 19 de la loi 2004-803 du 9 août 2004).

Le texte de la convention financière passée entre la CNIEG et la CNAVTS précisait dans son article 8 - Modalités de calcul de la soulte - que conformément au 3^o alinéa de l'article 19 de la loi n°2004-83, la contribution versée à la CNAVTS par la CNIEG (la soulte) avait un caractère exceptionnel, forfaitaire et libératoire.

Ce qui a exclu tout recours à une clause de révision et dispensait de ce fait les entreprises de la branche de provisionner la valeur d'une CMD éventuelle.

En d'autres termes, la CNAVTS a été sur ce point totalement contrainte par la nature des dispositions législatives adoptées par la puissance publique en la matière et n'a disposé d'aucune marge d'adaptation possible sur ce sujet.

d) Les projections de recettes

Pour les travaux techniques préparant l'adossement de la CNIEG par le régime général, ce sont, en effet, les hypothèses macroéconomiques d'évolution des salaires à moyen terme retenues pour les travaux du COR qui ont été utilisées.

Ces hypothèses macroéconomiques étaient à ce moment là des hypothèses reconnues par tous les régimes qui participaient aux travaux du COR (dont le régime général, le régime spécial des IEG et les régimes complémentaires).

Sur le principe, la CNAVTS partage entièrement le point de vue présenté par la Cour ; elle n'a pas cependant vocation à s'aligner sur les hypothèses macroéconomiques que les commissions paritaires des régimes complémentaires auraient jugées plus pertinentes.

En pratique, il conviendrait de disposer d'une instance incontestée d'arbitrage, fonction qu'à ce jour seul le conseil d'orientation des retraites pourrait être amené à remplir.

2 – La nécessaire modification des règles d'adossement

a) Au regard des remarques et des analyses critiques faites par la Cour, la CNAVTS estime utile de rappeler que l'adossement des engagements de retraite de la CNIEG était la première opération de ce genre et de cette importance réalisée par la caisse nationale.

En effet, la CNAVTS avait réalisé auparavant des opérations d'intégration de moindre envergure démographique et financière, et d'ailleurs selon des techniques de pesée plus rudimentaires (indicateur de charge instantané) ce qui a nécessité de concevoir courant 2004 de nouvelles approches dans le cadre de l'adoption d'une méthode prospective avec projections sur 25 ans, de manière à disposer d'outils conceptuels et techniques plus adaptés pour appréhender le dossier des IEG.

La mise en application du principe de neutralité financière dans le cadre d'un adossement réalisé par le régime général (régime à prestations définies, géré en annuités) a conduit à développer des méthodes de pesée qui s'inspirent de celles qu'utilisent (et utilisaient déjà) les régimes complémentaires, gérés en points, sans être toutefois identiques ni entièrement transposables.

Il est rappelé que le cadre législatif définissant les conditions de l'adossement des IEG excluait que le régime général utilise une méthode de pesée comportant une clause de révision encadrée.

Si ce type de clause est de nature à assurer une meilleure neutralité financière, cette possibilité doit néanmoins faire l'objet d'études et de développements techniques nécessaires à sa mise en œuvre dans le contexte de la définition des droits repris, particulière au régime de base. Par ailleurs, l'incidence d'un tel dispositif sur un provisionnement par le régime adossé mérite d'être analysée.

Si une disposition législative introduisait le principe de la clause de révision, le régime général procéderait aux adaptations nécessaires de la méthode de pesée qu'il emploie actuellement.

b) Il est précisé que l'intervention d'un financement de la charge des majorations pour enfant par le FSV a été écartée par la CNAVTS pour tous les dossiers techniques en cours (RATP en particulier) du fait notamment de la situation financière de ce fonds et de l'ampleur des créances de la CNAVTS à son égard.

c) Il est précisé enfin que la CNAVTS réalise chaque année des notes de suivi statistique et un bilan financier de l'adossement de la CNIEG (notes internes et préparation des réponses au questionnaire des Commissions des Affaires sociales du Parlement relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale). Elle a par ailleurs participé à l'établissement du bilan financier au 30 juin 2006 produit par la CNIEG.

En revanche la CNAVTS n'a pas l'obligation de produire un rapport public annuel sur les modalités de mise en œuvre des opérations d'adossement.

*RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC NATIONAL DE
FINANCEMENT DES RETRAITES DE LA POSTE (EPNFRLP)*

Dans son projet la Cour écrit que l'accord de la Commission européenne « ne concerne que la réforme du mode de financement du régime de retraite des fonctionnaires de La Poste, fondée sur l'instauration d'une cotisation de retraite libératoire ».

Il convient d'observer que la Commission déclare par l'article 1er de sa décision que «... la réforme notifiée du régime des pensions desdits fonctionnaires en vertu de l'article 150 de la loi de finances rectificative pour 2006 constitue[nt] des aides d'État compatibles avec le marché commun pour autant que les conditions prévues à l'article 2 soient respectées », lesquelles précisent les conditions de calcul des taux d'équité concurrentielle. En d'autres termes, la Commission valide le principe de l'adossement.

La réforme des modalités de cotisation d'assurance vieillesse de La Poste au titre de ses personnels fonctionnaires transforme son obligation de financement des prestations définies à ses fonctionnaires en une cotisation définie libératoire équivalente à une cotisation de droit commun, la libérant de tout engagement de retraite.

Les engagements du régime sont transférés de facto à l'EPNFRLP, même s'ils ne figurent pas à son bilan, comme c'est le cas pour l'ensemble des organismes de retraite (rappelons qu'aucune caisse de retraite de base ne provisionne les engagements, comme par exemple la CNAVTS.) Le financement par l'État de la différence entre le produit des cotisations versées à La Poste et le coût des pensions est autorisé par la Commission.

Dès lors, l'État sera autorisé, le moment venu, à financer en complément de La Poste la soule qu'il conviendra de verser à la CNAVTS, pour neutraliser, le cas échéant, l'éventuelle différence de rapport de charge entre les deux régimes à l'occasion de l'adossement du régime de retraite des agents de La Poste à la CNAVTS.

*REPOSE DE LA CAISSE NATIONALE DES INDUSTRIES ELECTRIQUES
ET GAZIERES (CNI EG)*

1) Sur le principe de neutralité financière

Il faut simplement remarquer, dans la suite de ce qu'indique la Cour, que le principe de neutralité financière défini comme le maintien, après adossement, du rapport de charges (prestations/cotisations) du régime d'accueil est la stricte application dans ce domaine des règles édictées par les régimes de retraite du droit commun pour les opérations d'intégration en leur sein de régimes de retraite.

C'est ainsi qu'il a été conçu et mis en œuvre de longue date par les régimes complémentaires de retraite puis, selon des principes identiques, par

le régime général à l'occasion de la réforme du financement du régime spécial des IEG et de l'adossement dans le cadre de la loi du 9 août 2004.

L'adossement du régime des IEG aux régimes de retraite du droit commun respecte les règles qui auraient été appliquées si le régime spécial avait été intégré en leur sein.

2) Sur la clarification des conditions de l'adossement

L'affirmation selon laquelle l'adossement présenterait dans ses modalités de réalisation des « différences de traitement notables entre le régime général et les régimes complémentaires », semble devoir être nuancée.

En effet, sur les principes et sur les règles suivis par les deux types de régimes, il n'y a pas de différence de fond puisque dans les deux cas ils reposent sur une pesée prospective des rapports de charge.

3 Plus précisément les points ci après appellent de notre part les observations suivantes :

a) Sur la pérennité des financements issus de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA), il est clair que les taux devront en être ajustés pour couvrir la variation des charges de retraites liée à la démographie du régime. Ce point a été clairement établi et quantifié dès les travaux préparatoires de la loi du 9 août 2004. S'il n'en n'était pas ainsi risquerait alors de se poser la question de la déconsolidation des engagements de retraite couverts par la CTA (21,2 milliards d'Euros à fin 2007) pour les entreprises de la branche des industries électriques et gazières dont certaines sont cotées en Bourse.

b) Sur le financement par le FSV de la part des majorations de pensions des retraités ayant eu 3 enfants ou plus, il n'y a du point de vue des principes de l'adossement, aucune « irrégularité pour le FSV ». En effet comme nous avons été amenés à l'indiquer à la Cour par courrier du 11 juillet 2006 en observation sur le projet de rapport sur la sécurité sociale pour 2006, l'adossement repose sur l'application, au plan financier de l'ensemble des règles des régimes de retraite du droit commun au nombre desquelles figurent celles touchant à la structure du financement du régime général d'assurance vieillesse.

