Cour des comptes

LA SECURITE SOCIALE

Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

septembre 2012

SOMMAIRE

Réponses

SOMMAIRE III
AVANT-PROPOS VII
DELIBERE 1
INTRODUCTION GENERALE 3

PREMIERE PARTIE - LES COMPTES ET LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE 13

Chapitre I - Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2011 et perspectives 15
I - La situation des comptes sociaux en 2011 17
II - Les prévisions pour 2012 et les perspectives à moyen terme 36

Chapitre II - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011 ..... 51 **576**
I - Une construction volontariste de l'ONDAM 2011 53
II - Le respect de l'ONDAM en 2011 : des avancées certaines mais aussi encore quelques limites 66

Chapitre III - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial 2011 81
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2011 83
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial 2011 94

Chapitre IV - La certification des comptes du régime général de sécurité sociale par la Cour des comptes : un premier bilan 103
I - La stratégie d'audit de la Cour 106
II - Les progrès encore inaboutis des organismes pour maîtriser les risques d'anomalies dans les comptes 115
III - La nécessaire révision de certaines positions des autorités de tutelle dans le domaine comptable 127

Chapitre V - Le financement de la sécurité sociale par l'impôt 135
I - Une place croissante dans le financement de la sécurité sociale 138
II - Une source de financement dépourvue de lisibilité et de cohérence d'ensemble 147
III - Une meilleure structuration de ce dispositif désormais indispensable 157

Réponses

DEUXIEME PARTIE - LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DE CERTAINES REFORMES 165

Chapitre VI - Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP..... 167 **577**

I - Des réformes qui ont tendu à la convergence avec la fonction publique 169

II - En compensation, des « mesures d'accompagnement » pour les salariés, souvent coûteuses 179

III - Un bilan global prévisionnel incertain..... 183

Chapitre VII - Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique..... 197 **578**

I - Une réforme de simplification administrative mal construite et mal mise en œuvre..... 200

II - Un lourd échec 209

III - Faire du rétablissement complet et rapide de la fonction du recouvrement la priorité première 220

Chapitre VIII - La mise en place des agences régionales de santé 231 **581**

I - Une réforme structurelle rapidement mise en place 233

II - Un positionnement institutionnel à clarifier..... 241

III - Des moyens de fonctionnement à moderniser 248

TROISIEME PARTIE - L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS..... 261

Chapitre IX - Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale 263 **582**

I - Une contribution inégale à l'organisation des soins..... 266

II - Un contrôle du respect de la déontologie médicale à la portée trop limitée..... 274

Chapitre X - La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé 287 **588**

I - Un dispositif en expansion continue..... 289

II - Des prises en charge ayant perdu leur raison d'être, qui doivent être fermement recentrées sur des objectifs de facilité et d'égalité d'accès aux soins..... 300

Réponses

Chapitre XI - Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie 309 **590**
I - Des dépenses élevées et insuffisamment analysées 311
II - Une action de maîtrise de la demande encore très partiellement mise en œuvre 316
III - Une offre de transports très mal maîtrisée et mal organisée 323
IV - Un pilotage et des contrôles insuffisants 330

Chapitre XII - Les activités de soins de suite et de réadaptation 339 **591**
I - Une offre de soins hétérogène et dynamique 342
II - Une régulation tardive et partielle 352
III - Un renforcement de l'efficience du secteur qui doit constituer la priorité 357

Chapitre XIII - La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé 371 **593**
I - La mise en œuvre de la certification 374
II - Les progrès qualitatifs à réaliser 384

QUATRIEME PARTIE - LA SOLIDARITE A L'EGARD DES RETRAITES ET DES FAMILLES 397

Chapitre XIV - La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres 403 **595**
I - Une généralisation des minima de pensions qui n'a pas supprimé le rôle majeur du minimum vieillesse 405
II - Une dépense qui pourrait rester dynamique dans les années à venir 418

Chapitre XV - Les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités 433
I - Des dispositifs diversifiés, d'un coût de près de 12 Md€ 435
II - Une situation devenue en moyenne globalement meilleure que celle du reste de la population 448
III - Des évolutions devenues nécessaires 455

Chapitre XVI - La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources 459 **597**
I - Des prestations à la place grandissante et sans cohérence d'ensemble 462
II - Des effets de réduction des inégalités de revenus peu marqués 472

Réponses

CINQUIEME PARTIE - LES BESOINS D'AMELIORATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE 487 **599**

Chapitre XVII - Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général..... 489

I - Une gouvernance inefficiente associée à une stratégie imprécise 491

II - Une trop grande dispersion des structures et des moyens. 500

III - Des retards préoccupants de modernisation du système d'information 508

Chapitre XVIII - Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général..... 515 **601**

I - Une dépense en augmentation sensible et insuffisamment analysée 518

II - Une stratégie de régulation globale à repenser et à amplifier 524

III - Rendre la gestion plus efficiente en simplifiant la réglementation..... 536

A N N E X E S 545

Annexe 1 - Récapitulatif des recommandations 547

Annexe 2 - Le suivi des recommandations formulées antérieurement par la Cour..... 559

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNES..... 563

GLOSSAIRE..... 603

AVANT-PROPOS

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

- élaboration et publication -

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

Prévu par les dispositions combinées des articles L.O. 132-3 du code des juridictions financières et L.O. 111-3 alinéa VIII du code de la sécurité sociale, ce rapport est transmis au Parlement et au Gouvernement afin d'accompagner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante que le Gouvernement dépose, au plus tard mi-octobre, sur le bureau de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Comme le rapport annuel de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, il est présenté par la Cour dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement pour le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale (article 47-2 de la Constitution).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

DELIBERE

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil (formation plénière), a adopté le présent rapport sur « La sécurité sociale » (rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale).

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

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

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Descheemaeker, Bayle, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Lévy, Lefas, Briet, présidents de chambre, MM. Pichon, Picq, Babusiaux, Hespel, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Richard, Devaux, Gillette, Troesch, Cardon, Thérond, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Lafaure, Frangialli, Andréani, Mme Morell, M. Braunstein, Mmes Saliou (Françoise), Dayries, Lamarque, Ratte, Ulmann, MM. Barbé, Bertucci, Gautier (Jean), Mme Seyvet, M. Vachia, Mme Moati, MM. Diricq, Charpy, Lair, Corbin, MM. Ravier, Piolé, Uguen, Prat, Salsmann, Guédon, Bourlanges, Baccou, Sépulchre, Arnauld d'Andilly, Mousson, Mmes Malgorn, Bouygard, Vergnet, M. Chouvet, Mme Démier, M. Clément, Mme Cordier, MM. Le Mer, Rousselot, Laboureix, Geoffroy, Léna, de la Guéronnière, Mme Pittet, M. Jamet, Mmes Fontaine, Perin, MM. Ortiz, Cotis, conseillers maîtres, MM. Schott, Klinger, Gros, Carpentier, Blairon, Marland, Schmitt, Jouanneau, conseillers maîtres en service extraordinaire.

A assisté et participé aux débats, sans prendre part au délibéré, M. Johanet, Procureur général. Il était accompagné de M. Michaut, avocat général.

A été entendu, en son rapport, M. Laboureix, conseiller maître, rapporteur général du présent rapport soumis à délibération, et Mme Champetier de Ribes, auditrice.

***

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

Fait à la Cour, le 11 septembre 2012.

.

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

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

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 29 février, 5, 12, 19 et 30 mars, 2, 4, 6, 11 et 23 avril, 2, 4, 9, 11, 14 et 22 mai, 18, 22 et 27 juin et 2, 6 et 10 juillet 2012.

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

- en tant que contre-rapporteurs par M. Picq, président de chambre maintenu, Mmes Bellon, Lévy-Rosenwald, MM. Braunstein, Diricq, Charpy, Laboureix, conseillers maîtres;

- en tant que rapporteurs par MM. Gillette, Cardon, Diricq, Salsmann, Viola, Laboureix, de la Guéronnière, Jamet, Mme Fontaine, conseillers maîtres, M. Klinger, conseiller maître en service extraordinaire, Mme Bouzane de Mazery, MM. Chailland, de Puylaroque, Colin de Verdière, Vasseur, Richard, conseillers référendaires, MM. Chapard, Domart, Mmes Kermoal-Berthomé, Le Bret, Métais, rapporteurs, avec le concours de MM. Calonne, N'Diaye, experts, MM. Boukouya, Goussot, Mmes Koci, Pagliaroli, assistants.

INTRODUCTION GENERALE

Après avoir atteint le niveau sans précédent en 2010 de -28 Md€, soit 1,4 % du PIB, le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a amorcé un repli en 2011 mais est demeuré particulièrement élevé : à -20,9 Md€ (1 % du PIB), il représente plus du double de celui des années 2007-2008.

L'ampleur persistante des déficits fait du retour rapide à l'équilibre des comptes sociaux une priorité absolue. Cet effort est indispensable. Sa réalisation est possible. Notre protection sociale comporte en effet d'importantes marges d'efficience comme l'illustrent les analyses et recommandations du présent rapport.

Des comptes sociaux durablement déséquilibrés qui exigent un effort de redressement de grande ampleur

La Cour analyse d'abord le déséquilibre des comptes sociaux, à la fois pour le régime général et pour l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale et leur début de redressement en 2011, à partir en particulier des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial intégrés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Conformément aux textes, elle en a vérifié la cohérence, notamment à partir des opinions émises par les certificateurs des comptes des différents régimes. A cet égard, la Cour dresse un bilan de sa mission de certification des comptes du régime général au cours des six dernières années. Cette synthèse met en lumière les progrès que cet exercice a permis dans la qualité et la transparence des comptes et la modernisation de la gestion, mais en souligne aussi le caractère encore partiel et la nécessité pour les pouvoirs publics de lever certaines difficultés pour permettre une certification sans réserve dans les prochaines années.

L'amorce d'amélioration de la situation financière constatée en 2011 est due avant tout à une bonne tenue de la masse salariale et à l'apport de ressources nouvelles. Une modération des dépenses y a aussi contribué : le respect pour la deuxième année consécutive et la troisième fois seulement depuis son institution, de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), constitue un résultat appréciable.

Pour autant, l'essentiel du chemin pour parvenir à l'équilibre des comptes sociaux reste à faire. En 2011, le déficit du seul régime général s'est situé en effet à des niveaux exceptionnellement élevés (-17,4 Md€, soit 0,9 % du PIB). Sa composante structurelle, si elle s'est infléchie en passant de 0,8 point de PIB en 2010 à 0,6 point en 2011, en représente les deux tiers et reste au niveau moyen constaté sur la dernière décennie. Pour 2012 et les années suivantes, la Cour a procédé à une actualisation au 1er septembre des prévisions présentées début juillet dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, en

prenant notamment en compte les nouvelles recettes décidées par les pouvoirs publics à l'été.

Malgré ces dernières et en dépit d'un ONDAM resserré à +2,5 % qui devrait être à nouveau tenu, la trajectoire de réduction des déficits marque le pas : le déficit 2012 du régime général devrait être supérieur (14,7 Md€ contre 13,8 Md€) aux objectifs fixés par la loi de financement pour 2012. Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse atteindrait 18,8 Md€. Après la reprise en 2011 par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de 65,3 Md€ de déficits cumulés des années antérieures, la dette sociale se creuse de nouveau. Si jusqu'en 2018 le transfert à la CADES des déficits prévisionnels de l'assurance vieillesse et FSV est déjà organisé et financé, ce n'est pas le cas de ceux de la branche maladie et de la branche famille qui devraient atteindre en 2012 plus de 9 Md€. Une nouvelle reprise de dette s'avère ainsi d'ores et déjà indispensable dès la clôture de l'exercice 2012 et nécessitera un surcroît de ressources pour la CADES : si, comme la Cour l'a précédemment préconisé, il passait par un relèvement correspondant du taux de la CRDS, ce dernier devrait alors passer de 0,50 % à 0,56 %.

Sur la base d'hypothèses économiques prudentes et en intégrant les mesures de recettes prises à l'été, le déficit de l'assurance vieillesse et du FSV perdurerait après 2018 à un niveau de l'ordre de 9 Md€ par an, bien loin du retour à l'équilibre que la réforme des retraites de 2010 ambitionnait pour cette même date. S'agissant de l'assurance maladie, sa capacité à retrouver un équilibre annuel sans accroître davantage les prélèvements obligatoires dépend de l'effort de maîtrise de l'ONDAM : un taux de croissance annuel de +2,4 % assure un retour à l'équilibre en 2017, un taux de croissance fixé à +2,7 % le repousse à 2019. Pour ce qui est de la branche famille, confrontée à une diminution progressive de ses ressources, son déficit devrait, toutes choses égales par ailleurs, être de l'ordre de 2 Md€ par an. En l'absence de mesures complémentaires de redressement, près de 60 Md€ de dettes sociales seraient ainsi susceptibles de s'accumuler d'ici la fin de la décennie en plus des 62 Md€ que la loi a déjà prévu de transférer à la CADES au titre de la branche vieillesse et du FSV de 2011 à 2018.

Les ressources nouvelles qui pourraient être dégagées risquent ainsi, si un effort exigeant de redressement n'était pas rapidement engagé, de devoir prioritairement financer une dette sociale qui continue à croître plus vite qu'elle n'est amortie, alors même qu'elle constitue une anomalie profonde et ne peut continuer à être reportée davantage sur les générations futures. La collectivité nationale consacre déjà un peu plus de 15 Md€ de ressources publiques chaque année pour la rembourser et en payer les intérêts. Un tel prélèvement, prévu aujourd'hui jusqu'en 2024-2025 pour

financer les dépenses de soins et de transferts sociaux du passé, réduit d'autant la capacité de financement de la protection sociale d'aujourd'hui. Allonger encore la durée de vie de la CADES menacerait celle de demain.

Tous les leviers de l'action publique doivent ainsi être mobilisés pour revenir rapidement et effectivement à l'équilibre des comptes sociaux selon un calendrier cohérent avec la trajectoire des finances publiques sur laquelle la France s'est engagée. Leur rééquilibrage est une priorité absolue car le rétablissement des comptes publics ne peut reposer sur le seul Etat comme la Cour l'a souligné dans son récent rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques.

Pour éclairer les choix, la Cour a examiné dans le cadre du présent rapport 80 Md€ de recettes et 40 Md€ de dépenses. Elle met en lumière des marges de manœuvre substantielles à tous niveaux, à dimension des efforts certes de grande ampleur, mais en aucun cas hors de portée, qui sont indispensables pour une consolidation financière rapide et pérenne des comptes sociaux.

Des réformes aux effets peu assurés

Le redressement passe au premier chef par des réformes à même de contribuer à moyen terme à un équilibre durable des finances sociales. Encore faut-il que celles-ci dégagent effectivement tous les gains qui en sont espérés.

De ce point de vue, la diversification des ressources de la sécurité sociale, est souvent considérée comme un levier possible. Elle ne contribue pourtant pas en tant que telle à l'accélération du rééquilibrage des comptes sociaux, comme la Cour l'éclaire en examinant plus particulièrement la problématique du recours à l'impôt pour le financement de la sécurité sociale. A côté des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG), les impôts et taxes affectés constituent en effet désormais de facto le troisième pilier de ses ressources, à hauteur de 54 Md€ en 2011 soit 12 % des recettes des régimes de base. Cette fiscalité affectée qui se présente comme un agrégat foisonnant et instable, d'une lisibilité insuffisante et peu responsabilisante appelle une réflexion d'ensemble pour clarifier sa place dans l'architecture de financement de la sécurité sociale et sans doute redéfinir ses modalités à apport globalement constant. Principalement assise sur la consommation et les rémunérations, elle ne se caractérise pas en tout état de cause par une dynamique d'assiette et de rendement supérieure aux autres ressources. La poursuite de la diversification des prélèvements sociaux, importante par ailleurs au regard des enjeux d'équité et de compétitivité, ne saurait ainsi se substituer aux réformes à même de permettre une maîtrise rigoureuse de la dépense indispensable au retour à l'équilibre de la sécurité sociale.

La Cour a analysé plus spécifiquement trois des réformes conduites dans cet objectif au cours des années récentes.

Les régimes spéciaux de retraite de la SNCF et de la RATP n'avaient pas été concernés par les mesures prises antérieurement pour le régime général puis pour celui des fonctionnaires, malgré une situation démographique et financière défavorable qui exige, chaque année, l'apport de très importantes subventions d'équilibre de l'Etat (3,9 Md€ en 2012). L'objectif d'harmonisation avec la fonction publique poursuivi par les réformes entreprises en 2007-2008 a été en partie atteint, avec toutefois un décalage de plusieurs années et l'attribution de nombreuses mesures de compensation aux agents conduisant à des surcoûts salariaux élevés pour les entreprises, tout particulièrement pour la SNCF. Sur le plan de l'équilibre financier des régimes, les résultats prévisibles sont modestes et insuffisants pour garantir leur soutenabilité et alléger substantiellement la charge de l'Etat. Ces réformes constituent ainsi en réalité une première étape dont l'aspect symbolique a pu primer à certains égards sur leur contribution à l'équilibre des finances publiques et à l'équité entre actifs et entre générations. D'autres devront suivre.

La création du régime social des indépendants (RSI) fin 2005 avait pour objectif principal de simplifier la gestion de la protection sociale des artisans, commerçants et professions libérales et de dégager des gains d'efficience avec en particulier le transfert du recouvrement de leurs cotisations aux URSSAF du régime général et la mise en place d'un interlocuteur social unique (ISU) se substituant à de multiples intervenants. Pourtant, l'instauration de ce dispositif début 2008 a été immédiatement un lourd échec, provoquant des difficultés majeures pour nombre d'assurés d'un régime comptant 2,7 millions de cotisants et 2 millions de retraités, avec des risques de pertes de droits. Il en est résulté aussi des défauts d'encaissement d'un montant au minimum de 1 à 1,5 Md€ à fin 2010. Ces difficultés se sont par ailleurs répercutées sur la dette sociale. Six ans après la création du RSI et quatre ans après celle de l'ISU, les fonctions essentielles de l'affiliation, du recouvrement et du service des prestations n'ont pas retrouvé le niveau de qualité de service constaté avant la réforme, malgré les plans successifs et des rattrapages partiels de recettes à partir de 2011. Le nouveau régime est encore aujourd'hui moins efficace et plus coûteux que les trois auxquels il a succédé.

Les 26 agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 afin d'assurer, à l'échelon régional, un pilotage unifié du système de santé, d'en renforcer l'efficience et de mieux répondre aux besoins des patients par une approche globale et cohérente du parcours de soins. Elles ont été installées rapidement et dans des conditions satisfaisantes, mais elles ne disposent pas de marges de manœuvre

suffisantes vis-à-vis des autres acteurs locaux comme des administrations centrales et de l'assurance maladie et demeurent soumises à un pilotage extrêmement centralisé. Des équipes en meilleure adéquation avec les missions nouvelles, un système d'information à hauteur des besoins, des capacités d'intervention et d'arbitrage financiers ne se rapportant pas uniquement aux seuls 3 Md€ qu'elles pilotent directement à ce stade sont également indispensables à leur pleine réussite. Le renforcement de l'efficience des plus de 170 Md€ de dépenses d'assurance maladie en dépend largement.

De multiples leviers d'optimisation du système de soins

La Cour éclaire sous plusieurs aspects, dans la suite et en complément de ses analyses figurant dans ses rapports antérieurs sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale -ainsi parmi d'autres exemples en 2010 l'imagerie médicale et les soins dentaires et en 2011 la maîtrise des dépenses de médicaments et le financement des centres hospitalo-universitaires-, les marges d'efficience et d'économies qu'il est possible de dégager dans le système de soins sans pour autant en dégrader la qualité et l'accessibilité.

La contribution à cet égard de l'ordre national des médecins lui est apparue contrastée. Alors que le contrôle du respect par les médecins du tact et de la mesure dans la détermination de leurs honoraires est fondamental pour permettre l'égal accès de tous aux soins, son rôle en ce domaine a une portée trop limitée, les initiatives pour prévenir le caractère excessif de certains dépassements (qui représentent près de 2,5 Md€ en 2010) sont peu nombreuses et n'ont que des effets relativement modestes, les saisines des instances disciplinaires sont rares et les condamnations généralement peu sévères. Devant le constat de l'inefficacité de l'ordre, l'assurance maladie a développé ses propres procédures. Il en résulte des dispositifs redondants qu'il est indispensable de rationaliser et de renforcer.

La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé conventionnés, à hauteur de 2,2 Md€ par an, représente une contribution substantielle à leurs revenus, sans le plus souvent une réelle contrepartie en termes de facilité et d'équité d'accès aux soins des patients. Cette dépense en croissance continue devrait être beaucoup plus activement mise au service des objectifs prioritaires de l'assurance maladie, en particulier celui d'une meilleure répartition des professions de santé sur le territoire, notamment par une modulation généralisée pour les médecins en fonction de leur zone d'implantation, y compris ceux déjà installés et d'une limitation des dépassements d'honoraires. Ainsi il est anormal que puisse se développer la prise en charge des cotisations des médecins du secteur II, alors même que ceux-ci disposent, par ailleurs, de la liberté, exorbitante du droit commun, de

choisir une affiliation, nettement plus avantageuse en termes de cotisations, au RSI.

Les dépenses de transports de patients à la charge de l'assurance maladie (3,5 Md€) augmentent systématiquement à un rythme plus soutenu que les autres postes. Une partie très notable pourrait être évitée sans fragiliser aucunement l'accès aux soins. Une action plus ferme sur la prescription, une redéfinition plus stricte de certaines modalités de prise en charge, un contingentement global de l'offre d'ambulances, de véhicules sanitaires et de taxis conventionnés plus rigoureusement construit pour éviter les contournements du dispositif actuel, un contrôle et une lutte contre les abus et les fraudes plus décidés, un pilotage mieux partagé et plus volontaire sont désormais indispensables. La Cour estime au minimum à 450 M€ par an les dépenses de transport sanitaire évitables, soit 13 % de la dépense totale.

L'amélioration de la fluidité du parcours de soins des patients est déterminante pour une meilleure maîtrise de la dépense. La bonne organisation des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), à la charnière de la médecine de ville, du court séjour hospitalier, des prises en charge sociales ou médico-sociales, constitue en ce sens un enjeu central. Ce secteur a connu une expansion rapide, du fait en particulier du secteur privé à but lucratif, sans véritable analyse des besoins et la dépense d'assurance maladie qui en résulte, tardivement et insuffisamment régulée, devrait atteindre 7,8 Md€ en 2012. L'enquête réalisée avec 14 chambres régionales des comptes fait apparaître cependant la persistance de nombreuses orientations inadéquates pour les patients dans leur entrée en SSR comme dans leur sortie. L'amélioration du fonctionnement de la filière doit être une priorité pour les ARS et, dans cette attente, le passage à une tarification à l'activité serait prématuré.

Plus généralement l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients est porteuse d'économies. La démarche de certification des établissements hospitaliers publics et privés que conduit la Haute autorité de santé a fortement progressé dans le sens de la simplification et de la médicalisation des procédures mises en œuvre. Mais sa sélectivité et sa prise en compte, notamment sous l'angle financier, dans les contrats d'objectif des établissements sont encore insuffisantes pour entretenir de manière pérenne une culture de qualité des soins.

Une solidarité à l'égard des retraités et des familles à faire évoluer

La Cour a analysé sous un double prisme la réalité contrastée et multiforme de la situation des retraités, en examinant d'une part la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres et d'autre part l'adéquation à leur situation actuelle des dispositifs fiscaux et sociaux adoptés pour leur assurer une égalisation de leur niveau de vie avec celui des actifs.

Le minimum vieillesse conserve toujours aujourd'hui, avec 940 000 personnes couvertes, un rôle essentiel, en dépit de la généralisation des minima de pensions, pour limiter le taux de pauvreté des retraités les plus modestes. Le nombre de ses bénéficiaires s'est stabilisé depuis 2007, en rupture avec la tendance historique à sa réduction depuis 50 ans et pourrait de nouveau augmenter dans les années à venir. Les réformes mises en œuvre à partir de 2007 pour mieux réguler la dépense n'ont d'effet que sur le flux des nouveaux bénéficiaires, ce qui rend d'autant plus impérative la nécessité d'assurer un financement clair et soutenable de cette dépense de solidarité (3 Md€) en mettant fin au déséquilibre structurel du fonds de solidarité vieillesse qui la supporte et dont le déficit devrait atteindre 4,1 Md€ en 2012.

Pourtant, malgré la persistance de situations individuelles préoccupantes, la population retraitée s'avère aujourd'hui, sous l'angle financier, dans une situation globale en moyenne légèrement plus favorable que celle des actifs, notamment des plus jeunes. Cette situation résulte pour une part de l'existence de nombreux dispositifs fiscaux et sociaux en leur faveur. La Cour a procédé à l'examen approfondi de certains d'entre eux, représentant un coût total de près de 12 Md€, dans un contexte où la contrainte s'exerçant sur les comptes publics exige une évaluation systématique des dépenses fiscales et des « niches » sociales pour s'assurer qu'elles apportent bien un soutien à ceux qui en ont le plus besoin. Elle estime nécessaire de reconsidérer des mécanismes sédimentés qui se superposent souvent au détriment de l'efficacité et de l'équité, en préservant la situation des retraités les plus fragiles et en demandant un effort prioritaire de solidarité aux plus aisés, de manière à permettre de contribuer au financement des besoins sociaux accrus qui se font jour en certains domaines, qu'il s'agisse de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes ou de la prise en charge de la perte d'autonomie des plus âgés, comme à la réduction indispensable des déficits des comptes publics. Cet effort pourrait notamment passer par l'alignement du taux de CSG, pour les pensions les plus élevées, sur celui de l'ensemble des actifs (7,5 %).

En matière de politique familiale, les prestations conditionnées par les ressources, si elles poursuivent par ailleurs une grande diversité d'objectifs, ont également plus largement une finalité redistributive. Au croisement ainsi de la politique familiale et de la politique de réduction des inégalités, elles constituent un ensemble disparate, qui représente une dépense dynamique d'un total de 13,3 Md€ en 2010. Leurs effets en termes de réduction des inégalités de revenus s'avèrent inégaux et globalement plus limités que les allocations universelles et font apparaître l'existence de réelles marges de redéploiement, dans un contexte où la pauvreté de certaines familles avec enfants reste une réalité préoccupante et où le retour à l'équilibre de la branche famille, aux déficits désormais récurrents, doit constituer un impératif. En particulier le complément de mode de garde qui n'est assorti d'aucun plafond de ressources et qui peut se cumuler avec des aides fiscales importantes apparaît bénéficier particulièrement aux familles aisées et devrait être soumis à l'avenir à une condition de ressources.

Des économies nécessaires dans la gestion de la sécurité sociale

La Cour a examiné d'une part le système d'information de la branche famille et d'autre part les modalités selon lesquelles les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail par maladie sont servies par la branche maladie. Dans les deux cas une amélioration de la gestion s'impose rapidement pour pouvoir dégager de nécessaires gains de productivité et d'efficacité.

S'agissant des systèmes d'information de la branche famille qui a versé près de 77 Md€ de prestations en 2011 à plus de 11 millions d'allocataires, le constat est celui d'une gouvernance inefficiente associée à une stratégie incertaine et d'une trop grande dispersion des structures et des moyens, avec en conséquence des retards préoccupants de modernisation. Dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion qui lie la caisse nationale d'allocations familiales à l'Etat, il est indispensable de redéfinir en profondeur les modalités de pilotage et de gestion du système d'information de la branche famille et ses objectifs stratégiques.

Les indemnités journalières pour maladie servies par le régime général pour un montant de 6,4 Md€ en 2011 ont connu une vive progression sur la dernière décennie. Les arrêts de travail pour maladie demeurent une réalité très insuffisamment analysée dans ses déterminants pour permettre la mise en œuvre d'actions de régulation plus efficaces dans le cadre d'une stratégie d'ensemble qui reste largement à construire. La politique menée à cet égard vis-à-vis des différents acteurs -assurés sociaux, entreprises et corps médical- est apparue devoir être très sensiblement renforcée. De nouveaux efforts de simplification et de modernisation sont urgents pour accroître la qualité du service rendu aux

assurés, améliorer la productivité des caisses, faciliter la lutte contre la fraude et diminuer des coûts de gestion élevés.

*
* *

Des progrès substantiels sont ainsi possibles à tous les niveaux dans l'efficience des dépenses sociales. Les obtenir est indispensable. Il y faut une démarche volontaire, méthodique, rigoureuse et attentive au juste partage des efforts entre tous les acteurs. Plus fortement elle sera engagée, plus vite sera rétabli l'équilibre des comptes sociaux, mieux et plus durablement sera confortée notre sécurité sociale non seulement en termes financiers mais au regard des valeurs essentielles de solidarité qui sont les siennes.

PREMIERE PARTIE

LES COMPTES ET LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre I

Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2011 et perspectives

PRESENTATION

Dans ce chapitre, la Cour analyse tout d'abord l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2011 par rapport à l'exercice 2010 et aux prévisions des lois de financement de la sécurité sociale, ces dernières comprenant pour la première fois depuis leur institution en 1996 une loi de financement de la sécurité sociale rectificative. Sous l'effet notamment de mesures d'augmentation des recettes, les déficits sociaux ont amorcé un début de recul par rapport à ceux, historiques, de 2010. Cependant, ils sont demeurés massifs et ont entraîné une nouvelle augmentation de l'endettement social, lequel a été transféré pour l'essentiel à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (I).

La Cour présente ensuite des prévisions actualisées au 1er septembre pour l'exercice 2012 pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui font apparaître un déficit plus élevé que celui prévu initialement par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et en faible réduction par rapport à celui de 2011 malgré un fort apport de ressources nouvelles. A partir d'une projection tendancielle des soldes du régime général et du FSV à moyen terme, elle met en lumière l'urgence et l'ampleur considérable de l'effort de redressement qui s'impose sans délai pour respecter la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux, au-delà des mesures déjà prises à l'été 2012 (II).

I - La situation des comptes sociaux en 2011

A – Les déficits du régime général et du FSV

1 – Des déficits encore massifs, bien qu'en recul

a) Une diminution des déficits permise par les mesures de recettes

En 2011, le déficit du régime général s'est élevé à -17,4 Md€, en réduction par rapport à celui, historique, de 2010 (-23,9 Md€). Le FSV a quant à lui dégagé un déficit de -3,5 Md€, également en recul par rapport à l'exercice précédent (-4,1 Md€).

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

S'il est revenu à un niveau inférieur à celui de 2009 (-23,5 Md€), il demeure encore plus de deux fois supérieur à ceux de la période 2006-

2008[1]. Les mesures portant création de nouvelles recettes ou augmentation des recettes existantes ayant une incidence en 2011 n'ont pas compensé les effets de la récession de 2009 sur l'assiette des ressources du régime général et du FSV.

Déficits 2011 des branches du régime général et du FSV

En Md€

	Solde 2009	Solde 2010	**Solde 2011**	Diminution 2011/2010
Maladie	-10,6	-11,6	**-8,6**	3,0
AT-MP	-0,7	-0,7	**-0,2**	0,5
Famille	-1,8	-2,7	**-2,6**	0,1
Vieillesse	-7,2	-8,9	**-6,0**	2,9
Sous-total régime général	**-20,3**	**-23,9**	**-17,4**	**6,5**
FSV	-3,2	-4,1	**-3,5**	0,6
Vieillesse + FSV	*-10,4*	*-13,0*	***-9,5***	*3,5*
Total régime général + FSV	**-23,5**	**-28,0**	**-20,9**	**7,1**
En % des charges brutes	6,7 %	7,7 %	**5,5 %**	2,2 %
En points de PIB	1,2	1,4	**1,0**	0,4

Source : Comptes des branches du régime général et du FSV

La réduction des déficits des branches du régime général en 2011 résulte d'une augmentation des produits plus importante que celle des charges : les produits nets (302,8 Md€) ont crû de 15,3 Md€, soit +5,3 % (après +2 % en 2010 et -0,3 % en 2009), tandis que la hausse des charges nettes (320,3 Md€), soit +8,8 Md€ ou +2,8 %, a poursuivi sa décélération (elles avaient augmenté de 3 % en 2010 et de 3,2 % en 2009).

A elles seules, les mesures nouvelles de recettes affectées aux branches du régime général et au FSV qui ont été décidées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale et des lois de finances, soit 7 Md€ (voir 2 - infra), représentent la quasi-totalité de la réduction des déficits (7,1 Md€).

1 . Qui s'étaient respectivement établis à -10 Md€ (2006), -9,3 Md€ (2007) et -9,4 Md€ (2008).

La diminution du déficit ainsi constatée entre 2010 et 2011 s'accompagne d'un début d'amélioration du déficit structurel de l'ensemble formé par le régime général et par le FSV[2].

Sous l'hypothèse conventionnelle que l'essentiel des recettes du régime général et du FSV (cotisations sociales hors secteur public, CSG hors revenus de remplacement et impôts affectés) présentent une élasticité au PIB égale à un, le déficit structurel du régime général et du FSV serait en effet passé de -1,0 point de PIB en 2010 à -0,7 point de PIB en 2011.

b) Des déficits inférieurs aux prévisions

Comme le montre le tableau ci-après, les déficits ont été inférieurs aux prévisions :

Comparaison des soldes 2011 réalisés avec ceux prévus par les différentes lois de financement

En Md€

	Soldes 2011 LFSS 2011 (1)	Soldes 2011 LFSSR 2011 (2)	Soldes 2011 LFSS 2012 (3)	**Soldes 2011 réalisés (4)**	Ecart (4) – (1)	Ecart (4) – (2)	Ecart (4) – (3)
Maladie	-11,5	-10,3	-9,5	**-8,6**	+2,9	+1,7	+0,9
AT-MP	+0,1	0,0	0,0	**-0,2**	-0,3	-0,2	-0,2
Famille	-2,7	-2,8	-2,6	**-2,6**	+0,1	+0,2	0,0
Vieillesse	-6,8	-6,4	-6,0	**-6,0**	+0,8	+0,4	0,0
Sous-total régime général	-20,9	-19,5	-18,0	**-17,4**	**+3,5**	**+2,1**	**+0,6**
FSV	-3,9	-4,1	-3,8	**-3,5**	+0,4	+0,6	+0,3
Vieillesse+FSV	*-10,7*	*-10,5*	*-9,8*	***-9,5***	*+1,2*	*+1,0*	*+0,3*
Total RG + FSV	-24,8	-23,6	-21,8	**-20,9**	**+3,9**	**+2,7**	**+0,9**

Source : Comptes des branches du régime général et du FSV, LFSS(R) 2011 et 2012

2. Le déficit structurel est calculé en retranchant du déficit effectif la composante conjoncturelle de ce déficit ainsi que d'éventuelles mesures exceptionnelles temporaires (comme la taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation des assureurs affectée à la branche famille, qui constitue une ressource temporaire des exercices 2011 et 2012). S'agissant de l'ensemble formé par le régime général et par le FSV, la composante conjoncturelle, c'est-à-dire les éléments du solde dépendant étroitement du PIB, porte uniquement sur les produits (les charges du FSV sont très liées au PIB mais elles se retrouvent pour l'essentiel en produits de la branche vieillesse).

La loi de financement pour 2011 avait retenu une prévision de déficit de l'ensemble formé par le régime général et le FSV de -24,8 Md€ (à comparer à une prévision de -29,1 Md€ pour 2010 dans ce même texte). A la suite d'une révision à la hausse de l'hypothèse d'augmentation de la masse salariale du secteur privé, la loi de financement de la sécurité sociale rectificative (LFSSR) du 28 juillet 2011 a retenu un déficit prévisionnel moins élevé (à -23,6 Md€). La loi de financement pour 2012 a à nouveau abaissé la prévision de déficits 2011 (à -21,8 Md€), à la suite de mesures de recettes prises dans le cadre de la loi de finances rectificative (augmentation du droit de consommation sur les tabacs) ou arrêtées par cette même loi de financement (augmentation du taux de la taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats maladie et des prélèvements sociaux sur les revenus du capital). En définitive, les déficits 2011 (-20,9 Md€ au total) se sont établis à un niveau inférieur à celui estimé par la loi de financement pour 2012, sous l'effet de charges nettes moins élevées que prévu.

Cette diminution des déficits au-delà de cette dernière prévision recouvre des situations différenciées. Pour l'essentiel, elle est concentrée sur la branche maladie, ainsi que sur le FSV. Le déficit de la branche vieillesse est conforme à celui attendu dans la loi de financement pour 2012 et moins élevé que celui prévu dans la loi de financement rectificative de juillet 2011. Celui de la branche famille correspond aux prévisions de la loi de financement 2012 et de la loi de financement rectificative de juillet 2011. Au lieu de revenir à l'équilibre (prévision d'un excédent de 40 M€), la branche accidents du travail-maladies professionnelles a en revanche dégagé un déficit (-221 M€), en raison de moindres produits de cotisation qu'attendu (à hauteur de 270 M€).

2 – Les facteurs d'évolution des produits du régime général

L'augmentation des produits nets du régime général et du FSV (+15,3 Md€) traduit pour une part l'incidence de l'augmentation spontanée des recettes (+8,3 Md€), sous l'effet notamment de l'amélioration de la conjoncture économique par rapport à 2010.

En 2011, la masse salariale du secteur privé a augmenté de +3,6 %, dont +1 % au titre de l'effectif moyen de salariés et +2,5 % au titre du salaire moyen par tête. Les évolutions des assiettes des principaux prélèvements sociaux sur les revenus d'activité des salariés sont globalement corrélées à cette augmentation : +3,8 % pour l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité des salariés, +3,6 % pour les cotisations sociales déplafonnées (cotisations famille et AT-MP et quasi-totalité des cotisations maladie) et +3,3 % pour les cotisations sociales plafonnées (qui représentent une part prépondérante des cotisations vieillesse).

L'augmentation de la masse salariale du secteur privé est supérieure à celle prévue dans les annexes B de la loi de financement rectificative de juillet 2011 (+3,2 %) comme de la loi de financement initiale pour 2011 (+2,9 %[3]) et a, par rapport à celles-ci, engendré un surcroît de recettes de cotisations sociales et de CSG.

Les autres composantes de la CSG ont connu des évolutions différenciées : augmentation de la CSG sur les revenus de remplacement (+2,8 %), progression de la CSG sur les revenus du patrimoine (+4,7 %), sous l'effet notamment des augmentations de loyers et forte croissance de la CSG sur les produits de placement (+17,3 %), en raison du dynamisme de l'assiette et de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des compartiments « euros » des contrats d'assurance vie dits « multi-supports ».

L'augmentation des ressources des branches du régime général et du FSV traduit aussi les mesures d'augmentation des recettes décidées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale initiales pour 2011 et pour 2012 et des lois de finances initiale pour 2011 et rectificative pour 2011. Ces mesures, dont l'impact peut être évalué à 7 Md€, sont détaillées dans le tableau ci-après :

3. Cette prévision incorporait l'incidence d'une sous-estimation de l'augmentation de la masse salariale des employeurs du secteur privé en 2010. Alors que la loi de financement pour 2010 anticipait une diminution de -0,4 %, la masse salariale a augmenté de +2,05 %, sous l'effet d'une progression de +2,25 % du salaire moyen et d'un recul de -0,2 % de l'effectif moyen.

Impact des mesures de recettes sur les produits 2011 du régime général et du FSV

En Md€

	Impact 2011
Augmentation des produits du droit de consommation sur les tabacs affectés au régime général (suppression de la compensation des allègements généraux de cotisations par des recettes fiscales affectées[4], effet report en année pleine de l'augmentation du prix du tabac de novembre 2010 et augmentation du prix du tabac d'octobre 2011)	+1,47
Annualisation du coût des allègements de cotisations sociales sur les bas salaires, dits « Fillon », en faveur des branches du régime général	+2,10[5]
Affectation à la branche maladie de la TVA sectorielle sur les biens et services médicaux, en compensation (avec l'affectation d'une part du droit de consommation sur les tabacs) du transfert au FSV de la C3S additionnelle et d'une part du forfait social	+1,22
Incidence nette pour la branche famille de la compensation du transfert de 0,28 point de CSG à la CADES par de nouvelles recettes : prélèvement au fil de l'eau des produits des compartiments « euros » des contrats d'assurance vie « multi-supports » (affectation dans la limite d'un plafond fixé par la loi de financement), « exit tax » sur les réserves de capitalisation des sociétés d'assurance et application de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA), à un taux dérogatoire de 3,5 %, aux contrats santé dits « solidaires et responsables »	+0,51
Affectation à la branche maladie de l'incidence de l'augmentation au 1er octobre 2011 de 3,5 % à 7 % du taux de la TSCA sur les contrats dits « solidaires et responsables »	+0,18
Augmentation du taux moyen des cotisations affectées à la branche AT-MP dans le cadre de l'objectif d'un retour à l'équilibre fixé par la loi de financement pour 2011	+0,47
Augmentation du taux du forfait social (porté de 4 % à 6 %) affecté à la branche maladie et au FSV	+0,47
Affectation au FSV d'une fraction de la redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	+0,14
Augmentation du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, porté de 2,2 % à 3,4 % au 1er octobre 2011 en faveur de la branche maladie et de la branche vieillesse	+0,25
Effet report en année pleine de la création au 1er juillet 2010 des prélèvements sur les paris hippiques et sportifs et les jeux en ligne	+0,08
Augmentation de la contribution patronale au titre des options de souscription ou d'achat d'actions affectée à la branche maladie	+0,08
Création d'une nouvelle contribution sur les rentes à la charge du bénéficiaire ou « retraite chapeau » affectée au FSV	+0,05

Source : Etats financiers 2011 des branches et de l'activité de recouvrement du régime général et du FSV.

4. En 2010, l'écart entre les recettes liées au droit de consommation sur les tabacs et le coût des allègements généraux de cotisations sociales avait été conservé par l'Etat aux fins de financer le remboursement de ses dettes aux organismes de sécurité sociale.
5. Avec une fourchette de +260 M€ à -260 M€.

3 – La formation des résultats des branches et du FSV

a) Branche maladie : une contraction du déficit permise par l'augmentation des recettes et la maîtrise de l'ONDAM

En 2011, la branche maladie a enregistré un déficit de -8,6 Md€, en sensible réduction par rapport à 2010 (-11,6 Md€) comme à celui prévu par la loi de financement pour 2011 (-11,5 Md€). Ce déficit se situe également à un niveau inférieur à la prévision associée à la loi de financement pour 2012 (-9,5 Md€).

La réduction du déficit traduit une augmentation des produits nets (+6,2 Md€, soit +4,4 %) supérieure de près du double à celle des charges nettes (+3,2 Md€, soit +2,1 %), du fait de la croissance des cotisations sociales, de la CSG et des impôts et taxes affectés (voir 2 - supra). Par rapport aux prévisions associées à la loi de financement pour 2012, le résultat de l'exercice bénéficie d'une diminution des pertes sur créances et des provisions pour dépréciation de créances sur les cotisants (+0,5 Md€) et d'une progression plus forte qu'attendue du produit des prélèvements assis sur les placements, CSG comprise (+0,5 Md€).

A titre principal, la variation des charges nettes reflète celle des charges de prestations sociales (+3,9 Md€, soit +2,8 %) et des transferts en direction des autres régimes (-0,6 Md€, soit -11,9 %). L'augmentation des charges de prestations sociales s'explique par une progression (+2,9 %) des charges entrant dans le périmètre de l'ONDAM (136 Md€ au total) conforme à l'objectif fixé[6] et une quasi-stagnation (+0,7 %) de celles extérieures à ce périmètre (9,9 Md€). Cette dernière évolution recouvre une diminution des charges relatives aux indemnités journalières maternité (dans le contexte d'une diminution des naissances), une chute des dépenses médico-hospitalières hors ONDAM et une forte augmentation des charges relatives aux pensions d'invalidité (sous l'effet notamment du recul de l'âge de départ à la retraite à taux plein).

La diminution des transferts en direction des autres régimes (-0,6 Md€) traduit notamment une réduction du déficit du régime des salariés agricoles et un excédent ponctuel de celui des exploitants agricoles (incidence globale de +0,3 Md€), sous l'effet de l'augmentation des produits du droit de consommation sur les tabacs (laquelle atteint 1 Md€ pour le régime agricole pris globalement, pour les motifs exposés en 2 - supra) et des régularisations relatives à la répartition des dépenses hospitalières (prestations et provisions) entre les régimes au détriment du régime général au titre des deux années 2010 et 2011.

6. Voir chapitre II. L'ONDAM en 2011.

En outre, les charges de gestion administrative ont été inférieures (de 160 M€) aux prévisions associées à la loi de financement pour 2012, mais ressortent à un niveau comparable à celles constatées en 2010.

Formation du résultat 2011 de la branche maladie

En Md€

	2010	2011	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**153,4**	**156,6**	**+3,2**	**+2,1**
Prestations	142,1	145,9	+3,9	+2,7
- prestations légales	141,0	144,9	+3,9	+2,8
- prestations extra-légales	0,1	0,1	-	+7.7
- autres prestations	0,9	0,8	-0,07	-8,4
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	0,3	0,3	-	-7.6
Transferts	5,0	4,4	-0,6	-11,9
Charges financières	0,2	0,08	-0,08	-52,6
Charges de gestion courante	5,9	5,9	-	-0,5
Autres charges	0,3	0,3	-	+10,8
PRODUITS NETS	**141,8**	**148,0**	**+6,2**	**+4,4**
Cotisations sociales	68,2	70,9	+2,7	+4,0
- salariés	67,9	70,6	+3,0	+4,0
- autres cotisations sociales	0,8	0,8	-	+0,1
- provisions et admissions en non-valeur	-0,7	-0,8	-0,1	-14,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,5	1,1	-0,4	-26,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,2	-	+9,4
Contributions, impôts et taxes	66,7	71,5	+4,8	+7,2
- CSG	51,2	54,0	+2,4	+4,7
- provisions et admissions en non-valeur	-0,7	-0,2	+0,5	-68,6
- ITAF	15,2	17,6	+2,4	+16,0
Contributions publiques	0,1	0,1	-	-3,2
Transferts entre organismes	2,6	2,2	-0,4	-15,4
Autres produits	2,7	2,2	-0,5	-20,6
SOLDE	**-11,6**	**-8,6**	**+3,0**	

Source : Tableaux d'équilibre détaillés (direction de la sécurité sociale)

b) Branche AT-MP : une réduction du déficit sans retour à l'équilibre

En 2011, la branche des accidents du travail-maladies professionnelles a enregistré un déficit de -221 M€ (contre -726 M€ en 2010), alors qu'un léger excédent (40 M€) était anticipé dans les prévisions associées à la LFSS 2012. L'absence de retour à l'équilibre de cette branche est d'autant plus significative que le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)[7] a dégagé un excédent supérieur à celui attendu (75 M€ contre 40 M€). Au total, l'écart

7. Lui-même financé pour l'essentiel par la branche AT-MP, le FCAATA finance l'attribution par les organismes de cette branche de l'allocation temporaire amiante (ATA), qui correspond à une prestation de préretraite pour les travailleurs salariés victimes de l'amiante.

entre le résultat et la prévision atteint 300 M€, soit 2,5 % des charges nettes.

Désormais, la branche AT-MP est financée quasi-intégralement par la voie de cotisations sociales à la charge des employeurs de salariés, les impôts et taxes affectés revêtant un caractère très subsidiaire (0,3 Md€). Sous l'effet de l'exclusion des cotisations qui lui sont affectées du champ des allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires (« Fillon ») et de l'augmentation de 0,1 point du taux net moyen de cotisation (porté de 2,28 % à 2,38 %), les produits nets de cotisations sociales ont augmenté de 2,5 Md€ (+30,2 %) par rapport à l'exercice précédent pour atteindre 10,7 Md€.

Le déficit 2011 résulte essentiellement de produits de cotisations inférieurs à ceux anticipés (à hauteur de 270 M€). Les taux de cotisation ont été fixés à un niveau destiné à permettre de dégager un excédent (+0,1 Md€ dans la loi de financement pour 2011). Par la suite, l'objectif de résultat a été abaissé à un léger excédent (40 M€) dans le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011. Cependant, cet objectif n'a pas été atteint, en raison de l'incidence des écrêtements de taux de cotisations, de déformations sectorielles de l'activité au détriment des entreprises dont les taux de cotisation sont les plus élevés et de l'augmentation des réductions de produits de cotisations liées aux dénouements en faveur des employeurs de litiges portant sur l'application de la législation AT-MP[8] (selon les éléments d'information dont dispose la CNAMTS, les réductions de produits de cotisations liées à ces dénouements ont augmenté de 45 M€, alors que les taux de cotisation avaient été fixés en prenant pour hypothèse une stabilité de celles-ci).

8. A titre principal, les contestations portent, pour des motifs de fond ou de procédure, sur la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et le taux de l'incapacité permanente.

Formation du résultat 2011 de la branche AT-MP

En Md€

	2010	2011	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**11,2**	**11,6**	**+0,3**	**+2,9**
Prestations	7,9	8,1	+0,2	+2,8
- prestations légales	7,7	7,9	+0,2	+2,8
- autres prestations	0,2	0,2	-	+4,2
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	Ns	Ns	-	-
Transferts	2,5	2,5	-	+2,4
Charges de gestion courante	0,8	0,8	-	+4,9
Autres charges	Ns	Ns	-	-
PRODUITS NETS	**10,5**	**11,3**	**+0,8**	**+7,9**
Cotisations sociales (actifs salariés)	8,2	10,7	+2,5	+30,2
- cotisations	8,4	10,9	+2,5	+30,4
- provisions et admissions en non-valeur	-0,2	-0,2	-	+38,9
ITAF	1,9	0,3	-1,6	-84,5
Autres produits	0,3	0,3	-22.0	-6,7
SOLDE	**-0,7**	**-0,2**	**+0,5**	

Source : Tableaux d'équilibre détaillés (direction de la sécurité sociale)

c) Branche famille : la stabilité du déficit par rapport à 2010

En 2011, la branche famille a dégagé un déficit de 2,6 Md€, soit un niveau équivalent à celui prévu par la loi de financement pour 2012 et voisin de celui de l'exercice 2010 (2,7 Md€).

A titre principal, l'augmentation des charges nettes (+2,0 Md€, soit +3,7 %) reflète celle des transferts et contributions à d'autres branches et organismes nationaux de sécurité sociale et à l'Etat (+1,1 Md€, soit +9,2 %). A compter de 2011, la branche famille compense en effet intégralement auprès du FSV la prise en charge par ce dernier des majorations pour enfants en faveur des régimes de base d'assurance vieillesse (au lieu de 85 % en 2010), ce qui a engendré une charge supplémentaire de 0,8 Md€.

Les charges nettes de prestations légales ont augmenté de +0,5 Md€ (+1,5 %). Malgré la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales[9] (BMAF) (+1,5 % contre une revalorisation nulle en 2010), les charges de prestations familiales hors petite enfance ont crû dans une mesure limitée (+0,9 %), compte tenu de la stabilité des effectifs de bénéficiaires de certaines prestations (allocations familiales), d'effets

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

plafond négatifs [10] pour d'autres (allocation de rentrée scolaire et complément familial) et de la poursuite de la montée en charge des économies liées à l'unification des majorations d'âge intervenue en 2007 (allocations familiales). Malgré la revalorisation de la BMAF et la poursuite de l'augmentation du nombre de bénéficiaires, les prestations liées à la petite enfance (prestation d'accueil du jeune enfant) ont progressé à un rythme identique à celui de 2010 (+2,7 %), compte tenu d'effets plafond négatifs.

Bien qu'inférieures à la prévision, les prestations d'action sociale relatives notamment à l'accueil de la petite enfance et de la jeunesse ont quant à elles sensiblement augmenté (+0,2 Md€, soit +6,7 %), en raison de la progression du taux d'activité des équipements et de la mise en service de nouvelles structures dans le cadre du « plan crèche ».

Les produits nets ont augmenté de 2 Md€ (+4,1 %) du fait de l'évolution des cotisations sociales et de la CSG sur les revenus d'activité (à quote-part constante attribuée à la branche famille), dont les facteurs explicatifs ont été précédemment évoqués (voir 2 - supra). Au-delà, la branche famille a bénéficié de l'attribution de trois nouvelles taxes (incidence de +3,3 Md€ sur les produits) en compensation du transfert de 0,28 point de CSG de la branche famille à la CADES (incidence de -2,8 Md€ sur les produits) d'où un impact net de +0,5 Md€ : le prélèvement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les compartiments « euros » des contrats d'assurance vie « multi-supports » (1,6 Md€), l'application de la taxe sur les conventions d'assurance, à un taux dérogatoire de 3,5 %, aux contrats santé dits « solidaires et responsables » (0,9 Md€) et l'« exit tax » sur les réserves de capitalisation des assureurs (0,8 Md€).

Cependant, une partie de ces ressources n'a pas un caractère pérenne : la part du prélèvement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les compartiments « euros » des contrats d'assurance vie « multi-supports » affectée à la branche famille va diminuer continûment jusqu'à disparaître en 2020 (voir II – B – 2 - infra) et la taxe sur les réserves de capitalisation des assureurs a un caractère non récurrent limité aux exercices 2011 et 2012.

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

Formation du résultat 2011 de la branche famille

En Md€

	2010	2011	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**52,9**	**54,8**	**+2,0**	**+3,7%**
Prestations	38,0	38,8	+0,8	+2,0%
- prestations légales	34,5	35,0	+0,5	+1,5%
- prestations extra-légales	3,5	3,8	+0,2	+6,7%
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	Ns	Ns	Ns	Ns
Transferts	12,2	13,3	+1,1	+9,2%
Charges financières	Ns	Ns	Ns	Ns
Charges de gestion courante	2,6	2,6	-	+0,7%
Autres charges	0.1	0,2	+0.1	+64,8%
PRODUITS NETS	**50,2**	**52,2**	**+2,0**	**+4,1%**
Cotisations sociales	32,6	33,8	+1,2	+3,7%
- actifs (salariés et travailleurs indépendants)	33,3	34,1	+0,8	+2,4%
- autres cotisations sociales	-	-	-	-
- provisions et admissions en non-valeur	-0,8	-0,4	+0,4	Ns
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,7	0,5	-0,1	-19,4%
Cotisations prises en charge par la sécurité. sociale	0,3	0,3	-	-7,6%
Contributions, impôts et taxes	16,0	17,1	+1,1	+6,9%
- CSG	12,0	10,9	-1,1	-9,3%
- provisions et admissions en non-valeur	-0,1	Ns	Ns	Ns
- ITAF	3,9	6,1	+2,2	+56,7%
Autres produits	0,6	0,5	-0,1	+14,7%
SOLDE	**-2,7**	**-2,6**	**+0,1**	

Source : Tableaux d'équilibre détaillés (direction de la sécurité sociale)

d) Branche vieillesse : une contraction du déficit permise par l'augmentation des produits et des charges moins élevées que prévu

En 2011, la branche vieillesse a enregistré un déficit de -6 Md€, en sensible réduction par rapport à 2010 (-8,9 Md€). Le résultat est moins dégradé que celui prévu par la loi de financement pour 2011 (-6,8 Md€) et conforme à la prévision associée à la loi de financement pour 2012 (-6 Md€).

La réduction du déficit traduit une augmentation des produits nets (+7 Md€, soit +7,5 %) supérieure à celle des charges nettes (+4,1 Md€, soit +4,0 %), en raison de l'évolution des produits nets de cotisations sociales et d'impôts et taxes affectés (voir 2 - supra). A titre principal, l'augmentation des produits relatifs à des transferts entre organismes (+4,1 Md€) reflète l'instauration d'une prise en charge par le FSV du minimum contributif (pour un montant forfaitaire de 3 Md€) et l'effet en année pleine de la mise en place au 1er juillet 2010 d'une prise en charge par le FSV des cotisations d'assurance vieillesse des salariés au titre des

périodes de maladie, maternité, paternité, invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles (+0,7 Md€).

Quoique inférieures aux prévisions (à hauteur de 160 M€), les charges de prestations légales ont augmenté plus fortement qu'en 2010 (+4,7 % contre +4,2 %), sous l'effet d'une revalorisation des pensions plus forte (+2,1 % au 1er avril 2011, contre +0,9 % au 1er avril 2010). Ainsi, l'augmentation des charges de droits propres (+4,8 % contre +4,3 % en 2010) a été tirée par l'incidence de la revalorisation des pensions (+1,8 %, contre +0,9 % en 2010). Les autres facteurs d'évolution ont enregistré une décélération par rapport à 2010[11].

Formation du résultat 2011 de la branche vieillesse

En Md€

	2010	2011	Variation en valeur	Variation en %
CHARGES NETTES	**102,3**	**106,5**	**+4,1**	**+4,0**
Prestations	93,8	98,2	+4,4	+4,7
- prestations légales	93,5	97,8	+4,3	+4,6
- prestations extra-légales	0,3	0,3	-	+23,7
- provisions et pertes sur créances irrécouvrables	Ns	Ns	-	-
Transferts	7,0	6,9	-0,1	Ns
Charges financières	0,2	0.1	-0.1	-40,9
Charges de gestion courante	1,4	1,4	-	+0,6
PRODUITS NETS	**93,4**	**100,5**	**+7,0**	**+7,5**
Cotisations sociales	61,3	63,7	+2,4	+3,9
- salariés	61,1	63,5	+2,4	+4,0
- autres cotisations sociales	0,6	0,6	-	+0,8
- provisions et admissions en non-valeur	-0,6	-0,7	-0,1	+9,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,2	0,9	-0,3	-20,0
Contributions, impôts et taxes	9,8	10,4	+0,7	+6,8
Contributions publiques	-	-	-	-
Transferts entre organismes	21,0	25,1	+4,1	+19,7
Autres produits	0,2	0,3	+0,1	+57,0
SOLDE	**-8,9**	**-6,0**	**+2,9**	

Source : Tableaux d'équilibre détaillés (direction de la sécurité sociale)

e) Fonds de solidarité vieillesse : un résultat encore lourdement déficitaire

En 2011, le fonds de solidarité vieillesse (FSV)[12] a enregistré un déficit de -3,5 Md€, contre -4,1 Md€ en 2010.

11. L'augmentation des effectifs de pensionnés a une incidence de +2,4 % (+2,8 % en 2010), celle de la pension moyenne de +0,6 % (+0,7 % en 2010).

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

Le FSV a bénéficié de l'affectation d'impôts et de taxes nouvelles (notamment la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) additionnelle et des fractions de la taxe sur les salaires et du forfait social) et d'une augmentation de la part de la C3S qui lui est affectée[13], soit +3,9 Md€ au total et de l'augmentation des transferts des régimes de sécurité sociale, sous l'effet principalement du passage à une compensation intégrale par la branche famille du financement des majorations pour enfants, soit +0,8 Md€.

Ces ressources nouvelles ont compensé et au-delà la mise à la charge du FSV d'une contribution forfaitaire destinée à financer une partie du minimum contributif servi par les régimes d'assurance vieillesse (+3,5 Md€, dont +3 Md€ pour la branche vieillesse du régime général) et l'effet en année pleine de l'instauration au 1er juillet 2010 d'une prise en charge par le FSV des cotisations d'assurance vieillesse des salariés au titre des périodes de maladie, maternité, paternité, invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles (+0,7 Md€).

Bien qu'il ait diminué en 2011, le déficit du FSV a encore représenté 19,7 % de ses charges nettes (23,3 % en 2010). Comme la Cour l'a fréquemment souligné, ce déficit a un caractère structurel, imputable à l'insuffisance des ressources affectées au fonds au regard des charges dont il assure le financement. Pour 2012, malgré l'affectation de de ressources supplémentaires, il est appelé à augmenter à nouveau (à 4,1 Md€) sous l'effet de l'augmentation des prises en charge de cotisations au titre du chômage, qui étaient stables en 2011 par rapport à l'exercice précédent (9,5 Md€), d'une réduction du produit de la C3S et du caractère non reconductible des produits liés au passage de la comptabilisation de la C3S et de la C3S additionnelle en droits constatés (enregistrement des restes à recouvrer en produits).

13. Les autres attributaires sont le régime social des indépendants (pour lequel la C3S constitue une ressource d'équilibre des branches maladie et vieillesse) et, à compter de 2011, le régime agricole à la suite de la suppression de la compensation démographique généralisée maladie. En 2011, la réduction des déficits des branches maladie et vieillesse du RSI avant affectation de C3S a permis à la fois de financer le régime agricole et d'augmenter le montant net de C3S affecté au FSV (à hauteur de 0,32 Md€).

B – Les résultats des autres régimes

1 – Les régimes dont les résultats sont par construction équilibrés

Les régimes qui ne sont pas dotés d'une personnalité juridique distincte des employeurs, notamment le régime des pensions des agents de l'Etat, sont équilibrés par les employeurs eux-mêmes. En 2011, les cotisations dites fictives des employeurs (c'est-à-dire la part des charges de prestations financées par ces derniers) ont représenté 34 Md€.

Les résultats d'autres régimes sont équilibrés par l'apport de ressources externes[14] :

- intégration financière au régime général, c'est-à-dire prise en charge du déficit par ce dernier. Un dispositif de cette nature bénéfice aux branches maladie et retraite du régime des salariés agricoles, à la branche maladie du régime des exploitants agricoles (depuis 2009), aux branches maladie et retraite de la caisse qui gère les prestations des ministres des cultes, à la caisse qui gère les prestations maladie des militaires et aux branches maladie et AT-MP du régime des marins. En 2011, ce mécanisme a fait supporter 1 Md€ de charges à la branche maladie (1,25 Md€ en 2010) et 0,2 Md€ de charges (0,5 Md€ en 2010) à la branche vieillesse du régime général ;
- versement par l'Etat de subventions d'équilibre à certains régimes spéciaux de retraite, principalement ceux de la SNCF, de la RATP, des marins et des mines (5,9 Md€ en 2011 contre 5,5 Md€ en 2010)[15] ;
- affectation d'une imposition à la couverture des déficits : la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S)[16] est affectée à due proportion à la couverture des déficits de la protection maladie et vieillesse de base du RSI (montant définitif de 2,4 Md€ pour 2011[17], après 3,7 Md€ pour 2010).

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

15. Voir chapitre VI - Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP.

16. Voir chapitre VII - Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique.

17. Le solde de la C3S est affecté au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles (1,3 Md€) et au FSV (0,5 Md€).

2 – Les autres régimes

La situation de trois régimes ne bénéficiant pas de mécanismes d'équilibrage de leurs résultats[18] appelle des commentaires particuliers.

a) Le régime de retraite des agents des collectivités locales

En 2010, la dégradation tendancielle du résultat de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) s'est muée pour la première fois en un fort déficit (-0,5 Md€, soit 2,9 % des charges), à la suite de la mise en place d'un dispositif de neutralisation de l'intégration dans la fonction publique territoriale de personnels de l'Etat en application de la loi de décentralisation de 2004[19]. En 2011, la CNRACL a enregistré un déficit légèrement inférieur (-0,4 Md€, soit 2,1 % des charges). Cependant, ce dernier incorpore l'incidence favorable de régularisations au titre du dispositif précité (+0,2 Md€). En dehors de ces éléments à caractère non récurrent, le déficit de la CNRACL s'est en réalité aggravé par rapport à 2010.

La CNRACL devrait enregistrer en 2012 un déficit de près de 750 M€, soit le double de celui constaté en 2011, alors même que les charges de compensation démographique vont diminuer (à hauteur de 270 M€) en raison de la suppression de la compensation démographique spécifique aux régimes spéciaux d'assurance vieillesse. Fin 2013, les réserves financières pourraient être épuisées. Dès lors, la question d'une augmentation du taux de cotisation des employeurs (collectivités locales et établissements hospitaliers), qui est significativement inférieur à celui de la fonction publique de l'Etat, apparaît posée.

b) La branche vieillesse du régime des exploitants agricoles

Depuis la suppression du fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) au 1er janvier 2009, la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles gérée par la mutualité sociale agricole doit assurer son propre équilibre financier. Cependant, elle n'a pas été dotée des ressources permettant de prévenir l'apparition d'un déficit structurel. En 2011, elle a de ce fait dégagé à nouveau un lourd déficit (-1,2 Md€, soit 13,1 % des charges, après -1,3 Md€ en 2010).

18. Au-delà des mécanismes de compensation démographique, qui jouent selon le cas en leur faveur ou en leur défaveur, décrits à la note 14 supra.

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

Au-delà de l'affectation de recettes nouvelles (augmentation des droits sur les bières et les boissons non alcoolisées, dont le produit attendu pour 2012 s'élève à 400 M€), la loi de financement pour 2012 a prévu le transfert à la CADES des déficits des exercices 2009 et 2010, soit 2,5 Md€, le mouvement correspondant étant intervenu le 31 décembre 2011.

Ce premier transfert à la CADES depuis 1996 du déficit d'un régime autre que le régime général tend à faire de l'endettement social un substitut à l'affectation au régime vieillesse des exploitants agricoles de ressources du budget de l'Etat qui, au titre de la solidarité nationale, ont traditionnellement permis d'assurer l'équilibre d'un régime dont l'effort contributif des assurés demeure inférieur à celui du régime général.

c) Le régime des mines

En 2011, le régime des mines a dégagé à nouveau un important déficit (-155 M€, soit 4 % des charges, contre -117 M€ en 2010), ce qui a entraîné une nouvelle dégradation des capitaux propres et de l'endettement financier (530 M€ en net au 31 décembre 2011). A ce jour, les modalités du retour à l'équilibre du régime des mines, dont les déficits ont également un caractère structurel, ne sont pas définies.

C – Le financement des déficits sociaux

1 – Les transferts de déficits 2009 à 2011 à la CADES

La loi de financement pour 2011 a prévu la reprise par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) [20], d'ici au 31 décembre 2011, dans la limite de 68 Md€, des déficits 2009 et 2010 des branches maladie, vieillesse et famille et du FSV et des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille. Un décret du 5 janvier 2011 a fixé à 65,3 Md€ au total le montant des versements de la CADES au cours de l'année 2011[21].

20. La CADES a pour mission d'éteindre les dettes des régimes de sécurité sociale (du seul régime général à l'origine) qui lui sont transférées et, dans l'intervalle, d'en assurer le financement par la voie d'emprunts contractés sur les marchés financiers.

21. Par la suite, un décret du 7 mars 2012 a fixé le calendrier et le montant des versements de la CADES à la branche vieillesse et au FSV au titre de leurs déficits de l'exercice 2011. Le montant versé, soit 6,6 Md€, tient compte d'un excès de versement en 2011 (à hauteur de 3,1 Md€, tous bénéficiaires confondus) au regard du montant effectif des déficits 2010. Cet excès de versement traduit une surévaluation des déficits 2010 dans les prévisions associées à la LFSS 2011.

Au 31 décembre 2011, la CADES a repris, depuis sa création, 202,4 Md€ de déficits sociaux. A la même date, elle a supporté 34,4 Md€ de charges financières en cumul et amorti 59,6 Md€ de déficits, soit un montant inférieur au seul transfert de déficits intervenu en 2011. En définitive, 142,8 Md€ de déficits restaient encore à amortir à fin 2011. Compte tenu des reprises de déficit intervenues, l'endettement net de la CADES atteint 142,5 Md€ au 31 décembre 2011, contre 86,3 Md€ un an plus tôt.

Afin de financer les reprises de déficits sans allonger la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du nouveau terme prévu par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale (2025, soit 29 ans à compter de sa création[22]), la CADES a reçu des ressources supplémentaires : transfert de 0,28 point de CSG (qui porte à 0,48 point la part de la CSG qui lui est affectée), versement annuel de 2,1 Md€ du fonds de réserve pour les retraites (FRR) jusqu'à 2024 inclus (soit 29,4 Md€ au total) et fraction de 1,3 % des prélèvements sociaux sur les produits du patrimoine et les revenus de placement, auparavant affectée au FRR.

De ce fait, les produits d'exploitation nets de charges de la CADES ont fortement augmenté (15,5 Md€ en 2011, contre 8,1 Md€ en 2010), ce qui a permis de doubler les ressources consacrées à l'amortissement des emprunts contractés au titre des reprises de déficits (11,7 Md€ en 2011, contre 5,1 Md€ en 2010), après couverture des charges financières (3,8 Md€ en 2011, contre 3 Md€ en 2010).

2 – Le financement par l'ACOSS de l'endettement social

Compte tenu des versements effectués par la CADES au cours de l'année 2011, l'endettement social porté par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)[23] a très fortement chuté comme le montre le tableau ci-après :

22. Auparavant, ce terme était fixé à 2021, soit 25 années. Lorsque la CADES a été créée (1996), la dette sociale devait être éteinte au plus tard en 2009, en 13 années.

23. En dehors de celles relatives à sa qualité de tête de réseau de l'activité de recouvrement du régime général (URSSAF), l'ACOSS a pour mission d'assurer la couverture des besoins de financement infra-annuels des branches de ce régime, en contractant à cette fin des emprunts à court terme.

Endettement financier brut et net de l'ACOSS

En Md€

	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011	Variation 2011/2010
Dettes financières (brutes)	**24,3**	**50,3**	**5,8**	**-44,5**
Disponibilités	0,2	0,7	1,2	+0,5
Endettement financier net	**24,1**	**49,6**	**4,6**	**-45**

Source : Comptes annuels de l'ACOSS

Les comptes courants à l'ACOSS des branches maladie et famille font apparaître des soldes positifs au 31 décembre 2011 du fait du surfinancement de la reprise des déficits 2010 et du calcul du montant des transferts à la CADES en fonction des déficits comptables et non des besoins de trésorerie.

Soldes des comptes courants des branches du régime général à l'ACOSS[24]

En Md€

	31/12/2010	31/12/2011	Variation 2011/2010
Maladie	-24,0	1,0	+25,0
AT-MP	-2,2	-2,2	-
Famille	-2,6	2,6	+5,2
Vieillesse	-21,7	-7,9	+13,8
Total	**-50,5**	**-6,5**	**+44,0**

Source : Comptes annuels de l'ACOSS

La branche AT-MP, qui doit assurer seule son équilibre financier, ne bénéficie pas de reprise de déficits par la CADES et affiche un solde négatif particulièrement important au regard de sa taille financière. S'agissant de la branche vieillesse, une part importante du solde négatif est liée à des créances sur le FSV (4,9 Md€ au 31 décembre 2011, après 8,2 Md€ au 31 décembre 2010), dont l'insuffisance structurelle des ressources est à l'origine de retards de versement à la CNAVTS qui ne donnent pas lieu à paiement d'intérêts.

24. L'écart entre le montant agrégé des soldes des comptes courants des caisses nationales à l'ACOSS et le montant net de l'endettement financier de l'ACOSS (soit 1,9 Md€ au 31 décembre 2011 et 0,9 Md€ au 31 décembre 2010) traduit l'existence d'un concours financier non rémunéré des attributaires autres que les branches du régime général. Ce concours provient des délais frictionnels de versement à leurs attributaires des prélèvements sociaux encaissés par les organismes du recouvrement.

Plus généralement au demeurant, les reprises des déficits des années antérieures par la CADES intervenues en 2011 n'ont eu pour effet que d'apurer temporairement la situation. Les prévisions pour 2012 comme les perspectives de moyen terme font apparaître la permanence de déficits considérables, dont le transfert à la CADES n'a été que très partiellement organisé et financé.

II - Les prévisions pour 2012 et les perspectives à moyen terme

A – Les prévisions pour 2012

A ce stade de l'année, ce n'est essentiellement que pour le régime général et le FSV qu'il est possible d'avoir une prévision de dépenses suffisamment précise. C'est donc à ces deux entités, qui représentent néanmoins 74 % des dépenses des régimes de base, que les développements ci-après sont consacrés.

1 – Le régime général : un déficit qui reste élevé avec une réduction moindre que prévu

a) Les prévisions de la LFSS pour 2012

La LFSS pour 2012, en se fondant sur les hypothèses macro-économiques de novembre 2011 (croissance de 1,0 % du PIB en volume et de 3,0 % de la masse salariale en valeur[25]), prévoyait de ramener le déficit du régime général à 13,8 Md€, alors que celui-ci pour l'année 2011 était alors estimé à 18,0 Md€.

La réduction prévue du déficit reposait d'abord sur l'affectation de nouvelles ressources au régime général, obtenue principalement par la réduction de niches sociales (relèvement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance pour les contrats solidaires et responsables, réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux, réduction de l'abattement pour la CSG au titre des frais professionnels, imposition aux prélèvements sociaux des plus-values immobilières, hausse de deux points du forfait social…) et plus accessoirement par la création de nouveaux prélèvements ou de nouvelles mesures de recettes (instauration d'une taxe sur les boissons sucrées,

25. En septembre 2011, pour l'élaboration du PLFSS pour 2012, la progression de la masse salariale retenue était alors de 3,7 % et l'augmentation du PIB de 1,75 %.

relèvement du prélèvement sur les revenus du capital, hausse des prix du tabac). Au total, le rendement prévu des mesures sur les recettes était de 5,1 Md€.

En matière de dépenses, l'effet attendu des mesures d'économie était moindre, puisqu'estimé à 3,1 Md€. Ces mesures portaient d'abord sur l'ONDAM. Fixé avec un taux de progression de 2,5 % (au lieu de 2,9 % retenu pour 2010), le niveau retenu correspondait à une prévision d'économie de 2,2 Md€ par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie. Pour la branche famille, la revalorisation des prestations familiales et des aides au logement limitée à 1 % (au lieu du taux de l'inflation prévu pour 2012 hors tabac, soit 1,7 %) et son report au 1er avril permettaient une économie de 0,7 Md€. Enfin, parmi les autres mesures, l'accélération du calendrier de mise en œuvre de la réforme des retraites adoptée en 2010, en retardant, pour l'année 2012, d'un mois l'âge minimal de départ des personnes qui avaient la capacité de prendre leur retraite à compter du 1er septembre 2012, n'avait qu'un effet limité en 2012 (59 M€), des économies significatives n'étant attendues que pour les années suivantes (0,25 Md€ en 2013 puis 0,6 Md€ en 2014).

b) Les prévisions à l'été 2012

A l'été 2012, les prévisions de dépenses et de recettes pour l'année 2012 ont été revues du fait du ralentissement économique sensible depuis la fin de l'année 2011, des différentes mesures prises en matière de prestations sociales ou de mesures salariales (revalorisation du SMIC), des mesures de recettes notamment celles prises dans le cadre de la seconde LFR pour 2012 du 16 août 2012 et enfin d'évolutions diverses, notamment la connaissance des dépenses définitives de l'année 2011 à partir desquelles avaient été établies les prévisions 2012 en fin d'année 2011.

Les prévisions qui suivent sont bâties sur celles réalisées par la commission des comptes de la sécurité sociale et rendues publiques le 5 juillet 2012, complétées par les différentes mesures prises depuis cette date. Elles correspondent à la situation telle que connue au 1er septembre 2012.

La révision des prévisions macro-économiques pour 2012

L'actualisation des hypothèses macro-économiques pour l'année 2012 par rapport à celle retenues par la LFSS (croissance de 0,3 % du PIB en volume au lieu de 1,0 % et de 2,5 % de la masse salariale[26] au lieu de 3,0 %) a conduit à revoir à la baisse les ressources du régime général, pour un montant de 1,0 Md€.

Sensibilité du solde du régime général aux hypothèses de masse salariale

Le rapport de juillet 2012 de la commission des comptes de la sécurité sociale donne une estimation de la sensibilité des résultats du régime général aux variations de la masse salariale du privé :

En M€

	CNAM maladie	AT-MP	CNAF	CNAV	Total régime général
Impact d'un point supplémentaire de taux de croissance de la masse salariale du privé	+890	+100	+300	+650	+1 940

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Les différentes mesures sociales de l'été 2012

Les différentes mesures prises ou annoncées en matière salariale ou de prestations sociales auront des conséquences en termes de dépenses ou de moindres recettes pour le régime général.

En premier lieu, la revalorisation du SMIC de 2,0 % au 1er juillet 2012, si elle a un effet positif sur la masse salariale, permettant ainsi le maintien de l'hypothèse de 2,5 % retenue dans le programme de stabilité et de croissance pour la progression de la masse salariale, a pour conséquence directe une augmentation des allègements généraux de cotisations sociales qui, depuis 2008, ne donnent plus lieu à compensation par l'Etat à l'euro l'euro. En effet, l'augmentation du SMIC accroît l'effectif de salariés éligibles aux allègements (ceux ayant des salaires inférieurs ou égaux à 1,6 SMIC). De plus, pour un niveau de salaire donné, le montant de l'allègement augmente avec la valeur du SMIC. En tenant compte de son effet sur la masse salariale, entraînant une hausse de 0,3 Md€ des cotisations avant allègement et de son effet sur les

26. L'augmentation du niveau du SMIC au 1er juillet 2012 a permis de conserver la prévision de croissance de la masse salariale retenue en avril 2012 par le programme de stabilité et de croissance. Sans cette augmentation, la prévision de croissance de la masse salariale à retenir aurait été, d'après la DSS, de 2,35 %.

allègements, entraînant une diminution de 0,7 Md€ des cotisations effectives, la revalorisation du SMIC réduit finalement les ressources du régime général de 0,4 Md€.

L'augmentation de 25 % de l'allocation de rentrée scolaire pour 2012 représentera une dépense supplémentaire pour la branche famille de 0,4 Md€ pour l'année 2012.

Enfin, l'ouverture du droit à la retraite anticipée à soixante ans pour les assurés justifiant de la durée d'assurance cotisée suffisante et ayant commencé à travailler avant vingt ans[27] représentera pour la branche vieillesse du régime général une dépense supplémentaire de 0,2 Md€ pour l'année 2012.

Au total, ces mesures représenteront un coût net pour le régime général de 1,0 Md€.

Les mesures de recettes de l'été 2012

Depuis l'adoption de la LFSS pour 2012, plusieurs mesures de recettes ont été prises notamment dans le cadre de la seconde loi de finances rectificative pour 2012[28]. Il s'agit :

- de l'augmentation de deux points du prélèvement social sur les revenus du capital et les produits de placement[29] (passage de 3,4 % à 5,4 %), qui ne produira un effet en 2012 que pour les produits de placement. Cette nouvelle ressource, estimée à 0,8 Md€, est destinée au régime général ;
- de la hausse du forfait social[30], qui s'applique aux rémunérations qui ne sont pas soumises aux cotisations sociales (intéressement, participation, financement des prestations de retraite supplémentaire…), qui passe de 8 à 20 %[31]. Cette augmentation aurait en 2012 un rendement de 0,55 Md€, bénéficiant à part égal au régime général et au FSV;

27. Décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012.

28 . Il n'est pas tenu compte des dispositions de la première loi de finances rectificatives pour 2012 relatives à la « TVA sociale » annulées par la seconde loi de finances rectificative.

29. Cette disposition était prévue par la première loi de finances rectificative et n'a pas été annulée par la seconde.

30. Art.33 de la seconde loi de finance rectificative pour 2012.

31 . Sauf pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de prévoyance.

- de l'augmentation du taux des cotisations d'assurance vieillesse de 0,2 point[32], partagée entre la part patronale et la part salariale, prévue pour financer l'ouverture du droit à la retraite anticipée à soixante ans (cf. ci-dessus). Cette augmentation procurerait 0,2 Md€ de ressources nouvelles au régime général en 2012 ;
- du prélèvement social sur les « stock-options » et les attributions gratuites d'actions, dont le taux passe de 14 % à 30 % pour la contribution patronale et de 8 à 10 % pour la contribution salariale[33]. Le rendement de cette mesure pour 2012, augmentant les ressources de l'assurance maladie, serait de 0,08 Md€ ;
- de l'abaissement de 1,09 M€ à 0,39 M€ du plafond au-delà duquel les indemnités de rupture sont assujetties, dès le premier euro, à la CSG, la CRDS et aux cotisations sociales[34]. Cette mesure ne procurera en 2012 qu'un faible supplément de recettes au régime général et au FSV (inférieur à 10 M€) ;
- enfin de l'extension aux non-résidents des prélèvements sociaux sur des revenus immobiliers de source française[35] (revenus fonciers et plus-values immobilières), dont le rendement attendu est de 0,05 Md€, bénéficiera à l'assurance maladie.

Ainsi, ces nouvelles dispositions devraient procurer 1,39 Md€ de ressources supplémentaires au régime général et 0,28 Md€ au FSV. Pour le régime général, elles sont obtenues, pour 0,40 Md€, par des réductions ou suppressions de niches sociales et, pour 0,99 Md€, par de nouveaux prélèvements ou augmentation de taux de prélèvements existants. Pour le FSV, elles résultent d'une réduction de niches sociales.

Les autres facteurs d'évolution

Les autres facteurs d'évolution, dont les principaux sont présentés ci-après, ne résultent directement ni de décisions prises en matière sociale ni de l'actualisation des hypothèses macro-économiques.

Ainsi la clôture du dernier exercice comptable a permis de constater une réduction du déficit du régime général en 2011 de 620 M€ par rapport aux prévisions utilisées pour déterminer la base pour la LFSS pour 2012. Si, pour certains postes, la sous-évaluation ou la surévaluation n'a d'effets que sur l'année 2011, pour d'autres, elle conduit à revoir les prévisions de l'année 2012. Il s'agit notamment de l'augmentation moins

32 . Décret du 2 juillet 2012 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse.

33 . Art.31 de la seconde loi de finances rectificative pour 2012.

34 . Art.30 de la seconde loi de finances rectificative pour 2012

35 . Art.29 de la seconde loi de finances rectificative pour 2012

importante que prévu des dépenses de prestations de retraite, qui a un effet favorable sur le solde du régime général et de la moindre progression de la masse salariale du secteur privé, qui contribue à l'augmentation du déficit.

S'agissant de la prévision des dépenses dans le champ de l'ONDAM, les informations disponibles à l'été 2012 laissent présager du respect de l'objectif fixé.

Le respect de l'ONDAM résulte en effet de trois facteurs : la qualité de la prévision de dépenses de l'exercice précédent ayant servi de base pour la détermination de l'objectif pour 2012, le rythme d'évolution des dépenses et enfin la mise en œuvre effective des mesures d'économie.

Le montant des dépenses de l'exercice 2011 dans le périmètre de l'ONDAM s'est finalement révélé inférieur de 500 M€ à l'évaluation qui en avait été faite à l'automne 2011 lors de la fixation de l'objectif pour 2012 facilitant ainsi le respect de l'ONDAM pour 2012. Le rythme d'évolution des dépenses de soins de ville[36] est resté modéré sur les quatre premiers mois de l'année. Pour les dépenses hospitalières, si l'on a constaté une forte augmentation des séjours, des actes et des consultations externes dans les établissements publics, la mise en réserve de 415 M€ doit permettre de couvrir, tout au moins partiellement, le risque de dépassement. Enfin, s'agissant des mesures d'économie dont l'effet est mesurable avant la fin de l'exercice (1,9 Md€ sur un total de 2,6 Md€, c'est-à-dire en excluant les mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude), le montant attendu est peu éloigné du montant initialement prévu (risque à hauteur de 100 M€ environ).

Concernant la branche vieillesse, la revalorisation plus importante que prévue des pensions de retraite au 1er avril 2012 pour compenser l'écart entre l'inflation constatée pour 2011 et celle qui avait été retenue (2,1 % en moyenne annuelle alors que les prévisions étaient bâties sur une hypothèse de 2,0 %) a eu pour conséquence d'accroître les dépenses de 0,1 Md€.

Enfin l'actualisation, à la hausse, en janvier 2012 des prévisions de chômage par l'Unédic a eu pour effet d'augmenter les versements de cotisations vieillesse par le FSV à la CNAVTS de 0,35 Md€ (cf. ci-après).

36. Néanmoins, il sera nécessaire de comptabiliser, dès 2012, la somme de 0,3 Md€ que l'assurance maladie aura à verser en 2013 aux médecins au titre de la rémunération à la performance instaurée par la nouvelle convention médicale entrée en vigueur au 1er janvier 2012

Ces différents facteurs, dont l'effet sur le solde est, pour certains, positif et, pour d'autres, négatif, aggraveraient au total le déficit du régime général de 0,3 Md€.

c) Au final, une prévision de déficit de 14,7 Md€ pour le régime général

Au final, le déficit du régime général devrait être, toutes choses égales d'ailleurs, de 14,7 Md€, soit un niveau supérieur de 0,9 Md€ à celui prévu par la LFSS pour 2012 (13,8 Md€).

Passage du solde prévu en LFSS 2012 au solde prévisionnel actuel

En Md€

Solde prévu en LFSS 2012	**-13,8**
Révision des hypothèses économiques	-1,0
Mesures sociales de l'été 2012	-1,0
Mesures de recettes adoptées à l'été 2012	+1,4
Autres facteurs d'évolution	-0,3
Nouveau solde prévisionnel	**-14,7**

Comptes 2011 des branches du régime général et prévisions au 1er septembre 2012 pour 2012

En Md€

	Maladie		AT/MP		Vieillesse		Famille		Régime général	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Recettes	148,0	154,2	11,5	11,7	100,5	105,0	52,2	53,8	302,9	315,6
Dépenses	156,6	161,2	11,6	11,8	106,5	110,2	54,8	56,5	320,3	330,3
Solde	-8,6	-6,7	-0,2	-0,1	-6,0	-5,2	-2,6	-2,7	-17,4	-14,7

Source : Direction de la sécurité sociale (2011) et Cour des comptes d'après CCSS (2012)

Ainsi, malgré des ressources nouvelles pour un montant total de 6,5 Md€, le déficit ne serait réduit que de 2,7 Md€ par rapport à celui de 2011.

2 – Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

La LFSS pour 2012 a prévu un déficit de -4,1 Md€, en augmentation par rapport à 2011, où il avait atteint -3,5 Md€. La dégradation de la situation de l'emploi devrait conduire à augmenter les cotisations d'assurance chômage prises en charges par le FSV. Néanmoins, l'accroissement correspondant des dépenses du FSV (soit 350 M€) devrait être compensé par l'apport supplémentaire de ressources du fait de l'augmentation du forfait social (cf. ci-dessus). Le déficit du fonds serait ainsi maintenu à 4,1 Md€ en 2012.

B – Les perspectives à moyen terme

Les perspectives financières du régime général et du FSV à moyen terme, dans un contexte où l'évolution tendancielle des ressources sera vraisemblablement limitée par une croissance modérée de la masse salariale, ne laissent pas entrevoir de retour rapide à l'équilibre annuel sans des mesures significatives de redressement en dépenses comme en recettes.

Les projections présentées dans cette partie reposent sur une hypothèse de croissance annuelle moyenne de la masse salariale de 2,7 % en 2013[37] et de 3,5 % à partir de 2014, soit le taux de croissance moyen constaté sur les 12 dernières années. Elle se situe en retrait par rapport aux hypothèses retenues dans le programme de stabilité et de croissance remis par la France en avril dernier (soit 4 % à partir de 2014). Pour autant, il est probable que la crise actuelle, en affectant la croissance potentielle, ait un effet sur la croissance moyenne de long terme de la masse salariale. Dès lors l'hypothèse d'un taux de croissance de 3,5% pour l'avenir pourrait se révéler optimiste.

L'effet des mesures adoptées au cours de l'été 2012 (décret du 2 juillet 2012 sur les départs en retraite pour les carrières longues et seconde LFR pour 2012) est intégré aux projections. Ces mesures, qui bénéficient essentiellement à la branche vieillesse, améliorent le socle 2013 des recettes pour un effet de près de 6 Md€ sur le solde annuel du régime général et du FSV.

37. Hypothèse retenue en juillet par le Gouvernement dans le rapport préparatoire au débat d'orientation des finances publiques.

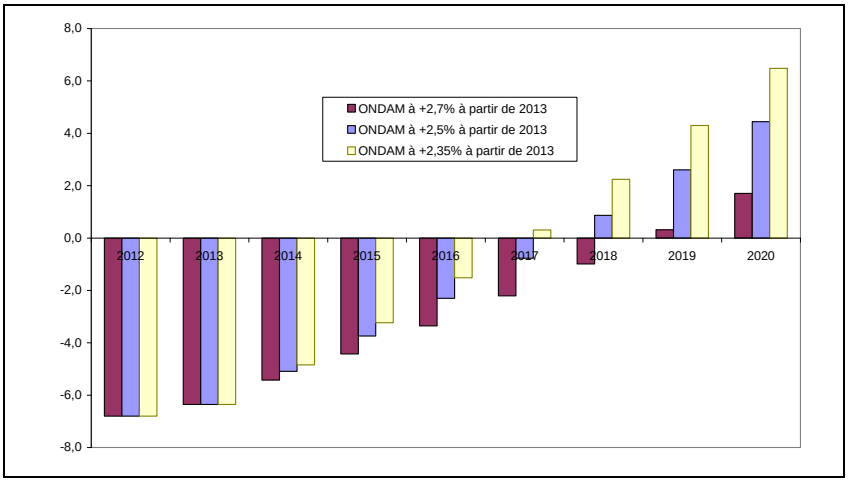
1 – L'importance de la maîtrise de l'ONDAM pour le rééquilibrage de la branche maladie du régime général

Sous ces hypothèses de croissance de la masse salariale pour les années à venir et en tenant compte de l'effet « base » joué dès 2012 par les mesures adoptées en LFR 2011 et en LFSS 2012 (soit 2,3 Md€ d'économie sur les dépenses et près de 4 Md€ de recettes supplémentaires), la capacité de la branche maladie à retrouver un équilibre annuel d'ici 5 ans sans accroître les prélèvements obligatoires dépend de l'effort de maîtrise qui sera réalisé sur la progression de l'ONDAM.

En effet, une progression de l'ONDAM fixée à 2,7 % par an à compter de 2013 conduirait à n'atteindre l'équilibre annuel de la branche maladie qu'en 2019 alors qu'une progression de l'ONDAM limitée à 2,5 % par an à partir de 2014 permettrait d'anticiper à 2018 le retour à l'équilibre. Enfin, pour atteindre ce résultat dès 2017, en cohérence avec la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes publics sur laquelle notre pays s'est engagé, il conviendrait de limiter à 2,4% la progression de l'ONDAM entre 2014 et 2017.

Perspectives de soldes annuels de l'assurance maladie entre 2012 et 2020

En Md€



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, pour 2012 et calculs Cour des comptes avec une croissance de la masse salariale de 3,5 % à partir de 2014.

La limitation de la progression de l'ONDAM en 2012 sera réalisée grâce à de nombreuses mesures d'économie, pour un montant total de 2,2 Md€. Sur la base d'une évolution tendancielle de l'ONDAM de

l'ordre de 4 % par an, le retour à l'équilibre de l'assurance maladie rend impérative l'accentuation de l'effort d'économies sur le moyen et long terme. A titre d'exemple, le retour à l'équilibre en 2017 nécessiterait des économies sur cinq ans équivalant en cumul à près de 8 % de l'ONDAM actuel.

2 – La nécessité de sécuriser les ressources de la branche famille

Alors que la montée en charge de la part qui lui incombe dans le financement des majorations de pensions accordées aux parents de trois enfants et plus s'est achevée en 2011, la branche famille doit dorénavant faire face à une réduction programmée de ses ressources.

En effet, dans le cadre des opérations de financement de la reprise des dettes du régime général par la CADES en 2011, la CNAF s'est vu privée de 0,28 point de CSG au profit de la CADES et a reçu, en contrepartie, plusieurs recettes nouvelles, dont le produit de l'assujettissement au fil de l'eau des compartiments euros des contrats d'assurance vie multi-supports aux prélèvements sociaux. Cette recette prend la forme de l'affectation annuelle d'une partie du produit global des prélèvements sociaux sur ces contrats dont les montants ont été fixés par la LFI pour 2011 comme suit :

Montants annuels affectés à la branche famille au titre du produit de l'assujettissement au fil de l'eau des compartiments euros des contrats d'assurance vie multi-supports aux prélèvements sociaux

En M€

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 626	1 446	1 264	1 084	904	723	541	362	179	0

Source : Article 22 de la LFI pour 2011

Cette disparition programmée équivaut à une réduction de 0,35 % par an des recettes de la branche jusqu'en 2020. Combinée à une évolution modérée de la masse salariale, qui pèse en outre sur l'évolution des charges de la branche [38] et sans modification du niveau des prestations servies, elle conduirait à maintenir à moyen terme des déficits annuels supérieurs à 2 Md€ pour la branche famille.

38. Une moindre croissance de la masse salariale augmente, toutes choses égales par ailleurs, le volume des prestations accordées sous conditions de ressources.

3 – Des mesures significatives en faveur de la branche vieillesse et du FSV, mais encore insuffisantes pour assurer leur équilibre après 2018

Les hypothèses économiques retenues en 2010 par le Gouvernement pour calibrer les mesures de la réforme des retraites semblaient, dès l'origine, trop optimistes. La détérioration des perspectives économiques, confirmée depuis, laissait entrevoir dès le printemps 2012 une aggravation du niveau tendanciel des déficits de l'assurance vieillesse et du FSV pour les prochaines années : ceux-ci risquaient de rester supérieurs à 10 Md€ au moins jusqu'en 2018, date à laquelle la réforme visait un retour à l'équilibre de l'ensemble des régimes de retraite.

Les mesures prévues par la seconde LFR pour 2012, en accroissant de 4,5 Md€ dès 2013 le niveau des ressources de la branche vieillesse et du FSV (dont 1,2Md€ pour le seul FSV) et l'impact net des dispositions du décret du 2 juillet 2012, soit une amélioration du solde annuel de la branche vieillesse de plus de 1 Md€ à l'horizon 2020, permettraient de réduire de plus de 30 Md€ le cumul des déficits de la branche vieillesse et du FSV sur 2012-2018.

En excluant l'hypothèse d'un basculement d'une partie des cotisations Unédic vers les cotisations vieillesse[39], les déficits cumulés de la branche vieillesse et du FSV atteindraient 44 Md€ entre 2012 et 2018 et 53 Md€ en y ajoutant le déficit 2011, soit un montant inférieur au plafond de déficit que la CADES est autorisée à reprendre (62 Md€). Les mesures d'ores et déjà prises permettent donc, en tout cas jusqu'en 2018, de limiter les déficits de la branche vieillesse à des niveaux dont la reprise par la CADES est déjà financée.

En revanche, malgré ces mesures et sur la base d'une croissance de la masse salariale de 3,5 % sur le long terme, des déficits significatifs devraient perdurer au-delà de 2018 : proches de 9 Md€ par an pour l'ensemble formé par la branche vieillesse et le FSV. Cette perspective rend indispensables à terme rapproché des mesures complémentaires de redressement.

39. Ce basculement était envisagé tant dans la réforme de 2003 que dans le cadre de la réforme de 2010. Toutefois, il supposerait une décision en ce sens des partenaires sociaux et ne pourrait, en tout état de cause, intervenir que dans le cas d'une amélioration sensible du marché du travail permettant un rétablissement de la situation financière de l'assurance chômage, ce qui semble de moins en moins probable à court ou moyen terme.

C – La nécessité d'un traitement immédiat des déficits constatés et d'un retour rapide à l'équilibre des comptes sociaux

1 – Une reprise des déficits 2012 du régime général à organiser sans délai

La LFSS 2011 a organisé le transfert à la CADES en 2011 des déficits cumulés fin 2010 de l'ensemble des branches du régime général et du FSV ainsi que la reprise du déficit 2011 des branches maladie et famille. Elle a également prévu la reprise annuelle des déficits de la branche vieillesse et du FSV pour les années 2011 et 2018, dans la limite d'un montant total de 62 Md€.

En revanche, rien n'est aujourd'hui prévu en ce qui concerne les déficits 2012 des branches maladie et famille du régime général, alors que ceux-ci devraient atteindre 9,4 Md€. Pour éviter que ce déficit ne pèse durablement sur l'ACOSS, la Cour insiste à nouveau sur la nécessité de transférer chaque année à la CADES la totalité du déficit enregistré l'année précédente par le régime général, y compris les déficits des branches maladie et famille et le FSV.

Pour ne pas reporter encore davantage le coût de ces déficits sur les générations futures, la Cour rappelle la nécessité d'affecter concomitamment à la CADES les ressources supplémentaires pour financer cette dette accrue, sans accroître la durée d'amortissement, estimée aujourd'hui à 2024-2025. Cet apport de ressources qui devrait se faire par le biais d'une augmentation de la CRDS équivaudrait à une majoration de l'ordre de 0,06 point du taux de la CRDS[40] dès 2013.

2 – Des mesures de redressement indispensables et urgentes pour restaurer l'équilibre des comptes du régime général

L'ampleur des redressements à opérer, en dépenses comme en recettes, se mesure au montant des déficits cumulés que le régime général pourrait enregistrer ces prochaines années si rien n'était fait.

A cet égard, si la maîtrise des dépenses d'assurance maladie est indispensable pour atteindre l'équilibre de la branche et réduire le niveau de l'endettement cumulé sur les cinq prochaines années, une progression de l'ONDAM même ramenée à moins de 2,4 % à compter de 2014, assurant ainsi un équilibre dès 2017, conduirait à accumuler plus de 15 Md€ de déficit de 2013 à 2016.

40. Le taux actuel de la CRDS, inchangé depuis 1996, est de 0,5 %

L'absence de mesures de redressement pour la branche famille conduirait quant à elle à l'accumulation continue de déficits, à raison de 2 Md€ supplémentaires par an, tandis que les mesures adoptées n'éviteront pas la persistance de déficits de la branche vieillesse et du FSV après 2018.

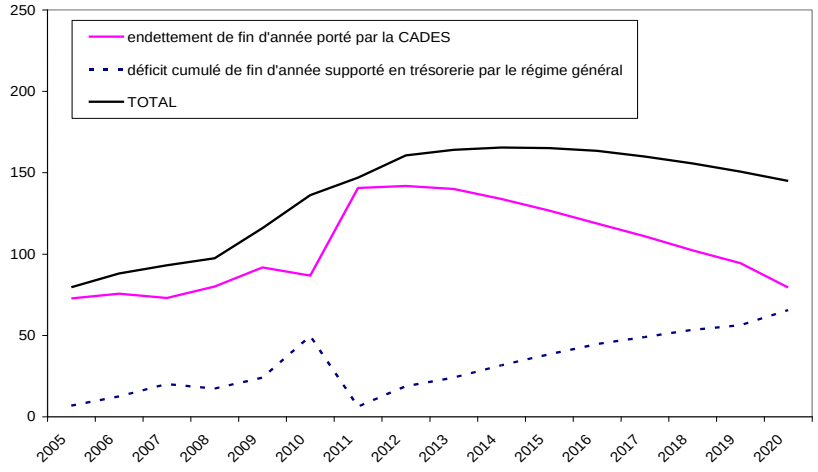
Sous l'hypothèse d'un ONDAM progressant de 2,7 % par an, près de 60 Md€ de dettes supplémentaires seraient ainsi susceptibles de s'accumuler de 2012 à 2020 sur le périmètre du régime général et du FSV, au-delà de ce que la loi a aujourd'hui prévu de transférer à la CADES. Sous une hypothèse d'un ONDAM progressant de 3 %, la Cour avait évalué, dans le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juillet 2012, à plus de 100 Md€ le montant des dettes accumulées jusqu'en 2020 et dont le transfert à la CADES n'est ni prévu ni financé. Les mesures adoptées depuis dans le cadre de la loi de finances rectificatives du 16 août 2012 ont permis de réduire ce montant de 25 Md€, mais l'essentiel du chemin reste encore à faire.