A ce titre, la CNAVTS et le FSV prennent en charge la partie des prestations équivalentes à celles du régime général (c'est à dire la part des majorations pour trois enfants et plus, égale à la part relevant du régime général et déterminée selon la réglementation prévue à l'article L. 351-12 du code de la sécurité sociale).

Il y aurait eu rupture du principe de neutralité pour l'adossement du régime des IEG s'il en avait été autrement.

A cet égard il faut noter que certaines des dispositions de l'adossement ne correspondent pas, pour le régime des IEG, à l'exacte application des

règles du régime général : ainsi aucune pension de réversion n'est intégrée dans les « prestations » versées par le régime général pour les « droits liquidés » après le 1er janvier 2005 même si, au niveau des comptes individuels de l'adossé, les conditions pourraient en être réunies.

c) Sur les différences de taux d'actualisation entre le régime général et les régimes complémentaires, on peut noter que celles-ci demeurent assez relatives et qu'en fine la soulte CNAVTS ainsi que ses modalités de calcul ont été fixées par l'Etat par l'arrêté interministériel du 31 janvier 2005 ;

d) Les écarts concernant les taux d'évolution du salaire moyen par tête retenus par le régime général d'une part et par les régimes complémentaires d'autre part n'ont pas d'incidence significative en défaveur du régime général.

En effet le principe du choix dans les deux pesées (régime général d'une part et ARRCO-AGIRC d'autre part) de l'évolution du salaire moyen du « régime d'accueil » fait qu'il y a cohérence des méthodes retenues dans les deux séries de pesées. Les écarts entre les hypothèses d'évolution retenues par le régime général et les régimes complémentaires n'ont dès lors pas d'incidence sur ces pesées, réalisées dans chaque bloc de régimes, et n'affectent pas leur équilibre, ni la détermination des soultes ou abattements sur les droits passés repris auxquels elles aboutissent. Ce n'est donc pas un facteur de pénalisation pour le régime général.

e) Sur la comparaison prévisions / réalisations, la « nécessaire » modification des règles de l'adossé et les informations annuelles fournies par la CNIEG il nous paraît nécessaire d'apporter les remarques suivantes :

Il convient tout d'abord de rappeler que la méthode de pesée « prospective » par projection des rapports de charges est, méthodologiquement, source de garantie sur le plan actuariel puisqu'elle conduit à estimer les équilibres futurs à partir des prévisions de charges et de recettes. C'est en effet à un horizon moyen / long terme que doit être apprécié l'équilibre actuariel. Ainsi la mesure de l'équilibre actuariel ne peut être réduite à la seule mesure des cotisations apportées par le régime adossé en regard des prestations perçues mais implique une comparaison sur le moyen / long terme des rapports de charges des deux séries de régimes et de l'ensemble des déterminants de leur évolution.

Enfin c'est dans cet ensemble que la CNIEG produit, au travers de son rapport annuel conformément à l'article 19 de la loi du 9 août 2004, les éléments de flux (cotisations et leur assiette, prestations, effectifs) permettant, en toute transparence, de mettre à disposition les données de réalisation sur l'adossé. Toutefois comme indiqué ci-dessus, ces données ne sauraient, à elles seules, sans traitement complémentaire rendre compte dès à présent de l'équilibre actuariel de la réforme.

REPONSE DE L'AGIRC - ARCCO

Je relève que la recommandation pour les opérations d'intégration ou d'adossment, à retenir des hypothèses de projection de recettes identiques pour le régime général et les régimes complémentaires, ne doit pas conduire ces derniers à se voir imposer des éléments exogènes dont ils n'auraient pas la maîtrise.

Sous cette réserve, je vous confirme que le document transmis n'appelle pas de remarque de ma part au titre des informations concernant les régimes AGIRC et ARCCO.

III - Les minima de pensions*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)*

En ce qui concerne les recommandations formulées par la Cour, la CNAVTS observe que l'exclusion, dans le calcul du montant du minimum contributif, des périodes cotisées au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et des périodes assimilées réduirait de façon importante le différentiel attribué aux bénéficiaires de ce dispositif.

Cette réduction concernerait essentiellement les femmes. Les périodes assimilées au titre du chômage, par exemple, ont pour objectif de compenser certains aléas de carrière, en permettant de valider des trimestres et d'avoir éventuellement accès au minimum contributif par obtention du taux plein à la liquidation de la pension. La proposition de l'exclusion de l'AVPF remettrait également en question l'articulation avec la politique familiale qui cherche à concilier vie familiale et vie professionnelle pour les femmes. Ce dispositif est un des éléments qui ont participé à maintenir en France un taux élevé de fécondité, taux de fécondité participant à l'équilibre des régimes de retraite. Exclure l'AVPF reviendrait ainsi à pénaliser les femmes en réduisant leur droit propre et à contrecarrer ainsi l'objectif même de ce dispositif⁴⁵³.