Enfin, l'accumulation de déficits sur des horizons se rapprochant de plus en plus de la date de fin de vie de la CADES rendrait en pratique impossible leur reprise sans allonger une nouvelle fois la durée de vie de cet organisme.

En dépit de l'amortissement réalisé chaque année par la CADES, la dette sociale globale ne se réduira pas significativement d'ici 2020 du fait de la persistance des déficits annuels.

Evolution de l'endettement cumulé du régime général et de la CADES* sous une hypothèse d'évolution de la masse salariale à 3,5 % et de l'ONDAM à 2,7 % par an

En Md€



**l'évolution de l'endettement porté par la CADES correspond à la trajectoire prévue en LFSS 2011 conduisant à un amortissement complet en 2025*

Source : Cour des comptes

Des mesures énergiques de redressement des comptes sociaux sont ainsi indispensables et urgentes sous peine de transférer aux générations futures des dettes chaque année plus importantes.

CONCLUSION

En 2011, les régimes de sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ont connu des déficits qui ont amorcé un recul par rapport à leur niveau historique de 2010, concentrés, pour l'essentiel, sur le régime général et le FSV (20,9 Md€ au total, soit 1 % du PIB). L'année 2011 a marqué un début de redressement pour les comptes de la sécurité sociale dont la situation demeure cependant toujours particulièrement préoccupante.

Malgré un apport de recettes nouvelles très considérable (6,8 Md€), le déficit du régime général et du FSV devrait rester en 2012 d'un niveau de beaucoup supérieur (18,8 Md€) à celui des années précédant la crise financière de 2008. En outre, la dégradation de la situation économique constatée depuis la fin de l'année 2011 conduira à un déficit plus élevé que celui prévu par la loi de financement pour 2012 (17,9 Md€).

Il est impératif dès lors de prévoir dès 2013 la reprise par la CADES de la totalité du déficit 2012 du régime général, assortie des financements nécessaires pour ne pas allonger davantage l'amortissement des déficits sociaux. Une hausse de la CRDS serait à cet égard à envisager par priorité.

Sous l'hypothèse d'un ONDAM progressant à 2,7 % par an, l'accumulation de 60 Md€ de dettes d'ici 2020 -au-delà des reprises par la CADES déjà prévues par la loi- doit appeler de la même manière des reprises annuelles de la totalité du déficit du régime général, accompagnées du financement correspondant à son amortissement. La persistance de déficits élevés pour la branche vieillesse après 2018 contraindrait en outre à prolonger à nouveau la durée de vie de la CADES.

Au-delà de ces nouvelles reprises de dettes par la CADES qui nécessiteront un surcroît de financement, les perspectives à moyen terme de la sécurité sociale imposent d'engager sans délai un effort continu et de grande ampleur portant sur les dépenses. L'essentiel du chemin pour le retour à l'équilibre des comptes sociaux reste en effet encore à faire. A ce titre, la limitation forte du niveau de croissance de l'ONDAM ainsi qu'une modération de la revalorisation des prestations sociales ou du réexamen de certaines d'entre elles constituent des outils efficaces pour le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

1. Organiser la reprise par la CADES à la clôture de l'exercice des déficits 2012 des branches maladie et famille du régime général, en augmentant en conséquence le taux de la CRDS.

2. Intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales (recommandation réitérée).

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

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011

PRESENTATION

Institué en 1996 afin de réguler les dépenses de santé financées par la sécurité sociale[41], l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2011, son montant avait été arrêté à 167,1 Md€, soit une croissance prévisionnelle des dépenses de 2,9 %, contre 3 % pour 2010. Pour la seconde année consécutive[42], l'ONDAM a été respecté en niveau -les dépenses se sont élevées à 166,6 Md€, soit une sous-exécution de 528 M€- comme en taux d'évolution.

La Cour a examiné les conditions qui ont permis d'atteindre l'objectif fixé, qui constitue l'un des éléments déterminants de la trajectoire pluriannuelle des finances publiques sur laquelle la France s'est engagée au niveau européen.

Tout en étant insuffisant pour éviter le maintien du déficit de l'assurance maladie à un niveau encore très élevé[43], ce résultat est appréciable dès lors que l'ONDAM 2011 avait été marqué, dès sa construction, par une volonté affirmée de décélération des dépenses d'assurance maladie (I). Sa tenue a été facilitée par un effet de base particulièrement favorable et par l'annulation de crédits, sans préjudice de diverses limites auxquelles se heurte une appréciation fine de son respect (II).

I - Une construction volontariste de l'ONDAM 2011

La construction de l'ONDAM 2011, avec un taux d'évolution de 2,9 %, s'est inscrite dans une trajectoire volontariste de décélération progressive des dépenses de l'assurance maladie, conforme aux objectifs définis dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 du 28 décembre 2010 (2,9 % pour 2011 et 2,8 % pour

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

42. Cf. RALFSS 2011 – p. 49.

43. Avec un taux d'évolution de l'ONDAM de 2,9 %, légèrement inférieur à celui du PIB (3,1 %), le résultat 2011 de l'assurance maladie reste déficitaire (-8,6 Md€) et représente 47,5 % du déficit global du régime général (-18,1 Md€), bien qu'il soit en amélioration par rapport à 2010 (-11,6 Md€).

chacune des années suivantes) et plus stricte que celle définie pour 2009 (3,3 %) et 2010 (3 %) et, surtout, que les évolutions réelles constatées sur la précédente période.

Jusqu'en 2009, la dépense constatée en fin d'exercice dans le périmètre de l'ONDAM a dépassé en effet les montants votés en loi de financement. De 2006 à 2009, la différence cumulée entre l'objectif de loi de financement et les réalisations s'est élevé à 5,7 Md€. Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM a été respecté au terme de l'année 2010 tant en valeur qu'en taux de progression.

Evolution de l'ONDAM voté et réalisé de 2006 à 2011

En Md€

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
ONDAM voté	en valeur	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4	167,1
	évolution	*+2,5%*	*+2,6%*	*+2,8%*	*+3,3%*	*+3%*	*+2,9%*
ONDAM exécuté	en valeur	142,1	147,6	152,9	158,2	161,9	166,6
	évolution	*+3,3%*	*+3,9%*	*+3,6%*	*+3,5%*	*+2,3%*	*+2,9%*

Source : Cour des comptes

Comme les années précédentes, la construction de l'ONDAM 2011 a été assise sur le montant prévisionnel des dépenses de l'année antérieure.

L'ONDAM est articulé en six sous-objectifs déclinés en plusieurs composantes. La liste et le montant de ces sous-objectifs sont votés par le Parlement. Les deux principaux ensembles de l'ONDAM en masses financières sont les soins de ville et l'ONDAM hospitalier - qui désigne l'ensemble que forment les deuxièmes et troisièmes sous-objectifs et qui retrace les dépenses d'assurance maladie correspondant aux versements aux hôpitaux et aux cliniques privées.

Sous-objectifs	Composantes
Soins de ville *(77,30 Md€)*	Honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes
	Honoraires paramédicaux
	Laboratoires
	Transports des malades
	Médicaments
	Dispositifs médicaux
	Indemnités journalières
	Autres dépenses
Etablissements de santé tarifés à l'activité *(53,91 Md€)*	Dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées
	Dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées
Autres dépenses relatives aux établissements de santé *(18,98 Md€)*	Remboursement de SSR, de séjours en établissements psychiatriques pour les cliniques privées seulement
	Dotations annuelles de financement (DAF) pour l'activité de psychiatrie DAF pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), pour les unités de soins de longue durée, pour les établissements de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon
	Dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)
Etablissements et services pour les personnes âgées ***(7,59 Md€)***	
Etablissements et services pour les personnes handicapées ***(8,22 Md€)***	
Autres prises en charge *(1,10 Md€)*	Dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (addictologie)
	Dépenses de soins d'assurés français à l'étranger
	Dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Source : Cour des comptes

La déclinaison budgétaire et la mise en œuvre des sous-objectifs relèvent de la compétence de différents acteurs, principalement :

- les administrations centrales responsables de la conception, du pilotage et de l'offre de soins hospitalière et médico-sociale (direction générale de l'offre de soins et direction générale de la cohésion sociale) ainsi que de la tutelle et du financement de la sécurité sociale (direction de la sécurité sociale),
- les agences régionales de santé qui disposent d'un pouvoir de répartition de certains financements auprès des établissements de santé mais avec un véritable pouvoir de décision sur un nombre limité d'entre eux (2,9 Md€)[44] ;

44. Cf. Chapitre VIII- La mise en place des agences régionales de santé ».

- la CNAMTS plus particulièrement pour le sous-objectif « dépenses de soins de ville ».

A – Les modalités de construction

De manière synthétique, la construction de l'ONDAM se décompose en trois temps :

- la détermination de la base ;
- l'application à cette base d'un taux d'évolution tendancielle ;
- la détermination de l'impact des mesures antérieures [45] et des mesures nouvelles, que cet impact se traduise par des économies ou par des provisions budgétaires[46].

1 – La détermination de la base : un périmètre qui se stabilise progressivement

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

La base de l'année N est ajustée en fonction des évolutions du périmètre entre l'année N et l'année N+1. Les raisons de ces évolutions peuvent être diverses : une meilleure connaissance de la nature des dépenses financées, ou de nouvelles modalités d'organisation ou de réalisation des soins.

45. L'impact des mesures antérieures se traduit par des effets de reports qui consistent en la traduction en année pleine des mesures partiellement intervenues au cours de l'année précédente.

46. Une provision budgétaire est destinée à prendre en compte le coût d'une mesure nouvelle.

Alors que les transferts entre sous-objectifs[47] correspondent aux dépenses qui ont été retranchées d'un sous-objectif au profit d'un autre au sein même de l'ONDAM, l'accroissement [48] ou la diminution de périmètre[49] correspondent à l'intégration de nouvelles dépenses ou à l'exclusion de certaines dépenses antérieurement prises en compte, du périmètre global de l'ONDAM.

Changements de périmètre des ONDAM 2008 à 2011

En M€

	ONDAM 2008	ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Transferts entre sous-objectifs	381	495	244	18
Accroissement du périmètre	185	170	161	100
Diminution de périmètre	-10	-363	-491	-100
Totaux des variations (en valeur absolue)	*195*	*533*	*652*	*200*
Totaux des transferts entre sous-objectifs et des variations du périmètre global (en valeur absolue)	*576*	*1 028*	*896*	*218*

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

Le total des variations en valeur absolue des transferts et modifications de périmètre global est en forte diminution, passant de 576 M€ en 2008 à 218 M€ en 2011, après une année 2009 au cours de laquelle le montant avait été particulièrement élevé (1 028 M€). Au titre de l'ONDAM 2011, le nombre et le volume des transferts et modifications de périmètres ont été de fait plus limités que les années précédentes.

47. En 2010, sur les 244 M€ de transferts entre sous-objectifs, 35 M€ ont été réalisés entre le sous-objectif « Soins de ville » vers le sous-objectif « Autres prises en charge », au titre des soins à l'étranger des assurés d'un régime français.

48. En 2010, sur 161 M€ d'accroissement du périmètre, 60 M€ représentent les dépenses médico-sociales relatives aux placements en Belgique d'enfants handicapés assurés sociaux français.

49. En 2010, sur les 491 M€ de diminution de périmètre, 230 M€ correspondent aux dépenses relatives aux soins des assurés de régimes étrangers lors de leur séjour en France, qui ne constituent pas des dépenses pour l'assurance maladie.

Changements de périmètre de l'ONDAM 2011

En M€

	Soins de ville	Ets de santé tarifés à l'activité	Autres dépenses relatives aux Ets de santé	Ets et services pour personnes âgées	Ets et services pour personnes handicapées	Autres prises en charge	Total ONDAM
Frais de transport des personnes handicapées	-18				18		0
Rebasage ONDAM personnes âgées				100			100
Débasage ONDAM hospitalier		-100					-100
Total ONDAM	**-18**	**-100**	**0**	**100**	**18**	**0**	**0**

Source : Note DSS du 4 janvier 2011, relative à la construction de l'ONDAM 2011.

Dans la base du sous-objectif « dépenses en établissements et services accueillant des personnes âgées », ont été réintégrés en 2011 100 M€ de crédits qui avaient exceptionnellement été annulés en 2010. A l'inverse, la base de l'ONDAM hospitalier a été diminuée à hauteur du dépassement de crédits constaté en 2010 (100 M€). Le transfert de 18 M€ correspond à la prise en charge des frais de transport des personnes adultes lourdement handicapées suivies en établissements médico-sociaux.

Le périmètre de l'ONDAM semble donc se stabiliser, qu'il s'agisse du périmètre global ou de celui de ses six sous-objectifs.

2 – L'hétérogénéité de la notion de taux d'évolution tendancielle

A la base, précédemment déterminée, est appliqué un taux d'évolution tendancielle des dépenses du champ de l'ONDAM. Ce taux représente « l'évolution prévisible au regard de la tendance passée, en l'absence de toute mesure ou évènement nouveau »[50]. Les modalités d'estimation des taux d'évolution tendancielle diffèrent selon les sous-objectifs auxquels ces taux sont appliqués.

50. Définition du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Elles sont également hétérogènes entre les organismes qui sont en charge de leur production[51]. Ces derniers travaillent, à partir de données en volumes[52] transmises par la CNAMTS, mais ne retiennent pas les mêmes modalités d'approche dans leurs prévisions.

Pour les soins de ville, la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale (DSS) mettent en œuvre une méthode statistique consistant à extrapoler ou à prolonger les tendances historiques en volume observées sur les dernières années. En 2011, le taux d'évolution tendancielle finalement retenu par l'administration s'établit à 4,7 % et correspond au tendanciel en volume augmenté de la moyenne de l'évolution des tarifs.

Pour les dépenses hospitalières, la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) applique une méthode économique fondée sur les besoins de financement. Elle consiste à recenser et à évaluer l'ensemble des besoins de financement[53]. Il s'agit du taux d'évolution tendancielle des charges des établissements. Pour l'année 2011, le taux retenu est de 3,3 %.

Au-delà des différences méthodologiques entre la DSS et la DGOS, les taux retenus et communiqués ne couvrent pas le même périmètre de charges. D'un côté, la DSS détermine un taux tendanciel sans prendre en considération les mesures nouvelles. De l'autre, la DGOS intègre directement dans son taux d'évolution tendancielle une partie des économies et charges nouvelles, notamment les charges inhérentes à la mise en œuvre des plans de santé publique (plans cancer, Alzheimer, …).

Pour les dépenses en établissements et services médico-sociaux, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) retient également une méthode économique. A partir de bases d'informations, encore fragiles, elle recense les dépenses prévisionnelles futures des établissements médico-sociaux en fonction des engagements connus (plans d'investissements, autorisations d'engagement non soldées en fin

51. Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS), direction de la sécurité sociale (DSS), direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction du budget (DB), direction générale du Trésor (DGT), caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

52. Les données transmises par la CNAMTS aux autres organismes (DSS, DGT, DG, DGOS) sont des données en volume et en valeur, qui intègrent les impacts de la maîtrise médicalisée des dépenses, celle-ci faisant l'objet d'un retraitement de la part de chaque organisme.

53. Les postes pris en compte sont les charges de personnel, les charges à caractère médical, les charges à caractère hospitalier, les dotations aux amortissements et les charges financières.

d'exercice) ainsi que de l'estimation d'évolution des charges antérieures à reconduire et des charges nouvelles.

Du fait de ces différences d'approche, il est aujourd'hui impossible de connaître les taux d'évolution tendancielle des différents sous-objectifs avant prise en compte de toute mesure nouvelle et par voie de conséquence, les montants précis des économies brutes retenues pour atteindre le taux d'évolution cible. Ainsi, ces différences de méthode conduisent à une appréciation imparfaite des contributions réelles des différents secteurs au respect de l'ONDAM.

Un rapprochement des méthodes de construction des tendanciels et, à tout le moins, une présentation harmonisée de l'impact des mesures antérieures et nouvelles sur l'évolution tendancielle, est nécessaire, de même qu'une définition partagée des notions de « tendanciel », d' « économies » et de « charges », liées à des « effets de report » ou à des « mesures nouvelles », comme déjà recommandé par la Cour[54]. Le comité d'alerte et le groupe statistique de l'ONDAM devraient être chargés à cet égard de valider les approches retenues.

3 – Une construction tributaire de la fiabilité des éléments prévisionnels

Au stade de la construction et du vote de l'ONDAM, les valeurs retenues au titre des bases, des taux d'évolution tendancielle et des mesures d'économies et de dépenses nouvelles s'appuient nécessairement sur des donnés encore prévisionnelles.

Par exemple, les bases de chacun des sous-objectifs de l'ONDAM N+1 sont les montants prévisionnels des dépenses de l'année N. En effet, au moment de la construction du sous-objectif « soins de ville », la DSS ne dispose que de cinq mois de données disponibles (janvier à mai de l'année en cours), ce qui la conduit à procéder à une prévision pour les sept derniers mois de l'année.

De même, la base de l'ONDAM 2011 a été estimée en septembre 2010 à 162,4 Md€. Cette même base actualisée à partir des données comptables de l'exercice 2011 ressort à 161,9 Md€, soit un écart de 500 M€ (cf. infra).

D'une manière générale, le processus de prévision gagnerait ainsi en précision et en fiabilité s'il était enrichi d'une évaluation a posteriori.

54. Cf. RALFSS 2011 – Chapitre II. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2010 – p. 76.

En effet, les acteurs ne rapprochent pas systématiquement les prévisions avancées ex ante et les réalisations telles qu'elles ressortent des dépenses réelles retracées dans les comptes des différents régimes. En d'autres termes, l'expérience tirée de l'actualisation de la base n'est pas mise à profit dans les prévisions effectuées l'année suivante.

Une analyse de cette nature peut pourtant être effectuée puisque la DSS s'est livrée à un « exercice exploratoire de retour sur les hypothèses tendancielles retenues pour la construction de l'ONDAM ». Toutefois, cette analyse n'a concerné que l'ONDAM 2010 et était limitée au seul sous-objectif « soins de ville ».

La Cour recommande que la construction de l'ONDAM s'appuie sur l'expérience tirée de l'actualisation des éléments prévisionnels des années antérieures.

B – L'ONDAM 2011 global et par sous-objectifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a arrêté l'ONDAM 2011 à 167,1 Md€, soit un taux de progression, à champ comparable, de 2,9 % par rapport au niveau attendu des dépenses 2010.

Eléments de construction des ONDAM 2009 à 2011

En Md€

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		**152,57**	**157,62**	**162,40**
Evolution tendancielle	Taux	*+ 4,5%*	*+ 4,3%*	*+ 4,2%*
	Montant	+ 6,91	+ 6,73	+ 6,84
Montant (avant provisions et économies)		**159,48**	**164,35**	**169,24**
Dépenses		+ 0,44	+ 0,43	+ 0,42
Economies		-2,31	-2,37	-2,56
Montant de l'objectif		**157,61**	**162,42**	**167,10**
Evolution cible	Taux	*+ 3,3%*	*+ 3,0%*	*+ 2,9%*
	Montant	**+5,04**	**+4,80**	**+4,70**

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

Cet objectif est en conformité avec celui alors fixé dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014[55]. Il correspond à une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie de 4,7 Md€ pour l'année 2011.

55. Loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 – article 8.

La construction de l'ONDAM 2011 ayant pris en compte un taux d'évolution tendancielle de 4,2 %, tous sous-objectifs confondus, des mesures d'économies d'un montant total de 2,56 Md€ ont été arrêtées afin d'assurer une réalisation du taux cible à hauteur de 2,9 %.

La répartition de l'ONDAM entre ses six sous-objectifs a été la suivante.

1 – Les dépenses de soins de ville

Le sous-objectif de dépenses de soins de ville a été arrêté à un montant de 77,30 Md€, soit une progression de 2,8 %[56].

Eléments de construction des ONDAM « soins de ville » 2009 à 2011

En Md€

Soins de ville		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		**71,02**	**73,22**	**75,21**
Evolution tendancielle	Taux	*+ 5,2%*	*+ 5,0%*	*+ 4,7%*
	Montant	+ 3,68	+ 3,66	+ 3,56
Montant (avant provisions et économies)		**74,70**	**76,88**	**78,77**
Dépenses		+ 0,44	+ 0,36	+ 0,42
Economies		-1,95	-1,99	-1,89
Montant du sous-objectif		**73,19**	**75,24**	**77,30**
Evolution cible	Taux	*+ 3,1%*	*+ 2,8%*	*+ 2,8%*
	Montant	**+ 2,17**	**+ 2,02**	**+ 2,09**

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

Le sous-objectif a été construit à partir de la prévision de dépenses telle qu'elle avait été établie en septembre 2010 et qui tenait compte de la très légère modification de son périmètre.

Le taux d'évolution tendancielle pour les soins de ville a été estimé à 4,7 %, à partir des données en date de soins fournies mensuellement par la CNAMTS.

Les mesures nouvelles représentant un coût supplémentaire ont été chiffrées à près de 420 M€ au total. Il s'agissait de la revalorisation, à compter du 1er janvier 2011, de la consultation des médecins généralistes (260 M€), des provisions pour risques (100 M€) et pour revalorisations

56. Il est à noter que ce sous-objectif inclut les honoraires des médecins exerçant dans les cliniques pour un montant de 3,69 Md€ en 2010 et de 3,74 Md€ en 2011 (source : CNAMTS).

diverses non effectuées en 2010 (dentistes, transports etc. pour 50 M€) et de la revalorisation de la consultation des sages-femmes (7 M€).

Des mesures d'économies ont été intégrées pour un montant total évalué à 1,89 Md€, dont 165 M€ au titre d'effets de report et 1 725 M€ au titre des mesures nouvelles[57].

2 – L'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier qui regroupe les sous-objectifs « dépenses en établissements tarifés à l'activité » et « autres dépenses relatives aux établissements de santé », a été arrêté à un montant global de 72,89 Md€, (+2,8 %), soit des montants respectifs de 53,9 Md€ (+2,8 %) et de 19,0 Md€ (+2,7 %).

Eléments de construction des ONDAM hospitaliers - 2009 à 2011

En Md€

Etablissements de santé		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		**67,56**	**69,30**	**70,92**
Evolution tendancielle	Taux	*+ 3,5%*	*+ 3,2%*	*+ 3,3%*
	Montant	+ 2,36	+ 2,22	+ 2,34
Montant (avant provisions et économies)		**69,92**	**71,52**	**73,26**
Dépenses		0,00	0,07	0,00
Economies		+ 0,30	-0,38	-0,37
Montant des sous-objectifs		**69,62**	**71,21**	**72,89**
Evolution cible	Taux	*+ 3,1%*	*+ 2,8%*	*+ 2,8%*
	Montant	**+ 2,06**	**+ 1,91**	**+ 1,97**

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

La composante relative aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé (ODMCO) d'un montant de 45,6 Md€ a été définie en prenant pour hypothèse une hausse du volume d'activité des établissements de 2,4 % et en appliquant une baisse légère des tarifs, de 0,2 % pour le secteur public avant convergence et de 0,05 % dans le privé[58]. Comme les années précédentes, cette baisse a été plus forte dans le secteur public que dans le secteur privé, dans un objectif de convergence intersectorielle. Par ailleurs, certaines priorités au niveau des tarifs ont été affichées, afin d'inciter les établissements à

57. Ces mesures d'économies sont détaillées infra.

58. Circulaire DGOS/R1 n° 2011-125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé.

développer la chirurgie ambulatoire et de préserver la prise en charge des cancers et des accidents vasculaires cérébraux.

La dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) a globalement été arrêtée à 8,3 Md€, soit une progression de 3,10 %.

Concernant plus particulièrement les établissements publics de santé, les activités de soins de suite et de réadaptation (5,8 Md€), les activités de psychiatrie (8,6 Md€) et les dépenses des unités de soins de longues durées (1,04 Md€) sont regroupées dans une composante dite objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) et représentent 15,8 Md€ (+2,20 %).

Du côté des cliniques privées, les soins de suite et de réadaptation (1,8 Md€) et les activités de psychiatrie (0,6 Md€) sont compris dans la composante désignée comme l'objectif quantifié national (OQN), arrêté à 2,4 Md€ (+3,35 %).

Enfin, le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a, quant à lui, été doté à hauteur de 347,7 M€.

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2011 a été évaluée à 3,3 %, soit un besoin de financement complémentaire de 2,34 Md€ par rapport à l'objectif 2010.

Afin de rester dans le montant de l'ONDAM hospitalier voté par le Parlement, des économies d'un montant de 365,7 M€ ont été arrêtées sur plusieurs champs :

- la convergence tarifaire ciblée[59] (150 M€) ;
- la « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation »[60] (45,7 M€) ;
- diverses mesures d'économie générale (100 M€), imputées sur les MIGAC (54 M€) ainsi que sur l'ODAM et l'OQN (46 M€) ;
- le passage de 91 € à 120 € du seuil d'exonération du ticket modérateur forfaitaire de 18 € (70 M€).

59. Cf. RALFSS 2011 – « La tarification à l'activité et convergence tarifaire » - p. 199.

60. La « liste en sus » est un dispositif dérogatoire qui a été prévu afin de garantir le financement des produits particulièrement onéreux dont l'introduction dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) n'est pas adaptée. Cf. RALFSS 2011 – p. 109 et suivantes.

3 – L'ONDAM médico-social

Pour l'année 2011, l'ONDAM médico-social a été arrêté à un montant de 15,81 Md€, soit une progression limitée à 3,8 %. Il a pour objet de financer la majeure partie des dépenses des établissements accueillant des personnes handicapées (8,224 Md€) ou des personnes âgées (7,588 Md€).

Eléments de construction des ONDAM médico-sociaux - 2009 à 2011

En Md€

Etablissements et services médico-sociaux		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		**13,06**	**14,11**	**15,23**
Evolution tendancielle	Taux	+ 6,3%	+ 5,8%	+ 5,8%
	Montant	+ 0,81	+ 0,82	+ 0,88
Montant (avant provisions et économies)		**13,87**	**14,93**	**16,11**
Dépenses		0,00	0,00	0,00
Economies		0,00	0,00	-0,30
Montant des sous-objectifs		**13,87**	**14,93**	**15,81**
Evolution cible	Taux	+ 6,3%	+ 5,8%	+ 3,8%
	Montant	**+ 0,81**	**+ 0,82**	**+ 0,58**

Source : Notes DSS de construction de l'ONDAM

Pour la DSS[61], les économies prévues d'un montant de 300 M€ correspondent au passage du secteur médico-social à une logique d'autorisation d'engagement et de crédits de paiement (AE/CP)[62].

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

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

Pour l'année 2011, l'OGD est arrêté à 17,05 Md€ soit une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente (dont 8,503 Md€ pour les établissements accueillant des personnes handicapées et 8,547 Md€ destinés à ceux accueillant des personne âgées). L'apport financier attendu de la CNSA sur ces ressources issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie est de 0,22 Md€ pour le secteur des personnes handicapées et de 0,84 Md€ pour celui des personnes âgées, auxquels s'ajoutent 0,15 Md€ d'apport sur ses réserves.

61. Note de construction de l'ONDAM pour l'année 2011, du 4 janvier 2011.

62. Cette mesure fait suite au rapport IGAS/IGF de 2009 relatif à la consommation de l'OGD et conduit à adopter un nouveau mode de budgétisation en raison d'une sous-consommation récurrente, révélateur des difficultés du secteur à développer une offre nouvelle.

4 – Les autres prises en charge

Le sous-objectif « autres prises en charge » couvre les remboursements des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger, les dépenses du secteur médico-social extérieures au champ d'intervention de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)[63] et la dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Pour 2011, son montant a été arrêté à 1,10 Md€, Pour ce sous-objectif, le taux d'évolution cible est resté identique au taux d'évolution tendanciel (5,9 %).

*
* *

Au total, la construction de l'ONDAM 2011 a peu progressé méthodologiquement par rapport aux années antérieures, mais l'analyse de son élaboration, pour relativement empirique que celle-ci soit demeurée, ne fait pas apparaître de biais majeurs, ce qui n'a pu que contribuer à faciliter son respect en exécution.

II - Le respect de l'ONDAM en 2011 : des avancées certaines mais aussi encore quelques limites

Pour la deuxième année consécutive[64], les dépenses apparaissent inférieures à l'objectif de dépenses arrêté par le législateur. Alors que la LFSS 2011 avait fixé l'ONDAM à 167,1 Md€, les dépenses constatées à la clôture des comptes 2011 s'élèvent à 166,6 Md€, soit une sous-exécution d'un peu plus de 0,5 Md€, analogue à celle relevée en 2010. Ce résultat est ainsi en partie la conséquence d'un effet de base très favorable mais résulte aussi de l'effectivité des mesures d'économies et d'un pilotage resserré en cours d'année. Son appréciation fine se heurte cependant à certaines limites qui tiennent à la fiabilité des données comptables, aux charges constatées in fine et à la situation financière des hôpitaux.

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

64. Au titre de l'ONDAM 2010, les dépenses ont atteint 161,9 Md€, soit une sous-consommation de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif.

A – L'exécution de l'ONDAM 2011 à la clôture des comptes 2011 des régimes d'assurance maladie

L'exécution de l'ONDAM est appréciée à partir de l'agrégation des comptes des 13 régimes obligatoires d'assurance maladie (branches maladie et AT-MP pour le régime général) entrant dans le périmètre de l'ONDAM[65].

Une sous-exécution se constate au titre des soins de ville (-339 M€) et des établissements de santé (-241 M€). En revanche, un dépassement de 52 M€ est constaté sur les « autres prises en charge », principalement imputable aux dépenses au titre des soins à l'étranger. Au total, la sous-exécution de l'ONDAM 2011 peut être ainsi estimée à 528 M€, à la clôture des comptes 2011 des régimes d'assurance maladie.

1 – Un résultat bénéficiant d'un effet base très favorable

Dans le cadre de la construction de l'ONDAM, la base 2011 a été estimée en septembre 2010, à partir des prévisions de dépenses attendues au titre de l'année 2010. Chaque année, cette base est actualisée dans le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) du mois de septembre, en fonction des dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM qui sont comptabilisées par les régimes d'assurance maladie.

Ainsi, pour l'ONDAM 2011, la base a initialement été estimée en septembre 2010 à 162,4 Md€. Un an plus tard, dans le rapport de la commission des comptes de septembre 2011, cette même base a été actualisée sur la base des données comptables disponibles au titre de l'exercice 2010, à hauteur de 161,9 Md€, générant ainsi un écart de 0,5 Md€ entre la prévision initiale et les dépenses effectives telles que retracées par les données comptables.

L'ONDAM 2011 a été en définitive respecté dans son montant, avec des dépenses constatées (166,6 Md€) inférieures de 528 M€ au

65. Ces comptes sont produits par la CNAMTS, la caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI), la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN), la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), la caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), l'établissement national des invalides de la marine (ENIM), la caisse de coordination aux assurances sociales de la RATP (CCAS RATP), la SNCF, la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP). Les comptes de l'entreprise EDF et de la banque de France sont également transmis par la CNAMTS.

montant de dépenses initialement autorisé (167,1 Md€) comme aussi dans son taux d'évolution (2,9 %)[66], grâce précisément à cette sous-exécution qui a compensé les effets de la surestimation, d'un même montant, de la base des dépenses 2010.

Impact de la surestimation de la base sur l'ONDAM et sur son exécution au titre de l'année 2011 [67]

En Md€

	Base	Objectif		Exécution	
		Taux	Montant	*Taux*	Montant
Base estimée	162,4	*+2,9%*	167,1	*+2,9%*	166,6
Base actualisée	161,9	*+2,9%*	166,60		

Source : Cour des comptes

2 – L'exécution de l'ONDAM par sous-objectifs

L'exécution de l'ONDAM 2011 fait ressortir une sous-exécution de 528 M€, dont la répartition entre sous-objectifs est décrite dans le tableau ci-dessous.

Réalisation des sous-objectifs de l'ONDAM 2011

En M€

Sous-objectifs	Montant ONDAM		Sous-consommation (-) Surconsommation (+)
	LFSS	Réalisation	
Soins de ville	77 297	76 958	-339
Etablissements de santé tarifés à l'activité	53 890	53 863	-27
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18 961	18 747	-214
Etablissements et services pour les personnes âgées	7 588	7 588	0
Etablissements et services pour les personnes handicapées	8 251	8 251	0
Autres prises en charge	1 101	1 153	+52
			-528

Source : DSS

66. Compte tenu de l'actualisation de la base et si les dépenses avaient été constatées à hauteur du montant des dépenses initialement autorisées (167,1 Md€), le taux d'évolution de l'ONDAM aurait alors été de 3,2 %.

67. Cf. supra la série historique figurant dans le tableau « Evolution de l'ONDAM voté et réalisé de 2006 à 2011 »,

a) Le sous-objectif « soins de ville »

Les dépenses de soins de ville ont progressé de 2,8 %, contre 2,6 % en 2010.

En 2011, la sous-exécution de l'ONDAM « soins de ville », de 339 M€, a notamment été facilitée par un effet de base élevé (418 M€). Sans cette moindre consommation de soins de l'année précédente, liée à une conjoncture épidémiologique favorable, le sous-objectif « soins de ville » aurait été dépassé.

Parmi les postes dynamiques, certains le sont en raison d'effets tarifaires qui avaient été anticipés lors de la construction de l'ONDAM 2011, d'autres en raison d'une progression des volumes à relier notamment à un contexte épidémiologique moins aidant qu'en 2010. Ainsi :

- les dépenses de consultations des généralistes sont en hausse de 6,4 %. La revalorisation de la consultation des généralistes contribue pour près de 4 points à la hausse constatée. Les remboursements de soins dentaires progressent de 1,5 % (contre +0,5 % en 2010) ;
- les dépenses de soins de spécialistes ont augmenté de 2,5 % (+1,8 % en 2010). Pris dans leur ensemble, les honoraires médicaux et dentaires progressent de 3,6 % (contre 0,4 % en 2010, année qui n'avait pas connu de revalorisation tarifaire) ;
- l'augmentation des dépenses de laboratoires d'analyses médicales s'est accélérée par rapport à 2010 (2,4 % contre 1,4 %). Les baisses tarifaires ayant été globalement équivalentes sur 2010 et 2011, le dynamisme observé des remboursements est attribuable à une accélération des volumes d'actes ;
- les dépenses de soins d'auxiliaires médicaux sont demeurées dynamiques (5,4 % contre 5,8 % en 2010) dont +6,5 % pour les actes infirmiers, portés par la croissance des effectifs libéraux, les soins de masso-kinésithérapie évoluant à un rythme plus modéré (3,5 %).

En contrepartie, une décélération s'est amorcée ou confirmée pour d'autres postes :

- les versements d'indemnités journalières pour arrêt de travail (maladie et accident du travail), en progression de +2,5 % contre +4,2 % en 2010, sous l'effet notamment de la mesure modifiant le calcul des indemnités mise en œuvre en décembre 2010 et d'une certaine inflexion de la croissance des volumes prescrits ;
- l'évolution modérée des dépenses remboursées de médicaments qui s'établit à +1,2 % en 2011, en raison principalement de la moindre augmentation des volumes (le taux d'atteinte des objectifs de maîtrise

médicalisée s'élève en 2011 à 130 % sur ce champ, soit 330 M€) et à une décélération des mises sur le marché de médicaments innovants ;

- par ailleurs, les dernières données fournies par le comité économique des produits de santé (CEPS) font apparaître des remises conventionnelles de la part des laboratoires pharmaceutiques supérieures à ce qui était prévu (35 M€ en plus des 270 M€ retenues en construction).

b) Les sous-objectifs « établissements de santé »

Selon la DSS, l'année 2011 s'est achevée avec une sous-exécution globale de 241 M€, dont 27 M€ pour le sous-objectif « établissements de santé tarifés à l'activité » et 214 M€ pour le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Cependant, le rattachement des dépenses aux sous-objectifs soulève certaines difficultés (dépenses non régulées, rejets des mutuelles) et les données relatives aux dépassements et à la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier ne peuvent toujours pas être exhaustivement imputées à chacun de ces deux sous-objectifs.

Dépassements et sous-exécution de l'ONDAM hospitalier

En M€

	Dépassement	Sous-exécution
Dépenses des activités médecine chirurgie obstétrique et odontologie *(ODMCO public)*	245	
Dépenses des activités médecine chirurgie obstétrique et odontologie *(ODMCO privé*)		-79
Dépenses des cliniques en psychiatrie et soins de suites et de réadaptation *(Objectif quantifié national - OQN)*	33	
Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC)		-170
Objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) – dotation annuelle de financement (DAF)		-100
ODAM – Unité de soins de suite et de réadaptation (USLD)		-26
Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)		-57
Dépenses non régulées		-56
Rejets des mutuelles		-29
Autres		-2
	278	-519
	-241	

Source : Retraitements Cour des comptes de données DSS

Globalement, le respect des sous-objectifs hospitaliers a été assuré grâce à des annulations de crédits mis en réserve, intervenues en fin d'année (FMESPP, DAF et MIGAC) pour un montant de 328 M€.

Ces annulations compensent le dépassement constaté des dépenses liées aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) des établissements publics de santé (+245 M€), ainsi que de psychiatrie et de soins de suites et de réadaptation (SSR) des cliniques privées (+33 M€).

En effet, les dépenses des établissements publics de santé ont progressé de 2,9 % en date de soins et à champ tarifaire constants compte tenu d'un important dynamisme du nombre de séjours, d'actes et de consultations externes [68] . Cette progression est à l'origine d'un dépassement de 245 M€ de l'objectif (ODMCO public).

Du côté des cliniques privées, les dépenses ont progressé de 2,8 %. La moindre progression de l'activité MCO (2,1 %) a permis de compenser une croissance plus soutenue dans les domaines de la psychiatrie (5,4 %) et des soins de suites et de réadaptation (5,9 %). La sous-exécution de 79 M€, au titre de l'objectif relatif au secteur privé (ODMCO privé), compense pour partie le dépassement de 33 M€ de l'objectif quantifié national de psychiatrie et de SSR.

c) Les sous-objectifs « établissements et services médico-sociaux »

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

En revanche, l'exécution de l'OGD 2011 devrait faire apparaître une sous-exécution des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, estimée respectivement à 245 M€ et de 25 M€ par la CNSA, en raison notamment d'une surestimation des ouvertures attendues de places dans certains établissements.

d) Le sous-objectif « autres prises en charge »

Le sous-objectif « Autres prises en charge » enregistre un dépassement de 52 M€. Si le montant de ce dépassement n'est pas significatif, son taux proche de 5 % doit inciter à la vigilance.

68. Il est à noter que les données communiquées par l'ATIH ne font apparaître qu'une progression de 2,2 %.

Les dépenses au titre des soins des ressortissants français à l'étranger[69] sont les plus dynamiques puisqu'elles enregistrent une augmentation de plus de 8 %, atteignant 457 M€, soit une surconsommation de 35 M€.

Réalisation du sous-objectif « autres prises en charges »

	Objectif	Réalisation	Sous-consommation (-) Surconsommation (+)	
Réseaux de soins	250	250	0	*0,00%*
Soins des français à l'étranger	422	457	35	*8,29%*
Ets hors champ CNSA	429	447	18	*4,20%*
Autres prises en charge	1 101	1 154	53	*4,81%*

Source : Cour des comptes à partir de données DSS

3 – Une régulation attentive des dépenses

Le respect de l'ONDAM 2011 est le résultat d'une volonté de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, affirmée dès la construction de l'ONDAM par un montant significatif d'économies, puis en cours d'année par la mise en œuvre de mesures de pilotage.

a) Un volume d'économies très largement réalisé

Afin de permettre de respecter le taux d'évolution de l'ONDAM, fixé à 2,9 % et en présence d'un taux d'évolution tendancielle, tous sous-objectifs confondus, évalué à 4,2 %, un effort significatif d'économies, pour un montant évalué à 2,39 Md€, avait été intégré.

Les mesures d'économies réalisées sont estimées à 2,35 Md€, soit un taux de réalisation de 98 % en amélioration significative par rapport à 2010 (78 %[70]). Le suivi de la mise en œuvre effective des mesures d'économie, a sans doute contribué à cette amélioration.

Le tableau ci-après fait apparaître cependant des disparités de réalisation, certaines mesures d'économies ayant été réalisées au-delà des prévisions et d'autres, au contraire, n'ayant été que partiellement réalisées.

69. En 2010, 799 000 Français ont été bénéficiaires de prestations servies à l'étranger.
70. Cf. RALFSS 2011 – Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010 – p. 70.

Mesures d'économies adoptées et réalisées au titre de l'ONDAM 2011

En M€

	PLFSS	Exécution
Soins de ville		
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	200	202
Maitrise médicalisée hors produits de santé	245	280
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	25	22
Non revalorisation des IJ longues	0	20
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	20	23
Economie sur la permanence des soins hospitaliers (PDSH)	60	0
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100% pour les ALD	20	20
Baisse de prix des produits de santé - Dispositifs médicaux	50	61
Baisse de prix des produits de santé - Médicaments	450	464
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments (générique…)	70	13
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	35	50
Abaissement du taux K à 0,5 %	50	50
Maitrise médicalisée sur les médicaments	285	333
Maitrise médicalisée - Dispositifs médicaux	20	0
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	95	71
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	100	78
	1 725	**1 687**
Etablissements de santé		
Convergence tarifaire ciblée	150	365
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	70	
Economie liste en sus	45	
Economie sur les MIGAC	100	
	365	**365**
Etablissements médico-sociaux		
Passage du secteur médico-social à une logique d'autorisations d'engagement –crédits de paiement (AE/CP)	300	300
	300	**300**
	2 390	**2 352**

Source : DSS

b) Un pilotage plus serré de l'ONDAM

La nouvelle gouvernance de l'ONDAM, mise en place dans le courant de l'année 2010, a été pleinement effective en 2011.

Le rôle du comité d'alerte, composé de personnalités qualifiées, avait été renforcé avec la décision de rendre obligatoires deux avis supplémentaires. Le 15 avril 2011, un premier avis a été rendu sur la base des dernières tendances connues de l'évolution des dépenses et des estimations de l'année écoulée. Dans son avis du 30 mai 2011, le comité d'alerte a fait état du respect de l'ONDAM 2010 et de l'impact favorable de l'effet de base lié à sa sous-exécution sur l'exécution de l'ONDAM 2011. Compte tenu des risques de dépassements constatés, il considérait que les mises en réserve d'ores et déjà réalisées suffiraient à assurer le respect de ce dernier. Enfin, le 4 octobre 2011, le comité d'alerte a rendu un avis destiné à apprécier les éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM 2012 et notamment le montant des dépenses prévisionnelles pour l'année 2011.

Le renforcement du nombre d'interventions du comité s'est accompagné d'un abaissement progressif du seuil d'alerte. L'abaissement de ce seuil de 0,75 % à 0,70 % dès 2011, puis à 0,60 % pour 2012 et 0,50 % pour 2013 vise à inciter à une gestion préventive et continue des risques de dépassement et de prévenir au mieux tout risque de dérive.

La mise en place d'un groupe de suivi statistique a renforcé également le suivi de l'ONDAM. Il est composé des représentants des administrations (DSS, DGOS, CNSA) et des organismes gestionnaires du risque (CNAMTS, MSA, RSI) ainsi que des producteurs techniques des données statistiques relatives aux dépenses de l'ONDAM. Depuis juin 2010, des réunions mensuelles permettent de préparer un diagnostic partagé et de contribuer à l'amélioration de la qualité des informations et de leur analyse.

Enfin, un comité de pilotage de l'ONDAM dont les missions et les priorités ne sont encore définies par aucun texte [71], utilise ces informations pour la mise en œuvre des mesures nouvelles retenues, les décisions de mise en réserve et d'annulation de crédits, ainsi que les mesures correctrices qui sont susceptibles d'être nécessaires en cours d'année. Ce comité réunit, sous la présidence des ministres en charge de la santé et des comptes publics, les directions d'administration centrale concernées, les caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes et la CNSA.

71. Le rapport Briet d'avril 2010 prévoyait une disposition en ce sens.

Ainsi, au début de l'année 2011, le comité de pilotage a décidé de procéder à la mise en réserve de crédits destinés aux établissements de santé (400 M€), aux établissements et services médico-sociaux (100 M€) et au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins -FIQCS- (30 M€).

Un déblocage des réserves portant sur les sous-objectifs médico-sociaux et le FIQCS (130 M€) a été acté lors du comité de pilotage de l'ONDAM du 4 novembre 2011. Une partie des crédits mis en réserve des dotations MIGAC (100 M€) a également été dégelée en fin d'année[72].

In fine et après prise en compte des opérations de fongibilité réalisées localement, les annulations de crédits ont représenté 338 M€ concentrées sur les seuls établissements de santé.

Au-delà de l'annulation de ces crédits, les autres mesures de pilotage ont consisté à ne pas engager certaines dépenses nouvelles initialement envisagées lors de la construction de l'ONDAM 2011, pour un montant de 420 M€. Ainsi, la revalorisation des actes des professionnels de santé a été limitée à la consultation des médecins généralistes, pour un montant de 263 M€.

B – Les limites à l'appréciation du respect de l'ONDAM

Sans remettre en cause le constat du respect global de l'ONDAM 2011, plusieurs éléments complémentaires doivent être pris en compte pour une appréciation complète de son évolution.

1 – La fiabilité des données comptables

Les états financiers de ces régimes d'assurance maladie sont certifiés soit par la Cour (branches maladie et AT-MP du régime général) soit par des commissaires aux comptes (autres régimes).

La construction et l'exécution de l'ONDAM ne s'appuient pas directement sur ces états financiers mais sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC), qui constituent des présentations détaillées des comptes de résultat communiqués par les régimes à la DSS.

Dans le cadre de l'exécution de l'ONDAM 2011, la Cour s'est assurée de la fiabilité des données relatives à son exécution. D'une part, elle a vérifié la conformité des montants portés dans les TCDC à ceux

72. Circulaire n° DGOS/R1/2011/ 489 du 23 décembre 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé.

retracés dans les comptes de résultat des régimes. D'autre part, elle s'est assurée de la concordance des données retenues par la direction de la sécurité sociale avec celles figurant dans les mêmes TCDC. Ces deux rapprochements n'ont pas fait apparaître d'anomalies.

Cependant, comme les années précédentes, il subsiste des dépenses non régulées, c'est-à-dire des dépenses comptabilisées sous une rubrique intitulée « autres … » et dont l'appartenance au périmètre de l'ONDAM ou à l'un de deux sous-objectifs hospitaliers n'est pas assurée[73]. Cette situation soulève des problèmes de comparabilité des dépenses d'une année sur l'autre[74].

Ont également été relevées des difficultés d'imputation des rejets des mutuelles[75] sur les composantes des sous-objectifs. Au-delà, une incertitude existe quant à l'exhaustivité du montant des rejets de l'exercice 2011.

Des travaux visant à identifier et réaffecter l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'ONDAM doivent ainsi être engagés. De même, il conviendrait à la CNAMTS de mettre en œuvre des confirmations externes (dites « circularisations ») auprès des principales mutuelles afin de garantir l'exhaustivité des rejets de ces dernières.

2 – Les charges constatées in fine au titre des ONDAM annuels

Le constat du respect de l'ONDAM 2011 a, par nature, un caractère provisoire, puisqu'il est conditionné par le dénouement, sur les exercices ultérieurs, des provisions pour charges de prestations légales enregistrées dans les comptes de l'exercice 2011. Ce dénouement dépend du solde entre les provisions comptabilisées en N et les charges qui seront constatées au cours des exercices suivants au titre de consommations de soins intervenues en 2011.

Compte tenu des délais actuels d'exécution et de présentation au remboursement des soins de ville et de déclaration des prestations hospitalières des établissements, le dénouement de ces provisions s'étale

73. A titre d'exemple, les dépenses réglées à des établissements conventionnés installés à l'étranger (Andorre, Monaco),

74. Selon l'évaluation initiale, les dépenses non régulées devaient représenter 401 M€. Or, en définitive, seuls 346 M€ ont été consommés. Cette sous-exécution (-55 M€) est difficilement explicable sans une connaissance approfondie de ces dépenses.

75. Les rejets portent sur des remboursements de dépenses de soins effectués par les mutuelles pour le compte du régime général et pour lesquels les mutuelles ne sont pas parvenues à porter à la connaissance des CPAM les informations nécessaires à leur propre remboursement.

sur trois exercices au cours desquels le niveau de réalisation de l'ONDAM peut être amené à évoluer.

Le tableau ci-après présente l'impact du dénouement des provisions sur la réalisation des ONDAM 2007 à 2011.