Par ailleurs, les conditions d'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et du minimum contributif étant différentes, un durcissement de l'attribution du minimum contributif aux seuls assurés ayant des carrières complètes cotisées ne ferait pas basculer automatiquement tous ceux qui ont des carrières incomplètes vers l'ASPA. En effet, les personnes qui ne rempliraient ni les conditions d'attribution de l'ASPA (moins de 65 ans, non reconnues inapte au travail, ressources supérieures au plafond, pas de résidence en France), ni celles du minimum contributif constitueraient une

453. Pour rappel, parmi les nouveaux retraités de l'année 2007, la pension moyenne versée par le régime général est, pour les femmes, inférieure de 21 % à celles des hommes. La prise en compte des retraites complémentaires accroît cet écart.

troisième catégorie de retraités dont le niveau de retraite serait inférieur au minimum vieillesse.

Enfin, concernant la proposition de fusionner le minimum contributif et la majoration du minimum au titre des trimestres cotisés « en ne retenant pour le calcul des périodes prises en compte que celles effectivement travaillées, à l'exclusion des durées validées mêmes cotisées par un tiers (branche famille pour l'AVPF et FSV pour les périodes de chômage indemnisé) », il convient de rappeler que les trimestres retenus, d'une part pour déterminer le taux plein (conditions d'ouverture du droit au minimum contributif) et ceux retenus, d'autre part, pour calculer le minimum contributif et la part majoré de ce minimum contributif ne sont pas les mêmes. L'AVPF et les périodes assimilées au titre du chômage, notamment, sont retenues pour déterminer la durée prise en compte pour le taux plein et la durée pour calculer le minimum contributif, mais elles ne le sont pas pour le calcul de la part majorée de ce minimum contributif.

Chapitre XII

Le suivi des précédentes recommandations

II – La situation des UGECAM

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

S'agissant des précédentes recommandations relatives aux UGECAM, il semble utile de souligner l'ampleur des améliorations engagées depuis le précédent rapport. La création d'une direction nationale et le resserrement du pilotage devrait en effet permettre d'accélérer les processus engagés : finalisation de l'avenant à la COG, révision du périmètre des UGECAM, amélioration de la gestion.

La CNAMTS a très fortement porté l'utilisation de la méthodologie d'élaboration des dossiers de clôture des comptes applicables aux autres organismes et des plans de maîtrise socles s'appliquant aux fonctions support, tout en enrichissant le dossier de clôture. Elle a également engagé une analyse systématique des projets d'activité et des projets immobiliers des établissements, ce qui a d'ailleurs conduit à la fermeture d'une maternité.

Cette politique s'exerce dans le cadre de tarifs qui sont en moyenne inférieurs à ceux des autres établissements privés non lucratifs, les tarifs des hôpitaux publics étant en moyenne supérieurs de 52% à ceux des établissements du groupe UGECAM.

III - Le retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes de base du régime général de sécurité sociale

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

Tout d'abord, s'agissant des modalités de nomination et de retrait de fonctions des directeurs et des agents comptables des organismes de base, il apparaît nécessaire de clarifier le droit et les procédures applicables. La direction de l'Agence centrale partage les analyses de la Cour concernant l'extension des dispositions applicables à l'assurance maladie à l'ensemble du régime général. Elle ajoute que celles-ci doivent également être analysées en ce qu'elles permettraient une gestion plus forte des dirigeants de la sécurité sociale. Les changements envisagés devraient ainsi permettre de construire des parcours professionnels pour ces cadres dirigeants et la conduite, par les caisses nationales, d'une politique active de gestion des ressources humaines pour ces catégories spécifiques d'agents au bénéfice à la fois de la performance des institutions et du développement professionnel des agents.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

La CNAVTS adhère à la recommandation de la Cour concernant la nécessité de clarifier le cadre régissant les conditions de cessation de fonction des directeurs et agents comptables et, plus largement, de mener une réflexion approfondie sur la nature des liens de subordination concernant ces catégories de personnel.

Concernant la gestion des directeurs d'organismes, l'extension de la portée de l'article L.217-3-1 du code de la sécurité sociale aux trois autres branches serait une première étape, qui permettrait aux directeurs de la CNAF, de l'ACOSS et de la CNAVTS de pouvoir procéder directement au choix et à la nomination, ou à la cessation d'activité le cas échéant, des directeurs de leur réseau, ce qui implique en outre pour la CNAVTS une coordination étroite et une unité de vue avec la CNAMTS, qui dans les faits ne pose pas de problème particulier, comme l'atteste la bonne coopération des deux Caisses nationales sur ces sujets.

La CNAVTS partage la position de la Cour sur le fait que la question de l'attribution du pouvoir disciplinaire devrait être réexaminée de manière à rendre cohérente la gestion des personnels concernés.

Concernant les agents comptables, la situation est sans doute plus complexe. En effet, si leur nomination relève aujourd'hui des mêmes mécanismes que celle des directeurs, leur gestion (évaluation,

individualisation des rémunérations) fait l'objet depuis le protocole de 2005 d'une approche partagée entre le directeur de la caisse nationale et le directeur de l'organisme. La prise en compte de ce dernier acteur dans le cadre de la réflexion sur la gestion des cessations de fonction complexifie encore la problématique, mais serait nécessaire.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)*

La CNAMTS partage le point de vue exprimé par la Cour des comptes sur le manque de cohérence de procédures juridiques liées sur la cessation de fonction, le retrait d'agrément ou le licenciement des directeurs et agents comptables des organismes.

En effet, il convient de noter que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie confie désormais d'importantes prérogatives au directeur général de la CNAMTS en matière de nomination des directeurs et des agents comptables des organismes du réseau, comme de fin de fonction. Aussi, il serait sans doute utile de préciser les compétences du directeur général nécessaires pour engager l'ensemble des mesures disciplinaires à l'encontre des directeurs d'organismes, y compris la mise en œuvre d'une procédure de licenciement.

IV - La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)*

S'agissant de la gouvernance de la branche AT-MP et de la coordination entre acteurs nationaux, s'il est vrai qu'en 2005, un plan santé au travail et une convention d'objectifs et de gestion pour la branche ont été adoptés de manière concurrente, l'Etat et la CNAMTS ont bien pour objectif d'améliorer la coordination, notamment grâce à la COG ATMP 2009-2012.

En ce qui concerne le niveau régional, la COG ATMP doit prévoir des objectifs communs aux DRTEFP et aux CRAM. Par ailleurs, la CNAMTS développe une politique dont le but est d'amener les CRAM à étendre et enrichir des partenariats opérationnels avec les services inter-entreprises de santé au travail, les organismes de formation professionnelle et les réseaux d'IPRP (Intervenants en prévention des risques professionnels).

Le projet de rapport évoque enfin la création des comités régionaux de la prévention des risques professionnels. L'articulation de ces nouvelles structures avec les Observatoires régionaux de santé au travail (ORST) mériterait certainement d'être approfondie.

En terme de suivi statistique, et suite à la convention d'échange de données entre la CNAMTS, l'Etat et l'INVS, des progrès ont également été enregistrés dans la coordination des opérateurs.

En matière de tarification, je vous confirme ma volonté de passer de la réflexion à la mise en œuvre d'une simplification de la tarification actuelle pour la rendre plus incitative à la prévention. J'insiste sur la nécessité de sécuriser sa gestion au vu du développement des contentieux du fait d'employeurs qui contestent les procédures ayant abouti« à des imputations sur leur compte.

S'agissant de la réparation, je partage l'avis formulé par le projet de rapport de la Cour selon lequel les modalités de révision des tableaux mériteraient d'être revisitées.

Le tableau 57, « affections péri-articulaires », principal tableau des troubles musculo-squelettiques (plus de 70% des maladies reconnues), n'ayant fait l'objet d'aucune modification significative depuis les années 1990, est générateur de difficultés de mise en œuvre dans le réseau et source d'iniquité de traitement.

C'est la raison pour laquelle, le directeur des risques professionnels de la CNAMTS a insisté auprès des directions du ministère pour mettre au programme de travail de la commission ad hoc du conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP) la révision de ce tableau. La modification du tableau 57 permettrait, comme le souligne la Cour, au système complémentaire de reconnaissance de dégager les ressources pour assurer l'instruction de pathologies non décrites par les tableaux (alinéa 4).