Impact du dénouement des provisions sur la réalisation des ONDAM

En Md€

		ONDAM 2007	ONDAM 2008	ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Objectif		144,8	152,0	157,6	162,4	167,1
Constat	Avril N+1	147,8	152,9	158,4	162,0	166,6
	Sept N+1	147,8	153,0	158,1	161,8	-
	N+2	147,6	152,9	158,1	161,9	-
	N+3	-	-	158,2	-	-

Source : DSS

A titre d'exemple, au titre de l'ONDAM 2009, l'objectif avait initialement été fixé à 157,6 Md€. Un premier constat, réalisé en avril 2010 sur la base des provisions pour charges de prestations enregistrées dans les comptes de l'exercice 2009, a fait ressortir une réalisation de 158,4 Md€ de charges, soit un dépassement de 800 M€. En septembre 2010, sur la base des premières informations relatives au dénouement des provisions, un second constat a relevé une réalisation à hauteur de 158,1 Md€, soit un moindre dépassement, ajusté à 500 M€. In fine, en N+3, c'est-à-dire en 2012, le montant des dépenses est arrêté à 158,2 Md€, soit un dépassement définitif de l'ONDAM de l'ordre de 600 M€.

Si les deux premiers constats sont rendus publics dans les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale d'avril et de septembre 2010, le dernier n'a fait jusqu'à présent l'objet d'aucune diffusion bien qu'il est établi chaque année par la DSS.

L'ONDAM exécuté de l'année N, constaté en avril et en septembre N+1, ne reflète cependant qu'imparfaitement l'ONDAM réellement exécuté, dont l'appréciation nécessite un suivi portant sur les périodes ultérieures.

Dans ces conditions, il conviendrait que le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale rende compte de l'exécution de l'ONDAM durant les trois exercices suivants, afin d'intégrer le résultat du dénouement des provisions initialement comptabilisées.

3 – Les résultats des établissements hospitaliers

Dans son rapport sur la situation et les perspectives de finances publiques de juillet 2012, la Cour a recommandé la plus grande vigilance sur la situation financière des établissements hospitaliers et souligné que « le respect de l'ONDAM ne peut être pertinent que si le résultat consolidé des hôpitaux est appréhendé, dans le même temps ».

De fait, selon la direction générale des finances publiques, le montant du déficit consolidé des budgets principaux des établissements publics de santé s'établit provisoirement à 493 M€ pour l'exercice 2011. Selon l'agence technique d'information hospitalière (ATIH), le résultat prévisionnel des établissements hospitaliers publics serait un déficit de 508,5 M€, soit un niveau quasiment inchangé par rapport à 2010 (-475,3 M€)[76].

Ce constat ne peut être directement mis en regard avec les annulations de crédit intervenues en 2011, qui ont représenté 338 M€, en diminution par rapport à l'année précédente[77], dès lors que les composantes du résultat des établissements sont essentiellement leur niveau d'activité et la maîtrise de leurs charges. Comme la Cour l'a déjà souligné[78], il serait en tout état de cause préjudiciable que des dotations forfaitaires viennent compenser des insuffisances de gains d'efficience, même s'il convient d'être attentif à ne pas fragiliser davantage la situation de certains établissements. C'est en effet de mesures de gestion rigoureuse des dépenses et de la mise en œuvre des actions indispensables de restructuration que doit dépendre le retour durable des établissements à l'équilibre.

CONCLUSION

La tenue dans le temps d'un ONDAM resserré constitue une condition essentielle du respect de la trajectoire de réduction des déficits et de l'endettement publics dans le cadre des engagements européens de la France.

Le fait que pour la deuxième année consécutive et la troisième fois seulement depuis son institution, l'ONDAM ait été respecté, en montant

76. Toutefois, le niveau et l'évolution de ces montants doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de l'absence de certification des comptes des établissements publics de santé par un auditeur externe indépendant (Cour des comptes ou commissaire aux comptes).

77. En 2010, les annulations de crédits ont représenté 525 M€.

78. RALFSS 2011, chapitre VII Tarification à l'activité et convergence tarifaire et chapitre VIII Le financement des centres hospitalo-universitaires.

comme en taux de progression constitue à cet égard un résultat appréciable.

Un pilotage plus fin et plus ferme y a contribué, qu'il s'agisse de la mise en réserve de crédits à titre de précaution en début d'exécution, de l'annulation de certains d'entre eux, de la non mise en œuvre de mesures nouvelles, d'un suivi attentif de la mise en place effective des mesures d'économies arrêtées lors de son élaboration.

En effet, l'exécution de l'ONDAM 2011 a bénéficié de la sur-estimation de sa base de construction, c'est-à-dire les dépenses attendues au titre de l'année 2010. Si diverses mesures n'avaient pas permis d'en neutraliser l'effet, en maintenant une sous-exécution de même montant de l'ONDAM 2011, le rythme de progression de l'ONDAM n'aurait pas été limité à l'objectif de 2,9 %, mais aurait atteint 3,2 %.

L'effet de base lié à la sous-estimation de dépenses attendues au titre de 2011 crée un même risque de dépassement du taux de progression fixé pour l'ONDAM 2012 : à défaut de régulation, si le montant des dépenses prévisionnelles était strictement respecté, le taux d'évolution effectif serait de 2,7 % et non de 2,5 %, comme fixé par la loi de financement pour 2012. Comme la Cour l'a souligné dans son rapport sur la situation et les perspectives et les finances publiques de juillet 2012, la mise en œuvre complète des économies initialement prévues et une gestion très prudente des crédits gelés s'imposent donc pour limiter effectivement à 2,5 % la progression de l'ONDAM en 2012.

En tout état de cause, malgré le respect de l'ONDAM ces deux dernières années, le déficit de l'assurance maladie ne recule que lentement et demeure à des niveaux élevés de 11,4 Md€ en 2010 et de 8,6 Md€ en 2011 et, prévisionnellement, de 6,7 Md€ en 2012, ce qui implique d'amplifier les efforts de redressement pour revenir à un équilibre indispensable.

RECOMMANDATIONS

4. Donner un fondement juridique au comité de pilotage et lui confier en priorité le respect de l'exécution de l'ONDAM, non seulement dans son montant mais aussi dans son taux d'évolution.

5. Elaborer une méthodologie partagée et transparente de construction de l'ONDAM sous le contrôle du comité d'alerte.

6. Evaluer systématiquement a posteriori la précision des prévisions retenues lors de la construction de l'ONDAM.

7. Rendre compte de l'exécution de l'ONDAM à partir d'un suivi pluriannuel du dénouement ultérieur des provisions.

Chapitre III

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial 2011

PRESENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce 2011, qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Il s'agit du sixième exercice de cette nature pour les tableaux d'équilibre et du second pour le tableau patrimonial.

Les avis exprimés par la Cour portent comme les années antérieures sur les projets de tableaux d'équilibre et de tableau patrimonial communiqués à l'été par le ministère chargé de la sécurité sociale. En effet, au moment où la Cour rend public son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, le projet de loi de financement pour 2013 n'est pas encore déposé et les documents qui seront soumis en définitive au Parlement peuvent, le cas échéant, légèrement différer des projets transmis.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2011

Etablis par le ministère chargé de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre prennent la forme de comptes de résultat simplifiés, qui comportent trois agrégats : les charges (« dépenses »), les produits (« recettes ») et les résultats.

Ils portent sur trois ensembles distincts : l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (dont les données sont présentées par branche), le régime général (selon une présentation également par branche) et les organismes concourant au financement de ces régimes. Depuis la suppression du fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) en 2009, cette dernière catégorie ne comprend plus qu'un seul organisme : le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

A – Les tableaux d'équilibre 2011

Les tableaux d'équilibre de l'exercice 2011 seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013.

A la date de l'achèvement de ses travaux, la Cour n'avait pas été rendue destinataire par le ministère chargé de la sécurité sociale du projet d'annexe 4 au PLFSS 2013, en cours d'élaboration, qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre. Les appréciations qui figurent ci-après sont donc exprimées sous le bénéfice des informations supplémentaires que pourrait contenir cette annexe à la suite des observations exprimées par la Cour dans le cadre du présent avis.

Au titre de l'exercice 2011, les projets de tableaux d'équilibre communiqués à la Cour font apparaître des déficits en diminution par rapport au niveau exceptionnel atteint en 2010 : -19,6 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (-25,5 Md€ en 2010), -17,4 Md€ pour le régime général, qui concentre la plus grande partie des déficits de ces régimes (-23,95 Md€ en 2010) et -3,5 Md€ pour le FSV (-4,1 Md€ en 2010).

Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	171,4	180,3	-8,9
Vieillesse	12,6	12,9	-0,3
Famille	52,7	55,3	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	192,9	200,8	-7,9
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	419,5	439,1	-19,6

Source : ministère chargé de la sécurité sociale

Régime général

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	148,0	156,6	-8,6
Vieillesse	100,5	106,5	-6,0
Famille	52,2	54,8	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	11,3	-0,2
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	302,8	320,3	-17,4

Source : ministère chargé de la sécurité sociale

Organisme concourant au financement des régimes de base

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,0	17,5	-3,5

Source : ministère chargé de la sécurité sociale

B – Avis de la Cour

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

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

En outre, la Cour prend en compte dans son appréciation d'une part les positions qu'elle a exprimées sur les états financiers des établissements publics nationaux, des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale, et d'autre part les opinions des commissaires aux comptes sur ceux des autres régimes et organismes nationaux.

*
* *

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications destinées à lui permettre d'exprimer un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre établis par le ministère chargé de la sécurité sociale.

A l'issue de ses vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par le ministère chargé de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 fournissent une image cohérente des résultats des régimes obligatoires de base, du régime général et du FSV de l'exercice 2011, sous réserve des quatre observations suivantes :

1. Les tableaux d'équilibre procurent une information réduite sur la formation des résultats de l'exercice 2011 et n'assurent pas leur comparabilité avec ceux de l'exercice précédent, en raison d'indications trop sommaires sur la composition des produits et des charges (voir C – 1 – infra).

2. Les tableaux d'équilibre intègrent des transferts non éliminés entre des entités de leur périmètre (au titre de la prestation au jeune enfant financée par la branche famille, montant non chiffré), ou à l'élimination imparfaitement assurée en raison de l'absence de réciprocité des produits et des charges comptabilisées par certaines entités et une minoration de produits et de charges (à hauteur de 457 M€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, du fait d'une contraction effectuée par le régime des mines). En outre, la traçabilité des modifications apportées par le ministère chargé de la sécurité sociale aux données transmises par les régimes de sécurité sociale est imparfaitement assurée (voir C – 2 – a) et b) infra).

3. Les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges au-delà de ceux nécessaires à l'élimination des opérations réciproques entre les entités comprises dans leur périmètre. En l'état, les règles appliquées pour procéder à ces contractions font l'objet d'une description succincte dans l'une des annexes au projet de loi de financement et les incidences de ces contractions sur la variation des produits et des charges par rapport à celle découlant des montants comptabilisés par les entités précitées ne sont pas précisées (voir C – 2 – b) infra).

4. Pour 2011, les opinions exprimées par la Cour des comptes d'une part et les commissaires aux comptes d'autre part continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne (voir C – 3 infra).

C – Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 – Une information limitée sur la composition et l'évolution des produits et les charges

Les tableaux d'équilibre mentionnent un montant total de produits, un montant total de charges et un solde au titre du seul exercice concerné. L'annexe B[79] du projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) atténue cette limite d'information en présentant dans un même tableau ces montants avec ceux de l'exercice précédent, mais sans indiquer de montant ou de pourcentage de variation par rapport à ce dernier.

L'annexe 4, telle qu'elle est habituellement transmise à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale[80] décompose, mais uniquement par grandes masses[81], les produits présentés sous la forme d'un montant total dans le cadre des tableaux d'équilibre. Depuis la LFSS 2012, elle décompose aussi les charges, ce qui marque un progrès, mais à un niveau lui aussi très agrégé[82].

Dans le cadre de cette annexe, les produits et les charges couvrent trois années : l'année de la nouvelle loi de financement, l'année en cours et l'année précédente, celle des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos objet du présent avis de la Cour. Les produits et les charges propres à chaque année sont présentés séparément, sans que soit indiquée leur variation par rapport à l'exercice précédent. Aucun commentaire n'est apporté sur les facteurs qui en sont à l'origine.

La Cour recommande à nouveau au ministère chargé de la sécurité sociale d'améliorer l'information du Parlement sur la consistance et la variation par rapport à l'exercice précédent des produits et des charges indiqués pour leur montant global dans les tableaux d'équilibre, en adoptant pour l'élaboration de l'annexe 4 au projet de loi de financement

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

80. « Recettes des régimes par catégorie et par branche ».

81. A titre d'illustration, la CSG est présentée pour son seul montant global, alors que ses différentes composantes (revenus d'activité, revenus de remplacement, produits de placement, revenus du patrimoine et jeux) connaissent des évolutions différenciées.

82. En particulier, les charges de prestations légales sont présentées pour leur seul montant global.

de la sécurité sociale un niveau d'information du Parlement comparable à celui qu'il a retenu pour l'élaboration des développements de l'annexe 9 relatifs au tableau patrimonial (voir II – B – infra).

2 – Les modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre

a) Les modifications apportées aux tableaux de centralisation des données comptables

Les tableaux d'équilibre sont établis à partir des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) qu'établissent les régimes et organismes de sécurité sociale parallèlement à leurs états financiers. Les TCDC sont des comptes de résultats détaillés ayant pour objet d'assurer une imputation homogène des produits et des charges. Le ministère chargé de la sécurité sociale vérifie la conformité des TCDC aux comptes de résultats. La Cour effectue une vérification identique et recueille de surcroît des éléments de justification à l'appui des modifications de classement des produits et des charges admises ou effectuées par le ministère chargé de la sécurité sociale.

Dans le cadre de ses travaux, la Cour a relevé un manque de traçabilité des corrections apportées aux TCDC par le ministère chargé de la sécurité sociale. Au moment de leur achèvement, elle n'avait pu recueillir d'éléments de justification des corrections qui ont une incidence sur le montant total des produits et des charges de certains régimes compris dans le périmètre du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes de sécurité sociale (mines, établissement national des invalides de la marine et caisses de retraite de la SNCF, de la RATP et des clercs de notaires).

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

Comme les années précédentes, le ministère chargé de la sécurité sociale a établi les projets de tableaux d'équilibre en procédant à des contractions de produits et de charges (dont le montant atteint 62,9 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 40 Md€ pour le régime général).

Les contractions de produits et de charges entre des entités du périmètre des tableaux d'équilibre

Pour une part, les contractions correspondent à l'élimination normale d'opérations réciproques entre les entités comprises dans les périmètres des tableaux d'équilibre (transferts inter-branches et intra-

branches pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et transferts intra-branches pour le régime général)[83].

Postérieurement à l'avis exprimé par la Cour sur la cohérence des projets de tableaux d'équilibre 2010, une suite favorable a été donnée à deux de ses recommandations. Ont ainsi été éliminés dans les tableaux d'équilibre de ce même exercice soumis à l'adoption du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement pour 2012 :

- les produits de la branche vieillesse du régime général au titre de la prise en charge des majorations pour enfants par le FSV, qui sont compensés par un transfert de la branche famille à ce dernier ;
- les produits et les charges des régimes de base d'assurance maladie (régime général, régime social des indépendants (RSI) et régime agricole) et de la branche famille relatifs aux prises en charge par ces régimes des cotisations maladie et famille des praticiens et auxiliaires médicaux.

Ces modalités sont reconduites dans les projets de tableaux d'équilibre 2011 communiqués à la Cour. En revanche, le ministère chargé de la sécurité sociale, qui établit les tableaux d'équilibre, n'est toujours pas en mesure d'annuler les produits des régimes qui correspondent à des prises en charge de cotisations et de contributions sociales par la branche famille et par le régime agricole au titre du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). En effet, cette élimination nécessite la mise en place par l'ACOSS d'un suivi comptable par attributaire des flux concernés, alors qu'ils sont confondus dans les comptes avec les prélèvements exigibles auprès des employeurs. Sur ce point, la Cour a reconduit une réserve sur les comptes 2011 de l'activité de recouvrement[84].

En sens inverse, et selon une pratique constante, le tableau de centralisation des données comptables du régime des mines intègre le solde des produits et des charges afférents aux œuvres, et non leurs montants globaux, ce qui minore les montants totaux de produits et de charges du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base (à hauteur de 457 M€ en 2011).

Par ailleurs, la correcte élimination des produits et charges réciproques entre les entités du périmètre de l'ensemble des régimes obligatoires de base est imparfaitement assurée en raison de l'absence de

83. 27,7 Md€ de produits et de charges pour l'ensemble des régimes, dont 10,5 Md€ pour le régime général.

84. Voir Rapport de certification des comptes 2011 du régime général, juin 2012, p. 21 et 52.

réciprocité dans la comptabilisation de certaines opérations entre une partie des régimes (annulations de versement de cotisations entre régimes de retraite, compensation démographique et prises en charge des cotisations familiales en faveur des praticiens et auxiliaires médicaux[85]).

Les contractions de produits et de charges qui s'écartent des principes comptables généraux

D'autres contractions de produits et de charges ont pour objet d'assurer une présentation dite « économique » des produits et des charges :

- la contraction des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie et d'accidents du travail en vue du financement de dépenses relevant de l'ONDAM médico-social (établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées ou handicapées) et des contributions des régimes à la CNSA à ce même titre[86], qui a pour objet de faire apparaître la contribution véritable de la CNSA à ces derniers (en 2011, 946 M€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie et, à titre accessoire, d'accidents du travail et maladies professionnelles, dont 755 M€ pour le régime général) ;
- le reclassement aux postes de produits (cotisations sociales et CSG) et de charges (prestations sociales) des pertes sur créances irrécouvrables, des dotations (et reprises) aux provisions pour dépréciation de créances et des dotations (et reprises) aux provisions pour risques et charges[87], afin de permettre aux postes précités de refléter les seuls produits dont le recouvrement est intervenu ou est anticipé et la totalité des charges exposées ou anticipées.

Ces deux dernières contractions sont contraires au principe comptable général de non-compensation des produits et des charges et, ce faisant, au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'élaboration des comptes sociaux. Dès lors, la Cour recommande à nouveau d'y mettre fin et de retracer dans les tableaux d'équilibre des montants de produits et de charges

85. Ce dernier point concourt à l'expression par la Cour d'une réserve sur les comptes combinés de l'activité de recouvrement et de la branche maladie du régime général de sécurité sociale. Voir Rapport de certification des comptes 2011 du régime général, juin 2012, p. 21, 53, 61 et 86.

86. 15,5 Md€ de produits et de charges pour l'ensemble des régimes, dont 13,5 Md€ pour le régime général.

87. Au total, 19,8 Md€ de réductions des produits et des charges pour l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, dont 15,8 Md€ pour le régime général.

conformes à ceux qui figurent dans les comptes des régimes et organismes nationaux de sécurité sociale.

Dans le cadre de l'annexe 4 au PLFSS 2012, le ministère chargé de la sécurité sociale avait amélioré la formalisation des méthodes appliquées pour établir les tableaux d'équilibre, S'agissant des projets de tableaux d'équilibre 2011, la Cour a pu s'assurer de l'application de ces méthodes et de leur permanence par rapport aux tableaux d'équilibre 2010 adoptés dans le cadre de la loi de financement pour 2012.

Cependant, l'annexe 4 continuait à comporter une description succincte des contractions qui s'écartent des principes comptables généraux. Surtout, elle ne mentionnait pas, au niveau des montants totaux et détaillés de produits et de charges (voir 1 - supra), la variation des produits et des charges avant et suite à ces contractions. A fortiori, elle ne commentait pas les écarts, parfois sensibles, qui peuvent être constatés dans la variation des produits et des charges nets par rapport à celle des produits et des charges comptabilisés (à juste titre) par les entités du périmètre pour leur montant brut, sous l'effet notamment de la contraction des dotations et reprises de provisions pour dépréciation de créances sur les cotisations et les prestations et de provisions de rappel sur prestations.

3 – Les constats des auditeurs externes sur la qualité des comptes

A l'exception de quatorze régimes de petite taille[88], les comptes 2011 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au PLFSS pour 2009[89] ainsi que ceux du FSV sont soumis à certification.

Le tableau ci-après synthétise les opinions exprimées à ce titre :

88. Des enjeux financiers limités s'attachent à ces régimes (ports autonomes, retraite des cultes d'Alsace-Moselle, rentes d'accidents du travail du département de Paris…).
89. Les régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat n'y figurent pas.

La certification des comptes 2011 des régimes et organismes nationaux

	Branches/organismes nationaux du régime général	Autres régimes et organismes	En % des charges brutes
Refus de certifier	2 (Famille/CNAF et AT–MP)	2 (RSI et Régime des mines)	17,0 %
Certification avec réserves	3 (Maladie/CNAMTS, Vieillesse/CNAVTS et activité de recouvrement /ACOSS)	3 (MSA, CNAVPL et ENIM)	62,4 %
Certification sans réserves		14 + FSV	11,7 %
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'Etat)		Régime des pensions des agents de l'Etat	8,9 %
Régimes non significatifs / autres cas		14	Ns

Source : Cour des comptes

Dans le cadre de son rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, la Cour a certifié avec des réserves les comptes de l'activité de recouvrement, de la branche maladie et de la branche vieillesse pour l'exercice 2011. Les principales réserves portent sur l'auditabilité des comptes, le contrôle interne des opérations effectuées et comptabilisées et l'évaluation des écritures d'inventaire (provisions pour dépréciation de créances, provisions pour risques et charges et produits à recevoir). En revanche, la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche famille en raison du caractère inadapté de la conception et du déploiement du dispositif de contrôle interne, qui ne permet pas de prévenir la présence d'erreurs financières de portée significative dans les charges de prestations légales. Par ailleurs, la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour des motifs liés à l'absence de constatation de provisions pour risques et charges au titre des incidences sur les produits de cotisations des contentieux relatifs à l'application de la législation AT-MP qui sont pendants à la clôture des comptes de l'exercice et aux insuffisances des dispositifs de contrôle interne relatifs à la tarification et au recouvrement des cotisations sociales.

Comme les années précédentes, deux régimes organisés en réseaux de caisses locales et représentant 18,3 % du total des charges des régimes de base de sécurité sociale autres que le régime général et celui des pensions de l'Etat ont fait l'objet d'un refus de certification des comptes par leurs commissaires aux comptes. Le refus de certification des comptes du régime social des indépendants (RSI) est lié aux insuffisances caractérisées du dispositif de contrôle interne applicable aux cotisations et aux prestations et au manque de justification de certaines écritures

comptables, notamment les provisions pour dépréciation de créances évaluées par l'ACOSS. S'agissant des anomalies qui affectent les cotisations du RSI, ces appréciations rejoignent celles exprimées par la Cour dans sa position sur les comptes 2011 de l'activité de recouvrement[90]. Le refus de certification des comptes du régime des mines résulte quant à lui d'une incertitude sur la réalité de la mise en œuvre et l'efficacité du nouveau dispositif de contrôle interne, notamment pour le risque maladie, des insuffisances du système de pilotage et de surveillance des activités, de l'incomplétude du processus de documentation et de justification des comptes et du non-respect de certaines normes comptables.

Les comptes du régime agricole, qui avaient fait l'objet d'un refus de certification au titre des exercices précédents, ont été certifiés sous une unique réserve. Selon le rapport des commissaires aux comptes, ce changement d'opinion a été rendu possible par la finalisation du processus de refonte du dispositif de contrôle interne et la vérification de l'efficacité des contrôles déployés en 2011. Les commissaires aux comptes expriment une réserve pour limitation sur les comptes de l'exercice 2011 au titre des flux de produits et de charges techniques qui résultent d'une notification par un tiers (Etat ou autre régime de sécurité sociale, notamment le régime général).

Comme les années précédentes, ont fait l'objet d'une certification avec réserves les comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et de l'établissement national des invalides de la marine, pour des motifs respectivement liés, pour 2011, à un manque de justification des flux et des estimations comptables de cotisations relatives aux auto-entrepreneurs notifiés par l'ACOSS et à l'absence de démonstration de l'efficacité du dispositif de contrôle interne des prestations en nature maladie et au caractère partiel de la documentation relative à la variation des dépenses maladie par rapport à 2010.

Au total, les régimes et organismes dont les comptes ont été certifiés avec des réserves représentent 36,3 % du total des charges des régimes de base de sécurité sociale autres que le régime général et celui des pensions de l'Etat.

Comme les années précédentes, ont été certifiés sans réserve les comptes des régimes gérés par la Caisse des Dépôts et Consignations (caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ou CNRACL notamment), issus d'entreprises nationales soumises de longue

90. Réserve de portée générale sur les comptes cotisants des travailleurs indépendants et réserve relative à l'évaluation des provisions pour dépréciation de créances, Rapport de certification des comptes 2011 du régime général, p. 21, 41 et 50.

date à une obligation de certification (caisse nationale des industries électriques et gazières, caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF et caisse de retraite du personnel de la RATP) ou relatifs à des professions juridiques (caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et caisse nationale des barreaux français). S'y ajoute pour 2011 la caisse nationale militaire de sécurité sociale, compte tenu de l'avancement du déploiement du plan de contrôle interne et de l'introduction d'une comptabilité auxiliaire des prestations.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial 2011

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

Elaboré par le ministère chargé de la sécurité sociale, ce document a pour objet d'améliorer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale des entités visées par le II de l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale : l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et les organismes ayant pour mission de concourir à leur financement (FSV), de mettre en réserve des recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites ou FRR) et d'amortir leur dette (caisse d'amortissement de la dette sociale ou CADES).

En application des dispositions de l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale, le tableau patrimonial est intégré à l'annexe A du projet de loi de financement. Les règles retenues pour son élaboration et la consistance de ses rubriques sont détaillées à l'annexe 9, où sont par ailleurs justifiés les besoins de financement des régimes et organismes habilités à recourir à l'emprunt.

Dans le silence de la loi organique sur son contenu, le tableau patrimonial retrace l'ensemble des actifs et des passifs comptabilisés aux bilans des régimes de base de sécurité sociale, du FSV, du FRR et de la CADES, après élimination de leurs opérations réciproques. Par nature ou de fait, le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale. D'une part, cinq régimes

n'ont pas de bilan[91]. D'autre part, sont écartés treize régimes[92] présentant des enjeux financiers limités (bilan inférieur à 200 M€ et absence d'autorisation d'emprunt par la loi de financement). Le montant agrégé de leurs bilans est négligeable (0,1 Md€ au total au 31 décembre 2011).

A – Le tableau patrimonial au 31 décembre 2011

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2011 sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Dans le cadre de ses travaux, la Cour a été rendue destinataire des projets d'annexe A et 9 à ce projet et a examiné les informations que contiennent ces documents. Les appréciations qui figurent ci-après sont exprimées sous le bénéfice de leur reprise à l'identique dans les documents qui seront déposés auprès du Parlement.

Le projet de tableau patrimonial communiqué à la Cour fait notamment apparaître une importante dégradation du passif financier net de la sécurité sociale, celui-ci s'élevant au 31 décembre 2011 à 111,2 Md€, soit 5,5 % du PIB, contre 96 Md€ au 31 décembre 2010, soit 4,9 % du PIB.

Ce passif résulte de la différence entre le passif financier, composé essentiellement des dettes financières portées par la CADES, et l'actif financier, constitué des titres de placement et disponibilités détenus principalement par le FRR et, pour le préfinancement de reprises de déficits, par la CADES. A titre principal, son augmentation par rapport à l'exercice précédent est la conséquence des déficits de l'exercice 2011 des branches du régime général et du FSV, dont une part prépondérante est financée par la CADES.

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

92. Service de l'allocation spéciale vieillesse, fonds commun des accidents du travail agricole, rentes d'accident du travail des ouvriers civils des établissements militaires, fonds commun des accidents du travail, régime de retraite des chemins de fer secondaires, régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, régime de retraite de l'Opéra de Paris, régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels, régime de retraite de la Comédie française, rentes d'accidents du travail de la mairie de Paris, régime d'assurance maladie du Port autonome de Bordeaux, rentes d'accidents du travail de l'assistance publique de Paris et rentes d'accidents du travail du département de Paris.

Tableau patrimonial au 31 décembre 2011

ACTIF (en Md€)	31/12/11	31/12/10	Var.	PASSIF (en Md€)	31/12/11	31/12/10	Var.
IMMOBILISATIONS	**6,8**	**6,6**	**0,2**	**CAPITAUX PROPRES**	**-100,6**	**-87,1**	**-13,4**
Immobilisations non financières	**4,0**	**3,9**	-	**Dotations**	**32,9**	**32,8**	**0,1**
				Régime général	0,5	0,5	-
				Autres régimes	3,8	3,7	0,1
				CADES	0,2	0,2	-
Prêts, dépôts de garantie et autres	**1,9**	**1,8**	**0,1**	FRR	28,3	28,3	-
				Réserves	**11,3**	**13,2**	**-1,9**
				Régime général	2,6	2,6	-
				Autres régimes	6,3	6,7	-0,4
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	**0,9**	**0,8**	**0,1**	FRR	2,4	3,9	-1,5
				Report à nouveau	**-134,6**	**-110,0**	**-24,6**
				Régime général	4,9	-13,5	18,4
				Autres régimes	-0,1	-1,3	1,3
				FSV	-	-3,2	3,2
				CADES	-139,4	-92,0	-47,4
				Résultat de l'exercice	**-10,7**	**-23,9**	**13,2**
				Régime général	-17,4	-24,0	6,5
				Autres régimes	-1,9	-1,6	-0,2
				FSV	-3,4	-4,1	0,6
				CADES	11,7	5,1	6,5
				FRR	0,3	0,6	-0,3
				Autres	**0,6**	**0,7**	**-0,2**
				FRR	0,6	0,7	-0,2
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	**17,9**	**17,0**	**0,9**
ACTIF FINANCIER	**58,9**	**50,7**	**8,1**	**PASSIF FINANCIER**	**170,1**	**146,8**	**23,3**
Valeurs mobilières et titres de placement	**45,1**	**44,6**	**0,4**	**Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)**	**162,6**	**118,8**	**43,8**
Autres régimes	6,9	9,2	-2,3	Régime général	5,6	17,5	-11,9
CADES	5,3	1,5	3,8	CADES	156,9	101,2	55,7
FRR	32,9	33,9	-1,0	**Dettes à l'égard d'établissements de crédit**	**3,7**	**24,7**	**-20,9**
Encours bancaire	**13,7**	**5,9**	**7,8**	Régime général (y compris prêts CDC)	1,4	21,0	-19,6
Régime général	1,3	0,8	0,5	Autres régimes	1,3	3,7	-2,3
Autres régimes + FSV	1,6	0,7	0,9	CADES	1,0	-	1,0
CADES	8,4	1,2	7,2	**Dépôts**	**0,2**	**0,8**	**-0,6**
FRR	2,3	3,2	-0,9	Régime général	0,2	0,8	-0,6
Créances nettes au titre des instr. financ.	**0,1**	**0,2**	**-0,1**	**Dettes nettes au titre des instruments financiers**	**0,1**	**0,1**	-
CADES	0,1	0,2	-0,1	FRR	0,1	0,1	-
				Autres	**3,5**	**2,4**	**1,1**
				Régime général	-	0,3	-0,3
				Autres régimes	0,1	0,1	-
				CADES	3,4	2,0	1,4
ACTIF CIRCULANT	**65,4**	**59,8**	**5,6**	**PASSIF CIRCULANT**	**43,7**	**40,5**	**3,1**
Créances sur prestations	**7,3**	**7,8**	**-0,5**	**Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires**	**22,3**	**21,3**	**1,0**
Créances de cotisations, de contributions sociales et d'impôts	**7,9**	**41,3**	**-33,3**	**Dettes à l'égard des cotisants**	**1,2**	**1,4**	**-0,2**
Produits à recevoir de cotisations (PAR), de contributions sociales et d'impôts	**35,5**	-	**35,5**				
Créances sur l'Etat et autres entités publiques	**8,9**	**6,6**	**2,3**	**Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques**	**9,7**	**7,6**	**2,1**
Produits à recevoir de l'état	**0,4**	-	**0,4**				
Autres actifs	**5,5**	**4,1**	**1,4**	**Autres passifs, dont soulte IEG**	**10,5**	**10,2**	**0,3**
TOTAL DE L'ACTIF	**131,0**	**117,1**	**13,9**	**TOTAL DU PASSIF**	**131,0**	**117,1**	**13,9**

Source : ministère chargé de la sécurité sociale

B – Avis de la Cour

Pour le deuxième exercice consécutif, la Cour exprime un « avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos », instauré par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

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

En outre, la Cour prend en compte dans son appréciation d'une part les positions qu'elle a exprimées sur les états financiers des établissements publics nationaux, des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale et d'autre part les opinions des commissaires aux comptes sur ceux des autres régimes et organismes nationaux.

*
* *

En application des dispositions de l'article 2, 1° b) de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, qui lui confient cette mission[93], la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial établis par le ministère chargé de la sécurité sociale qui est destiné à figurer à l'annexe A et sur le projet d'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

A l'issue de ses vérifications, la Cour relève en premier lieu que le projet d'annexe 9 procure des informations détaillées et pertinentes sur les modalités d'établissement du tableau patrimonial, la consistance des postes de l'actif et du passif qui y sont retracés et les facteurs à l'origine de leur évolution par rapport au 31 décembre 2010.

Elle estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 fournit une image cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011, sous réserve des quatre observations suivantes :

1. Tout en relevant des progrès dans la présentation du tableau patrimonial, la Cour remarque qu'à la différence des autres, les rubriques de l'actif et du passif circulant sont présentées en agrégeant les données relatives à l'ensemble des entités (ou catégories d'entités) du périmètre de ce document (voir C – 1 – infra).

2. Si des progrès sont intervenus dans la justification des opérations réciproques entre les entités du périmètre du tableau patrimonial, des pratiques comptables hétérogènes continuent à affecter, dans une mesure plus limitée qu'au 31 décembre 2010, la réciprocité des opérations éliminées dans le cadre de l'élaboration de ce dernier (voir C – 2 – infra).

3. S'agissant du RSI, le tableau patrimonial, conformément à son objet, a vocation à intégrer exclusivement des éléments d'actif et de passif relatifs à ses régimes de base d'assurance vieillesse et maladie. Les montants retenus dans le cadre du tableau patrimonial sont issus d'informations insuffisamment justifiées (voir C – 3 – infra).

4. Pour 2011, les opinions exprimées par la Cour des comptes d'une part, et les commissaires aux comptes d'autre part continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne (voir C – 4 – infra).

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

93. Ces dispositions effectuent un ajout au 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières. A ce jour, elles ne sont pas codifiées.

- la loi de financement pour 2011 et le décret n° 2011-20 du 5 janvier 2011 ont organisé la reprise par la CADES des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches maladie, famille, vieillesse et du FSV et des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille pour un montant maximal de 65,3 Md€ qui a été versé au cours de l'année 2011. Dans les états financiers de la CADES, l'ensemble des reprises a été imputé aux capitaux propres. Dans ceux des entités qui en bénéficient, l'imputation aux capitaux propres a uniquement porté sur les reprises des déficits des exercices 2009 et 2010, compte tenu de l'absence d'affectation des résultats 2011. Dans le tableau patrimonial au 31 décembre 2011, la part de la reprise des déficits relative à 2011 a été reclassée en dettes et seules figurent dans les capitaux propres de la CADES les reprises au titre des exercices 2009 et 2010 dans une préoccupation d'homogénéité de traitement avec leurs bénéficiaires ;
- dans le tableau patrimonial au 31 décembre 2011, les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la CADES (27,3 Md€) au titre des dispositions de la loi de financement pour 2011 qui prévoit le versement, à compter du 1er janvier 2011, de 2,1 Md€ par le FRR à la CADES entre 2011 et 2024, soir 29,4 Md€ au total, ont été neutralisées en raison de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances sur le FRR[94]. Au regard du bilan du FRR, les dotations et réserves indiquées au titre de cet organisme sont par conséquent majorées, tandis que les passifs circulants sont minorés. Cette remarque n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres, mais uniquement sur leur ventilation entre le FRR et la CADES ;
- en application de l'avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité du 24 juin 2003, le FRR comptabilise ses actifs financiers à une valeur de marché (32,9 Md€ au 31 décembre 2011) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation (0,5 Md€ à la même date).

C – Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 – La présentation du tableau patrimonial

Dans son avis sur le tableau patrimonial 2010, la Cour avait relevé que les actifs étaient présentés uniquement pour leur valeur nette d'amortissements et de provisions et que les produits à recevoir et les créances sur les cotisants étaient regroupés à une même rubrique. Dans le cadre de la préparation du tableau patrimonial 2011, le ministère chargé de la sécurité sociale a donné suite à ces observations, en distinguant d'une part les produits à recevoir et les créances sur les cotisants

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

(reclassement de 32,8 Md€ au total) et d'autre part en renseignant les actifs pour leur valeur brute séparément des amortissements et des dépréciations.

En outre, l'élaboration du tableau patrimonial 2011 a fait apparaître dans la présentation du tableau patrimonial 2010, s'agissant du RSI, des anomalies relatives à la ventilation des dépréciations de créances (4 Md€) et à l'absence de prise en compte d'éléments d'actifs portant principalement sur les immobilisations (0,2 Md€) et sur les créances sur l'Etat (0,2 Md€).

Les montants concernés par les reclassements et les ajustements liés aux anomalies ayant affecté le tableau patrimonial 2010 ont un caractère significatif (respectivement 36,8 Md€ et 0,4 Md€). Comme l'a préconisé la Cour dans le cadre d'échanges avec le ministère chargé de la sécurité sociale, l'annexe 9 au projet de loi de financement pour 2013 présentera un tableau patrimonial pro forma 2010 permettant d'assurer la comparabilité des données 2010 avec celles de 2011.

Par ailleurs, la présentation du tableau patrimonial n'adopte pas un niveau de détail homogène entre les différentes rubriques. Ainsi, les rubriques de l'actif et du passif circulant sont présentées en agrégeant les données relatives à l'ensemble des entités (ou catégories d'entités) du périmètre du tableau patrimonial. Pour l'avenir, la Cour recommande une présentation similaire à celle adoptée pour les autres rubriques du tableau patrimonial, ce qui permettra de procurer une information plus cohérente au regard de la taille des enjeux financiers concernés.

2 – Les difficultés soulevées par l'élimination des opérations réciproques

Dans le cadre de l'élaboration du tableau patrimonial 2010, le ministère chargé de la sécurité sociale avait identifié une absence d'homogénéité des modes de comptabilisation d'opérations de même nature aux mêmes rubriques du bilan et la compensation d'éléments d'actifs et de passifs. Pour ces raisons, conjuguées au manque d'informations détaillées dans les annexes aux comptes des organismes du périmètre, il avait éliminé les opérations réciproques sur le fondement des chiffres disponibles les plus fiables. La Cour avait relevé ces mêmes imperfections dans son avis sur le tableau patrimonial 2010.

Au 31 décembre 2011, les écarts se sont réduits sous l'effet des consignes données par le ministère chargé de la sécurité sociale aux entités du périmètre du tableau patrimonial, qui détaillaient les points d'amélioration attendus, et du périmètre étendu de la procédure de

circularisation des soldes comptables entre ces entités. Cependant, les écarts demeurent notables entre les régimes d'assurance maladie.

3 – Les problèmes de justification des montants intégrés au tableau patrimonial au titre des organismes gérant des régimes complémentaires

Le périmètre du tableau patrimonial portant uniquement sur les régimes de base, il est nécessaire de dissocier, pour le régime social des indépendants et le régime agricole, les données financières relatives aux régimes de base de celles ayant trait aux régimes complémentaires.

Les montants retenus au titre des seuls régimes de base intégrés au tableau patrimonial (9,8 Md€ et 6,5 Md€ respectivement en valeur brute) sont issus d'informations communiquées par la CNRSI et la CCMSA. Dans le cadre de l'élaboration du tableau patrimonial, le ministère chargé de la sécurité sociale n'a pu recueillir auprès de la caisse nationale du RSI des éléments de justification suffisants sur la correcte ventilation des montants relatifs au RSI entre régime de base et régime complémentaire.

4 – Les constats des auditeurs externes sur la qualité des comptes

Sur ce point, il est renvoyé aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (voir I – C – 3. supra). Par rapport à ces derniers, l'incidence des constats de la Cour des comptes et des commissaires aux comptes sur la qualité perfectible des états financiers est atténuée par le fait qu'ils n'ont pas porté d'observations sur l'actif et le passif financier des entités du périmètre des tableaux d'équilibre. S'agissant des comptes des entités qui sont comprises dans le périmètre du tableau patrimonial, mais pas dans celui des tableaux d'équilibre, les comptes du FRR ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes et l'auditeur contractuel de la CADES n'a pas émis d'observation sur ses états financiers.

CONCLUSION

Au regard des projets communiqués à la Cour, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 traduisent correctement les résultats et le patrimoine des entités comprises dans leurs périmètres respectifs, tels qu'ils sont retracés dans leurs états financiers audités et approuvés. Les résultats de l'ensemble des régimes obligatoires de base, des branches du régime général de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse retracés dans les tableaux d'équilibre se caractérisent par des déficits massifs, bien qu'en diminution par rapport à leur niveau historique de 2010. Compte

tenu de ces derniers, l'endettement global des entités comprises dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale (CADES et FRR compris) retracé par le tableau patrimonial enregistre une nouvelle augmentation par rapport à l'exercice précédent.

Cependant, les opinions exprimées par les auditeurs externes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général (Cour des comptes) et d'une partie des autres régimes et organismes nationaux de sécurité sociale (commissaires aux comptes) font apparaître une qualité encore insuffisante des états financiers de cette catégorie d'administrations publiques. Pour une part, les motifs de refus de certification et les réserves exprimés par les auditeurs externes ont une incidence directe sur le niveau des résultats et sur l'évaluation des actifs et des passifs non financiers qui y sont retracés. Dans une moindre mesure, l'absence de réconciliation de certaines opérations réciproques dénote elle aussi l'existence d'imperfections des états financiers de certaines entités.

Par ailleurs, la Cour relève à nouveau la nécessité d'améliorer l'information communiquée au Parlement sur la situation financière de la sécurité sociale dans le cadre des tableaux d'équilibre (absence d'information détaillée sur la consistance et la variation des produits et des charge ; éclairage insuffisant des impacts des contraction de produits et de charges).

RECOMMANDATIONS

8. Assurer dans le cadre de l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) une information sur la consistance et la variation des produits et des charges pris en compte dans les tableaux d'équilibre qui ait une qualité homogène avec celle procurée par l'annexe 9 sur les actifs et passifs retracés par le tableau patrimonial (recommandation réitérée).

9. Assurer l'homogénéité des méthodes de comptabilisation des opérations réciproques entre les entités comprises dans le périmètre des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial (recommandation réitérée).

10. Pour l'élaboration des tableaux d'équilibre, mener à terme l'élimination des transferts internes et mettre fin aux contractions de produits et de charges qui s'écartent du cadre normatif fixé par la LOLFSS pour l'élaboration des comptes sociaux. A défaut, décrire dans l'annexe 4 au PLFSS les impacts des contractions effectuées sur l'évolution des produits et des charges par rapport à ceux effectivement comptabilisés par les régimes de sécurité sociale (recommandation réitérée).

Chapitre IV

La certification des comptes du régime général de sécurité sociale par la Cour des comptes : un premier bilan

PRESENTATION

Au titre de sa mission d'assistance au Parlement et au gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, prévue par l'article 47-2 de la Constitution, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a confié à la Cour, à compter de 2006, le mandat permanent de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes du régime général de sécurité sociale. En application de dispositions du code de la sécurité sociale (article LO. 111-3-VIII) et du code des juridictions financières (article LO 132-2-1), la Cour remet au Parlement et au Gouvernement, avant le 30 juin suivant le dernier exercice clos, un rapport rendant compte des vérifications qu'elle a effectuées à cette fin.

Chaque année, la Cour exprime ainsi neuf positions distinctes sur des états financiers dans lesquels, pour 2011, étaient retracés au total 459,8 Md€ de produits et 390,3 Md€ de charges, soit 23 % et 19,6 % du PIB[95] *:*

- *cinq positions sur les comptes combinés* [96] *de l'activité de recouvrement et des quatre branches de prestations du régime général : maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), famille et vieillesse ;*
- *quatre positions sur les comptes des établissements publics nationaux de l'Etat, têtes des réseaux d'organismes de base et entités combinantes : l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour l'activité de recouvrement, la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour les deux branches maladie et AT-MP et la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). Les positions sur les comptes des établissements publics constituent une déclinaison de celles sur les comptes des branches, qui intègrent ces derniers.*

95 . Cet écart traduit le fait que les organismes de l'activité de recouvrement (URSSAF et ACOSS) recouvrent des cotisations et contributions sociales et des impositions pour le compte d'attributaires extérieurs au régime général. S'agissant des produits et charges des seules branches du régime général, il recouvre pour cette même année un déficit de 17,4 Md€ au total.

96. Des comptes combinés sont établis au titre d'entités qui composent un même groupe, ne sont toutefois pas liées entre elles par un lien de participation (à la différence des comptes consolidés), mais bénéficient de relations suffisamment proches (affectio familiale), ou d'un accord, ou d'une direction commune pour en induire un comportement commun.

Au-delà de la vérification de la conformité des états financiers au référentiel qui leur est applicable, la certification des comptes du régime général de sécurité sociale apporte une contribution majeure à la qualité et à la transparence des comptes publics de la France, s'agissant d'une composante essentielle des finances publiques de notre pays. Elle constitue aussi un puissant levier de modernisation de la gestion, en termes de fiabilité des procédures, de maîtrise des risques financiers et d'amélioration du service rendu aux assurés sociaux.

A l'issue du second cycle triennal d'audit (2009 à 2011), la Cour a souhaité établir un premier bilan, par nature provisoire, des transformations dont la certification a été l'élément moteur et de celles qui demeurent à réaliser afin de lui permettre de lever des réserves ou des éléments constitutifs de refus de certification des comptes..

Après avoir présenté la stratégie d'audit qu'elle met en œuvre (I), la Cour dresse l'état des lieux des chantiers engagés par les organismes du régime général afin de renforcer la maîtrise des risques financiers qui ont une incidence sur la fiabilité des comptes et, ce faisant, sur la maîtrise des finances sociales et la qualité du service public (II) et souligne la persistance de points de blocage à la transparence des comptes du régime général, dont la levée dépend de décisions ministérielles (III).

I - La stratégie d'audit de la Cour

Dans l'exercice de sa mission, le certificateur est confronté au risque d'audit, c'est-à-dire au risque de ne pas détecter une anomalie significative dont son opinion sur les comptes devrait tenir compte. Il doit donc s'attacher à identifier les risques ayant une incidence sur les comptes, à en apprécier la portée et à mettre en œuvre à cette fin des vérifications appropriées.

Dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général, la Cour applique des normes, met en œuvre une organisation et retient des axes prioritaires de travaux destinés à réduire à un niveau acceptable le risque d'audit, dont le niveau est particulièrement élevé au regard des caractéristiques du régime général.

A – Les normes appliquées par la Cour

La certification des comptes est une opinion écrite et motivée qu'exprime, sous sa propre responsabilité, un organisme indépendant sur les comptes d'une entité. Elle a pour objet de procurer l'assurance

raisonnable que les états financiers (compte de résultat, bilan et annexe) sont, dans l'ensemble de leurs éléments significatifs, réguliers et sincères et qu'ils donnent une image fidèle du résultat, du patrimoine et de la situation financière au regard d'un ensemble de principes et de règles.

Le Parlement, le Gouvernement, les conseils d'administration des organismes nationaux du régime général, qui ont notamment pour mission d'approuver les comptes et, au-delà, les assurés sociaux, les redevables des prélèvements affectés au financement du régime général, les tiers avec lesquels les organismes de ce dernier entretiennent des relations financières sont les destinataires des opinions (« positions ») de la Cour.

La Cour effectue ses travaux dans le cadre des dispositions du code des juridictions financières (qui fixent notamment des règles de contradiction avec les organismes nationaux du régime général et leurs administrations de tutelle[97] et de collégialité dans l'établissement des conclusions de la Cour) et en se référant aux normes internationales d'audit édictées par la fédération internationale des experts comptables (IFAC) ou normes ISA (International Standards on Auditing). Ces normes impliquent l'utilisation de critères d'audit relatifs aux flux d'opérations, aux soldes des comptes de fin de période, ainsi qu'à la présentation et aux informations fournies dans les états financiers : existence, exhaustivité, exactitude, indépendance des exercices comptables, valorisation des opérations et intelligibilité des comptes.

La référence aux normes ISA concourt à assurer une communauté d'approches d'audit avec les commissaires aux comptes, qui certifient les comptes d'autres organismes et régimes de sécurité sociale[98] et de protection sociale avec lesquelles le régime général a des relations financières. En effet, les normes d'exercice professionnel (NEP) homologuées par arrêté du Garde des Sceaux qui s'appliquent aux mandats des commissaires aux comptes en France assurent la transposition des normes ISA.

Cette proximité revêt une importance particulière en raison de la réalisation par les entités du régime général d'opérations pour le compte d'entités tierces et vice-versa. De ce fait, la Cour des comptes et les commissaires aux comptes ont besoin de recueillir des éléments d'information et d'appréciation de la part de l'autre certificateur pour l'exercice de leur propre mission ou mandat.

97. Notamment en ses articles R. 137-1 à R. 137-4.

98. Depuis 2008, leurs états financiers sont soumis à une obligation de certification des comptes par un ou plusieurs commissaires aux comptes.