En ce qui concerne l'indemnisation, le renforcement de la capacité du réseau (CPAM, service médical, service social, services prévention) à repérer les personnes susceptibles d'éprouver des difficultés sérieuses de retour à l'emploi est une priorité qui fait, dès à présent, l'objet d'expérimentations et qui suppose quelques modifications de textes dont j'ai saisi le Directeur de la sécurité sociale.

REPONSE DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

Il nous semble que le projet de rapport ne rend pas suffisamment compte de l'avancement des travaux réalisés pour permettre l'élaboration d'un outil centralisateur, notamment ceux menés par l'INVS, ni des dernières conclusions de la missions IGAS-INSSE établies lors de la réunion d'une commission des suites.

Pour répondre à la mission que lui a confiée la Loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004, (Article 15, alinéa 6), l'INVS a, dans un premier temps, réalisé un état des lieux des systèmes d'informations existant dans les principaux régimes de sécurité sociale et des besoins en

informations relatives aux risques sanitaires en milieu professionnels des acteurs potentiels de la réparation et de la prévention.

Dans une deuxième étape, l'INVS a initié une étude test portant sur des échantillons de données individuelles des trois principaux régimes disposant d'informations centralisées : régime général, régime agricole et régime spécial des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. Des partenariats ont été formalisés par des conventions signées ou en cours de signature et les fichiers ont été fournis par les régimes de sécurité sociale fin 2007.

Par ailleurs la commission des suites précitée s'est réunie le 15 avril 2008 en présence de tous les acteurs, dont l'INVS. Elle s'est félicitée de l'amélioration des collaborations établies et des synergies qui en ont résulté. A l'issue de cette commission il est apparu que certaines des recommandations du rapport de la mission IGAS-INSEE, en particulier les différentes pistes préconisées, demandaient un approfondissement.

V - L'examen du dispositif spécifique prévu pour les victimes de l'amiante

REPOSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

S'agissant des conséquences des expositions professionnelles passées relatives à l'amiante, la Cour souligne à juste titre la nécessité de veiller à l'équité des dispositifs spécifiques mis en place (FCAATA, FIVA) et à leur soutenabilité financière.

En outre, l'importance de l'amiante mis en œuvre par le passé justifie encore des actions de prévention qui constituent des priorités pour le réseau des Caisses régionales et de contrôle pour les DRTEFP.

GLOSSAIRE

AAD	Allocation d'adoption
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACAATA	l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADELI	Automatisation DEs Listes
AEI	Aide exceptionnelle à l'investissement
AIS	Actes infirmiers de soins
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFFSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AIS	Acte infirmier de soins
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation de logement à caractère social
AMI	actes médicaux infirmiers
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APE	Allocation parentale d'éducation
APE	Actifs à part entière
APJE	Allocation pour jeune enfant
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
APL	Aide personnalisée au logement
APU	Administration publique
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ASIP	Agence des systèmes d'information de santé partagée
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASSEDIC	Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATSEM	Agent territorial spécialisé d'écoles maternelles
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles

AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BAP	Bénéficiaire actif pondéré
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BT	Billet de trésorerie
BTP	Bâtiments et travaux publics
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CANCAVA	Caisse nationale de compensation d'assurances vieillesse des artisans
CAPSSA	Caisse de prévoyance des agents de la sécurité sociale et assimilés
CASF	Code de l'action sociale et de la famille
CAVIMAC	Caisse vieillesse invalidité maladie des cultes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCI	Chambre de commerce et d'industrie
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDAJE	Commission départementale d'accueil des jeunes enfants
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CDD	Contrat à durée déterminée
CEN	Centre européen de normalisation
CEPS	Comité économique des produits de santé
CERFA	Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CESU	Chèque emploi service universel
CGI	Code général des impôts
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CHD	Centre hospitalier départemental
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIAP	Comité interministériel d'audit des programmes

CLCA	Complément de libre choix d'activité
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMCAS	Caisse mutuelle complémentaire et d'action sociale
CMD	Contribution de maintien des droits
CMD	Catégorie majeure de diagnostics
CMG	Complément mode de garde
CMP	Commission des maladies professionnelles
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNASEA	Centre national d'aménagement des structures des établissements agricoles
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNEH	Centre national d'expertise hospitalière
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COLCA	Complément optionnel de libre choix d'activité
COM	Contrats d'objectifs et de moyens
COR	Conseil d'orientation des retraites
COREC	Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPN	Commission paritaire nationale
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CPRPSNCF	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF
CPS	Carte de professionnel de santé
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRC	Chambres régionales des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale

CRE	Contrat de retour à l'équilibre
CREA	Compte de résultat analytique
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CREPS	Centre régional d'éducation physique et sportive
CRPRATP	Caisse de retraite du personnel de la RATP
C2RMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CRRMP	professionnelles
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSI	Centre de soins infirmiers
CSPRP	Conseil supérieur de prévention des risques professionnels
CSS	Code de la sécurité sociale
CTA	Contribution tarifaire d'acheminement
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DAIPE	Dispositif d'aide à l'investissement petite enfance
DARES	Direction de l'animation de la recherche et des études statistiques
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DDJS	Direction département de la jeunesse et des sports
DDTEFP	Direction département du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DG	Dotation globale
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGEFPD	Délégation à l'emploi et à la formation professionnelle
DGF	Dotation globale de financement
DGFAR	Direction générale de la forêt et des affaires rurales
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département de l'information médicale
DIPE	Dispositif d'investissement petite enfance
DMP	Dossier médical personnel
DMS	Durée moyenne de séjour
DOM	Département d'outre mer
DP	Dossier pharmaceutique

DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRDJS	Directions régionale et départementale de la jeunesse et des sports
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSI	Démarche de soins infirmiers
DSIO	Direction des systèmes d'information et de l'organisation
DSS	Direction de la sécurité sociale
EIC	Echantillon interrégimes des cotisants
EDF	Electricité de France
EAJE	Etablissements d'accueil de jeunes enfants
EIR	Échantillon inter-régimes des retraités
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ENC	Echelle nationale des coûts.
EONIA	European OverNight Index Average
EPNFRLP	Etablissement public national de financement des retraites de La Poste
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAF	Fonds assurance formation
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
FFIPSA	Fonds de financement de la protection sociale agricole
FIPE	Fonds d'investissement à la petite enfance
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FNI	Fédération nationale des infirmiers
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSE	Feuille de soins électronique
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHM	Groupe homogène de malades

GHS	Groupe homogène de séjours
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GMSIH	Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDE	Infirmiers diplômés d'Etat
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IEG	Industries électriques et gazières
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSEE	Institut national de statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IR	Impôt sur le revenu
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
IRDES	Institut de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
IS	Impôt sur les sociétés
ISO	Organisation internationale de normalisation
ITAF	Impôts et taxes affectés
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LAM	Loi relative à l'assurance maladie
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MAP	Ministère de l'agriculture et de la pêche
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCP	Mission comptable permanente
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MEDEF	Mouvement des entreprises de France

MICO	Minimum contributif
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MISS	Mission d'informatisation des systèmes de santé
MOC	Méthode ouverte de coordination
MSA	Mutualité sociale agricole
ODD	Objectif de dépenses délégué
ODAM	Objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO	Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique
OGD	Objectif global de dépenses
OND	Objectif national des dépenses ?
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONP	Opérateur national de paie
ONSIL	Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux
OQN	Objectif quantifié national
ORGANIC	Caisse nationale du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès des non salariés de l'industrie
PAJE	Prestation d'accueil des jeunes enfants
PAP	Programme annuel de performance
PCUOSS	Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
PGT	Paierie générale du trésor
PIB	Produit intérieur brut
PMS	Plan de maîtrise socle
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PSISS	plan stratégique des systèmes d'information de santé
PSOP	Paie sans ordonnancement préalable
PSPH	Participant au service public hospitalier
PSSIS	Plan stratégique des systèmes d'informations de santé
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RAP	Rapport annuel de performance
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RPP	Rapport public particulier
RG	Régime général
RMI	Revenu minimum d'insertion
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RSI	Régime social des indépendants

RTT	Réduction du temps de travail
SDIH	Schéma directeur de l'informatique hospitalière
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SEL	Société d'exercice libéral
SIH	Système d'information hospitalier
SLI	Section locale interministérielle
SLM	Section locale mutualiste
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SNIL	Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
SNIR	Système national inter régimes
SNV2	Système national version 2
SPR	Standard des pratiques recommandées
SRIH	Structure régionale d'informatique hospitalière (SRIH)
SRITEPSA	Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TEPA (Loi)	Loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
TVS	Taxe sur les véhicules de société
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UGECAM	Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unité de soins de longue durée