En 2011, les dispositions juridiques instaurées à cet effet[99] ont été appliquées en faveur des commissaires aux comptes de l'Unédic, de l'association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés (AGS) et, avec un objet plus étroit, du RSI, dont les cotisations et contributions sociales sont recouvrées par les URSSAF. A ce titre, la Cour a effectué des diligences particulières pour leur compte. A l'avenir, la Cour sera amenée à solliciter les commissaires aux comptes des régimes de sécurité sociale qui effectuent des opérations pour le compte de l'activité de recouvrement du régime général, notamment le RSI et le régime agricole.

B – Les implications des caractéristiques du régime général sur l'organisation des travaux

La Cour effectue ses vérifications dans des délais stricts. Pour s'en tenir aux seuls travaux finaux sur les comptes, elle dispose de vingt jours calendaires pour adresser aux organismes nationaux et à leurs autorités de tutelle l'ensemble des observations d'audit comportant des demandes de correction dans les comptes, avant que les comptes de résultats et les bilans qui lui ont été communiqués dans une version provisoire (au 10 mars) n'acquièrent un caractère définitif (au 30 mars). Comme la Cour l'a déjà souligné[100], ce court délai se trouve amoindri par des différés de transmission d'une partie des pièces permettant de justifier les comptes.

En dehors des échéances calendaires, l'organisation des travaux mise en œuvre par la Cour est dictée par les caractéristiques des branches et de l'activité de recouvrement du régime général.

1 – Un périmètre d'audit particulièrement étendu et complexe

Le régime général constitue le principal régime de sécurité sociale. Du point de vue de l'audit des comptes, il a pour principales caractéristiques l'importance des masses financières en jeu, la volumétrie des opérations effectuées et comptabilisées, qui se chiffrent chaque année à plusieurs centaines de millions, la gestion de ces opérations dans le cadre de traitements automatisés d'information, qui en sécurisent la réalisation, mais engendrent aussi des risques systémiques en cas d'erreur de développement des programmes informatiques et l'intensité des

99. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et décret du 21 juin 2011, dont les dispositions sont codifiées dans le code des juridictions financières.

100. Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2011, p. 15 – 16.

transferts d'information et des flux financiers entre les organismes du régime général et entre ces derniers et des organismes tiers.

Au sein de chacune des activités ou branches, les opérations se rattachent à des catégories distinctes fondées sur la nature des prélèvements et des cotisants (activité de recouvrement) ou l'objet des prestations et des transferts financiers avec des tiers (branches).

Les opérations relatives aux prélèvements et aux prestations sont effectuées, dans le cadre d'applications ou de modules informatiques multiples, par un grand nombre d'organismes, qui sont dotés de la personnalité morale (341 au total pour le régime général pris dans son ensemble).

Prises individuellement, les opérations comptabilisées portent sur des montants limités, voire infimes au regard des postes des comptes de résultat et des bilans qui retracent, surtout pour les premiers, des montants considérables.

L'atomicité des opérations conduit à faire reposer à titre principal l'appréciation du risque d'anomalies significatives dans les comptes sur un examen approfondi du contrôle interne, c'est-à-dire de l'ensemble des dispositifs automatisés (contrôles intégrés aux systèmes d'information) ou en tout ou partie manuels (procédures, actions de contrôle…) qui concourent à prévenir le risque d'anomalies de portée significative dans les comptes ou qui permettent de détecter et de corriger en temps voulu ces anomalies.

2 – Les modalités de couverture du périmètre d'audit

Devant le nombre et la diversité des flux financiers, des applications informatiques et des organismes constitutifs des branches et de l'activité de recouvrement du régime général, la Cour déploie son approche d'audit dans un cadre pluriannuel, délègue la réalisation d'une partie de ses travaux à des prestataires de service placés sous son contrôle et s'appuie chaque fois que cela est pertinent sur les travaux de l'audit interne, en allégeant ainsi les siens.

L'organisation des travaux dans le cadre de cycles triennaux permet à la Cour d'étaler dans le temps l'examen des principaux processus d'activité, des risques et des dispositifs de contrôle interne mis en œuvre afin de les couvrir, de revenir périodiquement sur des points d'audit et, dans l'intervalle, de suivre les actions mises en œuvre par les organismes du régime général afin de pallier les faiblesses qu'elle a relevées. En règle générale, les systèmes d'information sont audités dans le cadre d'une approche pluriannuelle, le contrôle interne des processus

faisant appel à une intervention humaine est examiné selon une périodicité au plus biennale et les états financiers eux-mêmes sont audités chaque année.

Compte tenu des compétences très spécialisées qu'appelle ce type de travaux, la Cour fait appel chaque année, dans le cadre de procédures d'appel d'offres, à des prestataires de service pour auditer les systèmes d'information (audits d'application et contrôles généraux informatiques, portant notamment sur la validation des développements informatiques, la gestion des problèmes et des incidents et la sécurité physique et logique des systèmes d'information). De manière ponctuelle, la Cour recourt aussi à des prestataires pour apprécier certaines estimations comptables.

La Cour effectue ses travaux dans les organismes nationaux, en leur double qualité d'organismes dont elle certifie les comptes et de têtes des réseaux dont elle certifie les comptes combinés. Bien qu'elle ne certifie pas les comptes des organismes de base, la Cour opère des vérifications dans une sélection d'entre eux, afin de dégager des problématiques de portée nationale et, à travers l'audit des organismes les plus importants, de couvrir une part élevée des flux financiers de la branche.

Les comptes des organismes de base font l'objet d'une validation par les agents comptables des organismes nationaux. Ce dispositif repose sur la mise en œuvre de contrôles sur les comptes locaux et d'audits sur place et sur pièces. Par nature, il a des finalités plus étroites que la certification : les agents comptables des organismes nationaux s'assurent de la correcte application des prescriptions de ces derniers, mais ne procèdent pas dans le cadre de la validation à un examen de l'adéquation de ces prescriptions aux risques, comme le fait la Cour en sa qualité d'auditeur externe indépendant. Dans cette limite, la Cour apprécie, en application des normes internationales d'audit, dans quelle mesure elle peut s'appuyer sur les conclusions des audits de validation des comptes (nature des objectifs, points audités et documentation des conclusions).

Par ailleurs, la Cour exploite les audits effectués par les départements d'audit rattachés aux ordonnateurs (directeurs) sur des processus de gestion et des organismes locaux.

La place de la validation des comptes dans la stratégie d'audit de la Cour

En permettant de couvrir un périmètre plus étendu d'organismes, la validation des comptes des organismes de base par les agents comptables des organismes nationaux permet de démultiplier les objectifs et cibles de la certification des comptes par la Cour.

A cet égard, elle tient une place plus importante dans la stratégie d'audit de la Cour pour les branches dont les flux financiers sont fractionnés entre un grand nombre d'organismes de base à ressort départemental (famille, maladie et AT-MP pour les prestations), que pour celles dont l'activité est concentrée sur un nombre plus réduit d'organismes : branches dont les organismes ont une compétence régionale (vieillesse, AT-MP pour la tarification des cotisations et activité de recouvrement compte tenu de la place particulière de l'URSSAF de Paris et de la région parisienne et, depuis cette année, de la régionalisation par étapes des autres URSSAF) ou pour partie nationale (depuis 2008, activité de recouvrement compte tenu de l'attribution à certaines URSSAF de la gestion de l'ensemble des comptes cotisants des mêmes grandes entreprises). Dans ce second cas de figure, la Cour est en effet à même de couvrir une part plus importante des flux financiers par ses propres travaux dans une sélection d'organismes de base.

En permettant aux agents comptables des organismes nationaux d'en assurer un suivi régulier et précis, la validation des comptes a permis de renforcer la maîtrise des risques financiers affectant les opérations effectuées et, de ce fait, comptabilisées par les organismes de base, qui constituent une part prépondérante des opérations retracées par les ensembles d'états financiers soumis à une certification par la Cour.

Cependant, la portée de la validation sur la fiabilité de ces derniers est amoindrie par le fait que les agents comptables des organismes nationaux n'utilisent pas les audits de validation des comptes comme l'un des moyens d'assurer l'exactitude de la comptabilité. D'une part, les programmes de contrôle des comptes [101] mis en œuvre par les départements d'audit de validation des comptes ne sont pas définis en fonction d'un recensement exhaustif et précis des risques comptables qui, compte tenu de leur nature, ne peuvent être couverts par les contrôles effectués par l'autre département de l'agence comptable, celui qui est chargé d'établir les états financiers. D'autre part, les erreurs de comptabilisation que relèvent les auditeurs de la validation des comptes ne donnent pas systématiquement lieu à des corrections, même limitées au seul bilan d'entrée de l'exercice suivant. Aucune correction n'est ainsi apportée aux états financiers des branches maladie et AT-MP.

101. Révision des comptes dans le langage courant.

C – Les axes prioritaires des travaux

Les vérifications de la Cour se concentrent sur quatre enjeux principaux, dont les deux premiers sont couverts par des travaux destinés à apprécier la capacité du contrôle interne à prévenir, à détecter et à corriger des anomalies significatives dans les comptes.

1 – Les risques d'erreurs affectant les opérations effectuées et, de ce fait, comptabilisées

A la différence des entreprises, les organismes de sécurité sociale n'ont, sauf exception limitée, aucune faculté de choix quant à l'objet, aux conditions ou au prix des prestations immatérielles qu'ils rendent aux redevables de prélèvements et aux assurés sociaux. L'assujettissement, l'assiette, le taux et l'affectation des cotisations et contributions sociales et des impositions, l'attribution et le calcul des prestations légales[102] et les transferts financiers en provenance ou à destination de tiers ont pour origine des lois et des règlements qui fixent de manière détaillée les règles applicables. Lorsqu'ils disposent d'une telle faculté (cas des prestations d'action sanitaire et sociale), les organismes de sécurité sociale ont fixé des règles auxquelles les opérations doivent se conformer.

Dans le cadre de sa mission de certification des comptes, la Cour évalue par conséquent le risque, la fréquence et l'incidence financière des erreurs qui affectent les opérations comptabilisées du fait soit d'écarts entre les règles de gestion appliquées par les organismes du régime général (dans le cadre notamment des systèmes d'information) et les règles de droit, soit d'erreurs dans l'application de règles de gestion elles-mêmes correctes (du fait notamment d'erreurs d'analyse de la situation d'un assuré ou d'un redevable ou d'erreurs matérielles).

En application des normes internationales d'audit, la Cour effectue par ailleurs des travaux destinés à apprécier la portée du risque de fraude interne et externe.

2 – Les risques d'anomalies affectant les enregistrements comptables au regard des opérations effectuées

Des applications informatiques distinctes sont utilisées pour gérer les opérations relatives aux cotisations, contributions et impositions, aux prestations sociales et à la gestion administrative des organismes

102. Y compris le remboursement d'actes de soins effectués à l'hôpital ou en clinique ou la prise en charge de séjours en établissement médico-social.

(ressources humaines, achats) d'une part et pour en assurer la comptabilisation d'autre part. Des erreurs, notamment de paramétrage des systèmes d'information, sont susceptibles d'affecter la correcte intégration (« déversement ») dans la comptabilité générale des informations relatives aux opérations effectuées.

La Cour vérifie l'exhaustivité et l'exactitude de la prise en compte dans la comptabilité générale des informations issues de la production. A cet effet, elle s'attache à identifier et, lorsqu'il existe, à suivre un chemin de révision de la comptabilisation des opérations effectuées par les organismes du régime général des applications de production vers les applications de comptabilité générale et vice versa.

3 – Les risques de sur ou de sous-évaluation du résultat

Le résultat annuel de chacune des branches du régime général (maladie, AT–MP, famille et vieillesse) constitue le point d'audit déterminant de l'examen des états financiers proprement dits.

Dans le cadre de l'examen de la formation des résultats annuels des branches, la Cour s'assure de la conformité aux principes comptables généraux du traitement des diverses opérations, de la permanence des méthodes, de la constitution de provisions pour risques et charges au titre de l'ensemble des passifs et de la correcte évaluation des enregistrements comptables qui résultent d'une estimation[103]. En effet, la variation d'un exercice à l'autre de ces enregistrements est susceptible d'avoir une incidence importante sur le résultat de l'exercice. La Cour apprécie la pertinence des méthodes d'estimation appliquées et des paramètres utilisés à ce titre, le réalisme des hypothèses retenues et la fiabilité des sources d'information et des opérations de calcul.

4 – La qualité de l'information financière

Les états financiers entrant dans le périmètre d'audit de la Cour comprennent le compte de résultat, le bilan et l'annexe aux comptes. Document comptable à part entière, l'annexe procure des informations importantes pour comprendre celles indiquées dans le compte de résultat

103. Produits à recevoir de cotisations, de contributions sociales et d'impositions (23,7 Md€ au titre des seules branches du régime général au 31 décembre 2011), provisions pour dépréciation de créances sur les prélèvements précités et sur des trop-versés de prestations aux assurés sociaux (13,3 Md€), provisions pour risques et charges relatives à des rappels de prestations, à des remboursements en instance de liquidation et à des litiges non dénoués à la clôture de l'exercice au titre des prélèvements et des prestations (14,7 Md€).

et le bilan : les règles comptables, l'incidence sur les comptes des faits marquants de l'exercice, les changements comptables (corrections d'erreurs, changements de méthode de comptabilisation ou d'estimation), les méthodes d'estimation comptable, le détail de la consistance des postes du compte de résultat et du bilan, la variation de la trésorerie entre le début et la fin de l'exercice (dans le cadre d'un tableau des flux de trésorerie) et les engagements hors bilan (engagements donnés et reçus) qui dépassent le cadre de ce dernier.

La Cour vérifie de manière approfondie la complétude, l'exactitude et le degré de précision de l'information procurée par les états financiers, notamment l'annexe.

*
* *

Pour exprimer ses positions, la Cour recourt à l'ensemble des formes généralement utilisées en matière de certification d'états financiers en conformité avec les normes internationales d'audit. Ces normes prévoient qu'une opinion sans réserve ne peut être émise si des difficultés significatives sont identifiées. En fonction de la nature de ces difficultés, une certification avec réserve(s), un refus de certifier ou encore une impossibilité de certifier doit alors être exprimé.

Au regard de la nature et de l'intensité des constats que ses vérifications conduisent à établir, la Cour a ainsi refusé de certifier les comptes de l'activité de recouvrement (2007), de la branche famille (2006 à 2008 et 2011), de la branche vieillesse (2008 et 2009) et de la branche AT-MP (2010 et 2011) et a certifié avec des réserves les comptes de la branche maladie (ensemble des exercices) et des autres branches et de l'activité de recouvrement pour les exercices autres que ceux précités.

En effet, la certification des comptes n'est pas un exercice linéaire : en fonction de ses constats, la Cour peut être amenée à modifier son opinion, -des comptes certifiés avec des réserves au titre d'un exercice pourront faire l'objet d'un refus de certification au titre d'un exercice ultérieur-, à formuler de nouvelles réserves ou à lever des réserves existantes pour tout ou partie de leurs éléments.

Le tableau ci-après retrace les positions exprimées par la Cour ainsi que le nombre de réserves ou de motifs de refus de certification :

Activité/branche	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Recouvrement	Réserves (3)	Refus (11)	Réserves (10)	Réserves (5)	Réserves (9)	Réserves (8)
Maladie	Réserves (7)	Réserves (9)	Réserves (7)	Réserves (6)	Réserves (6)	Réserves (5)
AT-MP	Réserves (4)	Réserves (5)	Réserves (2)	Réserves (3)	Refus (3)	Refus (5)
Famille	Refus (9)	Refus (7)	Refus (7)	Réserves (7)	Réserves (5)	Refus (6)
Vieillesse	Réserves (7)	Réserves (4)	Refus (10)	Refus (7)	Réserves (7)	Réserves (6)
Total	30	36	36	28	30	30

II - Les progrès encore inaboutis des organismes pour maîtriser les risques d'anomalies dans les comptes

En révélant des risques avérés ou potentiels d'anomalies dans les opérations effectuées et comptabilisées, la certification des comptes constitue un puissant levier d'amélioration de la fiabilité des comptes et, au-delà, de progrès portant sur des objets plus larges : la correcte application des décisions du législateur et de l'autorité réglementaire, l'égalité de traitement et la qualité réelle du service rendu aux bénéficiaires de prestations sociales et aux redevables de prélèvements sociaux et la sécurisation des recettes et des dépenses sociales.

Ainsi, les quatre organismes nationaux du régime général ont engagé des actions, pour certaines d'envergure, destinées à pallier les risques financiers dont la Cour a constaté qu'ils n'étaient pas couverts avec une efficacité suffisante par les dispositifs de contrôle interne en vigueur : la correcte intégration des informations relatives aux opérations effectuées dans la comptabilité générale ; l'attribution erronée, pour un montant erroné ou l'absence d'attribution de prestations ; l'absence d'exhaustivité de la collecte des prélèvements sociaux.

L'étendue, la portée et la rapidité de déploiement de ces actions apparaissent cependant hétérogènes, ce qui traduit une appropriation inégale de la certification des comptes entre les différentes branches et, en leur sein, entre les agences comptables et les services ordonnateurs.

A – La certification des comptes : un révélateur des insuffisances de la gestion

La certification des comptes du régime général de sécurité sociale a été instaurée par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. L'exercice 2006 constituait le premier exercice d'application de cette procédure nouvelle. Les entités auditées ont donc disposé d'un temps très court pour s'y adapter. Certes, des travaux préparatoires avaient été effectués. Cependant, ils reposaient sur une acception étroite de la portée de ce nouvel exercice et sur une vision optimiste de la situation réelle des composantes du régime général au regard de ses attendus. L'exercice par la Cour de sa nouvelle mission de certification a révélé des insuffisances de la gestion, qui ont une incidence significative sur la fiabilité des états financiers des branches et de l'activité de recouvrement du régime général.

1 – Le manque de justification des opérations comptabilisées

Au commencement de ses travaux, la Cour a été confrontée à une difficulté de portée générale à obtenir les éléments permettant de justifier les enregistrements comptables ayant pour origine une opération effectuée ou une estimation.

Cette difficulté résultait de la conception prédominante du rôle de la comptabilité dans les organismes de sécurité sociale : celle d'une fonction passive d'enregistrement, en aval, par des écritures de débit et de crédit, des opérations effectuées par les services ordonnateurs, sans maîtrise réelle des montants comptabilisés.

Ainsi, les produits, charges, créances et dettes relatifs aux prélèvements sociaux et aux prestations étaient retracés dans les documents comptables sous la forme uniquement de montants globaux. En l'absence d'une comptabilité auxiliaire à la comptabilité générale, il n'était pas possible d'en connaître le détail par cotisant ou par bénéficiaire de prestation. Sous l'effet d'un manque de reconnaissance de la fonction comptable, les outils informatiques qui lui sont consacrés n'avaient pas fait l'objet d'investissements suffisants.

Au-delà même de l'absence de comptabilité auxiliaire, la tenue de la comptabilité de la branche vieillesse connaissait des faiblesses particulières. En effet, la mise en place d'un nouvel outil de gestion des pensions de retraite (outil retraite) à compter de 2003 ne s'était pas accompagnée de celle d'un déversement automatisé à partir de cet outil des informations relatives aux pensions dans l'outil de comptabilité générale. Dès lors, les pensions de retraite demeuraient comptabilisées à

partir d'états papier issus d'une chaîne des paiements mise en place dans les années 1970. Pour autant, l'agence comptable de la CNAVTS n'avait pas formalisé aux organismes de son réseau (dont elle-même en tant que caisse pour l'Ile-de-France) les consignes à suivre, qui reposaient dès lors sur la culture orale des collaborateurs des agents comptables.

En outre, les liaisons entre les agences comptables et les directions statistiques étaient inexistantes ou défaillantes. De ce fait, les produits de prélèvements sociaux et les charges de prestations sociales comptabilisés n'étaient pas corroborés sur un plan statistique par des revues analytiques permettant de vérifier la cohérence de leur évolution par rapport à l'exercice précédent. S'agissant des estimations comptables, qui ont une incidence déterminante sur la formation des résultats des branches du régime général, les agences comptables se contentaient d'enregistrer les chiffres que leur communiquaient les directions statistiques, sans demander d'éléments de justification. De fait, les méthodologies précises des calculs, l'identité des fichiers utilisés à cette fin et l'enchaînement des données n'étaient pas formalisés. Seuls en avaient une connaissance précise les collaborateurs qui avaient conçu les méthodologies et effectuaient les calculs des estimations comptables.

2 – Les faiblesses de la conception des processus dématérialisés

Historiquement, les organismes de sécurité sociale mettent en recouvrement les prélèvements sociaux et attribuent les prestations à partir de données déclarées sur des supports papier par les cotisants, les assurés ou des tiers déclarants (autres organismes sociaux par exemple). En permettant de réduire les tâches de saisie de ces informations, le développement des procédés dématérialisés a permis de réaliser des gains de productivité et de prévenir des risques d'altération des informations prises en compte. Cependant, la Cour a aussi constaté que, fréquemment, la dématérialisation des opérations ne s'était pas accompagnée de la mise en place des garanties indispensables à l'exhaustivité des prélèvements sociaux et au versement à bon escient des prestations sociales.

S'ils constituent depuis le milieu des années 1990 le point d'entrée des déclarations annuelles de données sociales (DADS) dans le système fiscal et social, les organismes de la branche vieillesse n'ont pas été dotés de pouvoirs de sanction à l'égard des employeurs défaillants (ces pouvoirs relèvent exclusivement des URSSAF et de l'administration fiscale). En outre, les organismes de l'activité de recouvrement et ceux de la branche vieillesse n'effectuent pas de contrôles sur la cohérence de l'assiette salariale des prélèvements sociaux sur les revenus professionnels déclarés dans les bordereaux récapitulatifs de cotisations et

les tableaux récapitulatifs annuels[104] avec les salaires pris en compte pour la détermination des droits à la retraite des assurés qui sont déclarés dans les DADS. Dans le cadre de l'audit des comptes, des éléments statistiques ont permis de réduire le niveau du risque d'erreur ou de fraude inhérent à l'absence de rapprochement de ces éléments déclaratifs. Sa maîtrise effective est cependant tributaire de la mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN)[105].

Au début des années 1990, la CNAVTS a mis en place des dispositifs d'alimentation automatisée des comptes de carrière des assurés sociaux par des équivalents-salaires et des périodes assimilées à des périodes de cotisation que lui notifient d'autres organismes sociaux au titre du versement de prestations ouvrant des droits à la retraite. Cependant, la CNAVTS n'avait pas passé de conventions avec les organismes émetteurs en vue de définir les moyens permettant de garantir la fiabilité des données. S'agissant des périodes assimilées au titre du chômage indemnisé, elle n'en avait pas défini les règles d'attribution dans le cahier des charges remis à l'Unédic. Au titre des années 1991 à 2007 comprise, l'Unédic a notifié à la CNAVTS une période assimilée dès le premier jour d'indemnisation, alors que la législation prévoit l'attribution d'une période assimilée à compter de 50 jours révolus. A la suite d'interrogations de la Cour, la CNAVTS a découvert cette erreur, ce qui a permis d'interrompre pour l'avenir l'acquisition à tort de droits à pension de retraite à ce titre. Compte tenu de la difficulté à revenir sur le passé, les ministres ont dû en revanche valider les droits acquis à tort par les assurés nés avant 1955.

S'agissant des remboursements de dépenses de soins, les organismes de la branche maladie sont autorisés depuis 2005 à régler les factures télétransmises par les professionnels de santé en dehors de la présence des pièces justificatives (feuilles de soins, ordonnances et accords préalables). En l'absence de dématérialisation des pièces justificatives, les organismes de la branche maladie ne rapprochent que ponctuellement les paiements des actes et prescriptions qui en sont en principe la cause. De manière spécifique, la base informatique des remboursements n'est pas reliée à celle où sont enregistrés les refus d'accord préalable. Dès lors, les règlements de prestations en nature incorporent nécessairement, dans une mesure qu'il est impossible d'évaluer, des versements relatifs à des prescriptions inexistantes,

104. Lesquels constituent, sur un plan juridique, des documents annexes à la DADS. L'absence de production de ces documents (par environ 5 % des employeurs) ne donne pas lieu à l'application de sanctions.

105. Voir Chapitre XVIII - Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général.

différentes des prescriptions réellement effectuées ou pour lesquelles l'accord préalable a été refusé ou soumis à des conditions non remplies.

3 – L'inadaptation des dispositifs de contrôle interne

En application de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale instaurées en 1993, le directeur et l'agent comptable des organismes de base doivent concevoir et mettre en place, en commun, un dispositif de contrôle interne respectant les préconisations de l'organisme national et permettant de maîtriser les risques, notamment financiers. Au titre de ses attributions relatives à l'exécution des recettes et des dépenses et à la gestion de la trésorerie, l'agent comptable doit établir un plan de contrôle prenant place dans le dispositif de contrôle interne de l'organisme et respectant les instructions fixées par le niveau national.

La Cour a constaté que ce cadre, novateur à l'origine, ne constituait pas une base suffisamment solide à la maîtrise des risques de portée financière qui affectent les activités des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale.

En l'absence d'une obligation en ce sens, les organismes nationaux n'avaient pas pris l'initiative de mettre en œuvre des plans de contrôle propres à leurs activités, alors même que ces dernières portent sur des domaines sensibles (comme le recouvrement direct de cotisations et contributions sociales et d'impositions pour l'ACOSS ou la gestion des référentiels nationaux pivots de l'identification et des données de carrière des assurés pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale pour la CNAVTS).

En outre, le rôle des organismes nationaux dans la conception et le pilotage des dispositifs de contrôle interne des branches était insuffisamment affirmé. Si les organismes nationaux prescrivaient aux organismes de leurs réseaux d'effectuer certains contrôles, ces demandes s'adressaient principalement aux agents comptables, alors que la maîtrise d'une grande partie des risques est tributaire de procédures internes aux services des ordonnateurs. Souvent, la définition des actions de contrôle était imprécise. Dans tous les cas, les organismes nationaux n'avaient pas organisé les circuits d'information nécessaires à la vérification de la réalité des actions de contrôle et à la connaissance de leurs résultats.

4 – La méconnaissance de la qualité finale de la production

Chaque année, les organismes du régime général de sécurité sociale traitent en masse plusieurs dizaines de millions d'opérations en faisant application d'une réglementation complexe et évolutive. Afin de

prévenir des erreurs de portée financière, ils mettent en œuvre des contrôles a priori sur les prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement et/ou des contrôles a posteriori sur les prestations servies. Compte tenu du nombre d'opérations, ces contrôles n'en couvrent qu'une part variable. En outre, lorsqu'ils sont effectués, ils ne détectent pas la totalité des erreurs.

Préalablement à l'instauration de la certification des comptes, les organismes du régime général ne s'étaient pas dotés de mesures de la qualité financière de leur production ni, a fortiori, n'avaient fixé d'objectifs volontaristes d'amélioration de cette dernière.

Les contrôles mis en œuvre par les agents comptables étaient présumés prévenir ou permettre de corriger efficacement les erreurs de portée financière. Cependant, il n'existait pas d'éléments probants permettant de le démontrer.

Au sein du régime général, la CNAVTS était la plus avancée dans la voie d'une appréciation de la qualité finale de la production, à travers l'inscription dans les contrats pluriannuels de gestion avec les organismes de base de la branche (CPG) d'un indicateur relatif à la fréquence des pensions de retraite liquidées et mises en paiement, après ou sans contrôle des agences comptables, ayant une erreur supérieure à 10 % de leur montant. Cependant, la CNAVTS ne mesurait pas la fréquence et le montant total des erreurs affectant les pensions de retraite mises en paiement après ou sans contrôle.

B – Les progrès réalisés par les organismes du régime général

L'ensemble des organismes nationaux du régime général ont engagé des chantiers destinés à remédier aux constats de la Cour. Certains chantiers ont abouti, ce qui a permis à la Cour de lever des réserves sur les comptes. D'autres demeurent inachevés, mais ont cependant permis d'atténuer le degré de criticité des risques qu'elle a relevés.

1 – La justification des enregistrements comptables

Les organismes nationaux du régime général ont effectué des progrès importants afin de justifier les montants enregistrés dans les états financiers qu'ils établissent. Ceux, encore conséquents, qui demeurent à réaliser se situent dans leur prolongement.

a) Les montants comptabilisés au titre des opérations effectuées

Les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles sont aujourd'hui dotées d'une comptabilité auxiliaire qui permet de justifier les charges, les créances et les dettes relatives aux prestations légales (soins de ville, indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes d'accidents du travail et maladies professionnelles), en les ventilant entre les assurés sociaux.

A ce stade, la branche famille ne s'est pas dotée d'une comptabilité auxiliaire des prestations légales. Cependant, un lien (dit « piste d'audit ») peut être établi entre les opérations relatives aux prestations légales dans l'outil de production et la traduction qui en est donnée dans l'outil de comptabilité générale.

L'activité de recouvrement a ouvert un chantier informatique destiné à mettre en place une comptabilité auxiliaire par attributaire au niveau des comptes des cotisants dans l'outil de production des URSSAF. Par anticipation à son achèvement, elle a remédié à la rupture en plusieurs endroits de la piste d'audit entre les montants enregistrés dans les comptes cotisants dans cet outil et les montants répartis entre attributaires dans celui de comptabilité générale, en mettant en place des éléments d'analyse qui couvrent aujourd'hui la plus grande partie des produits notifiés aux différents attributaires[106]. A ce jour, la rupture de la piste d'audit n'est cependant pas compensée pour la plus grande partie des encaissements[107], ni pour les charges[108].

La branche vieillesse n'est toujours pas dotée d'une comptabilité auxiliaire et les prestations légales demeurent comptabilisées à partir d'états papier issus de la chaîne des paiements, dans l'attente de la mise en place d'un progiciel de gestion intégrée comptable (dont le déploiement devrait commencer d'ici à la fin de cette année). La CNAVTS procure cependant des éléments d'analyse qui permettent d'atténuer, sans le faire disparaître, le risque d'un classement erroné des charges de prestations légales au regard de la nature des pensions en paiement. En outre, elle a défini à l'attention des organismes de son réseau des procédures de comptabilisation des prestations légales.

106. A l'exception notamment des réductions de produits liées aux allègements généraux de cotisations sociales et du versement transport.

107. A l'exception de ceux affectés à l'Unédic et à l'AGS, qui bénéficient d'éléments de justification spécifiques.

108. Admissions en non-valeur, remises sur créances et annulations de créances.

b) Les montants comptabilisés au titre des estimations comptables

L'ACOSS a mis en place une formalisation détaillée des estimations comptables, ce qui a permis à la Cour de les auditer, de constater le caractère parfois inadapté de tout ou partie de leur méthodologie et d'en obtenir la modification. Ainsi, l'agence a mis fin à l'absence d'évaluation des produits à recevoir relatifs aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement versés par les cotisants rattachés aux URSSAF[109] (2010) et à la surévaluation des produits à recevoir relatifs aux cotisants du secteur public (2011). A ce jour, elle n'a cependant pas modifié la méthodologie d'estimation des provisions pour dépréciation de créances, dont le caractère très agrégé et les distorsions généralisées sont à l'origine d'une réserve récurrente de la Cour.

La CNAMTS a mis en place une documentation détaillée relative aux provisions pour risques et charges issues d'une estimation effectuée par la direction des statistiques (prestations en nature facturées directement par les professionnels de santé et par les établissements de soins et médico-sociaux et prestations en espèces). Par ailleurs, l'agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a formalisé la méthodologie qu'elle applique pour estimer les provisions hospitalières. La Cour a validé la méthode d'estimation appliquée par la CNAMTS. En revanche, l'absence d'exhaustivité des provisions évaluées par l'ATIH a contribué à l'expression par la Cour d'une réserve sur les comptes 2011 de la branche maladie.

2 – La refonte des dispositifs de contrôle interne

Les observations de la Cour ont favorisé une prise de conscience, parfois récente, des organismes nationaux du régime général sur la nécessité de renforcer la définition, le contenu et le suivi des actions de contrôle prescrites aux organismes de base.

Depuis le premier exercice de certification, l'agent comptable de la CNAMTS a étendu le périmètre, renforcé le contenu et mis en place des modalités de suivi de la mise en œuvre des plans de maîtrise socle (PMS), qui intègrent dans un cadre commun, fondé sur une représentation des processus de gestion et des risques qui leur sont associés, les actions de maîtrise des risques devant être effectuées par les services ordonnateurs comme par ceux des agences comptables.

A partir de 2008, l'agent comptable de la CNAVTS a défini des instructions nationales de contrôle à l'attention des agents comptables des

109. Assurances, caisses de sécurité sociale et employeurs de salariés.

organismes du réseau, qui faisaient jusque-là défaut, puis a engagé le remplacement du référentiel national de contrôle interne (RNCI), dont la Cour avait souligné l'inadaptation, par un référentiel unique de maîtrise des risques (RUN-MR) intégrant là encore les actions de contrôle relevant des ordonnateurs. Ce nouveau cadre de référence a été déployé en 2011 au titre de deux processus clefs mis en œuvre par les organismes de base de la branche vieillesse (carrière et retraite).

En 2011 également, l'ACOSS a diffusé auprès des principaux organismes de son réseau une cartographie des risques appelant la mise en œuvre d'actions d'origine nationale ou, de manière supplétive, locale, destinées à réduire le niveau des risques associés aux principaux processus de gestion. En toute fin d'année, elle a diffusé dans l'ensemble de son réseau un plan national de maîtrise des risques (PN-MR).

Les cadres nationaux de contrôle interne précités déployés par la CNAVTS (RUN-MR) et par l'ACOSS (cartographie des risques et PN-MR) apparaissent de nature à renforcer la maîtrise des risques identifiés par la Cour. Cependant, ils sont trop récents pour autoriser une appréciation conclusive sur leur portée.

S'agissant de la branche famille, la formalisation depuis quelques années d'un plan national de maîtrise des risques ne constitue pas à elle seule une condition suffisante à la maîtrise des risques de portée financière qui affectent les prestations servies et comptabilisées. En effet, les caractéristiques du dispositif de contrôle interne dans la branche ne procurent qu'une assurance limitée sur la maîtrise du risque d'anomalie de portée significative affectant les comptes, ce qui a conduit la Cour à refuser de certifier les comptes 2011 (voir 3 – infra).

3 – La fixation de plafonds d'erreurs à ne pas dépasser

Dès le premier exercice de certification (2006), la Cour a demandé à la CNAVTS d'établir des mesures de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs qui affectent les prestations légales, que ces dernières aient été ou non contrôlées préalablement à leur mise en paiement. Par la suite, la Cour a invité la CNAVTS à inscrire dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'Etat et dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) avec les organismes de son réseau (années 2009-2013) des objectifs pertinents de réduction de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs. Sous la condition d'une fiabilité maintenue des indicateurs, la réalisation des objectifs de la COG permettrait à la Cour de lever sa réserve sur ce point. En l'état, les indicateurs font cependant apparaître une qualité dégradée des pensions de retraite produites par une part importante des organismes du réseau.

Suivant une préconisation de la Cour, la CNAMTS a également instauré en 2009 des indicateurs de fiabilité des prestations en nature et en espèces (indemnités journalières) au titre des risques maladie, maternité et accidents du travail-maladies professionnelles et inscrit des plafonds d'erreurs de portée financière à ne pas dépasser dans la COG et les CPG (années 2010-2013). Dans son rapport de certification des comptes 2011, la Cour a relevé que le niveau retenu pour l'objectif de fiabilité des prestations en nature concourrait à maîtriser le risque d'erreurs de portée financière mais, qu'en revanche, l'objectif de fiabilité des indemnités journalières était insuffisamment rigoureux. Pour 2012 et les années suivantes, la CNAMTS a fixé celui-ci à un niveau conforme à l'appréciation de la Cour. Cependant, les indicateurs s'établissent à un niveau supérieur aux objectifs fixés. En outre, ils reflètent incomplètement l'incidence financière des erreurs qui affectent la production de prestations en nature et d'indemnités journalières : en raison d'un encadrement procédural insuffisant, les contrôles sur échantillons qui concourent à la détermination des indicateurs ne détectent pas la totalité des erreurs.

Si elle a mis en place des instruments de mesure des erreurs financières qui affectent les prestations légales, la CNAF n'assigne pas aux organismes de son réseau d'objectifs portant sur des plafonds d'erreurs de portée financière à ne pas dépasser, mais uniquement des objectifs portant sur des nombres de contrôles à réaliser. De surcroît, ces objectifs quantitatifs de contrôles portent sur un nombre de faits générateurs, c'est-à-dire d'éléments constitutifs d'une prestation (par exemple les éléments justificatifs de l'identité du titulaire de prestation), et non sur la totalité des éléments constitutifs de la prestation (comme les éléments justificatifs de l'identité, de la situation familiale et des ressources par exemple). Pour les réaliser, les CAF jouissent d'une grande autonomie dans le choix des actions de contrôle à effectuer (dites cibles de contrôle). Elles ont ainsi la faculté d'opter pour des actions de contrôle faciles à réaliser et à faible rendement financier, plutôt que pour des actions plus complexes permettant de prévenir des volumes financiers plus importants d'erreurs.

Dans ces conditions, le contrôle interne de la branche n'a pu prévenir en 2011 une augmentation des erreurs de portée financière qui affectent les prestations servies par la branche famille au-delà du niveau, déjà très élevé, atteint en 2010, ce qui a conduit la Cour à changer de position et à refuser de certifier les comptes 2011.

C – Une appropriation encore hétérogène des enjeux sous-jacents à la certification

Comme le montre la nature des éléments constitutifs des positions de la Cour, le régime général ne constitue pas un ensemble homogène. De fait, les branches et l'activité de recouvrement sont inégalement avancées, entre elles et selon les domaines concernés, dans l'appropriation des constats de la Cour qui dessinent les évolutions ayant vocation à être apportées aux processus de gestion afin de mieux sécuriser les recettes et les dépenses. En leur sein, les différents acteurs sont inégalement responsabilisés sur cet enjeu déterminant.

1 – Des différences sensibles entre les branches

Pour une part, la levée des réserves exprimées par la Cour, en matière notamment de justification des enregistrements comptables, est tributaire d'évolutions lourdes et complexes des systèmes d'information. En outre, les chantiers informatiques et organisationnels rendus nécessaires par les constats de la Cour peuvent être concurrencés, en termes de ressources à mobiliser, par d'autres chantiers susceptibles d'avoir à terme une incidence favorable sur la maîtrise des risques de portée financière (notamment la concentration des réseaux autour d'un nombre plus réduit d'organismes de base[110], qui devrait favoriser une homogénéité accrue des dispositifs de contrôle interne au niveau local).

Cependant, la permanence d'un nombre élevé d'éléments constitutifs de refus de certification ou de réserves dans les positions de la Cour paraît avant tout liée à des différences d'appropriation des constats du certificateur.

L'ACOSS tend à faire de la certification des comptes l'un des catalyseurs, pour certains sujets le principal, de la transformation des modes de travail et du pilotage des organismes de son réseau.

La CNAMTS tient compte des observations de la Cour sur des points importants, notamment le niveau souhaitable des objectifs de fiabilité des prestations en nature et des indemnités journalières et la fiabilisation de l'estimation des provisions pour rappels de prestations. Cependant, en dehors des risques professionnels (branche AT-MP), la certification des comptes a des effets d'entraînement encore limités dans

110. Départementalisation des CPAM (2010), départementalisation des CAF (2011) et départementalisation (2009), puis régionalisation des URSSAF (2012-14), complétées par l'attribution à certains organismes d'une compétence nationale sur l'ensemble des établissements d'une même grande entreprise.

les domaines relevant des services placés dans la ligne hiérarchique des directeurs (ordonnateurs). Le chantier relatif à la dématérialisation des pièces justificatives n'est pas assorti d'un terme précis.

S'agissant de la branche vieillesse, la Cour a fait très tôt le diagnostic des principales insuffisances du contrôle interne. La CNAVTS a adopté des décisions volontaristes destinées à objectiver la situation et réduire la fréquence et l'incidence financière des erreurs qui affectent les pensions liquidées et mises en paiement (voir B- 3- supra). Dans d'autres domaines, les évolutions sont plus lentes. Ainsi, le chantier majeur de la sécurisation des données de carrière reçues des autres organismes sociaux a des contours imprécis, tend à se déporter dans le temps et comporte à ce jour peu de réalisations concrètes. Un autre chantier, moins complexe, n'a pas même été engagé : l'absence à tort de révision de certaines pensions, au détriment généralement des assurés, à la suite de la réception de données de carrière postérieurement à leur attribution.

Historiquement, l'identification des bénéficiaires des prestations servies par les CAF était exclusivement assurée par un numéro propre à chacune d'entre elles. Il n'existait aucun dispositif permettant de vérifier qu'une même personne ne bénéficiait pas de prestations identiques auprès de plusieurs CAF. A la suite des observations de la Cour, la CNAF a mis en place en 2008-2009 un référentiel national des bénéficiaires (RNB), qui fait reposer l'identification de ces derniers sur le numéro national d'identification (NIR), a renforcé la qualité des identifiants au regard des données de l'INSEE (« certification des NIR ») et a mis en place des requêtes destinées à détecter les multi-affiliations. Par la suite, la Cour a constaté un ralentissement de la démarche de fiabilisation des comptes dans un contexte marqué par la réorganisation du réseau des CAF. La CNAF a engagé une démarche de refonte du dispositif de contrôle interne de la branche dont de premiers effets sont attendus en 2012.

2 – Une influence encore trop limitée de la certification sur les ordonnateurs

Un obstacle important à l'appropriation des constats de la Cour tient au fait, qu'à l'origine, la certification des comptes était perçue comme l'affaire des seuls agents comptables, les directeurs ne se sentant pas réellement concernés. Si elle est aujourd'hui en passe d'être surmontée pour l'ensemble des organismes nationaux, cette difficulté est encore sensible dans un grand nombre d'organismes de base, au détriment de la qualité de la production retracée dans leurs états financiers.

Alors que les contrôles a priori ou a posteriori des agences comptables constituent historiquement le principal dispositif de contrôle

interne, les moyens humains affectés à ces missions par les directeurs des organismes de base tendent à diminuer, parfois de manière plus que proportionnelle à la réduction globale des effectifs des organismes, alors que les gains de productivité constatés dans les activités relevant des ordonnateurs (affiliation des assurés, liquidation des prestations et administration générale) pourraient autoriser des redéploiements internes.

Ces évolutions tendent à remettre en cause l'étendue et la profondeur des contrôles des agences comptables et, au-delà, à affaiblir la capacité du contrôle interne à prévenir ou à corriger la présence d'anomalies significatives dans les états financiers.

III - La nécessaire révision de certaines positions des autorités de tutelle dans le domaine comptable

L'ordonnance de 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a posé le principe de valeur législative de tenue des comptes des organismes de sécurité sociale en droits constatés : les produits et les charges de l'exercice comptable ne sont pas constitués par les encaissements et les décaissements, mais par les entrées et les sorties prévisibles de ressources qui trouvent leur origine dans des événements propres à l'exercice comptable.

Au moment de l'entrée en vigueur de la certification des comptes du régime général, quelque dix années plus tard, les organismes du régime général et leurs autorités de tutelle n'avaient cependant tiré que des conséquences limitées de ce principe.

Dans le cadre de sa mission de certification des comptes, la Cour a exprimé des observations dont la prise en compte par les organismes nationaux du régime général et par leurs autorités de tutelle a permis d'améliorer la sincérité et l'image fidèle donnée par les états financiers des branches et de l'activité de recouvrement du régime général. Cependant, ces derniers continuent à comporter des omissions ou des imperfections dont la correction est tributaire de décisions ministérielles.

A – Le maintien du FSV à l'écart des comptes de la branche vieillesse du régime général

Malgré des demandes réitérées de la Cour, l'arrêté du 27 novembre 2006 qui fixe les règles de combinaison des comptes des organismes de sécurité sociale n'a pas été modifié afin de permettre une combinaison du

FSV avec la CNAVTS, établissement public et entité combinante de la branche vieillesse.

A défaut d'une intégration du FSV à son périmètre de combinaison[111], la branche vieillesse du régime général comptabilise au titre de l'exercice des produits relatifs à des prises en charge de cotisations et de prestations par le FSV qui, en réalité, correspondent pour le FSV à des produits de l'exercice suivant.

En effet, le FSV connaît un déficit structurel, lié à l'insuffisance des ressources dont il est doté. N'étant par ailleurs pas autorisé à recourir à l'emprunt, il est dans l'impossibilité d'effectuer des versements à hauteur de la totalité des produits de prises en charge de cotisations et de prestations qu'il notifie aux régimes de sécurité sociale. De ce fait, une partie des produits de la branche vieillesse au titre de l'exercice donne lieu à des versements du FSV uniquement au cours de l'exercice suivant, par prélèvement sur les produits de ce dernier.

En l'absence de rattachement de la quote-part du résultat déficitaire du FSV induite par les prises en charge de cotisations et de prestations attribuées à la branche vieillesse du régime général, le déficit de cette dernière (6 Md€ en 2011) est minoré par rapport à la réalité des ressources de l'exercice (à hauteur de 3,4 Md€ en 2011).

B – Une application partielle du principe des droits constatés

Malgré la date déjà ancienne de son entrée en vigueur, les organismes nationaux du régime général et leurs autorités de tutelle manifestent une réticence certaine à appliquer pleinement le principe de la tenue des comptes en droits constatés. Ainsi, une part importante des produits demeure comptabilisée en fonction d'une logique de caisse. A défaut d'une reconnaissance des passifs correspondants, une part majeure des charges (ou des réductions de produits) n'est pas retracée dans les états financiers. Depuis 2006, la Cour s'est attachée à faire évoluer ces situations. Elle n'y est que partiellement parvenue.

1 – Le maintien de la comptabilisation de certains produits en fonction d'une logique de caisse

Comme la Cour le souligne régulièrement dans ses positions sur les comptes combinés de l'activité de recouvrement, les modes de

111. Sous la forme d'une combinaison partagée avec les autres bénéficiaires des concours du FSV. A lui seul, le régime général en représente plus des 9/10èmes.

comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants et des impôts et taxes affectés recouvrés par les administrations fiscale et douanière de l'Etat s'écartent du principe de la tenue des comptes en droits constatés.

S'agissant des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs indépendants, le conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP), suivant l'analyse de la Cour, a invalidé le critère de rattachement à l'exercice appliqué depuis 1996 par les organismes de sécurité sociale, qui reposait sur la date d'exigibilité -notion voisine de celle de l'encaissement- pour préconiser un critère fondé sur l'exercice d'acquisition des revenus professionnels sur lesquels sont assis ces prélèvements[112]. Cependant, les organismes de sécurité sociale ne sont pas parvenus à ce jour à déterminer une méthode permettant de procéder à une estimation fiable des prélèvements sociaux de l'exercice[113] et continuent par conséquent à comptabiliser les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants en fonction de leur exigibilité.

L'insistance des autorités de tutelle à vouloir appliquer aux cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants le même critère de rattachement à l'exercice que celui retenu -à juste titre- pour les cotisations et contributions sociales autoliquidées par les employeurs de salariés conduit ainsi à une impasse. Compte tenu de l'analogie des processus (appels d'acomptes, suivis d'une régularisation sur la base des revenus déclarés), un alignement sur le critère de rattachement à l'exercice de l'impôt sur le revenu dans les comptes de l'Etat -la date de la déclaration des revenus- apparaît s'imposer.

Pour ce qui concerne l'enregistrement comptable des impôts et taxes affectés recouvrés par les services de l'Etat, la DGFIP n'entend pas modifier ses systèmes d'information afin de permettre aux organismes de sécurité sociale de les comptabiliser en droits constatés. Il conviendrait à tout le moins qu'elle mette en œuvre des mesures d'organisation permettant de rattacher l'ensemble des notifications à une période d'imposition[114], de décompenser les charges (frais de gestion et pour dégrèvement et admissions en non-valeur) des produits qu'elle notifie et de notifier des créances, une estimation des provisions pour dépréciation

112. Recommandation n° 2010-01 (17 novembre 2010).

113. Cette estimation se dédouble en une estimation des revenus professionnels nets de charges et une estimation des prélèvements sociaux assis sur ces derniers, lesquelles présentent toutes deux des difficultés majeures.

114. En 2011, tel n'est toujours pas le cas pour la TVA dite « sectorielle » (boissons, tabac et biens et services médicaux).

de créances et une estimation des provisions pour risques et charges (au titre notamment de litiges sur des montants réglés par les redevables)[115].

2 – La constatation encore incomplète des provisions pour risques et charges

Compte tenu de leur souhait de voir le résultat comptable être le plus proche possible de la prévision de résultat la plus récente, les autorités de tutelle des branches du régime général acceptent difficilement la constitution de nouvelles provisions pour risques et charges au titre des passifs que la Cour identifie progressivement dans le cadre de son approche d'audit pluriannuelle.

En effet, les règles comptables applicables aux organismes de sécurité sociale imposent d'affecter au résultat, à l'exclusion d'une imputation directe aux capitaux propres, les corrections d'erreurs de comptabilisation commises à la clôture de l'exercice précédent[116].

Au moment de l'entrée en vigueur de la certification des comptes, les organismes du régime général de sécurité sociale comptabilisaient des provisions pour risques et charges techniques au titre des rappels de prestations. Sauf exception, les autres passifs n'étaient pas recensés.

La Cour a obtenu la comptabilisation de provisions pour risques et charges au titre des remboursements aux Etats étrangers des soins effectués à des résidents français (2006), des annulations de versement de cotisations en faveur des régimes spéciaux de retraite en instance à la clôture de l'exercice (2007), des réductions de produits de prélèvements sociaux en instance à la clôture de l'exercice (2008), des litiges relatifs à des montants réglés par les cotisants suite à des redressements (2009)[117], des versements pour la retraite dont le remboursement sera demandé par les assurés, des sommes dues au titre de l'exercice aux médecins signataires de contrats d'amélioration des pratiques professionnelles ou

115. Dans le même sens, la Cour a relevé dans son acte de certification des comptes de l'Etat pour l'exercice 2011 des insuffisances des systèmes d'information, qui dégradent la continuité du chemin de révision des comptes relatifs aux produits régaliens (impôts et taxes) et des faiblesses particulières de justification des montants affectés à des tiers (collectivités locales et organismes de sécurité sociale).

116. Avis du conseil national de la comptabilité (CNC) n° 97-06 du 18 juin 1997.

117. L'activité de recouvrement comptabilisait déjà des provisions pour risques et charges au titre des contentieux engagés par les entreprises pharmaceutiques.

CAPI[118] et de la part des subventions d'investissement en action sociale restant à verser par les organismes de la branche famille à la clôture de l'exercice (2011).

En revanche, la branche AT-MP ne comptabilise pas de provisions pour risques et charges au titre des incidences sur les produits de cotisations de l'exercice en cours et des exercices antérieurs des réductions rétroactives de taux de cotisation liées au dénouement défavorable de litiges relatifs à l'application de la législation des AT-MP qui sont pendants à la clôture de l'exercice (contestation par les employeurs de salariés, pour des motifs de fond ou de procédure, de l'origine professionnelle des sinistres et du taux de l'incapacité permanente). Cette omission, qui porte sur plusieurs centaines de millions d'euros de provisions, constitue le premier motif du refus de certification exprimé par la Cour sur les comptes 2011 de la branche AT-MP.

3 – L'absence de mention des engagements relatifs aux prestations légales dans les annexes aux comptes

A la suite d'une initiative de la Cour, le conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) examine depuis l'été 2011 le traitement à réserver, dans les comptes de l'exercice, aux charges de prestations qui ont pour origine une décision d'attribution prise au cours de l'exercice ou d'un exercice antérieur à ce dernier et dont le versement va se poursuivre au titre de périodes relevant d'exercices futurs[119].

En effet, les titulaires des prestations au 31 décembre et les ayants droit de ces derniers bénéficient d'engagements de droit et de fait de la part des organismes de sécurité sociale qui ont attribué les prestations (notamment les pensions de retraite et d'invalidité et les rentes AT-MP).

Contrairement à la direction de la sécurité sociale et aux organismes nationaux, la Cour estime que les charges des exercices futurs qui résulteront des engagements donnés aux titulaires des prestations en stock au 31 décembre et à leurs ayants droit devraient être évaluées dans les annexes aux comptes. En effet, pour les régimes -tel le régime général- qui sont dépourvus de mécanisme d'équilibrage de leurs

118 . La prise en compte de cette demande de la Cour ouvre la voie à la comptabilisation de provisions au titre des sommes dues aux médecins signataires de contrats de performance, au titre de leur activité 2012, dans le cadre de l'arrêté des comptes relatif à ce même exercice.

119 . A titre d'illustration, le cas d'une pension de retraite ayant pris effet au 1er septembre 2011, pour les périodes postérieures au 31 décembre 2011.

résultats[120], ces charges répondent à la définition des engagements hors bilan posée par le plan comptable général, car elles sont susceptibles d'engendrer des déficits et, de ce fait, d'affecter le montant ou la consistance du patrimoine des branches.

La Cour estime que la nécessaire transparence des comptes des régimes de sécurité sociale ne saurait durablement s'accommoder d'une situation dans laquelle leurs principaux engagements à la clôture de l'exercice sont occultés, alors même qu'ils sont particulièrement significatifs et peuvent être chiffrés de manière fiable.

C – Les autres anomalies affectant le résultat de l'exercice

Au regard des principes comptables généraux, la Cour a relevé d'autres distorsions dans l'enregistrement des charges et des produits qui affectent le résultat de l'exercice. A ce jour, elle n'a pas obtenu qu'il y soit mis fin.

1 – L'imputation directe de charges aux capitaux propres

L'imputation directe aux capitaux propres, sans passage par le compte de résultat, de produits et de charges est susceptible de fausser le résultat de l'exercice. Dans le cadre de ses travaux, la Cour vérifie le bien-fondé de ce type d'imputation.

A la clôture de l'exercice 2007, les teneurs de comptes n'avaient pas accepté d'ajuster les résultats des branches du régime général des charges correspondant à des corrections d'erreurs qui, sur le fondement des règles applicables à la tenue des comptes des organismes de sécurité sociale, devaient être intégrées au résultat de l'exercice (pour un montant de 0,3 Md€)[121]. Compte tenu d'autres distorsions, le montant total du déficit du régime général (9,5 Md€) pour l'exercice 2007 était minoré

120 . Par l'augmentation des taux de cotisation à hauteur de l'insuffisance de financement ou l'affectation d'une ressource d'équilibre : prise en charge du déficit par un autre régime, versement d'une subvention d'équilibre par l'Etat, affectation d'une imposition (comme la C3S aux branches maladie et vieillesse du RSI).

121. Les règles applicables à la tenue des comptes des organismes de sécurité sociale correspondent en substance à celles du plan comptable général. Un avis du conseil national de la comptabilité (CNC) n° 97-06 du 18 juin 1997 impose de comptabiliser les corrections d'erreurs dans le résultat de l'exercice. Pour leur part, les normes comptables de l'Etat, qui s'inspirent sur ce point des normes internationales IFRS, prévoient d'imputer ces corrections directement aux capitaux propres.

d'un milliard d'euros. La Cour a refusé de certifier les comptes de l'activité de recouvrement pour ce même exercice.

En revanche, les autorités de tutelle ont accepté que les teneurs de comptes imputent aux comptes de résultats des branches du régime général les produits liés à la dissolution du fonds des artistes auteurs, qui avaient d'abord été affectés aux capitaux propres de l'exercice (incidence favorable de 0,3 Md€ sur le résultat 2008 du régime général).

Dans le cadre de l'audit des comptes 2011, la Cour a à nouveau constaté une imputation de charges aux capitaux propres, en l'espèce de la branche famille, au titre de la correction d'une erreur relative à l'absence de comptabilisation de provisions pour risques et charges afférentes à l'exercice précédent et des dotations aux provisions de l'exercice (pour un montant de 540 M€). Ce traitement comptable relatif à la part des subventions d'investissement en action sociale restant à verser à la clôture de l'exercice a concouru au refus de certification des comptes de l'exercice, que justifiaient cependant à elles seules les insuffisances caractérisées du contrôle interne des activités de la branche.

2 – Le financement des exonérations de la loi « TEPA »

Les exonérations de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires prévues par la loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (« TEPA ») sont financées par l'affectation de recettes fiscales recouvrées par les administrations de l'Etat, notamment la contribution sociale sur les bénéfices (CSB).

Les recettes fiscales ainsi enregistrées au titre d'une année peuvent être insuffisantes au regard du coût des exonérations pour la même année. Or, l'article 9 de la loi de finances rectificative pour 2008, toujours en vigueur, dispose qu'en cas d'insuffisance de financement des exonérations en droits constatés dans les comptes arrêtés au 31 décembre, l'ACOSS doit comptabiliser un « produit à recevoir » de CSB à hauteur de cette insuffisance.

Ce traitement comptable porte atteinte aux principes généraux de rattachement des produits à l'exercice et conduit à améliorer à due concurrence le résultat des attributaires (branche vieillesse notamment). En effet, le « produit à recevoir » précité (217 M€ en 2011) ne correspond pas à un produit qui serait assis sur une assiette propre à l'exercice. Il s'agit en fait d'un produit qui anticipe des produits de l'exercice suivant.

La suppression du dispositif d'exonération pour les entreprises ayant au moins 20 salariés par la loi de finances rectificative du 16 août 2012 aurait vocation à s'accompagner de celle de ce mécanisme artificiel.

CONCLUSION

Six exercices comptables après son instauration, la certification des comptes du régime général de sécurité sociale par la Cour a permis des progrès importants. Les organismes se sont engagés dans une trajectoire de fiabilisation de leurs comptes, de sécurisation de leurs procédures et de maîtrise des risques d'erreur de portée financière, qui a suscité l'engagement de multiples travaux dans le temps même où la mise en œuvre de nombreuses réformes et la réorganisation des réseaux mobilisaient fortement aussi les équipes. Il en est résulté d'ores et déjà des améliorations souvent appréciables.

Les chantiers ainsi ouverts n'ont pu cependant encore tous aboutir et les progrès demeurent inégaux. A ce jour, ils n'ont pas permis à la Cour de certifier sans réserve les états financiers du régime général, c'est-à-dire de déclarer qu'elle estime disposer d'une assurance raisonnable sur l'absence d'anomalie significative qui pourrait les affecter.

La Cour pour sa part poursuivra sa démarche d'accompagnement pour parvenir à la réalisation de cet objectif qu'elle partage avec les organismes du régime général et leurs autorités de tutelle.

Ses constats imposent cependant que les organismes nationaux comme leurs autorités de tutelle s'engagent plus résolument encore dans la voie d'une levée progressive des réserves qu'elle a exprimées, en accélérant les évolutions nécessaires à la sécurisation des recettes et des dépenses et à une transparence accrue de la situation financière du principal régime de sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

A l'attention des ministères chargés de la sécurité sociale et du budget :

11. Définir par la voie réglementaire des objectifs et des règles précises et opposables en matière de contrôle interne pour l'ensemble des organismes de base et des caisses nationales en cohérence avec les exigences de la certification.

12. Intégrer le FSV au périmètre des comptes de la branche vieillesse du régime général.

13. Lever les points de blocage relatifs au traitement comptable de certaines opérations ou situations (prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, impôts et taxes affectés, provisions pour litiges AT-MP et engagements pluriannuels en matière de prestations sociales).

Chapitre V

Le financement de la sécurité sociale par l'impôt

PRESENTATION

Distincts des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG)[122]*, les impôts et taxes affectés (ITAF) au financement de la sécurité sociale regroupent un ensemble hétérogène d'impôts, ou de parts d'impôt, dont le montant cumulé atteignait 54 Md€ en 2011*[123]*, soit 12 % des recettes des régimes de base et dont la caractéristique commune réside dans la qualification d'impositions de toute nature affectées à la sécurité sociale.*

Longtemps demeurée marginale, la fiscalité affectée n'a atteint une dimension significative qu'à partir des années 2000, marquées par l'impact croissant des allègements de cotisations sociales sur les recettes de la sécurité sociale. Depuis 2006, la part des ITAF dans les ressources des régimes de base et en particulier du régime général, est en constante progression, l'apport de ressources nouvelles à la sécurité sociale empruntant davantage la voie d'une augmentation de leur nombre et de leur produit plutôt que celle d'un relèvement de la contribution sociale généralisée (I).

Cet ensemble constitue désormais de facto, aux côtés des cotisations et de la CSG, un troisième pilier du financement de la sécurité sociale. Il se présente cependant comme un agrégat foisonnant, principalement assis sur la consommation et dont le dynamisme contrasté fragilise certains régimes et branches. Il apparaît instable, d'une lisibilité insuffisante, peu responsabilisant dans ses modalités pour les organismes de sécurité sociale qui en bénéficient et la gestion de ces impôts et taxes, éclatée entre plusieurs administrations, n'est pas suffisamment transparente (II).

Une meilleure structuration de ce dispositif au sein de l'ensemble des ressources de la sécurité sociale apparaît désormais nécessaire, afin de garantir la transparence, la pérennité et la stabilité de son financement (III).

122. La contribution sociale généralisée n'est pas comprise dans le périmètre du présent chapitre. Elle fera l'objet d'investigations spécifiques de la Cour.

123. Hors prélèvements alimentant la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le fonds national des solidarités actives (FNSA) et le fonds CMUC.

I - Une place croissante dans le financement de la sécurité sociale

Trois principales catégories de recettes devraient assurer en 2012 plus de 90 % des ressources des régimes de base[124] : les cotisations, pour 64 %, soit 280 Md€, la CSG, pour 16 %, soit 72 Md€, enfin les impôts et taxes affectés (ITAF), pour 12 %, soit 54 Md€.

Cette dernière catégorie dont les contours varient selon les années et selon les documents budgétaires, rapports et annexes joints aux projets de loi de finances et aux projets de loi de financement de la sécurité sociale[125], rassemblait en 2011 une cinquantaine d'impôts et taxes différents, auxquels la loi de finances initiale pour 2012 a ajouté une taxe sur les sodas et les boissons sucrées, ainsi que les taxes qui finançaient jusqu'alors directement l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Sur cet ensemble, les dix premiers prélèvements représentaient 85 % du produit total en 2011 et les trois premiers (taxe sur les salaires, droits de consommation sur les tabacs et TVA sur certains produits -tabacs, alcools, produits pharmaceutiques-) 61 %.

124. Les autres recettes sont composées essentiellement de transferts en provenance d'organismes tiers (notamment du fonds de solidarité vieillesse -FSV- et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie -CNSA-) et de contributions publiques principalement de l'Etat (comme les subventions aux régimes spéciaux de retraite).

125. Les annexes au PLF « voies et moyens » et « bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale » ajoutent aux ITAF répertoriés par la commission des comptes de la sécurité sociale les ressources du fonds CMUC et du FNSA. L'annexe 6 du PLFSS retient le même périmètre, dont sont cependant exclues diverses taxes affectées à des régimes particuliers, telles la contribution tarifaire d'acheminement revenant à la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG). L'annexe 4 au PLFSS, qui contient une évaluation des recettes des régimes de sécurité sociale par grande catégorie, dont les ITAF, ignore les prélèvements effectués au profit du fonds CMUC et du FNSA, comme le fait le rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, qui est le seul document budgétaire à présenter des données sur les ITAF en droits constatés. L'ensemble de ces documents répertorient la CSG et la CRDS parmi les taxes affectées.

Principaux impôts et taxes affectés à la sécurité sociale

En M€

	2010	2011
Taxe sur les salaires	11 437	11 644
Droit de consommation sur les tabacs	8 257	10 908
TVA « sectorielles » (tabacs, alcools, produits pharmaceutiques)	8 544	10 114
Contribution de solidarité sur les sociétés (C3S) de base et additionnelle	5 089	5 255
Droit de consommation sur les alcools	2 111	2 126
Prélèvement social sur les produits de placements	1 170	1 808
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	916	1 058
Contribution sociale sur les bénéfices	823	850
Taxe sur les véhicules de société	995	928
Contribution sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur	946	972
Forfait social	632	1 056
Taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats assurance maladie		891
Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation (« exit tax »)		836
Total	40 920	48 446
Ensemble des ITAF (tous régimes et fonds)	45 915	53 691

Source : DSS, ACOSS, DGFIP ; données en encaissements/décaissements

Les nouvelles mesures de recettes adoptées fin 2011[126], essentiellement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et de la loi de finances rectificative du 19 septembre 2011, se traduisent par une prévision d'accroissement de plus de 3 Md€ du produit des ITAF pour 2012. Au-delà, les mesures additionnelles adoptées en 2012 au terme du vote de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 devraient se traduire en année pleine par une augmentation du rendement

126. Les principales sont le relèvement de 2,2 % à 3,4 % du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, la hausse du taux du forfait social de 6 % à 8 %, le passage de 3,5 % à 7 % du taux de la TSCA sur les contrats solidaires et responsables et l'effet de la hausse de 6 % des prix du tabacs aux 1er octobre 2011 et 2012.

des ITAF de plus de 2 Md€[127], tandis que leur impact sur 2012 serait limité à moins de 0,8 Md€. Le montant total des ITAF devrait ainsi, toutes choses égales par ailleurs, s'élever à près de 60 Md€ dès 2013.

L'importance de ces prélèvements est le résultat d'une évolution relativement récente, qui remonte au début de la décennie 2000.

A – Un mode de financement marginal jusqu'au début des années 2000

1 – Un financement fiscal longtemps confiné aux régimes des non-salariés et aux fonds de financement

Avant 2000, les ITAF n'ont représenté une part significative des ressources que dans le cas des régimes des non-salariés, leur affectation étant destinée à pallier l'insuffisance des cotisations. Le régime des exploitants agricoles a ainsi été financé depuis l'origine pour plus d'un tiers de ses ressources par des taxes affectées, dont une fraction de TVA jusqu'en 2004. Les régimes des non-salariés non agricoles, aujourd'hui regroupés au sein du RSI, sont quant à eux financés depuis 1970 par la contribution de solidarité sur les sociétés (C3S), à hauteur d'environ un cinquième de leurs recettes totales.

2 – Un régime général peu concerné jusqu'à une période récente

En revanche, le régime général n'a jamais vu son financement par ITAF dépasser la part de 2,5 % avant 2000. Après la mise en place temporaire de taxes sur le revenu imposable au profit de la CNAV, c'est la branche maladie qui a reçu à partir de 1995 l'essentiel des impôts nouvellement affectés (essentiellement des fractions de droits de consommation sur le tabac), le financement fiscal des branches vieillesse et famille étant limité aux prélèvements sur les revenus du capital.

127. Soit 2,6 Md€ au titre de l'augmentation de deux points du taux du prélèvement social sur les revenus du capital (mesure conservée de la LFR de mars 2012), 2,3 Md€ au titre du passage de 8 % à 20 % du taux du forfait social, 0,3 Md€ au titre du relèvement du prélèvement social sur les « stock-options » et de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus immobiliers des non-résidents, desquels il faut déduire 3 Md€ au titre de la réduction du champ des exonérations sur les heures supplémentaires aux entreprises de moins de 20 salariés, qui se traduit par une réduction des transfert d'impôts affectés jusqu'ici à sa compensation (la TVA sur les alcools, une fraction de droits sur les tabacs et le produit de la contribution sociale sur les bénéfices).

Etant donné le poids du régime général dans l'ensemble des régimes de base, la part du financement par ITAF dans les ressources totales de ces régimes est donc demeurée marginale avant 2000, ne dépassant pas la barre de 4 %.

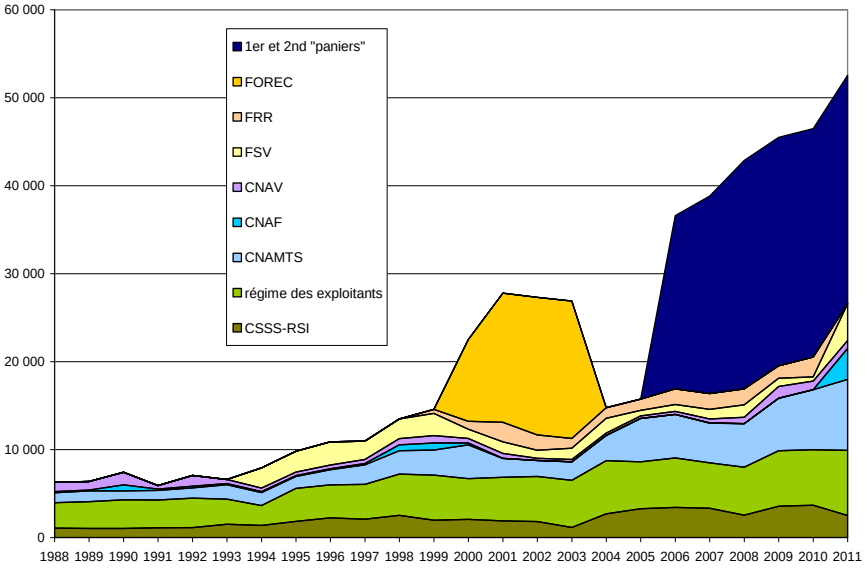
B – La montée en puissance de la fiscalité affectée à la sécurité sociale

La montée en puissance des ITAF sur la décennie 2000 s'explique d'une part par la nécessité de financer le coût croissant des allègements de cotisations sociales, qui pesait alors essentiellement sur le budget de l'Etat en vertu du principe de compensation posé par la loi de 1994 et d'autre part, par le souci d'apporter des ressources nouvelles pour réduire le déficit de la sécurité sociale et financer la dette sociale sans augmenter la CSG, la CRDS ou les cotisations.

La recherche d'une solution optimale pour financer les allègements de charges s'est traduite par un mouvement d'aller-retour entre débudgétisation et rebudgétisation, qui s'est dénoué en 2006 par la mise en place d'un dispositif affectant directement des ITAF aux régimes et branches concernés.

Evolution du montant des impôts affectés aux fonds et aux principaux régimes de base entre 1988 et 2011[128]

En M€



Source : Données issues des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale

1 – Le financement des allègements de cotisations sociales

Les ITAF ont été progressivement mobilisés pour financer la politique d'allègement des cotisations patronales sur les bas salaires menée par les gouvernements successifs, renforcée à partir de 1998 par la mise en place de la réduction du temps de travail.

L'instauration en 2000 d'un fonds dédié, le FOREC, lui-même financé exclusivement par des recettes fiscales affectées, a conduit à un doublement de la part des ITAF au sein du financement de la sécurité sociale. Cette opération a permis de ne pas répercuter sur les dépenses de

128. Les « premier et second paniers » renvoient à l'ensemble d'impôts et taxes affectés aux différents régimes et branches de sécurité sociale pour compenser l'impact sur leur financement des allègements de charge décidés dans le cadre de la loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi (« premier panier » compensant les allègements généraux « Fillon ») et dans le cadre de la loi du 21 août 2007 sur le travail, l'emploi et le pouvoir d'achat (« second panier » compensant les exonérations « TEPA » sur les heures supplémentaires).

l'Etat l'augmentation du coût des allègements de cotisations (+25 % en 2001). Objet de nombreuses critiques, notamment de la Cour[129], le FOREC a été supprimé à compter du 1er janvier 2004.

Le FOREC

Le fonds de financement de la réforme des exonérations de charges sociales (FOREC) a été créé par la LFSS pour 2000 sous la forme d'un établissement public de l'Etat. Chargé d'assurer le financement de la compensation des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires, notamment au titre de la réduction du temps de travail, ce fonds était alimenté en recettes par différents impôts et taxes affectés, pour partie nouveaux, pour partie affectés antérieurement au budget de l'Etat, ou enfin dirigés auparavant vers l'assurance-maladie (droits tabacs, taxe sur les véhicules terrestres à moteur) et vers le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Durant ses trois années d'existence (2000-2003), le FOREC a fait l'objet de nombreuses critiques, portant notamment sur les éléments suivants :

- la présence parmi ses ressources de prélèvements auparavant dirigés vers la CNAMTS et le FSV revenait à faire financer par la sécurité sociale une partie du coût des « 35 heures » ;

- constitué tardivement[130], il affichait en 2000 et 2001 des déficits de 1,7 Md€ et 0,7 Md€, représentatifs d'une créance de l'ACOSS sur l'Etat, garant en dernier ressort du FOREC. La dette de l'Etat a finalement été apurée par des versements de la CADES à l'ACOSS en 2003 et 2004 ;

- les dynamiques divergentes des exonérations de charges et des recettes du fonds ne permettaient d'assurer son équilibre annuel qu'au prix d'ajustements permanents des ressources affectées.

La suppression du FOREC a été alors présentée comme une mesure de clarté et de sincérité du budget de l'Etat organisant le retour à une inscription en dépense budgétaire du coût d'un dispositif en faveur de l'emploi désormais unifié dans le cadre de l'allègement dit « Fillon » sur les bas salaires instauré en 2003. Dans le même temps, l'ensemble des recettes du fonds a été réaffecté à l'Etat. Cette suppression a ramené fin 2004 la proportion des ITAF dans les ressources du régime général à son niveau de 1985, soit moins de 1,5 %.

129. Après avoir demandé l'établissement d'un compte consolidé du FOREC et des organismes de sécurité sociale (RALFSS 2001), la Cour a insisté sur l'absence de lisibilité liée aux ajustements annuels successifs (RALFSS 2002).

130. Alors que le FOREC a été créé en janvier 2000, les conventions entre l'ACOSS et l'Etat n'ont été signées qu'en décembre 2000 et janvier 2001.

Après deux années de financement budgétaire des exonérations de charges sociales, la réforme de 2006 a consisté à affecter directement aux régimes de sécurité sociale un panier de recettes fiscales pour compenser le coût de ces exonérations, de manière à faire échapper l'évolution dynamique de cette dépense aux contraintes de la norme de dépenses publiques retenue pour la préparation des lois financières et affichée dans le programme de stabilité présenté au niveau européen.

Cette réforme a conduit instantanément à un doublement du poids des ITAF dans les recettes de l'ensemble des régimes. Le dynamisme du coût de ces allègements, intégralement compensé par des ajustements sur le périmètre des impôts affectés et l'affectation de nouvelles taxes pour le financement des exonérations sur les heures supplémentaires, au sein d'un « second panier », ont accentué en 2007 et 2008 la progression du poids du financement fiscal des régimes de base.

En organisant un allègement supplémentaire des cotisations sociales, portant sur les cotisations patronales familiales, compensé par un relèvement de 1,6 point de la TVA à taux normal et une hausse du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, la loi de finances rectificative de mars 2012 visait à prolonger ce mouvement. Cette mesure a été abrogée par la loi de finances rectificative du 16 août 2012, qui a également supprimé à compter du 1er septembre 2012 l'essentiel des exonérations de charges sur les heures supplémentaires.

2 – L'apport de ressources supplémentaires

Indépendamment du financement des allègements de cotisations, le financement par recettes fiscales affectées a été retenu de façon quasiment systématique au cours des dernières années pour apporter de nouvelles ressources à la sécurité sociale.

a) Le besoin de financer une partie du coût de la réforme des retraites

La réforme des retraites de 2010 s'est accompagnée, pour la sécurité sociale, par un apport de 3,7 Md€ en 2011, dont 1,7 Md€ proviennent d'un accroissement net du produit des ITAF, notamment par transfert de fractions de TVA (TVA sectorielles sur le secteur médical) et de droits tabacs. Ces recettes nouvelles ont conduit au final à un accroissement des ressources du FSV afin que ce dernier finance une

partie du coût des minima de pensions bénéficiant aux retraités du régime général et des régimes alignés[131].

b) Une substitution en 2011 à une augmentation de CRDS

Le financement de la reprise de dette sociale par la CADES votée en LFSS 2011 s'est traduit quant à lui par un apport de 3,5 Md€ d'ITAF à la CNAF en contrepartie d'un transfert de CSG vers la CADES. Pour cette opération, les nouvelles taxes affectées, au demeurant non pérennes, ont été une alternative à un relèvement de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

c) Le choix de la fiscalité pour compenser des niches sociales et pour réduire les déficits de l'assurance maladie

La réduction des niches sociales s'est opérée par la création ou l'augmentation de taux de taxes ad hoc assises sur des éléments d'assiettes exemptés de cotisations sociales. Il en est ainsi du forfait social, assis pour l'essentiel sur l'intéressement et la participation et dont le taux aura été multiplié par dix depuis sa création en 2009. Son rendement devrait ainsi passer de 1,1 Md€ en 2011 à près de 3,8 Md€ en 2013 en raison du relèvement de son taux à 20 % par la loi de finances rectificative d'août 2012. De nombreuses autres taxes ont de fait été créées, ou ont vu leur taux augmenter depuis 2005, pour financer les dépenses d'assurance maladie (contributions sociales sur les « stock-options » en 2008, contributions sur les revenus du capital-risque, prélèvements sur les jeux et les appels surtaxés en 2010, C3S additionnelle en 2005), souvent en restaurant l'universalité du prélèvement social.

Au cours de la période 2005-2012, la fiscalité affectée a ainsi été systématiquement préférée à l'apport de ressources nouvelles par des mesures portant sur les cotisations sociales ou la CSG. Ce mouvement traduit une volonté de contenir, dans la recherche d'un meilleur équilibre des comptes sociaux, le poids des ressources assises sur le travail, de diversifier les modalités de financement de la protection sociale mais aussi une préférence pour des ajustements plus diffus et moins visibles que des augmentations de CSG, de CRDS ou de cotisations sociales. Il a

131. Le schéma de financement correspondant prévoit que la CNAMTS bénéficie d'un transfert de TVA (1 Md€) et de droits tabac (350 M€) en provenance de l'Etat ainsi que d'une augmentation du taux du forfait social (350 M€). En contrepartie, elle cède au FSV le produit de la C3S additionnelle (1 Md€) et une part du produit du forfait social (700 M€).

abouti à une profonde redéfinition des lignes de partage des différents modes de financement des régimes de sécurité sociale, entre cotisations, CSG, fiscalité affectée, selon une démarche essentiellement opportuniste.

C – Un degré de fiscalisation hétérogène entre les différentes branches et les différents régimes

Au-delà de leur affectation à la sphère sociale, la répartition des ITAF par régime et par branche a fait l'objet de modifications incessantes. Ces dernières ont constitué au cas par cas des réponses de circonstance à des questions de financement à court terme. Elles aboutissent à une situation très hétérogène au regard du degré de fiscalisation de chaque branche.

Ainsi, si toutes les branches ont été concernées par la montée en charge du financement fiscal des allègements de cotisations entre 2005 et 2008, comme le montre le tableau ci-après, la branche maladie voit sa part de fiscalité progresser encore nettement au-delà de 2009 (sous l'effet notamment de la mise en place du forfait social pour le régime général et de l'affectation de la taxe sur les véhicules de société au régime des exploitants agricoles). Mais en 2011, c'est la branche famille qui reçoit le plus d'ITAF en part relative après les opérations liées au financement de la reprise de dette par la CADES. En revanche, la branche AT-MP a vu son financement par la fiscalité quasiment disparaître en 2011 : elle ne reçoit plus de compensation au titre des allègements dits « Fillon » puisque le périmètre de ceux-ci n'intègre plus depuis 2011 les cotisations AT-MP.

Evolution de la part des ITAF dans les ressources de l'ensemble des régimes de base entre 2005 et 2011

En %

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (p)
Toutes branches	4,8	9,4	9,6	10,1	10,9	10,9	11,8
Maladie	7,6	12,2	11,8	12,1	13,6	13,7	14,7
Vieillesse*	3,6	7,1	7,5	8,2	8,7	8,4	8,4
Famille	0,8	6,6	7,3	7,4	7,4	7,9	15,1
AT-MP	2,0	15,3	17,2	18,0	18,0	16,8	1,5

**hors prise en compte des ITAF finançant le FSV*

Source : Données PLFSS, calculs Cour des comptes

1 – Le régime général désormais premier bénéficiaire de la fiscalité affectée

Le régime général, principal concerné par les allègements généraux de charges sociales ainsi que par la reprise de dette opérée en 2011 et par le volet recettes de la réforme des retraites, a vu sa proportion de financement fiscal pratiquement décupler entre 2004 et 2011. Elle est désormais légèrement supérieure à 12 %. Le régime concentre maintenant 75 % du produit des impôts affectés à l'ensemble des régimes de base.

2 – Des régimes des non-salariés aux ressources fiscales toujours significatives

L'apport de la C3S demeure important pour les branches vieillesse du régime des indépendants (plus de 20 %). Il a en revanche été fortement réduit pour la branche maladie du RSI en 2011 avec le transfert de 30,89 % du produit de la C3S vers le régime des exploitants agricoles, destiné à neutraliser les effets de la suppression de la compensation démographique maladie entre ces deux régimes.

Outre ce transfert, la branche maladie du régime des exploitants agricoles avait déjà bénéficié de l'apport du produit de la taxe sur les véhicules de société en 2009. Cette branche est dorénavant financée à hauteur de plus de 60 % par des ITAF.

*
* *

Représentant aujourd'hui près de 12 % des ressources de l'ensemble des régimes de base, la fiscalité affectée fait ainsi désormais figure de troisième pilier du financement de la sécurité sociale, aux côtés des cotisations et de la CSG.

II - Une source de financement dépourvue de lisibilité et de cohérence d'ensemble

Si les impôts et taxes affectés permettent une diversification d'assiette dans le financement de la sécurité sociale, les bénéfices que l'on aurait pu en attendre sont obérés par l'instabilité et la complexité de ce dispositif. Celui-ci est de ce fait insuffisamment responsabilisant et pose de sérieux problèmes de pilotage.

A – Des avantages limités en termes de diversification d'assiette et de dynamisme des prélèvements

1 – Un dispositif qui fait une part importante aux impôts et taxes assis sur la consommation

Les ITAF assis sur la consommation constituaient de loin en 2011 la catégorie la plus importante : à 26,4 Md€, ils représentaient 49 % du total[132]. Les ITAF assis sur la consommation recouvrent pour l'essentiel les droits sur les alcools et les tabacs, pour un montant de 14,5 Md€ en 2011. A ces taxes « comportementales » s'adjoignaient jusqu'à la fin 2011 les TVA sectorielles sur l'alcool, le tabac, le médicament et certaines prestations de santé.

Les recettes de TVA dirigées vers la sécurité sociale

Le BAPSA[133] a été financé jusqu'en 2004 par une part des recettes de TVA, représentant 0,70 % des recettes totales nettes. Le montant affecté à ce titre au régime agricole s'élevait à 4,1 Md€ en 2000 et 2001.

Les parts de TVA dites « sectorielles » ont été introduites lors de la constitution en 2006 du panier destiné à financer les allègements généraux de charges sociales et ont concerné dans un premier temps les ventes de tabacs (recette de 3 472 M€ en 2011) et de produits pharmaceutiques (3 502 M€ en 2011). Calculés en fonction de la TVA brute comptabilisée sur ces produits, ces transferts ont également porté à partir de 2008 sur les ventes des producteurs de boissons alcoolisées (2 100 M€ en 2011), cette TVA sectorielle étant affectée au panier finançant les exonérations sur les heures supplémentaires.

La LFSS pour 2011 a enfin transféré à la CNAMTS la TVA brute comptabilisée sur plusieurs acteurs de la santé, le produit total des TVA sectorielles atteignant 10,1 Md€ en 2011.

La loi de finances rectificative du 14 mars 2012 devait amplifier ce phénomène de transfert, en augmentant de 1,6 point le taux normal de TVA à compter du 1er octobre 2012 et en affectant le produit de cette augmentation (10,6 Md€ en année pleine) à la branche famille. Cette mesure a été abrogée par celle d'août 2012. Ce texte n'a en revanche pas remis en cause le remplacement des TVA sectorielles par l'affectation à la sécurité sociale d'un pourcentage équivalent des recettes totales de TVA

132. A ces montants pourraient s'adjoindre certains ITAF répertoriés plus loin parmi les impôts et taxes prélevés sur les entreprises, mais qui pourraient aussi bien être présentés comme assis sur la consommation des ménages : il en est ainsi par exemple de la taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats d'assurance-maladie (789 M€ en 2011) ou de la contribution sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur (972 M€ en 2011).

133. Budget annexe des prestations sociales agricoles.

nette, qui accompagnait l'instauration de la TVA dite « compétitivité ». Toutefois, en revenant sur l'essentiel des exonérations sur les heures supplémentaires, il supprime l'affectation de TVA qui compensait en partie le coût de ces exonérations. Seule la CNAMTS serait ainsi dorénavant affectataire d'une part de la TVA nette (soit 5,75 %).

Les recettes de TVA transférées à la sécurité sociale ont évolué de la manière suivante depuis 2006 :

En M€	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TVA transférée	5 847	6 118	8 372	8 451	8 544	10 114

La LFR d'août 2012 aura pour effet de réduire ces transferts de près de 2,1 Md€, toutes choses égales par ailleurs, à compter de 2013.

Les impôts et taxes assis sur les rémunérations s'élevaient à 14 Md€ en 2011, soit 26 % du rendement total. En sus des taxes destinées à limiter l'effet des niches sociales (cf. supra), cette catégorie comprend à titre principal la taxe sur les salaires, qui se place par son rendement brut annuel au premier rang des ITAF (11,7 Md€ prévus en 2011)[134].

Les impôts et taxes prélevés directement sur les entreprises représentaient pour leur part 10,2 Md€ en 2011, soit 19 % des ITAF dirigés vers la sécurité sociale, la part la plus importante étant prise par la C3S de base et additionnelle (au total 5,3 Md€), suivie par la taxe sur les véhicules de société (928 M€) et par la contribution sociale sur les bénéfices (850 M€).

Les prélèvements dits « de 2% » sur les revenus du capital s'élevaient enfin à 2,9 Md€ en 2011, soit 5 % des ITAF[135]. Ces prélèvements ont augmenté de 38 % par rapport à 2010, en raison notamment de la taxation au fil de l'eau des compartiments euro des contrats d'assurance-vie multi-support, décidée dans le cadre de la reprise de dette de 2010.

134. Son rendement net pour les finances publiques est cependant significativement inférieur. En dehors des 2,5 Md€ prélevés sur les banques et assurances, la taxe sur les salaires est en effet payée à hauteur de 38 % par les cliniques, laboratoires et hôpitaux et à hauteur de 15 % par des organismes publics tels que les caisses de sécurité sociale et donc financée en grande partie par l'assurance maladie.

135. Hors CSG et CRDS.

2 – Des apports en termes de dynamique de prélèvement à la fois limités et ambigus

La diversification des recettes par le biais des ITAF pouvait répondre au souci de protéger la sécurité sociale contre les fluctuations du PIB et de la masse salariale qui pèsent sur ses ressources. En réalité, ce résultat n'est que partiellement atteint, un certain nombre d'ITAF restant significativement corrélés au PIB.

a) Une dynamique de moyen terme proche de celle de la masse salariale et du PIB

Pondérés de leurs rendements 2011, les principaux ITAF [136] présentent sur les 12 dernières années une croissance moyenne de 3,1 %, légèrement inférieure à celle de la masse salariale et une volatilité similaire. Une analyse plus fine montre que deux taxes (la taxe sur les salaires et la C3S de base) dégagent une croissance moyenne supérieure à celle de la masse salariale tout en étant corrélées au PIB. En revanche, les taxes assises sur la consommation de produits particuliers ont évolué sur le passé moins favorablement que la masse salariale (à l'exception de la TVA sur les produits pharmaceutiques) tout en étant beaucoup moins corrélées au PIB. Un impôt se distingue enfin par sa volatilité très élevée : il s'agit de la contribution sociale sur les bénéfices (CSB).

Globalement, l'apport des ITAF à la dynamique des prélèvements sociaux n'est pas très différent de celui assuré par la CSG sur les revenus d'activité et sur les revenus du capital.

136. Il s'agit des impôts suivants, représentant 85 % du produit total des ITAF au sens de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) en 2011 : taxe sur les salaires, droits tabacs, C3S, contribution sociale sur les bénéfices, taxe sur les véhicules de société, taxe assurances sur les véhicules terrestres à moteur, TVA sur les produits pharmaceutiques, contribution prévoyance complémentaire, taxes sur les boissons alcoolisées. La TVA sectorielle sur les alcools n'a pas été prise en considération, son affectation à la sécurité sociale étant trop récente pour apprécier son évolution sur plusieurs années.

Evolution et élasticité par rapport au PIB des principaux ITAF

	Produit 2011 (M€)	Taux d'évolution annuel moyen depuis 1998*	Volatilité **	Coefficient de corrélation au PIB	Elasticité au PIB en valeur
Masse salariale du privé		3,5%	0,6	0,87	0,9
Assiette « 2% » du capital		3,1%	2,4	0,83	3,0
Taxe sur les salaires	11 644	4,1%	0,4	0,74	0,6
Droits tabacs	10 908	2,4%	0,8	-0,35	n.s.
Contribution de solidarité sur les sociétés de base	4 271	4,4%	0,9	0,94	2,0
TVA sur les tabacs	3 472	2,1%		-0,06	n.s.
Taxes sur les boissons alcoolisées	3 139	1,1%	2,2	-0,11	n.s.
Contribution sociale sur les bénéfices	850	2,1%	13,7	0,65	8,7
Taxe sur les véhicules de société	928	n.s.		n.s.	n.s.
Taxe assurance véhicules	972	1,4%	3,7	0,1	n.s.
TVA pharmacie	3 389	3,2%	0,6	0,04	n.s.
TVA alcools	2 130	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Contribution prévoyance complémentaire	736	4,8%	1,3	0,28	n.s.
Moyenne des ITAF		3,1%			

**ou plus récemment selon l'année de création de certaines taxes*

***mesurée comme le rapport entre l'écart-type sur les taux annuels d'évolution et le taux moyen d'évolution*

Source : Calculs Cour des comptes sur données CCSS, DGDDI et DGFIP

b) Néanmoins une évolution déconnectée de la conjoncture pour certaines taxes

En sus des taxes portant sur les assurances, qui ne présentent pas de corrélation marquée avec la conjoncture, les droits de consommation sur les tabacs et les boissons alcoolisées et les parts de TVA brute collectée sur ces secteurs ont une évolution déconnectée de celles du PIB et de la masse salariale. Le potentiel de croissance des ITAF sur les tabacs et les alcools est lié à la possibilité d'augmenter leurs taux ou le prix minimum de ces produits (cigarettes).

Les recettes (droits de consommation et TVA sectorielles) procurées par les tabacs et les alcools font cependant dépendre l'équilibre financier des régimes d'une consommation qu'il est par ailleurs souhaité limiter pour des raisons de santé publique. Avec l'entrée en vigueur de la LFR 2012, la substitution d'une fraction de la TVA nette globale au produit des TVA sectorielles atténuerait cependant cette dépendance financière.

c) Des dynamiques contrastées selon les régimes et branches

Si leur dynamique est en moyenne comparable à celle du PIB et de la masse salariale (cf. infra), les ITAF connaissent individuellement des évolutions différenciées qui peuvent favoriser ou au contraire pénaliser des branches ou des régimes donnés.

La CNAF s'est ainsi vu réserver au fil des ans des taxes particulièrement peu dynamiques, ce constat valant aussi pour le prélèvement sur les contrats d'assurance automobile qui lui sera affecté à compter de 2013.

Elle s'est également vu allouer le produit du prélèvement annuel sur les compartiments en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports, qui étaient auparavant taxés au dénouement du contrat. Si les montants attribués à la branche famille à ce titre ont été fixés de façon forfaitaire et intangible pour chacune des prochaines années[137], ce qui la met en principe à l'abri des fluctuations conjoncturelles enregistrées sur ce type de placements, les autres bénéficiaires, au premier rang desquels l'assurance-maladie[138], risquent d'être affectés en 2012 et 2013 par le mouvement de décollecte observé à partir de la mi-2011.

La branche vieillesse des exploitants agricoles, attributaire des droits sur les alcools (2 126 M€ prévus en 2011) marqués par une faible croissance annuelle moyenne sur les dix dernières années, s'est pour sa part vu affecter par la LFSS pour 2012 un peu plus de 60 % des droits sur les bières et les boissons non alcoolisées (soit 230 M€), dont le dynamisme est faible. La taxe sur les véhicules de société allouée à la branche maladie du régime des exploitants agricoles connaît pour sa part une érosion tendancielle qui ne peut être contrebalancée qu'au prix d'ajustements réguliers de son assiette.

137. La séquence de ces montants prévoit une diminution progressive depuis 1,6 Md€ en 2011 jusqu'à 0 en 2020.

138. L'assurance-maladie est attributaire de 5,95 points de CSG placements, soit 73 % du produit de cet impôt après la ponction au profit de la CNAF prévue par la loi de finances pour 2011.

B – Un dispositif instable et peu responsabilisant

Les modifications incessantes des allocations d'impôts et taxes, au cours des dernières années, les nouvelles répartitions entre branches, les créations de nouvelles taxes destinées à financer des dépenses croissantes ont accentué la complexité d'un dispositif devenu désormais peu lisible et au pilotage administratif insuffisamment efficient.

1 – Une instabilité entretenue par une application stricte du principe de compensation

La loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 dite « loi Veil » a fixé le principe de la compensation financière par l'Etat des exonérations de charges sociales, inscrit à l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale.

Le passage en 2006 à un financement des allègements de cotisations sociales par des impôts et taxes affectés ouvrait la voie à une plus grande sécurisation des ressources de la protection sociale. Cette perspective est restée très largement virtuelle. Dès 2007, l'accroissement du coût des allègements a été financé par un réajustement de près d'1 Md€ des recettes fiscales dirigées vers la sécurité sociale, tandis qu'à l'inverse les excédents constatés en 2009 et 2010 sur le panier de recettes affectées étaient repris par l'Etat pour financer ses dettes à l'égard de la sécurité sociale[139].

De même, les excédents générés par l'annualisation du calcul des allègements généraux (2 Md€ d'économies prévues pour 2011) et par la fin de la neutralisation des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux (600 M€ d'économies prévues pour 2012) ont été utilisés pour financer la réforme des retraites puis pour compléter les ressources finançant les allègements « TEPA », qui s'avéraient insuffisantes.

Afin de compenser strictement, exercice budgétaire après exercice budgétaire, le coût des allègements de charges, l'Etat a procédé à des ajustements multiples et fréquents de la liste et de la part des impôts et taxes affectées à la sécurité sociale, au gré des lois de finances et de financement initiales et rectificatives. A titre d'exemple, après avoir été affecté pour partie au panier consacré au financement des heures supplémentaires (2nd panier dit TEPA), le produit de la taxe sur les véhicules de société a été affecté par la LFR 2008 à la résorption des dettes de l'Etat vis-à-vis du RSI et des régimes spéciaux, avant d'être

139. L'excédent de 1,6 Md€ repris par l'Etat en 2010 a néanmoins été restitué l'année suivante dans la base fiscale des recettes affectées.

transféré par la LFI 2009 de ce 2nd panier vers la caisse centrale de la mutualité sociale pour le financement de la branche maladie des exploitants agricoles. Pour le reste, une grande partie des ajustements s'est opérée à travers la modification des clés de répartition des droits sur les tabacs entre l'Etat et la sphère sociale.

Dans le même temps, le compte scrupuleux des transferts de charges entre les différents financeurs publics se déboucle régulièrement, s'agissant de la sécurité sociale, par des ajustements portant sur des ITAF. Ainsi, en loi de finances pour 2012, la budgétisation du financement de l'AFSSAPS a conduit à une reprise par l'Etat d'une fraction du produit de la TVA « fabricants de lunettes » affectée à la CNAMTS en 2011.

2 – Une lisibilité insuffisante

Alors que l'affectation d'impôts, comme alternative à un financement par dotations, devait contribuer à clarifier le financement de la sphère sociale, le dispositif est ainsi devenu illisible et déresponsabilisant.

a) Des ITAF qui ne sont pas perçus comme des ressources propres de la sécurité sociale

L'affectation d'impôts et taxes est parfois présentée comme une clarification du financement des branches et des régimes, qui disposeraient ainsi de ressources propres complémentaires des recettes collectées auprès de leurs cotisants.

Cette clarification suppose, pour être effective, une certaine constance dans les affectations, une dynamique en ligne avec l'évolution des dépenses et une volatilité limitée. L'instabilité chronique de la répartition des ITAF entre les branches et les régimes ne permet pas de les considérer comme des ressources propres de nature à sécuriser le financement de la sécurité sociale, à l'exception de quelques taxes épargnées par ce mouvement incessant (taxes sur le secteur des médicaments au profit de la CNAM, ou taxes sur les huiles et sur les farines au profit du régime des exploitants agricoles, fraction de la C3S calculée de manière à équilibrer le régime des indépendants).

A cette instabilité s'ajoute l'absence de fléchage explicite en direction de la sécurité sociale. L'affectation à la sécurité sociale des TVA dites « sectorielles » était ainsi dépourvue de visibilité pour le consommateur final, comme l'avait été le préciput de 0,70 % de la TVA finançant le régime agricole à l'époque du BAPSA et comme risque de

l'être le pourcentage du produit total de la TVA nette destiné à remplacer en 2012 les TVA sectorielles.

b) Des financements qui manquent de clarté

Contrairement à la CSG et à la CRDS, dont les taux de prélèvement apparaissent sur les bulletins de salaires et sur les avis d'imposition, les ITAF sont dépourvus de visibilité pour ceux qui, directement ou indirectement, les acquittent, alors qu'il s'agit d'un prélèvement soit sur les marges des entreprises, soit sur le pouvoir d'achat par le biais de leur répercussion dans les prix. La finalité de la cinquantaine d'impôts et taxes ainsi affectés à la sécurité sociale n'est pas davantage connue de ceux qui en bénéficient in fine. L'absence de clarté de ces modes de financement en fait un dispositif largement déresponsabilisant, comme le montre notamment la C3S.

La contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S)

Le régime social des indépendants recouvre la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), créée en 1970 pour compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des non-salariés non-agricoles consécutives à la dégradation de l'équilibre démographique de ces régimes lié au développement de l'emploi salarié[140].

Affectée en priorité aux régimes de base du régime social des indépendants, la C3S permet d'équilibrer automatiquement ses comptes structurellement déficitaires, en particulier ceux des régimes vieillesse à hauteur d'un peu plus de 20 % de leurs ressources. A cette forme de déresponsabilisation d'un régime par un impôt affecté s'ajoute la faible lisibilité de l'affectation du solde de C3S au fonds spécial vieillesse et, depuis 2011, à la mutualité sociale agricole.

3 – Des relations entre l'Etat et la sécurité sociale trop peu formalisées

Le recouvrement des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale est éclaté entre la direction générale des finances publiques (DGFIP), qui assurait 55 % de la collecte en 2010, la direction générale des douanes et

140. La C3S a été instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 et complétée par une C3S dite additionnelle instaurée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Ces contributions, dont le rendement atteignait 5,3 Md€ en 2011, soit plus de 10 % du rendement de l'impôt sur les sociétés, sont acquittées par les sociétés dont le chiffre d'affaires est supérieur à 760 000 €. Contrairement à la TVA, elle est cumulative aux différents stades du circuit économique, sans possibilité de déduction de la taxe payée en amont.

des droits indirects (DGDDI), qui en assurait 28 %, l'ACOSS (7 %) et le RSI au titre de la C3S (10 %). Effectuée en majorité en dehors de la sphère sociale, la gestion de ces ITAF n'a pas toutes les qualités qui pourraient être attendues d'une gestion déléguée.

La DGDDI, qui ne possédait pas d'application d'assiette, n'était pas capable de ce fait jusqu'il y a peu de reconstituer les droits liquidés par mois de taxation. La mise en place depuis mars 2011 d'un téléservice d'assiette a visé à remédier à ces difficultés

Les impôts et taxes collectés par les services des finances sont d'abord centralisés par le service du contrôle budgétaire et comptable du ministère des finances, avant d'être reversés à l'ACOSS avec un décalage de un à quelques jours. Une accélération des reversements permettrait de progresser dans le sens d'une plus grande neutralité des relations financières Etat-sécurité sociale.

Plus généralement, l'effort fait au cours des dernières années pour doter les différents régimes et branches de ressources fiscales dédiées n'a pas été accompagné d'un renforcement du dialogue entre les services chargés de collecter ces impôts et taxes et les administrations de sécurité sociale. Ces dernières n'ont de ce fait qu'une connaissance imparfaite des recettes destinées à assurer leur équilibre financier.

La perspective d'une affectation stable et définitive, susceptible de transformer les ITAF en véritables ressources propres des régimes (cf. infra), doit nécessairement s'accompagner en tout état de cause de la mise en place des moyens, pour les caisses bénéficiaires, de piloter pleinement ces ressources depuis l'établissement des prévisions de produit jusqu'aux enregistrements comptables des restes à recouvrer, en passant par le suivi infra annuel du recouvrement et la capacité de solliciter des mesures correctives. Sans remettre en cause l'identité des services de recouvrement, cette appropriation du pilotage des ITAF, au moins par l'ACOSS, suppose l'établissement de conventions nettement plus exigeantes qu'aujourd'hui sur la nature des obligations des services chargés de la gestion de l'impôt en matière de fourniture d'informations et d'engagements sur les moyens de contrôle et de recouvrement.

III - Une meilleure structuration de ce dispositif désormais indispensable

Le mouvement de fiscalisation de la protection sociale par le biais d'impôts et taxes affectés est, toutes choses égales par ailleurs, probablement appelé à durer, voire à se renforcer pour autant que d'autres choix ne soient pas faits en matière de diversification de recettes par un recours accru à la CSG. En effet, le financement de dépenses croissantes sans peser sur le coût du facteur travail est une nécessité pour des considérations de compétitivité. De plus, un mouvement massif de rebudgétisation comme en 2004 est désormais plus difficile à mettre en œuvre au regard des masses financières en jeu. Enfin, la substitution de dotations de l'Etat à tout ou partie des impôts aujourd'hui affectés aux différents régimes affaiblirait la préoccupation d'une plus grande responsabilisation des régimes sur leurs recettes et la maîtrise du solde de la sécurité sociale.

La première exigence reste le retour à l'équilibre des comptes sociaux, en premier lieu par des efforts d'économies et de réductions des niches sociales, ensuite, si le recours à des recettes supplémentaires s'avère inévitable, par la mobilisation de prélèvements clairs et responsabilisants.

Le maintien de ce qui est devenu un troisième pilier appelle cependant des clarifications de plusieurs ordres en ce qui concerne la structure du financement de la sécurité sociale.

A – L'intégration des allègements généraux de charges dans le barème des cotisations sociales

La perspective d'une telle intégration était clairement associée à l'affectation en 2006 de recettes fiscales au financement des allègements généraux de charges sociales. La Cour avait examiné en 2008 les avantages et les limites d'une telle « barémisation » de l'allègement dit « Fillon »[141], c'est-à-dire la fixation de taux de cotisation patronale nets, ceux réellement supportés par les entreprises, au lieu de l'affichage de taux bruts, plus élevés, sans prise en compte des allègements. Elle soulignait alors, outre l'incidence d'un tel dispositif sur les systèmes connexes d'exonérations ciblées et sur les heures supplémentaires, que

141 . Communication du 19 mai 2008 à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

cette voie supposait l'abandon du principe de compensation à l'euro près dans le cadre du « panier » fiscal.

De ce point de vue, les modifications des modalités de calcul des allègements introduites en 2011 et 2012 se sont accompagnées d'un changement majeur en ce sens de leur mode de compensation.

De fait, en déconnectant l'affectation des recettes destinées à financer les allègements dits « Fillon » de l'évolution ultérieure du coût de ces allègements généraux sur les bas salaires, la LFSS pour 2011 a restreint le champ de la compensation annuelle intégrale aux allègements liés aux heures supplémentaires (allègements dits « TEPA »), dont le bénéfice devrait dorénavant être restreint aux entreprises de moins de 20 salariés.. Cette déconnection permet d'éviter les ajustements annuels incessants, en laissant évoluer les prélèvements une fois les bases fiscales arrêtées et favorise l'intégration dans le barème des allègements de cotisations.

Dans ces conditions, l'intégration dans le barème de cotisations des allègements généraux mettrait fin à l'affichage d'un niveau de prélèvements sur les salaires plus élevé qu'il n'est en réalité et qui peut fausser l'appréciation que portent les acteurs économiques sur la compétitivité de notre pays, comme l'a rappelé la Cour en 2011 dans son rapport sur les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne[142]. Favorisée par le passage d'une compensation annuelle stricte à une compensation par transfert d'impôts, elle ferait rentrer dans la norme des exonérations présentées jusqu'alors comme des exceptions à l'universalité des prélèvements et créerait un contexte adapté à la consolidation du troisième pilier de financement que constitue désormais la fiscalité affectée.

L'annualisation du calcul des allègements dits "Fillon" depuis 2011 devra être pris en compte dans les conditions pratiques de mise en œuvre d'une telle barémisation.

B – Une nouvelle articulation des procédures de vote annuel des recettes fiscales

Le mouvement de fiscalisation du financement de la sécurité sociale par les impôts et taxes affectés contribue à une imbrication des sources de financement de l'Etat et de la sécurité sociale qui affaiblit la lisibilité d'ensemble des finances publiques.

142. Rapport public thématique sur « les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne », mars 2011, p. 236 et 237.

Alors que les engagements de la France dans un cadre européen sur une trajectoire de redressement budgétaire s'expriment à l'échelle de l'ensemble des administrations publiques, les votes de dispositions fiscales ayant des effets sur les ressources de la sécurité sociale soit en lois de finances, soit en loi de financement de la sécurité sociale, ne facilitent pas pour la représentation nationale une vue d'ensemble des enjeux de financement de la protection sociale.

L'amélioration de la lisibilité de ce qui est devenu un troisième pilier de financement de la sécurité sociale et le renforcement de la cohérence des décisions fiscales intéressant la sécurité sociale doivent conduire à poser la question de l'articulation des procédures de vote de lois de finances et de lois de financement de la sécurité sociale, comme l'a déjà proposé la Cour en faisant le bilan de dix ans de mise en œuvre de la loi organique sur les finances publiques[143]. Elle suggérait à cet égard d'organiser une discussion générale unique suivie d'un examen des volets respectifs des deux textes relatifs aux recettes, puis de passer à l'examen des dépenses. Cette réforme permettrait une approche plus globale et plus cohérente, en évitant par exemple que des recettes non encore votées en loi de finances soient considérées comme des ressources en loi de financement de la sécurité sociale. Elle apparaît d'autant plus souhaitable que le changement des modalités de compensation des allègements de cotisations suppose pour être tenable à terme pour l'équilibre de la sécurité sociale un choix de recettes fiscales affectées dont la dynamique soit globalement en ligne avec celle de leurs coûts.

C – Les voies possibles d'une refonte du dispositif

Le caractère plus ou moins contributif des dépenses financées par les différentes branches des différents régimes devrait normalement déterminer dans un premier temps le partage du financement de chaque branche entre cotisations, CSG et impositions et taxes affectées. Au-delà, la capacité des différents branches à supporter des recettes soit moins dynamiques, soit plus variables que la masse salariale, devrait être évaluée. Cette capacité, qui dépend notamment de la nature des dépenses financées, devrait en effet être prise en compte pour répartir le produit des taxes les plus volatiles ou les plus atones.

Une meilleure structuration interne du bloc des ITAF permettrait en tout état de cause de mettre un terme à l'émiettement excessif des

143. Rapport public thématique sur « la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : un bilan pour de nouvelles perspectives », novembre 2011, p. 141, 146 et 147.

taxes qui le constituent et aux défauts de la répartition empirique de celles-ci entre branches et régimes. Au-delà, la contribution de la fiscalité au financement de la sécurité sociale pourrait être rendue plus manifeste par son ancrage autour de quelques impôts significatifs.

1 – La réduction du nombre global de taxes affectées

La multiplication de taxes à assiette et rendement réduits nuit à la lisibilité du financement des régimes et leur affectation à la sécurité sociale rend plus difficile leur intégration dans toute réforme globale de la fiscalité. Une réduction du nombre des ITAF limiterait alors les inconvénients de l'émiettement actuel. Il conviendrait sans doute alors de réexaminer l'intérêt de maintenir l'affectation de taxes dont l'assiette est susceptible de placer la sécurité sociale en porte-à-faux par rapport aux politiques de santé publique (consommation de tabacs et d'alcools).

En tout état de cause, les taxes spécifiquement créées dans le cadre de la réduction des niches sociales, en tant qu'elles visent à compléter l'assiette effective des cotisations sociales, devraient sans aucun doute demeurer des ressources de la sécurité sociale.

2 – L'ancrage des ITAF autour d'un grand impôt de référence

La restructuration du bloc des ITAF ne pouvant s'opérer qu'à prélèvements constants, elle aurait nécessairement pour corollaire de la réduction du nombre de taxes l'émergence d'un impôt prépondérant parmi les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale. Différentes options sont envisageables à cet égard :

a) Un partage accru du produit de la TVA

Cette option ne ferait au final que prolonger le mouvement d'affectation de parts croissantes de TVA au financement de la sécurité sociale depuis 2006. Toutes choses égales par ailleurs, seraient alors à réaffecter à l'Etat une partie des impôts inclus aujourd'hui dans les ITAF, en contrepartie d'une hausse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

b) Le recours aux taxes environnementales

Considérées comme moins défavorables au facteur travail que ne le sont les cotisations, les taxes environnementales pourraient, si elles étaient mises en place de façon significative, constituer une diversification de l'assiette des recettes fiscales finançant la sécurité

sociale. A cet égard, le régime des exploitants agricoles bénéficie déjà de la taxe sur les véhicules de sociétés[144], mais son champ d'application est limité. Plus généralement, la Cour a estimé [145] que la taxation des transports routiers souffrait en France d'un émiettement préjudiciable à son efficacité depuis la suppression de la taxe annuelle sur les véhicules de particuliers et que la fiscalité environnementale restait plus faible en France qu'en Allemagne, en raison notamment des difficultés rencontrées dans la mise en place d'une contribution « carbone ».

Sans négliger le fait que la fiscalité environnementale poursuit des objectifs économiques distincts de ceux du financement de la protection sociale, un renforcement de ces prélèvements serait dès lors susceptible de générer des recettes qui pourraient être affectées à la sécurité sociale, en substitution d'ITAF qui seraient rétrocédés à l'Etat. Ce type de prélèvement présente toutefois, par construction, un faible dynamisme toutes choses égales par ailleurs puisqu'en agissant sur les comportements nuisibles à l'environnement il a pour effet de réduire sa propre assiette de taxation[146].

c) Un rapprochement entre ITAF et CSG

Un certain nombre de prélèvements sociaux comptés au nombre des ITAF ont en effet déjà une assiette et des modalités de recouvrement strictement identiques à la CSG (prélèvements sur les revenus du capital notamment) et pourraient être purement et simplement fusionnés avec celle-ci[147]. Ce constat pourrait conduire à modifier à la marge la ligne de partage actuelle entre ITAF et CSG.

A terme pourrait se poser également la question d'une suppression des taxes visant la compensation partielle de diverses niches sociales au profit d'une intégration des éléments de revenus correspondants dans l'assiette des cotisations sociales. Les revenus soumis au forfait social seraient alors les premiers concernés par une telle intégration.

144. Cette taxe est calculée en fonction de la catégorie d'émission de CO_2 du véhicule.

145. Rapport thématique précité de mars 2011 sur les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne, p. 240.

146. L'exemple de la taxe sur les véhicules de société montre cependant que la tendance à l'érosion de l'assiette peut être compensée par une modulation des modalités de prélèvement (règles d'assiette ou taux).

147. Un point de CSG représente en 2012 8,4 Md€ sur les revenus d'activité, 2,5 Md€ sur les revenus de remplacement et 1,3 Md€ sur les revenus du capital.

Plus généralement, à niveau de prélèvements constant, le maintien de l'affectation d'impôts et taxes divers à la sécurité sociale pourrait être réexaminé si les différents prélèvements sur le revenu (IR et CSG) faisaient à terme l'objet d'une réforme en profondeur. Une telle réforme ouvrirait la voie à une nouvelle répartition entre l'Etat et la sécurité sociale des recettes fiscales assises sur les revenus au sens large et rendrait probablement moins nécessaire l'affectation d'impôts et taxes spécifiques à la sécurité sociale.

*
* *

Sans viser l'exhaustivité, les différentes hypothèses ainsi évoquées soulignent que le recentrage nécessaire du financement fiscal de la sécurité sociale autour d'un nombre plus réduit d'impôts suppose des choix et des arbitrages délicats, mais indispensables, à peser très attentivement en particulier en termes de dynamique des ressources de régimes sociaux et de compétitivité des entreprises. Pour autant, la dimension désormais prise dans le financement de la sécurité sociale par des ITAF attribués au coup par coup sans vision d'ensemble ni prospective ne permet plus de les éluder, sauf à fragiliser gravement notre protection sociale par le maintien d'ajustements incessants de court terme.

CONCLUSION

Représentant désormais une part significative du financement de la Sécurité sociale, la fiscalité qui lui est affectée constitue aujourd'hui un ensemble très hétérogène résultant à la fois de sédimentations historiques et de réponses de circonstance à des besoins de financement à court terme. Aux côtés des cotisations sociales et de la CSG, est apparu ainsi un troisième pilier de financement qui appelle désormais des choix essentiels pour définir plus clairement les lignes de partage et d'évolution de ces différentes ressources.

Le dispositif actuel se caractérise par un foisonnement de taxes, recouvrées par divers services, dont les assiettes sont très variées, nuisant à la lisibilité et au pilotage du financement de la sécurité sociale. La croissance spectaculaire de ce mode de financement depuis le début des années 2000 a permis d'éviter des hausses de CSG, de CRDS ou de cotisations pour financer des déficits sociaux récurrents et la progression de la dette sociale, ainsi que de placer la dynamique de ces prélèvements en dehors des contraintes de la norme d'évolution des dépenses affichée dans les documents budgétaires et le programme de stabilité. Elle s'est accompagnée d'une grande complexité et d'une instabilité accrue aussi

bien dans le périmètre des impôts globalement affectés à la sphère sociale que dans leur répartition par branches.

Le recentrage du financement fiscal de la sécurité sociale sur un nombre plus réduit d'impôts devrait s'opérer dans le souci d'assurer une transparence des flux de ressources, un dynamisme de la recette au moins équivalent à celui obtenu jusqu'à présent sur l'ensemble des ITAF, tout en maintenant une diversification des assiettes par rapport à celle reposant sur le travail.

Sans jamais négliger la priorité à la maîtrise des dépenses et dans une approche à prélèvements obligatoires globalement constants, différentes voies devraient être examinées parmi lesquelles la montée en charge du partage de la TVA entre l'Etat et la sécurité sociale, le renforcement de la fiscalité environnementale et l'affectation de son produit à la protection sociale ou encore un nouveau partage entre l'Etat et la sécurité sociale des recettes fiscales tirées des revenus au sens large. La réarticulation souhaitable des modalités de présentation et de discussion des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale permettrait en ce sens de mieux prendre la mesure des enjeux et des voies d'action possible et aiderait à la clarification indispensable de l'architecture du financement de la sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

14. Examiner le degré de fiscalisation souhaitable pour le financement de chacune des branches de la sécurité sociale (orientation).

15. Intégrer dans le barème des cotisations sociales patronales les allègements généraux de charges.

16. Redéfinir et simplifier la fiscalité affectée à la sécurité sociale dans le cadre d'une consolidation de ce 3ème pilier de financement.

17. Organiser un examen commun des volets recettes du projet de loi de finances (PLF) et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

DEUXIEME PARTIE

LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DE CERTAINES REFORMES

Chapitre VI

Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP

PRESENTATION

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2006[148]*, la Cour avait examiné les régimes de retraite des salariés de la SNCF et de la RATP et observé que ces derniers bénéficiaient, par rapport à ceux du secteur privé et aux fonctionnaires d'une série d'avantages spécifiques pour leur retraite. Elle avait conclu, en raison des perspectives démographiques et financières de ces régimes spéciaux, à la nécessité de les réformer, dès lors qu'ils n'avaient été concernés ni par les mesures prises en 1993 pour le régime général, ni par celles adoptées en 2003 pour le régime des fonctionnaires.*

Au-delà de l'impératif d'équité, leur réforme était de fait devenue une condition de l'acceptabilité des profonds réajustements déjà opérés dans les autres régimes comme des nouveaux efforts à envisager. C'est pourquoi leur ont été transposés au cours des dernières années les changements apportés au régime de la fonction publique, en 2007-2008 avec la modification des paramètres de calcul des pensions, puis en 2010/2011 avec le recul de l'âge plancher de départ en retraite

La Cour a analysé les conditions de mise en œuvre des réformes de ces deux régimes, qui couvrent une population numériquement peu importante (162 300 cotisants à la SNCF, 43 600 à la RATP en 2010), mais qui font largement appel à la solidarité nationale au travers des subventions versées par l'Etat (en 2012, 3,2 Md€ pour la SNCF et 552 M€ pour la RATP) (I). Elle a également examiné les mesures de compensation accordées en contrepartie aux agents (II). Elle a cherché enfin à faire une première évaluation de leur incidence financière tant pour les régimes eux-mêmes que pour les entreprises concernées et à en dresser le bilan global (III).

I - Des réformes qui ont tendu à la convergence avec la fonction publique

Plutôt qu'un alignement sur le régime général des salariés du secteur privé, l'orientation retenue par les pouvoirs publics a été celle d'une convergence progressive avec le régime des pensions de la fonction publique, avec lequel les régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP partageaient déjà plusieurs spécificités.

148. Chapitre X - Les régimes spéciaux de retraite des industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF, p. 307 à 341.

A – Une réforme préalable : la création de deux caisses de retraite autonomes

Les deux régimes de retraite de la SNCF et de la RATP étaient des « régimes d'entreprise » dont les comptes étaient intégrés dans ceux des établissements publics. Leur gestion a été confiée en 2006-2007 à des caisses de sécurité sociale distinctes des entreprises, avec personnalité juridique et autonomie financière.

1 – Une gestion assurée par des caisses de sécurité sociale

En 2005, les pouvoirs publics ont décidé de procéder à une première réforme du régime de la RATP, qui n'a concerné que son statut juridique et son financement. Elle a consisté à transformer le régime en une caisse de sécurité sociale (la caisse de retraites du personnel de la RATP -CRP RATP-), juridiquement autonome et à la faire subventionner directement par le budget de l'Etat et non plus par l'intermédiaire de l'entreprise.

Entrée en vigueur au 1er janvier 2006, cette réforme a tiré les conséquences de la loi du 13 août 2004 sur les libertés et responsabilités locales qui a confié à la région Ile-de-France et plus précisément au syndicat des transports de l'Ile-de-France (le STIF), l'organisation des transports publics dans la région. Elle a aussi été motivée par l'application à la régie, depuis le 1er janvier 2007, des normes comptables internationales qui, en l'absence de réforme, auraient dû la conduire à provisionner à son bilan la totalité de ses engagements de retraite. Dans la perspective de l'adossement de la caisse au régime général -qui ne s'est finalement pas réalisé, pour des raisons financières[149] - les taux de cotisation ont été alignés sur ce dernier[150].

L'application de la réglementation comptable internationale a aussi entraîné la création, au 30 juin 2007, de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF), qui est, elle aussi, une caisse autonome de sécurité sociale. Toutefois, contrairement à la RATP,

149. L'adossement au régime général aurait induit le versement à ce dernier d'une soulte importante par la RATP.

150. Le taux de cotisation des salariés est alors passé de 7,85 % à 12 %, le taux employeur de 15,34 % à 18 %, plus des frais de gestion initialement fixés à 0,43 %. Ces taux ont été fixés en tenant compte de ce qu'une partie de la rémunération des agents est versée sous forme de primes non cotisées. Pour que le nouveau taux de cotisation salariale soit neutre pour les agents, leur salaire brut a été majoré de 4,8 %, dont la moitié sous forme d'une prime non cotisée, le salaire net restant inchangé.

comme il n'avait pas été question d'un adossement au régime général, les taux de cotisation n'ont alors pas été modifiés.

2 – Une réforme d'ampleur limitée

La clarification de la gestion apportée par la création de ces caisses, qui versent aux agents leur pension, ne s'est pas accompagnée d'une modification des droits à la retraite des affiliés : en particulier, il n'a alors pas été touché à l'âge précoce de départ à la retraite, pour tous les cheminots de la SNCF (50 ans pour les agents de conduite, 55 ans pour les autres agents) et pour les agents de la RATP (50 ou 55 ans selon les métiers, hormis les personnels administratifs : 60 ans), ainsi qu'aux modalités spécifiques de calcul et de revalorisation de la pension, en particulier la prise en compte des six derniers mois de salaires et celle des « bonifications de service ».

Les deux régimes étant structurellement déficitaires, notamment pour la SNCF en raison du rapport démographique défavorable (en 2010, le nombre d'allocataires et le rapport démographique pondéré[151] étaient respectivement de 287 604 et de 0,67)[152] leur besoin de financement est depuis longtemps comblé par des subventions élevées du budget de l'Etat. Celui-ci apporte désormais directement aux deux caisses son concours financier[153], qui est primordial pour leur équilibre (552 M€ en 2012 pour la caisse de la RATP, soit 55 % de ses ressources, 3,4 Md€ pour la caisse de la SNCF, soit 62 % de ses ressources).

B – Une harmonisation partielle avec la fonction publique

Les réformes des régimes de la SNCF et de la RATP, qui ne nécessitaient que des dispositions réglementaires, ont été mises en œuvre par deux décrets de juin 2008, après des négociations difficiles qui ont impliqué directement les pouvoirs publics.

151. Le rapport démographique pondéré est le rapport entre le nombre de cotisants d'une part, la somme entre le nombre de retraités de droit direct et le nombre de bénéficiaires de pension de réversion pondéré par le taux de révision d'autre part.

152 . Pour la RATP, le nombre d'allocataires est de 42 421 et le rapport démographique pondéré de 1,18.

153. Concours inscrits en loi de finances 2012.

Le processus de réforme

Après une première phase de concertation intervenue en septembre 2007, le gouvernement a présenté les principes de la réforme des retraites des régimes spéciaux, notamment lors de débats au Sénat puis à l'Assemblée nationale, en octobre 2007.

Il a rappelé que les réformes des paramètres de calcul des retraites issues de la loi du 22 juillet 1993 n'avaient concerné ni la SNCF ni la RATP, alors même que ces régimes spéciaux étaient -et demeurent- confrontés aux mêmes défis démographiques et financiers -voire plus graves- que les autres régimes. Dans le but de placer les Français sur un « pied d'égalité » et dans la perspective des réformes à venir, il décidait de faire converger les principaux paramètres des deux régimes, en particulier les règles tenant à la durée des cotisations, non pas avec le régime général mais avec celui de la fonction publique. Ces principes ont été retracés dans un « document d'orientation relatif à la réforme des régimes spéciaux de retraite », qui a donné lieu à une communication au conseil des ministres du 11 octobre.

L'important conflit social déclenché par l'annonce de la réforme a conduit les pouvoirs publics à s'impliquer directement dans sa mise en œuvre. Ainsi, le 14 novembre 2007, pour débloquer la situation, le ministre du travail et des affaires sociales a adressé aux organisations syndicales des deux entreprises une « lettre de proposition de méthode » par laquelle il acceptait deux revendications : l'ouverture de négociations tripartites Etat-entreprises-organisations syndicales et la négociation de propositions concrètes, principalement des mesures salariales d'accompagnement de la prolongation d'activité.

Les négociations ont alors repris. Portant, pour l'essentiel, sur les compensations accordées aux agents par les entreprises, elles se sont tenues jusqu'à la mi-décembre et ont débouché, à la RATP, sur un relevé de décisions, à la SNCF sur un « document récapitulatif des négociations ». Ces décisions ont été intégrées dans les règlements des retraites des deux régimes, datés du 30 juin 2008.

Au fil des mois, la réforme est ainsi devenue un symbole de la volonté réformatrice des pouvoirs publics en matière de retraite, prévalant sur les objectifs financiers, qui n'ont pas été au cœur des préoccupations. Les caisses et les entreprises n'ont au demeurant quasiment pas été sollicitées pour aider à procéder aux cadrages et aux simulations financières.

En 2010, les pouvoirs publics ont décidé, sans rouvrir de négociation, d'appliquer aux deux régimes les principes et les règles

retenus par la loi du 9 novembre 2010[154], transposition qui s'est traduite, par trois décrets datés du 18 mars 2011[155].

En revanche les régimes ne se sont pas vu appliquer les dispositions prises en décembre 2011 pour la fonction publique, qui ont pour l'essentiel consisté dans le raccourcissement d'une année de l'entrée en vigueur du décalage de deux ans de l'âge d'ouverture des droits[156]. Un décalage supplémentaire s'est ainsi créé dans le rythme de montée en charge des réformes entre la fonction publique et les régimes de la SNCF et de la RATP.

Le processus de réforme a en définitive porté sur trois aspects majeurs.

1 – Les règles d'attribution des pensions

a) Les modalités de calcul des pensions

La réforme entrée en vigueur au 1er juillet 2008 a tendu à harmoniser les modalités de calcul des retraites[157] des agents des « cadres permanents » des deux entreprises avec les réformes intervenues pour les fonctionnaires au 1er janvier 2004.

Le document d'orientation du 10 octobre 2007 avait notamment prévu que « la durée de cotisation pour obtenir une retraite complète sera progressivement portée de 37,5 ans à 40 ans » et que « la durée de cotisation aura ensuite vocation à évoluer comme dans le régime de la fonction publique ».

Dès lors, la durée totale des services et des bonifications de service ouvrant droit à une retraite à taux plein a été harmonisée avec la fonction publique en étant portée, par paliers, à 160 trimestres pour les agents dont la « date plancher » est le 1er décembre 2012, puis à 164 trimestres pour ceux dont la date plancher est au 1er juillet 2016. Elle a ensuite, à l'instar de la fonction publique, été prolongée à 165 puis à 166 trimestres.

154. Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.
155. Décret n° 2011-288 relatif à la limite d'âge des agents de la SNCF et de la RATP ; décrets n° 2011-291 et 2011-292 respectivement relatifs au régime spécial du personnel de la SNCF et au régime spécial de retraite du personnel de la RATP.
156. Décret n° 2011-2103 du 30 décembre 2011 portant relèvement des bornes d'âge de la retraite des fonctionnaires, des militaires et des ouvriers de l'Etat.
157. Déjà calculées par ailleurs comme pour les fonctionnaires en fonction de la rémunération des six derniers mois.

b) La suppression de « l'âge couperet »

Le document d'orientation d'octobre 2007 avait prévu, pour permettre aux agents qui le souhaitent de travailler plus longtemps, la suppression des « clauses couperets ». Ces dispositions des règlements de retraite autorisaient la mise à la retraite d'office des salariés par leurs employeurs dès l'ouverture des droits. A la SNCF, elles étaient généralement considérées par les agents comme une véritable obligation de départ à la retraite (« âge couperet »).

Aspect majeur de la réforme à la SNCF, cette mesure est intervenue avec effet au 1er juillet 2008[158]. A la RATP, la faculté de mise à la retraite d'office a aussi été supprimée.

c) L'introduction d'une décote et d'une surcote

Pour encourager chacun à travailler plus longtemps et à l'instar de la fonction publique et des autres régimes de retraite, a été établi un dispositif de surcote et de décote progressive, cette dernière étant cependant calculée de manière plus favorable et à compter du 1er juillet 2010 seulement.

d) Les « règles d'âge » et de durée de service

La réforme de 2010-2011 a conduit à revenir sur l'engagement du document d'orientation qui avait prévu que « les conditions et les âges d'ouverture des droits seront maintenus ».

L'âge légal de départ à la retraite a été porté, par paliers de 4 mois supplémentaires par an à compter du 1er janvier 2017, au 1er janvier 2022 à 52 ans pour le personnel roulant ou travaillant en souterrain de la RATP et pour les agents de conduite de la SNCF ; à 57 ans pour les autres agents de la SNCF et pour les personnels de la RATP travaillant en atelier ; à 62 ans pour les agents de la RATP classés comme « sédentaires »[159].

158. Mais les notifications de mise à la retraite d'office avaient été suspendues depuis octobre 2007.

159. Sont concernés par ces mesures d'âge les agents nés à partir de 1957 pour les « sédentaires » de la RATP, de 1962 pour les agents de la régie travaillant en atelier (« tableau A ») et pour les agents de la SNCF non conducteurs, de 1967 pour les agents de conduite des deux entreprises et les personnels de la RATP travaillant en souterrain (« tableau B »). Les agents plus âgés, estimés à la SNCF à 57 000, ne sont pas concernés par ces mesures.

En cohérence avec le report de la limite d'âge retracé ci-dessous, la « durée de services » a été portée par un décret du 18 mars 2011, par étapes de quatre mois supplémentaires par an à compter du 1er janvier 2017, respectivement de 15 à 17 ans et de 25 à 27 ans en 2022 pour les agents de la SNCF, de 25 à 27 ans pour les agents « actifs » de la RATP et à 32 ans au lieu de 30 pour ses « sédentaires ».

De même, un décret du 18 mars 2011 dispose que, pour les agents du cadre permanent des deux entreprises, la limite d'âge est fixée à 67 ans au lieu de 65 ans antérieurement. Cette disposition est étalée, par paliers de 4 mois, pour les agents nés entre 1957 et 1961.

La suppression des bonifications pour les nouveaux recrutés : un pas important vers la convergence

Le « document d'orientation » du 10 octobre 2007 avait prévu que « les dispositions en vigueur seront maintenues pour les agents des régimes spéciaux recrutés avant le 31 décembre 2008. Pour les agents recrutés à compter du 1er janvier 2009, les bonifications telles qu'elles existent aujourd'hui seront modifiées : la spécificité des métiers devra désormais être prise en compte selon d'autres modalités qu'une réduction du nombre d'années de cotisations ».

Ces bonifications d'annuités (dites « du 1/5 » et « de 1/2, »), qui contribuaient notablement à améliorer le taux de liquidation des pensions des agents de conduite de la SNCF et des agents de la RATP dits « roulants » ou travaillant en bureau de dépôt ou en ateliers, ont dès lors été supprimées pour ceux qui sont recrutés depuis le 1er janvier 2009.

Il importe de souligner l'importance de cette mesure, tant sur le plan symbolique que par ses conséquences financières, alors que ces bonifications formaient un élément significatif de l'attractivité des statuts concernés, comme il l'est encore dans la plupart des corps et cadres « actifs » de la fonction publique[160] ; à cet égard, les deux régimes sont aujourd'hui plus proches que ces corps de la fonction publique de droit commun[161].

160. Il s'agit des policiers, des douaniers membres de la branche « surveillance », des personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire, des ingénieurs contrôleurs de la navigation aérienne (environ 200 000 personnes au total) ainsi que de certains métiers de la fonction publique hospitalière (480 000 personnes : aides-soignants, infirmiers n'ayant pas usé de leur droit d'option entre les catégories A et B), des sapeurs-pompiers de la fonction publique territoriale (40 000 agents environ pour cette dernière), ainsi que des militaires.

161. Au demeurant, la plupart des corps et cadres de fonctionnaires classés en catégorie active continuent à bénéficier d'une durée minimale de services particulièrement favorable (17 ans, à compter du 1er janvier 2016), plus favorable que la très grande majorité des agents relevant des deux régimes (seuls les agents de conduite de la SNCF, soit 9,5 % de l'effectif de l'EPIC, en bénéficient).

2 – Les taux de cotisation

a) A la SNCF

En sus de la cotisation patronale de base dite « T1 » fixée en 2011 et 2012 au taux de 22,23 %, qui sera relevé de 0,25 % au 1er novembre 2012 dans le cadre du financement de l'assouplissement des conditions du droit à la retraite anticipée, le taux de la cotisation patronale « T2 », qui couvre les « droits spéciaux », a progressé ainsi qu'il suit, en application du décret n° 2007-1056 : 11,96 % en 2007, 12,27 % en 2008, 12,62 % en 2009 et 12,73 % en 2010. Le taux applicable pour 2011 a été allégé de 1,47 point (11,26 %) afin de faire partiellement droit à une revendication de la SNCF qui souligne le handicap concurrentiel de cette charge sociale.

Aujourd'hui égal à 7,85 %, comme dans la fonction publique jusqu'au 31 décembre 2010, le taux de la cotisation salariale est supposé rester à ce niveau jusqu'à la fin 2016. Il sera ensuite progressivement accru, par paliers de 0,27 % identiques à ceux de la fonction publique, à compter du 1er janvier 2017, pour parvenir à 10,55 % le 1er janvier 2026 ; il sera alors identique au taux atteint en 2020 pour les fonctionnaires, soit six ans plus tôt.

b) A la RATP

Comme indiqué ci-dessus, les cotisations vieillesse ont été revalorisées en 2006, la cotisation employeur progressant alors de 15,34 % à 18,43 %, la cotisation salariale de 7,85 % à 12 %. Ces taux ont été déterminés pour correspondre à ceux du régime général, l'assiette cotisée ne portant toutefois que sur environ quatre-cinquièmes de la rémunération totale. Compte tenu des mesures récentes relatives à l'assouplissement du droit à retraite anticipée pour les carrières longues, le taux employeur sera majoré de 0,25 % au 1er novembre 2012 et, le taux salarié s'accroîtra, par étapes, de 0,25 point entre 2017 et 2020.

3 – La désindexation des pensions

Depuis le 1er janvier 2009, les pensions des deux régimes sont indexées non plus sur les rémunérations des entreprises, ce qui leur imprimait un rythme d'évolution soutenu mais, à l'instar des autres régimes de retraites et des pensions de la fonction publique, sur l'indice des prix hors tabac.

*
* *

Les réformes ainsi mises en œuvre selon un calendrier très progressif maintiennent des différences entre les régimes spéciaux de la RATP et de la SNCF et les autres régimes.

Les principales différences entre les deux régimes spéciaux, le régime général et celui de la fonction publique

<table>
<tr><th></th><th></th><th>SNCF</th><th>RATP</th><th>RG</th><th>FP</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Taux de cotisation salarié</td><td>Avant réforme</td><td>7,85%</td><td>7,85 %</td><td rowspan="2">10,55 % :
- 6,75% pour le régime de base[162] ;
- 3,80 % pour la retraite complémentaire</td><td>7,85 %[163]</td></tr>
<tr><td>Après réforme</td><td>Réforme en 2011 :
In fine (2026) :
10,55 %·</td><td>Réforme en 2005-2006 :
12% [164]depuis lors</td><td>Réforme en 2010 :
In fine (2020) : 10,55 %</td></tr>
<tr><td>Base de calcul</td><td>Non concernée par la réforme</td><td>6 derniers mois</td><td>6 derniers mois</td><td>25 meilleures années</td><td>6 derniers mois</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Durée de cotisation pour une pension à taux plein</td><td>Avant réforme</td><td>150 trimestres</td><td>150 trimestres</td><td>160 trimestres</td><td>150 trimestres</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Après réforme</td><td colspan="4">La durée de cotisation requise pour une pension à taux plein n’est plus prédéfinie comme elle l’était dans la réforme de 2003 mais est devenue « glissante » : chaque année, sur la base d’un avis du Conseil d’orientation des retraites, un décret fixe la « durée de référence » (durée du « taux plein ») pour une génération donnée. C’est l’une des innovations de la réforme de 2010 (art. 17 de la loi du 9 novembre 2010).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Réformes en 2008 et 2010 : la durée de cotisation pour une pension à taux plein s’élèvera ainsi à 166 trimestres, à compter du 1er juillet 2017, pour les agents nés entre le 1er mars et le 31 décembre 1962 (1967, pour les agents de conduite[165]).</td><td colspan="2">Réformes en 2003 et 2010 : en application des dispositions décrites ci-dessus, pour les assurés nés en 1955, le nombre de trimestres a été fixé à 166. Pour les assurés nés en 1956, le décret reste à prendre au cours de l’année 2012.</td></tr>
</table>

162. Dont 6,65 % jusqu’au plafond des cotisations de sécurité sociale et 0,10 % sur la totalité du salaire.

163. Sur la rémunération hors primes, un taux de 5 % sur les primes étant applicable dans le cadre du « régime additionnel de la fonction publique ».

164. Taux qui, tenant compte d’une assiette plus restreinte que celle du régime général, équivaut au 10,55 % de celui du régime général ; cf. supra le paragraphe relatif aux taux de cotisation à la RATP. Le taux passera à 12,25 % à compter du 1er novembre 2012.

165. Pour les agents administratifs de la RATP, il s’agit des agents nés en 1957.

		SNCF	RATP	RG	FP
Age légal de départ à la retraite	Avant réforme	55 ans 50 ans pour les agents de conduite	50 ou 55 ans selon les métiers[166]	60 ans	60 ans pour les agents sédentaires, 50[167] ou 55 ans pour les « actifs »
	Après réforme	Réforme en 2011 : in fine (2024) : 57 ans pour les agents nés à partir de 1967 ; 52 ans pour les agents de conduite nés à partir de 1972	Réforme en 2011 : in fine (2024) : 52 ou 57 ans selon les métiers (agents nés à partir de 1972 ou de 1967).	Réformes en 2010 et 2011 : in fine (2017) : 62 ans pour les salariés nés à partir de 1955	Réformes en 2010 et 2011 : in fine (2017) : 62 ans pour les agents nés à partir de 1955
Taux de décote par trimestre manquant pour obtenir une pension à taux plein	Avant réforme	Pas de taux de décote	Pas de taux de décote	2,5%	Pas de taux de décote
	Après réforme	Réforme en 2008 : in fine (2019) : 1,25%, pour les générations nées à partir du 1er novembre 1963	Réforme en 2008 : in fine (2019) : 1,25%, pour les générations nées à partir du 1er novembre 1963	Réforme en 2003 : in fine (2013) : 1,25% pour les générations nées à partir de 1953	Réforme en 2003 : in fine (2015) : 1,25% pour les générations nées à compter de 1958
Date de paiement de la pension	Non concernée par la réforme	trimestriel d'avance	mensuel, terme échu	mensuel, terme échu	mensuel, terme échu

Source : Cour des comptes.

Bien que le contenu des réformes soit quasiment identique à celui de la fonction publique, plusieurs différences subsistent entre les régimes.

La principale d'entre elles consiste dans la détermination, pour le calcul du taux de décote applicable à un agent, du « nombre de trimestres manquants ». Dans les deux régimes spéciaux a été ajoutée une troisième modalité de calcul de ce nombre de trimestres, qui est retenue si elle est plus favorable à l'agent.

166. Hors personnels « sédentaires ».

167. Policiers, personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire, ingénieurs contrôleurs de la navigation aérienne, agents de la fonction publique territoriale effectuant des travaux insalubres. Les militaires sont seulement soumis à une condition de durée de service.

Diverses autres dispositions restent plus favorables que dans la fonction publique. On peut notamment mentionner à cet égard des règles relatives à l'âge minimum d'affiliation, à la durée minimale de services effectifs, aux modalités de paiement de la pension, aux mères de famille, aux agents handicapés ou aux enfants handicapés d'agents.

De plus le rythme de mise en œuvre des réformes est décalé, au regard de la fonction publique, de quatre à sept ans selon les mesures et l'étalement de la mise en œuvre de la décote est un peu plus large.

Enfin l'existence même de mesures d'accompagnement, leur nombre, leur ampleur et leur incidence financière sur les entreprises et sur les caisses (cf. ci-dessous) constituent un avantage important pour les agents des deux entreprises alors que les fonctionnaires civils et militaires n'ont bénéficié, dans le cadre de la réforme de leur régime de pensions, d'aucune disposition équivalente.

II - En compensation, des « mesures d'accompagnement » pour les salariés, souvent coûteuses

La volonté des pouvoirs publics de faire aboutir une réforme à la forte dimension symbolique s'est traduite par de nombreuses mesures de contrepartie, particulièrement à la SNCF (une vingtaine au total).

A – Des mesures similaires dans les deux entreprises

1 – La création d'échelons supplémentaires

Leur attribution est automatique, sous seule condition d'ancienneté (à la SNCF, 28,5 ans -21 ans pour les agents de conduite-, 26 puis 28 ans à la RATP). La majoration de salaire qui en résulte est de 3,60 % à la SNCF et de 5,71 % pour le second échelon cumulé avec la mesure dite « TDR » (au titre du départ à la retraite) à la RATP (cf. ci-dessous).

A la SNCF, la mesure a pris effet dès le 1er janvier 2008. A la RATP, le premier échelon est entré en vigueur le 1er janvier 2012, le second prendra effet au 1er janvier 2014.

Pour les deux entreprises et leurs agents, ces dispositions constituent la mesure d'accompagnement phare, d'une part, par leur simplicité de compréhension, leur automaticité et leur caractère symbolique, d'autre part, par leur coût : à la SNCF, 60 M€ en 2012 et

503 M€ 2010 sur la période 2008-2018 ; s'agissant de la RATP, le coût de l'attribution des échelons n'est pas établi de manière certaine.

2 – Les autres mesures de fin de carrière

Diverses mesures ont cherché à inciter au maintien dans l'entreprise des agents en fin de carrière. A la SNCF, il s'agit de diverses majorations salariales[168], dont l'entreprise évalue le coût total pour 2012 à 17 M€ 2010 et pour la période 2008-2018 à 253 M€ 2010.

A la RATP, a été privilégiée l'attribution systématique de « points retraite », combinée avec le bénéfice du second des deux nouveaux échelons[169]. Un premier tiers de ces « points retraite » sera mis en œuvre avec effet au 1er juillet 2014, un deuxième au 1er janvier 2015, le troisième au 1er janvier 2016. Intervenant à l'obtention du dernier échelon, à 28 ans d'ancienneté, la mesure incite à rester dans l'entreprise jusqu'à 28,5 ans de services. L'âge moyen d'embauche à la régie de la maitrise et des « opérateurs » étant de 26 ans, il convient ainsi, pour bénéficier du plein effet de cette disposition, de rester en moyenne jusqu'à 54,5 ans.

Sachant que l'âge moyen de départ à la retraite à la RATP était de 53,6 ans en 2011, n'est dès lors requis des agents qu'un décalage de moins d'un an de l'âge de départ, décalage beaucoup plus modeste que le départ à l'âge « d'annulation de décote » recherché par la réforme.

L'augmentation procurée pour la retraite est du même ordre que, pour la SNCF, le bénéfice cumulé du dernier échelon d'une part, de l'augmentation de 2,5 % pour les agents de conduite ou celle de 3 % dite « déblocage de fin de grille », de l'autre.

168. Ces majorations sont les suivantes : +0,5 % par semestre travaillé après 55 ans (50 ans, pour les agents de conduite) ; +2,5 % pour les agents de conduite, 6 mois avant l'âge auquel leur décote s'annule, qui se cumule avec la précédente pour majorer, à 53,5 ans, leur rémunération puis leur pension de 5 % ; + 3 % (majoration dite « de déblocage de fin de grille », versée aux agents âgés d'au moins 50 ans qui détiennent certaines « positions de rémunération » et y comptent cinq ans d'ancienneté, ainsi qu'aux agents de conduite six mois avant qu'ils n'atteignent l'âge auquel leur décote s'annule).

169. Elle a pour objet de contribuer à compenser, pour les agents partant à partir de 2014, l'effet de la baisse progressive de la valeur de l'annuité, en majorant leur dernier coefficient de rémunération de 5,71 % et le montant moyen de la pension de 3,75 %.

3 – L'intégration de primes pour le calcul de la retraite

A la SNCF, trois séries de primes ont été concernées : les « gratifications de vacances » et « gratifications d'exploitation », qui bénéficient à tous les agents[170], l'intégration de la « prime de travail » dans la prime de fin d'année » qui est soumise à cotisation et l'attribution d'un demi-point de l'indemnité de résidence[171]. Le coût global pour 2012 est évalué par la SNCF à 79 M€ et à 787 M€ 2010 pour la période 2008-2018.

A la RATP, égale à 2,4 % du salaire, la « prime de compensation » de l'augmentation du taux de cotisation vieillesse intervenue en 2006, a été intégrée dans le salaire cotisé en quatre tranches de 0,6 %.

B – Les mesures propres à la SNCF

1 – La compensation de la suppression des bonifications

Comme souligné plus haut, la suppression des bonifications « de traction » ou « de service » est une mesure essentielle de la réforme de 2007-2008, sur les plans symbolique et financier. Dès lors, à la SNCF les discussions sur ses compensations ont revêtu pendant les négociations une grande importance. Les mesures prises ont été les suivantes :

- l'abondement du « compte-épargne-temps », par l'entreprise, du nombre de jours épargnés par les agents de conduite. Le coût en est de 15 M€ en 2012 et de 170 M€ environ sur la période 2008-2018 ;
- l'institution d'un régime de retraites supplémentaire pour les agents de conduite recrutés dans le « cadre permanent » à compter du 1er janvier 2009. Ce régime est à adhésion obligatoire et à cotisations définies, égales à 4,6 % de la rémunération liquidable et versées par l'entreprise. Le coût en est estimé à 3 M€ en 2012.

2 – La prise en compte de la pénibilité

Pour traiter le problème de la pénibilité, une majoration de traitement (+15 €/mois hors charges) a été mise en place qui tend à compenser la réduction de rémunération correspondant au fait de ne plus

170. L'impact moyen de cette mesure sur l'assiette liquidable des agents a été estimé par la SNCF à 1,43 %.

171. Cette mesure se rattache à la dernière opération de revalorisation des pensions antérieure à l'indexation sur les prix, réalisée dans le cadre dit de la « péréquation » salaires-pensions.

occuper l'un des 58 « emplois à pénibilité avérée » ; elle est portée à 25 € pour les agents comptant 25 ans d'exercice dans un tel emploi. Etaient concernés en 2009 36 700 agents dont 30 226 agents bénéficiant de la prime de 25 €. Le coût annuel pour la SNCF est de 17 M€ 2010.

S'ajoutent à ces mesures divers autres dispositifs dont l'incidence financière apparaît moindre : cessation progressive d'activité, temps partiel de fin de carrière, participation de l'entreprise au « rachat d'années d'études », aménagement des « fins de carrière ».

C – A la RATP, des mesures transitoires 2008-2012

Le relevé de décision de décembre 2007 a prévu que « tout agent dont la date d'ouverture des droits est postérieure au 1er juillet 2008 et qui fait valoir ses droits à la retraite entre le 1er juillet 2008 et le 30 juin 2012 verra son coefficient de rémunération majoré de façon à compenser la baisse tendancielle de la valeur de l'annuité résultant de l'augmentation de la durée de cotisation ».

Cette mesure dite « TDR » (« au titre du départ à la retraite ») fait suite à une tradition bien ancrée -pas seulement à la régie- consistant à donner, lors de leur départ à la retraite, un « coup de pouce indiciel », au titre du départ à la retraite, à un certain nombre d'agents. Le coût indiqué par la RATP est de 680 000 € en 2010 et de 1 M€ en 2011.

Hormis l'effet très réduit de la décote, ce dispositif a eu pour effet de complètement neutraliser jusqu'en 2012 les effets de la réforme sur le montant de la pension des agents de la régie, le bénéfice des échelons supplémentaires et les « points retraite » venant alors prendre le relais pour compenser, partiellement cette fois, la baisse du taux d'annuité.

Par ailleurs, aucune mesure de compensation à la suppression des bonifications de service n'a été prise pour les agents « actifs » recrutés à partir de 2009, sachant qu'à l'opposé de la SNCF, ces bonifications concernent la grande majorité des agents.

*
* *

L'esprit des mesures adoptées à la RATP diffère ainsi nettement de celles retenues pour la SNCF. A la régie ont été retenues un petit nombre, tendant essentiellement à compenser les effets pénalisants de la réforme sur le « taux d'annuité » ; à la SNCF, la palette plus large tend davantage à favoriser le maintien dans l'entreprise. Dans les deux cas, plus encore que sur les entreprises, pour lesquelles elles se traduisent par des coûts

importants, les contreparties accordées pèseront sur les deux caisses de retraite par l'accroissement des pensions qu'elles généreront.

III - Un bilan global prévisionnel incertain

A – Pour les caisses et l'Etat : des gains relativement modestes

Les gains prévisionnels des réformes, sous la forme de surcroît de cotisations d'une part, d'économies dans les retraites versées d'autre part, dépendent notamment de l'âge de départ en retraite des agents.

Les hypothèses retenues par les deux caisses diffèrent à cet égard et ne sont pas homogènes avec celles faites par les entreprises elles-mêmes. La caisse de la SNCF considère que le comportement de départ des agents est déterminé par la préférence donnée par les cheminots au maintien à 68 % du taux de remplacement de la pension sur le dernier salaire, alors que l'entreprise a finalement retenu une hypothèse composite (la moitié des agents partant avec un décalage de 3,5 années, la moitié à l'âge auquel leur décote s'annule). S'agissant de la RATP, si la caisse s'est calée sur un comportement de départ à l'âge auquel la décote s'annule, l'entreprise n'a pas été en mesure d'indiquer sur quelles hypothèses sont fondées ses propres prévisions.

Les premiers changements observés devraient permettre d'affiner les hypothèses retenues et de les diversifier.

A la SNCF, les agents commencent à partir plus tard

Les premières années d'application de la réforme des retraites ont été marquées par une évolution de l'âge moyen de départ à la retraite à la SNCF, qui ne se vérifie pas à la RATP, comme le fait apparaître le tableau suivant :

Evolution de l'âge moyen de départ à la retraite

	Catégories	2007	2008	2009	2010	2011
SNCF	Ttes catégories	54,7	54,6	54,7	55,0	55,3
	Non AdC*	55,2	55,2	55,3	55,5	55,8
	AdC	50,3	50,3	50,4	50,7	50,9
RATP	Ttes catégories	53,3	53,4	53,8	53 ,7	53,6
	dont B	52,2	51,8	52,2	52,4	52,1

Flux des liquidations de pensions directes « normales », hors démissions, révocations et licenciements.

**« AdC » : agents de conduite.*

Source : CPRP SNCF, CRP RATP.

A la SNCF, entre 2009 et 2011, les nouveaux retraités ont reculé chaque année leur départ de 0,3 an : le comportement des cheminots a commencé à se modifier, de façon notable, plus nettement que la moyenne constatée pour d'autres actifs[172].

Cette première tendance est corrélée avec la forte baisse du nombre des cheminots qui partent à l'« âge plancher » : en 2008, c'était le cas de trois-quarts des nouveaux retraités, en 2011 de 30 % d'entre eux. A l'inverse, ceux qui partent un an plus tard que cet âge, très minoritaires en 2008, sont aujourd'hui un tiers du total.

Si on ne saurait inférer avec certitude, de cette première inflexion, la poursuite sur le moyen terme, elle pourrait refléter un changement majeur de comportement des agents au regard de la retraite, voire une véritable mutation socioculturelle du monde cheminot : celui-ci élaborait traditionnellement ses projets de vie en fonction de l'âge de départ à la retraite, considéré comme une donnée intangible. La situation s'est inversée : dès lors qu'il atteint l'âge d'ouverture des droits, chaque agent peut maintenant choisir son âge de départ comme il l'entend, en fonction de ses projets et de ses contraintes.

A la RATP en revanche, conformément à la manière dont le dispositif d'accompagnement salarial a été conçu, l'âge moyen de départ n'a pas encore évolué et est resté le même en 2011 qu'en 2007. Dans l'intervalle il a cependant connu des variations non négligeables[173] résultant notamment des comportements de départ des agents au regard des réformes annoncées

Il est fort dommageable en effet que les caisses et la SNCF n'aient examiné qu'une seule hypothèse de départ et que les premières ne se soient pas concertées avec les entreprises sur les prévisions retenues. Celles-ci sont en effet, à court-moyen terme, ambitieuses : elles postulent un décalage moyen de l'âge de départ de 0,3 an par année, soit un rythme double, voire plus du double, du rythme constaté après réforme pour les actifs ressortissants d'autres régimes.

1 – Les gains prévisionnels de la caisse de la SNCF

Comme le synthétise le tableau suivant, pour les dix années 2011-2020, le gain cumulé serait, selon les plus récentes prévisions de la caisse, de 4,1 Md€ et de 6,3 Md€ pour les années 2021-2030, soit un total sur les vingt prochaines années de l'ordre de 10,5 Md€.

172. Sur la période 2007-2009, le rythme annuel de décalage de l'âge de départ était égal à 0,15 année/an pour les sédentaires de la fonction publique, à 0,20 pour les « actifs ».

173. L'évolution du nombre des départs a été la suivante : -25 % en 2008, -26 % en 2009, +31 % en 2010, -6 % en 2011.

CPRP SNCF : total des gains[174]
(cotisations supplémentaires et prestations économisées)
2011-2020

En M€ 2010

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	**Total**	Moyenne
+270	+290	+360	+440	+500	+490	+460	+470	+430	+430	**+4 130**	+410

2021-2030

2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	**Total 2021-2030**	Moyenne 2021-2030	**Total 2011-2030**
+460	+500	+570	+600	+650	+670	+680	+710	+740	+770	**+6 340**	+630	**+10 460**

Source : CPRP, février 2012. Les gains prévisionnels correspondraient ainsi à deux années de pensions versées par la caisse (montant 2010). Sur la période 2011-2030, l'économie réalisée pour le budget de l'Etat serait de 16 %.

La réalisation de ces prévisions dépend de celle de l'hypothèse de comportement des agents retenue par la caisse, soit le choix d'un âge de départ permettant un « taux de remplacement net » égal à 68 %, taux aujourd'hui constaté. La confirmation dans le temps de cette option conduirait les cheminots à quitter l'entreprise, dans une douzaine d'années, au-delà de 60 ans.

À la demande de la Cour, la caisse a examiné une hypothèse alternative consistant dans le départ des agents à « l'âge pivot »[175]. Tant en pensions économisées qu'en supplément de cotisations perçues, les estimations sont globalement très proches de la première hypothèse : 10,2 Md€ pour l'ensemble de la période au lieu de 10,5 Md€.

2 – Les gains prévisionnels de la caisse de la RATP

Le tableau ci-après retrace le total annuel des gains de cotisations perçues et des pensions économisées grâce aux réformes.

174. Arrondi à la dizaine de millions d'euros près.

175. « L'âge pivot » est l'âge le plus favorable à l'agent, entre « l'âge de référence » d'une part, l'âge jusqu'auquel l'agent doit cotiser pour annuler sa décote, de l'autre. La notion d'âge pivot est surtout utile pour calculer la date à laquelle la décote s'annule la plus précocement.

CRP RATP : total des gains[176]
(cotisations supplémentaires et prestations économisées)
2011-2020

En M€ 2010

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	**Total**
+10	+10	+10	+10	+10	+30	+40	+40	+60	+60	**+270**

2021-2030

2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	**Total 2021-2030**	**Total 2011-2030**
+70	+90	+100	+110	+110	+110	+130	+140	+140	+140	**+1 140**	**+1 420**

Source : CRP/Galéa, novembre 2011

Selon ces prévisions, supérieures aux évaluations précédentes de la caisse, les réformes ont produit des effets positifs dès 2011, le gain annuel culminant à 140 M€ 2010 environ en 2029 pour décroître lentement à partir de 2036.

Selon cette chronique, la décennie 2011-2020 verrait un gain total pour la caisse de 270 M€ 2010, soit 30 % des pensions versées et 54 % de la subvention de l'Etat reçue en 2010. Sur la période 2011-2030 serait enregistré un gain cumulé de 1,4 Md€, égal à une fois et demi le montant des pensions de 2010, autorisant une subvention de l'Etat en diminution de 9 % par rapport à celle qui aurait été nécessaire sans les réformes.

3 – L'évolution du montant des subventions de l'Etat

Le montant de la contribution du budget de l'Etat aux caisses devrait, selon leurs évaluations, évoluer comme suit.

176. Arrondi à la dizaine de millions d'euros près.

Evolution du montant des subventions[177] de l'Etat
2008-2020

En M€ 2010

Caisse bénéficiaire	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CPRP SNCF	2980	2990	3030	3150	3190	3170	3140	3140	3150	3130	3060	2970	2890
CRP RATP	480	500	510	520	550	580	600	610	640	650	660	670	660

2021-2030

Caisse bénéficiaire	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CPRP SNCF	2790	2690	2590	2490	2410	2360	2330	2280	2220	2180
CRP RATP	660	650	650	640	640	630	630	630	630	630

Source : CPRP, CRP.

Selon les données fournies par la caisse de la SNCF, la subvention de l'Etat devrait, en euros constants 2010, atteindre un maximum en 2012 (près de 3,2 Md€), rester à ce niveau jusqu'en 2017 avant de diminuer quasi-continûment pour avoisiner 2,2 Md€ en 2030, soit une baisse d'un tiers du montant de la subvention entre ces deux dates.

A contrario, la subvention de l'Etat à la caisse de retraite de la RATP devrait, en euros constants 2010, continuer à progresser, de manière significative, dans les prochaines années, pour atteindre 670 M€ 2010 en 2019 (+22 % sur 2012). Elle devrait ensuite diminuer, pour rester, en 2030, à un niveau supérieur de 15 % à celui atteint en 2012.

Ces prévisions sont fondées sur des hypothèses d'évolution des effectifs du « cadre permanent » stables à compter de 2019 (pour la SNCF) et de 2015 (pour la RATP) qui sont insuffisamment étayées et semblent fragiles au regard de la tendance à la baisse de ces effectifs constatée depuis plusieurs années.

Malgré les réformes intervenues, le besoin de financement global actualisé à l'horizon 2050 est estimé dans le compte général de l'Etat 2010 à 76 Md€ 2010 pour la SNCF et à 18 Md€ 2010 pour la RATP, avec une hypothèse de taux d'actualisation à 1,53 %.

177. Arrondi à la dizaine de millions d'euros près.

B – Pour les deux entreprises, une majoration de coût salarial significative

Le surcoût généré pour les deux entreprises par les réformes comporte plusieurs composantes. En particulier le coût du vieillissement de la pyramide des âges de l'entreprise (« impact démographique », mesures d'accompagnement déduites) s'ajoute au poids spécifique des compensations accordées[178].

L'évaluation prévisionnelle de ces charges supplémentaires dépend des hypothèses retenues, s'agissant notamment de l'évolution des effectifs[179] et du comportement des agents au regard de l'âge de départ à la retraite.

1 – Un coût élevé des réformes pour la SNCF

a) Le coût salarial du vieillissement des effectifs

Comme le fait apparaître le tableau ci-après, « l'impact démographique » de la réforme représente une charge lourde.

Evaluation de l'impact démographique pour la SNCF 2011-2020

En M€ 2010[180]

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	**Total**
130	200	270	320	380	400	400	360	300	250	**3 000**

178 . Sans préjudice des conséquences indirectes des réformes pour les deux entreprises : il s'agit pour elles de revoir les « parcours professionnels » des agents, en prévoyant notamment des contingents de promotions supplémentaires, des actions de formation, de prévention des pénibilités. Il faut aussi tenir compte des coûts liés à l'éventuelle moindre productivité des agents âgés ou à des « arrêts maladie » plus fréquents, à des difficultés liées à l'« employabilité » des personnels les plus âgés, pour lesquels la mobilité interne pourrait nécessiter des mesures spécifiques.

179. Pour des motifs variés tenant notamment à la politique générale de l'entreprise, le nombre des embauches annuelles peut aboutir à un accroissement des effectifs globaux. La SNCF a ainsi lancé, en 2011, une politique de recrutement qui a fait remonter l'effectif total de l'EPIC, contrairement à la situation prévalant depuis de nombreuses années (+261 emplois, en glissement, de décembre 2010 à décembre 2011).

180. Arrondi à la dizaine de millions d'euros près.

2021-2030

2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	**Total**
240	250	280	330	370	420	460	510	520	530	**3 900**

Source : SNCF/Cabinet Winter ; hors coût des mesures d'accompagnement (cf. infra).

Selon ces données, le coût de l'impact démographique progressera notablement pour culminer durant la décennie actuelle à 400 M€ 2010 en 2016 puis déclinera avant de reprendre ensuite pour atteindre 530 M€ en 2030. Sur la décennie 2011-2020, le coût cumulé serait de 3 Md€ et de 3,9 Md€ pour la période 2021-2030.

Le coût de l'impact démographique évalué par la SNCF, égal à 1,7 % de la masse salariale en 2011, progresserait à 2,5 % en 2012 et à 5,2 % en 2016. A partir de 2028, il devrait excéder 6 %.

b) Le coût des « mesures d'entreprise »

Le coût cumulé des mesures d'accompagnement est évalué par l'entreprise à 1,7 Md€ 2010[181] pour la période 2011-2018[182]. Elle n'a pu apporter d'estimation pour la période ultérieure, ce qui est regrettable.

Selon la SNCF, le coût annuel total de ces mesures culminerait en 2014 (environ 210 M€ 2010), soit 2,9 % de la masse salariale, avant de diminuer modérément.

La moitié environ de ce coût est constituée par deux postes de dépenses : l'échelon supplémentaire et la « majoration de la prime de fin d'année ». Même considérées de manière extensive, celles des mesures qui sont incitatives à l'allongement de la carrière dans l'entreprise représentent moins de la moitié du coût (44 % au maximum, en 2014) et moins de 20 % du coût total ; dès 2016, ces « mesures incitatives » représenteront moins de 15 % du coût total évalué par la SNCF. A contrario, les autres mesures apparaissent constituer, pour leurs bénéficiaires, un effet d'aubaine pur et simple.

181. Les valorisations communiquées par l'entreprise ne comprennent pas certaines mesures d'accompagnement, tels que le « temps partiel de fin de carrière », les « aménagements divers de fin de carrière, les « mesures diverses » (majoration de traitement pour les anciens apprentis, par exemple) ou encore la participation de l'entreprise au « rachat d'années d'études », prévue par le relevé de conclusions du 30 octobre 2007. Elles ne prennent pas non plus en considération les provisions qui ont été constituées, notamment, pour les cessations progressives d'activité.

182. 2,1 Md€ en intégrant les années 2008 à 2010.

Ces évaluations sont fondées sur l'hypothèse ambitieuse d'âge de départ des agents déjà évoquée (départ de la moitié des agents à « l'âge d'annulation de la décote » et de l'autre moitié à 58,5 ans). Si le décalage d'âge de départ était moindre, le surcoût réel pour l'entreprise serait également atténué. Cette sensibilité devrait inciter la SNCF à diversifier ses prévisions en fonction de différentes hypothèses de départ de ses agents.

c) Le coût total pour la SNCF

Il excède probablement 4,73 Md€ 2010 pour la présente décennie et 4,14 Md€ pour la prochaine, soit un coût total avoisinant 9 Md€ sur l'ensemble de la période.

2 – Un coût des réformes estimé de manière imprécise par la RATP

a) Le coût salarial du vieillissement de l'entreprise

Le coût de l'impact démographique, mesures d'accompagnement déduites, a été évalué à la demande de la Cour par la régie qui n'avait pas jusque-là cherché à le mesurer. Il serait de 110 M€, en cumulé, pour la période 2011-2020 et de 440 M€ pour la décennie 2021-2030, soit un total de 550 M€.

Evaluation de l'impact démographique pour la RATP 2011-2020[183]

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
40	20	0	0	0	0	10	20	10	10

2021-2030

2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	**Total**
20	30	40	40	40	50	50	50	60	60	**560**

Source : RATP/Cabinet Winter ; hors coût des mesures d'accompagnement (cf. infra)

183. Arrondi à la dizaine de millions d'euros près.

L'impact démographique de la réforme, rapporté aux effectifs respectifs, des deux entreprises apparaît ainsi moins élevé à la RATP qu'à la SNCF.

b) Le coût des « mesures d'entreprise »

Le coût cumulé des mesures d'accompagnement de 2011 à 2020 est, selon la RATP, de 130 M€ 2010 et de 160 M€ pour la décennie 2021-2030, soit 300 M€ environ sur la période 2011-2030.

Toutefois le coût des deux échelons supplémentaires est minoré car il ne retrace que le flux des nouveaux bénéficiaires et non le coût du « stock » des agents déjà bénéficiaires et qui demeureront dans l'entreprise jusqu'à l'âge d'annulation de leur décote, soit, dans une douzaine d'années, vers 61-62 ans au lieu de 53,5 ans en moyenne aujourd'hui. De plus, il ne prend pas en compte les variations annuelles dues notamment aux effectifs des classes d'âge.

Dès lors, en régime de « croisière » de la réforme, les montants retracés par la régie devraient être affectés d'un coefficient multiplicateur non négligeable, qui reste à déterminer par l'entreprise.

c) Le coût total pour la régie

Le coût total de la réforme serait dès lors notablement supérieur à 0,2 Md€ pour la séquence 2011-2020 et à 0,6 Md€ (pour la décennie suivante).

C – Un bilan économique global incertain

Dans son rapport de 2008 sur la situation et les perspectives des finances publiques, la Cour avait noté que la réforme arrêtée à la fin 2007 rapprochait les principaux paramètres de calcul des retraites des agents de la SNCF et de la RATP de ceux des autres régimes, mais qu'en contrepartie, certaines prestations seraient accrues et que les agents avaient obtenu des compensations salariales. Elle craignait dès lors que le gain net pour le secteur public ne puisse être que très limité, voire quasiment nul.

En fonction des données actualisées dont elle a pu disposer et que synthétise le tableau ci-après, la Cour a cherché à vérifier si ce risque s'était avéré en dressant un premier bilan consolidé de l'impact global des réformes intervenues.

Estimation des gains pour les caisses et des surcoûts pour les entreprises 2011-2020

En Md€ 2010

Entreprise concernée	Période	Gain pour la caisse	Impact démographique pour l'entreprise	Coût des «mesures d'entreprise »	Surcoût total pour l'entreprise	Gain ou surcoût
		A	B	C	D = B + C	E = A - D
SNCF	2011-2018	3,3	2,5	1;6	4,1	Surcoût : 0,8
	2011-2020	4, 1	3,0	Non déterminé[184]	> 4,7[185]	Surcoût : > 0,6
RATP	2011-2018	0,2	0,1	>> 0,1	> 0,2	Surcoût probable
	2011-2020	0,3	0,1	>> 0,1	> 0,3	Surcoût probable

2021-2030

Entreprise concernée	Période	Gain pour la caisse	Impact démographique pour l'entreprise	Coût des «mesures d'entreprise »	Surcoût total pour l'entreprise	Gain ou surcoût
		A	B	C	D = B + C	E = A – D
SNCF	2021-2030	6, 3	3,9	Non déterminé par la SNCF	> 4,1	Gain possible : 2 Md€
RATP	2021-2030	1,1	0,4	> 0,3	> 0,7	Gain possible

Source : Cour des comptes, à partir de sources CPRP, CRP, SNCF, RATP.

1 – Pour la SNCF

Pour la période courant de 2011 à 2018 - date à laquelle s'arrête l'évaluation du coût des mesures d'accompagnement par l'entreprise - le coût cumulé atteint 4,1 Md€ 2010, à rapprocher d'un gain de 3,3 Md€ pour la CPRP, soit un surcoût net de 800 M€.

Si l'on prolonge jusqu'à 2020, le gain total pour la caisse, égal à 4,1 Md€, est à comparer à un coût pour l'entreprise vraisemblablement supérieur à 4,7 Md€, soit un surcoût net probablement supérieur à 600 M€.

184. Le coût des mesures pour les années postérieures à 2018 n'a pas été actualisé par la SNCF.

185. Source : SNCF, branche « Infrastructures ».

S'agissant de la décennie 2021-2030, la réforme opère ses pleins effets au profit du régime de retraite (+6,3 Md€), à comparer avec un coût pour la SNCF supérieur à 4,1 Md€, soit un gain qui pourrait être de 2 Md€.

2 – Pour la RATP

Pour la présente décennie, le surcoût pour la régie, qui devrait être notablement supérieur à 250 M€ 2010, excèdera vraisemblablement les gains cumulés escomptés pour la caisse (environ 280 M€ 2010). Pour la période 2021-2030, les insuffisances des évaluations faites par la régie font obstacle à toute appréciation mais il est probable que le « solde » soit positif.

3 – Un bilan global imprécis, sans doute légèrement positif

Une évaluation globale ne peut être faite de manière relativement solide que pour l'actuelle décennie : elle fait apparaître un surcoût d'ensemble minimum de l'ordre de 600 à 800 M€.

Pour la décennie 2021-2030, le gain net, de l'ordre de 2 Md€ du côté de la SNCF, ne peut être mis en rapport avec une donnée analogue du côté de la RATP, mais il est hautement probable que si déséquilibre il y a, il sera inférieur à ce montant et que le bilan global pour les deux entreprises et les deux caisses serait positif, à une hauteur qu'il n'est pas à ce stade possible d'estimer.

Sur l'ensemble de la période 2011-2030, le constat est similaire : une balance incertaine pour la RATP et la CRP RATP, un gain entre 1,3 et 1,4 Md€ pour la SNCF et la CPRP SNCF.

Dès lors, le bilan global des réformes pour 2011-2030 pourrait, si les hypothèses ambitieuses de départ des agents se confirment, se révéler légèrement positif.

Les défaillances relevées par la Cour dans les estimations produites par les entreprises et la caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF rendent cependant fragile l'évaluation de l'impact des réformes au-delà de 2018-2020. Il est indispensable de l'affiner pour permettre un pilotage plus solide des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP et anticiper les nouveaux ajustements qui pourraient se révéler nécessaires pour leur soutenabilité à moyen et long terme.

CONCLUSION

Les récentes réformes des régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP ont permis une plus grande convergence avec le régime de pension de la fonction publique.

Cependant l'aspect symbolique de ces réformes a été privilégié sur leur contribution à l'équilibre des finances publiques. Cette harmonisation n'est que partielle, les agents des deux régimes continuant de bénéficier d'avantages spécifiques. Le rythme de mise en œuvre des réformes est très progressif et fortement décalé par rapport aux modifications apportées au régime des pensions de la fonction publique. Les gains prévisionnels générés seront de ce fait très mesurés pour les caisses, plus particulièrement pour celle de la RATP et en tout état de cause, nettement insuffisants pour alléger substantiellement la contribution de l'Etat, qui demeurera à un niveau élevé.

L'importance des mesures compensatrices accordées et leur impact sur la structure d'emploi des entreprises amènent ainsi à anticiper, en fonction des données aujourd'hui disponibles et des hypothèses de départ des agents retenues, un bilan global négatif pour la présente décennie et sans doute seulement légèrement positif pour les vingt ans qui viennent.

Les contraintes pesant sur les finances publiques ainsi que l'accentuation des déséquilibres démographiques rendront inévitables à moyen terme de nouvelles étapes pour assurer la pérennité de ces deux régimes en cohérence beaucoup plus forte avec l'effort global qui sera nécessaire pour garantir dans la durée la soutenabilité de l'ensemble du système des retraites et avec les enjeux d'une meilleure équité de ce dernier que la « réflexion nationale » prévue par la loi en 2013 doit éclairer.

La lourdeur des enjeux sociaux et financiers ne saurait les laisser sous la seule responsabilité des entreprises et des caisses. Il appartient aux pouvoirs publics d'assumer pleinement leur mission de pilotage général de ces régimes.

Il est impératif à cette fin que le suivi des réformes en cours de montée en charge soit beaucoup plus transparent et plus complet et élaboré avec l'apport indispensable d'outils de prévision et de simulation à moyen et long terme établis selon une méthodologie solide.

RECOMMANDATIONS

18. Transmettre au Parlement des informations annuelles détaillées et actualisées sur la montée en charge des réformes des régimes de la SNCF et de la RATP comprenant notamment des éléments sur l'évolution du comportement de départ des agents ainsi qu'une estimation de l'équilibre prévisionnel des régimes à moyen et long terme selon diverses hypothèses.

19. Imposer une plus grande transparence à la SNCF et à la RATP en prévoyant qu'elles fournissent, en annexe à leur bilan social annuel, une évaluation prévisionnelle, selon des critères méthodologiques rigoureux, des coûts salariaux générés par le vieillissement de la pyramide des âges et du coût spécifique des mesures d'accompagnement liés aux réformes des régimes de retraite de leurs agents.

Chapitre VII

Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique

PRESENTATION

Deux ordonnances du 8 décembre 2005 ont procédé à une réorganisation de grande ampleur de la protection sociale des travailleurs indépendants :

- *d'une part en regroupant, à compter du 1er juillet 2006, les assurances vieillesse et invalidité-décès des commerçants et des artisans ainsi que l'assurance maladie de toutes les professions non salariées non agricoles, gérées par des réseaux distincts à base professionnelle, au sein d'un nouveau régime unifié, le régime social des indépendants (RSI) ;*
- *d'autre part en transférant aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), au plus tard au 1er janvier 2008, l'encaissement des cotisations des indépendants pour le compte du RSI, de manière à mettre en place un interlocuteur social unique (ISU) se substituant aux multiples intervenants précédents.*

Ces deux volets d'une seule et même réforme avaient ainsi pour ambition affichée de faciliter considérablement les relations des professions indépendantes avec les organismes gérant leur protection sociale. La commission des comptes de la sécurité sociale considérait en septembre 2006 que « la création du RSI et de l'ISU constitue l'une des plus importantes réformes de structure et de simplification pour les usagers de l'histoire de la sécurité sociale ».

Pourtant, la création de l'interlocuteur social unique a provoqué dès 2008 de très lourds dysfonctionnements pour les assurés dont le caractère récurrent a provoqué la fragilisation durable d'un régime qui comptait en 2011 près de 2,7 millions de cotisants, 2 millions de retraités et 3,9 millions de bénéficiaires de prestations d'assurance maladie et pour qui les URSSAF recouvrent 8,2 Md€ de cotisations[186]*.*

Compte tenu de l'ampleur et du caractère pérenne de ces difficultés[187]*, la Cour a cherché à analyser les causes des blocages liés à la création de l'ISU, à apprécier les raisons de l'absence de redressement rapide d'une situation profondément compromise et à mesurer les effets qui en ont résulté tant pour les assurés que sur la situation financière du régime.*

186. Elles recouvrent aussi la CSG, la CRDS et les cotisations d'allocations familiales à acquitter par ces professions, soit au total 13,1 Md€.

187. Elles ont justifié depuis 2008 une réserve de portée générale de la Cour dans le cadre de la certification des comptes de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), tête de réseau des URSSAF.

Cette réforme a été mal construite et mal mise en œuvre en raison de compromis institutionnels laborieux et d'une mésestimation complète des contraintes techniques (I). Son échec malgré des plans d'action successifs a entraîné de graves perturbations pour les assurés et, à ce stade, de lourdes conséquences financières pour les comptes sociaux insuffisamment mesurées et prises en compte (II). La persistance de difficultés considérables malgré certaines améliorations récentes nécessite de donner la priorité au rétablissement rapide et complet de la fonction de recouvrement (III).

I - Une réforme de simplification administrative mal construite et mal mise en œuvre

La protection sociale des indépendants s'est progressivement organisée hors du champ du régime général des salariés, d'abord avec la création de régimes autonomes de retraites sur une base professionnelle (1948) puis, plus tardivement, d'assurance maladie (1969). La création du RSI a permis de simplifier des structures multiples en fusionnant trois grandes caisses nationales et leurs réseaux[188] et la mise en place de l'ISU a recentré sur les URSSAF le recouvrement des cotisations. Cette réforme qui entendait ainsi apporter des simplifications administratives majeures à des professions traditionnellement rebutées par la complexité de leurs relations avec les organismes gérant leur protection sociale, a été en réalité le fruit de compromis institutionnels. Ces derniers ont abouti paradoxalement au maintien d'une compétence partagée en matière de recouvrement dont la mise en œuvre s'est de plus révélée défaillante en raison d'une complète sous-estimation des difficultés techniques.

188. La caisse nationale d'assurance maladie des non-salariés (CANAM) et, pour l'assurance retraite des artisans et des commerçants, la caisse autonome de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA), la caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC), ainsi que cinq caisses de retraite professionnelles. Les caisses de retraites des professions libérales sont restées dès l'origine en dehors du champ du RSI.

A – Avant la réforme, un recouvrement des cotisations éclaté et marqué par des spécificités fortes

1 – De multiples intervenants pour le recouvrement

Le réseau des 104 URSSAF et des quatre caisses générales de sécurité sociale outre-mer (CGSS) prélevait les contributions et cotisations à caractère général, n'ouvrant pas spécifiquement des droits (contribution sociale généralisée -CSG-, contribution au remboursement de la dette sociale -CRDS-, cotisations personnelles d'allocations familiales). Il encaissait ainsi 45 % des contributions et cotisations sociales des indépendants.

Les cotisations ouvrant spécifiquement des droits étaient pour leur part recouvrées par les organismes appelés à liquider les prestations :

- d'une part, les mutuelles ou compagnies d'assurance conventionnées avec l'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM), à hauteur de 15,5 % du total ;
- d'autre part les différentes caisses de retraite professionnelles, celle des artisans pour 10,9 % (CANCAVA), celle des commerçants pour 9,6 % (ORGANIC)[189].

Au total, les artisans et les commerçants devaient s'adresser à trois ou quatre guichets[190] selon la nature des cotisations dont ils étaient redevables.

2 – De fortes particularités en matière de recouvrement des cotisations et d'ouverture des droits

Les régimes des indépendants étaient traditionnellement caractérisés par des spécificités marquées, reprises par le RSI et qui ont des conséquences importantes au regard du processus de recouvrement :

- l'ouverture et le calcul des droits à retraite et indemnités journalières (IJ) sont subordonnés au paiement effectif des cotisations[191].

189. Par ailleurs, les caisses de retraites des professions libérales (principalement la CNAVPL) représentaient 19 % de ce total avant la réforme.

190. Les URSSAF (CSG, CRDS, allocations familiales), les organismes conventionnés pour l'assurance maladie de base, éventuellement un autre organisme au libre choix de l'assuré pour une assurance complémentaire santé, la caisse de retraite de rattachement pour l'assurance vieillesse de base et complémentaire.

191. Article L. 613-8 du code de la sécurité sociale pour les prestations d'assurance maladie en espèces ; article L. 634-2-1 pour les prestations d'assurance vieillesse.

L'organisme en charge du versement de ces prestations en espèces doit pouvoir vérifier que les assurés sont à jour de leurs cotisations ;

- l'assiette, les règles de plafonnement et les taux ne sont pas identiques avec ceux du régime général[192] ;
- les indépendants doivent payer des cotisations minimales qui n'existent pas pour les salariés[193].

Si l'ISU a permis de réduire fortement le nombre d'organismes en charge du recouvrement des cotisations, il n'a pas modifié les spécificités des prélèvements sociaux à la charge des indépendants ni réellement unifié leur recouvrement.

B – Un objectif de simplification inabouti

1 – Un processus de décision sinueux

a) Du guichet social unique au régime social des indépendants

Dans le cadre d'un vaste chantier de simplification administrative, le gouvernement avait proposé à l'automne 2002 une réforme du recouvrement des cotisations sociales des indépendants avec l'instauration d'un guichet social unique permettant au travailleur indépendant de choisir l'organisme auquel il doit verser ses cotisations sociales. Cette perspective de libre choix portant initialement sur le seul recouvrement des cotisations a abouti finalement à la fusion de trois grandes caisses concernées et de leurs réseaux au sein du RSI et à l'instauration d'un interlocuteur social unique sans libre choix des assurés, l'ISU.

En effet, en mai 2003, les présidents de l'ORGANIC, de la CANCAVA et de la CANAM se sont exprimés dans une lettre commune contre le guichet unique de libre choix « conduisant à une mise en concurrence des régimes sociaux légaux contraire à l'esprit du service public ». Avec pour référence implicite le modèle de la mutualité sociale

192. L'assiette des prélèvements sociaux des indépendants non agricoles est le revenu net pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu en réintégrant dans l'assiette certains éléments déductibles. Contrairement aux salariés du régime général, elle est plafonnée pour les cotisations maladie (cinq fois le plafond) et n'est pas déplafonnée pour les cotisations retraite de base. Les taux de cotisation d'invalidité, décès et retraite des artisans et des commerçants sont inférieurs d'environ cinq points à ceux des salariés.
193. En 2011, 1 018 € pour des revenus annuels inférieurs à 14 141 € au titre de l'assurance maladie, maternité et les IJ, 430 ou 417 € selon le statut pour des revenus inférieurs à 1 800 € pour les retraites de base et complémentaire, 130 ou 93 € pour des revenus inférieurs à 7 200 € pour l'invalidité-décès.

agricole, ils ont proposé une fusion des régimes avec « un véritable guichet unique englobant le recouvrement des cotisations et la gestion des prestations maladie et vieillesse ».

Toutefois, les caisses ne se sont pas accordées sur la répartition des compétences pour le recouvrement des cotisations[194], dont l'ACOSS revendiquait l'entière responsabilité. Un rapport d'inspections générales a alors préconisé en novembre 2003 un transfert du recouvrement aux URSSAF sans libre choix des assurés, mettant en avant la maturité de leur système informatique (SNV2) qui lui aurait procuré « un avantage technologique immédiat » par rapport à celui des trois caisses.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont finalement opté pour la création par ordonnances du régime social des indépendants et pour le recouvrement, d'un interlocuteur social unique sans libre choix.

b) Un interlocuteur social unique mais un recouvrement partagé

L'ordonnance relative à l'ISU dispose que les caisses de base du RSI exercent la mission d'interlocuteur social unique. Les URSSAF agissent ainsi par délégation du RSI, pour son compte et sous son appellation[195]. Le processus du recouvrement, en affichage unique, est en réalité partagé :

- le RSI affilie les personnes redevables et collecte les déclarations communes de revenus (DCR) ;
- les URSSAF assurent le calcul, l'encaissement et le recouvrement amiable des cotisations et contributions sociales jusqu'au trentième jour suivant la date d'échéance ou la date limite de paiement ;
- le RSI assure la poursuite du recouvrement amiable au-delà de cette date et le recouvrement forcé, ainsi que le versement des prestations, ce qui nécessite, dans le cas des indemnités journalières (IJ) et des pensions, de disposer de l'information selon laquelle l'assuré est à jour de ses cotisations (d'où la nécessité d'un « flux retour » d'informations des URSSAF vers les caisses régionales du RSI).

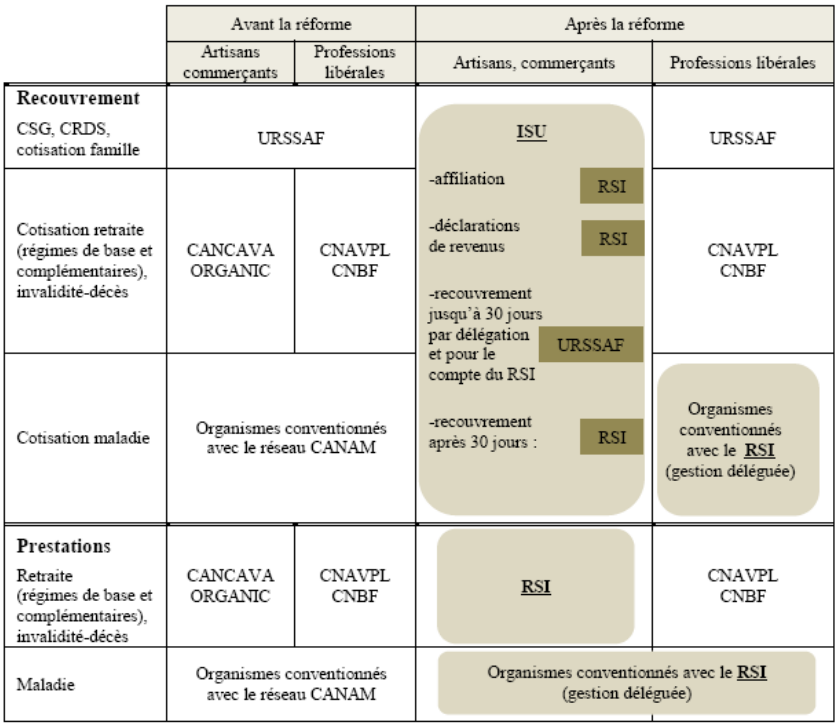
Les URSSAF assurent ainsi, à la suite de cette réforme, la plus grande part du recouvrement des cotisations et contributions sociales des indépendants pour le compte du RSI, mais elles ont perdu le recouvrement

194. La CANCAVA était traditionnellement favorable aux URSSAF, l'ORGANIC souhaitait conserver la fonction de recouvrement et la CANAM, fonctionnellement proche des organismes conventionnés, était plus partagée.
195. Article L. 133-6-3 du code de la sécurité sociale.

amiable et forcé de la CSG, de la CRDS et des cotisations d'allocations familiales après 30 jours, désormais de la responsabilité du RSI.

La réforme aboutit à une simplification partielle des structures (avec le maintien de l'autonomie des caisses de retraite des professions libérales) et du recouvrement avec un partage de ses différentes étapes entre le RSI et les URSSAF.

La réforme du régime social des indépendants (RSI) et de l'interlocuteur social unique (ISU)



CNAVPL : caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNBF : caisse nationale des barreaux français
Source : Cour des comptes

c) Un mauvais compromis

Le RSI proposé par les caisses des indépendants était une façon pour elles d'éloigner le risque de l'absorption par le régime général et de garantir aux élus de ces professions une place au sein d'un régime complet au niveau local comme au niveau national, avec la reconnaissance de leur rôle en particulier en matière d'action sanitaire et sociale.

Les pouvoirs publics pouvaient de leur côté avec la création du RSI engager un processus de rationalisation de l'organisation des régimes, avec l'espoir de gains d'efficience et d'un meilleur service en regroupant des structures éparses aux performances inégales et s'appuyer sur lui pour parvenir à mettre en place l'interlocuteur social unique qui était leur objectif premier.

Mais le transfert du recouvrement aux URSSAF a été décidé en l'absence de vision commune des caisses intéressées. L'ACOSS y voyait l'opportunité de consolider les URSSAF, en particulier les plus petites dont l'activité dépendait parfois de façon significative du recouvrement des contributions des indépendants. Le RSI gardait des responsabilités qui lui conservaient une proximité avec les assurés, à laquelle les représentants des professions concernées étaient particulièrement attachés, l'affiliation et le recouvrement amiable et forcé.

Au total, dans un contexte de méfiance entre les acteurs de la protection sociale des indépendants, les préoccupations d'équilibre institutionnel ont primé sur le réalisme indispensable à la bonne mise en place d'un nouveau régime de sécurité sociale.

2 – Une rupture du continuum du recouvrement aux conséquences techniques non mesurées

Pour que ce partage des responsabilités puisse fonctionner, il faut faire dialoguer des systèmes d'information différents, ce qui constitue un facteur de complexité largement occulté au moment des arbitrages.

L'enjeu majeur du retour d'informations des URSSAF vers le RSI sur le paiement des cotisations, qui conditionne l'ouverture des droits en matière d'IJ et de pensions (« flux retour »), n'a été identifié en effet qu'en septembre 2006 et n'a toujours pas trouvé de solution satisfaisante à la mi-2012.

La complexité de la notion d'indépendant qui a pu conduire à des différences d'appréciation entre organismes n'avait pas été non plus appréhendée. En outre, le nombre d'entrées et de sorties chaque année dans les fichiers du RSI est très élevé, contrairement à la MSA. Ce taux de rotation des fichiers s'explique par la nature de l'activité non salariée, avec des durées parfois courtes (créateurs d'entreprises), des alternances de travail salarié et non salarié, des situations de pluriactivité. Ainsi, 90% environ des retraités artisans et commerçants ont eu une activité salariée au cours de leur carrière et les durées moyennes d'assurance sont relativement courtes dans le régime des indépendants (14 ans pour les nouveaux retraités artisans, 11 ans pour les commerçants).

L'existence de comptes incomplets d'assurés [196] (appelés « singletons »), vice caché de l'ancien système de recouvrement, a été révélée à l'occasion de la fusion des fichiers de cotisants. Bien que cette situation ait été identifiée et même quantifiée à l'été 2007, elle n'a pas été traitée avant la fusion des fichiers. Concernant environ 100 000 cotisants, elle a très sérieusement perturbé l'activité de recouvrement et le fonctionnement du RSI jusqu'au début de l'année 2012.

Ces difficultés de divers ordres n'ont pas fait l'objet d'analyses spécifiques pour permettre de mesurer la faisabilité et le réalisme du calendrier de la réforme lors de la prise de décision et une fois celle-ci arrêtée, n'ont pas été réglées avant la mise en œuvre effective de la réforme, alors que leur traitement en conditionnait le succès. Pourtant, leur importance avait été signalée, en particulier dans un rapport d'avril 2003[197] qui mettait en garde contre les risques de déstabilisation du recouvrement, liés en particulier à la perte d'informations ou à la dégradation de leur fiabilité et au manque d'expérience des régimes concernés en matière de migrations informatiques de cette importance et soulignait les risques de fausses simplifications.

C – Une sous-estimation persistante des difficultés de mise en œuvre

1 – L'occultation des difficultés des systèmes d'information de l'ACOSS comme du RSI

Les difficultés des systèmes d'information de l'ACOSS comme de ceux dont le RSI héritait des caisses qu'il fusionnait ont été négligées et n'ont pas été considérées comme des facteurs de risque.

Ainsi, la solidité et la capacité d'adaptation du logiciel SNV2 de l'ACOSS ont été systématiquement surestimées. Pourtant, l'alerte sur l'obsolescence et les défauts de pilotage du SNV2 avait été donnée au printemps 2005 d'abord dans un audit demandé par l'ACOSS, puis la

196. En effet, de nombreux comptes d'assurés n'ont pas pu fusionner en raison de l'inexactitude des fichiers (identifiants incorrects ou légèrement différents). Par ailleurs, il est apparu que nombre d'affiliés ne cotisaient pas à l'ensemble des risques obligatoires auxquels ils étaient soumis. L'origine était parfois la négligence ou éventuellement la fraude.

197. Rapport d'enquête IGF-IGAS-IGIC sur le recouvrement unique des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

même année par la Cour à l'occasion d'une enquête sur l'informatique de l'activité de recouvrement du régime général[198].

Les logiciels du RSI posaient également problème. Le logiciel TAIGA (chargé de l'affiliation et des déclarations de revenus) a dû être conservé faute de mieux en dépit de son ancienneté et de ses difficultés à dialoguer avec le SNV2 et avec le logiciel SCR (chargé de la gestion des droits retraites) qui ont contribué à multiplier les créances émises en taxation d'office pour cause de défaut de déclaration[199]. Par ailleurs, le logiciel SCR était encore en 2007 en cours de mise en place à la suite du basculement de l'ancien logiciel de la CANCAVA vers celui de l'ORGANIC.

En outre, les systèmes d'information du RSI devaient s'adapter à la fusion des caisses locales des anciens régimes entrée en vigueur dès le 1er juillet 2006. Les choix faits en matière de reconfiguration du réseau avaient conduit, d'une part, à créer 30 caisses du RSI[200] et, d'autre part, à retenir comme unique critère d'affectation des dossiers le critère de résidence et le numéro d'inscription au répertoire (NIR, dit numéro de sécurité sociale) sans considérer la question d'une harmonisation de ce critère avec celui utilisé par les URSSAF, à savoir le lieu d'activité. En conséquence, plusieurs millions de dossiers[201] ont été redistribués entre ces nouvelles caisses régionales, occasionnant des transferts de charges significatifs mal régulés par la caisse nationale, ce qui a conduit à un basculement massif de fichiers informatiques avec des pertes de données qui ont fragilisé le recouvrement du RSI avant même la mise en place de l'ISU.

2 – Un pilotage administratif sans prise en compte des réalités

Au lieu de chercher à résoudre ces difficultés techniques, le RSI et l'ACOSS se sont opposés pendant deux ans, dans des logiques institutionnelles, sur le choix du système informatique sur lequel allait

198. RALFSS 2006, chapitre IV - « Les contrôles effectués sous l'autorité de la Cour », p. 117.

199. Ce mode de calcul des cotisations, applicable aux revenus non déclarés (article R 242-14 du code de la sécurité sociale), entraîne dès la deuxième année des émissions de cotisation très supérieures aux sommes normalement dues.

200. Le RSI est organisé sur une base régionale, avec 26 caisses en métropole (trois en région parisienne, deux en Provence-Côte d'Azur, deux en Rhône-Alpes), deux caisses dans les DOM et deux caisses dédiées aux professions libérales situées à Paris.

201. Dont 1,34 million de dossiers de cotisants, 1,12 million d'assurés et ayants droits en matière d'assurance maladie et 940 000 retraités.

s'appuyer l'ISU, l'ACOSS cherchant à faire prévaloir son logiciel SNV2, le RSI son logiciel SCR.

L'impossible dialogue entre les deux organismes a conduit les pouvoirs publics à mettre en place en juin 2006 un groupe de travail, présidé par un inspecteur général des affaires sociales[202], dont l'objectif était d'arrêter rapidement le choix du système d'information et de coordonner les travaux entre les deux réseaux. Les premières réunions ont révélé l'absence quasi-totale d'échanges préalables entre les organismes sur leurs contraintes respectives et sur des points fondamentaux, comme les « flux retour » d'informations vers le RSI.

Par une lettre de novembre 2006, les ministres ont donné leur accord au choix du système SNV2 de l'ACOSS proposé par le groupe de travail et ont laissé au RSI la gestion du fichier des assurés, le traitement de l'acquisition des données de revenus par la déclaration commune de revenus et la gestion des droits aux prestations (déléguée aux organismes conventionnés pour les prestations maladie). Un tel partage allait exiger de parvenir en moins d'un an à la bonne articulation non pas de deux, mais de trois logiciels : SNV2 de l'ACOSS, TAIGA et SCR du RSI.

Après l'arbitrage ministériel sur le choix du système informatique, la responsabilité de trancher sur des points essentiels d'organisation opérationnelle de la chaîne du recouvrement a été confiée au groupe de travail précité. Ces arbitrages ont été réalisés selon une logique administrative et non en fonction d'une analyse des contraintes techniques dont certaines étaient pourtant progressivement révélées (notamment celle des comptes isolés et la question du traitement des stocks de créances constitués au 31 décembre 2007, avant la réforme de l'ISU, appelés « antériorités »).

En l'absence d'alerte, une seconde lettre de mission a été adressée par le ministre de la santé et des solidarités le 3 mai 2007, à la veille de l'élection présidentielle, réaffirmant de façon impérative le respect de la date du 1er janvier 2008[203].

On peut s'interroger sur un fonctionnement administratif dans lequel le délai fixé étant considéré comme intangible, nul n'ose reconnaître qu'il est techniquement intenable, conduisant ainsi à la

202 . Il comprenait le RSI, l'ACOSS et les directions d'administration centrale concernées.

203. L'ordonnance du 8 décembre 2005 créant l'ISU avait prévu la possibilité d'un report de la date d'entrée en vigueur de l'ISU du 1er janvier 2007 au 1er janvier 2008. Ce report, dont le principe a été très tôt acquis, n'a été toutefois formalisé par décret que le 23 décembre 2006.

confirmation de l'objectif pourtant irréaliste. Fixer une contrainte de calendrier peut permettre de dépasser les oppositions et la force des logiques particulières, mais une telle stratégie exige de mettre en place concomitamment un pilotage extrêmement serré de la conduite du projet afin de garantir à tout moment sa solidité et sa crédibilité technique, ou dans le cas contraire de se trouver en capacité d'informer à temps les pouvoirs publics de la nécessité de modifier les délais. En l'occurrence, la délégation de facto par l'autorité de tutelle de ses responsabilités à un groupe de travail, à laquelle elle participait sans le piloter, ne l'a pas toujours mise en situation de jouer autant qu'il aurait été souhaitable le rôle d'alerte et de préconisation qui était pourtant au cœur de ses missions.

*
* *

En dépit de l'ensemble de ces difficultés, la décision de retirer aux organismes conventionnés toute compétence en matière de recouvrement a été confirmée fin 2007 et leurs fichiers ont été transférés. Le 28 novembre 2007, les fichiers des URSSAF ont été écrasés par les fichiers du RSI sans expérimentation préalable, ni phase de test, ni retour en arrière possible.

II - Un lourd échec

L'impréparation de la réforme a immédiatement provoqué un blocage total lors de sa mise en œuvre effective. Les dysfonctionnements majeurs qui se sont alors fait jour ne sont toujours pas tous réglés, plus de quatre ans après.

A – Un choc de très grande ampleur aux conséquences durables pour les assurés

1 – En 2008, une « catastrophe industrielle » pesant sur toutes les fonctions du RSI, avec des conséquences sur le régime général

Les premiers appels de cotisations relevant de l'interlocuteur social unique ont été émis le 17 décembre 2007. Le blocage du logiciel SNV2 a été constaté dès les premiers jours du mois de janvier 2008 et a duré presque trois semaines durant lesquelles il n'y avait plus aucune possibilité de gérer les comptes. Les émissions de cotisations ont été frappées de très nombreuses erreurs et une partie des encaissements n'a pas pu être prise en compte. La mise à jour des dossiers des cotisants était

bloquée. Les affiliations, radiations et modifications des fichiers de cotisants n'étaient plus prises en compte.

Le taux de retour des déclarations de revenu des travailleurs indépendants a chuté de 4 points en une année (de 94 % en 2007 à 90 % en 2008). En outre, même quand les déclarations étaient collectées par le RSI, les dysfonctionnements des flux informatiques empêchaient un certain nombre d'entre elles d'être prises en compte par le SNV2 de l'ACOSS pour l'émission des créances. En conséquence, nombre de cotisants se sont trouvés soumis au régime de la taxation d'office qui majore dès la deuxième année les cotisations dues de façon considérable.

Les « flux retour » des URSSAF vers le RSI ne fonctionnant pas, la liquidation des retraites comprenant des périodes de cotisation postérieures au 31 décembre 2007 a dû être traitée manuellement et les stocks de dossiers se sont accumulés. La fonction comptable du RSI a été profondément perturbée par l'absence de « flux retour » d'informations comptables sur les encaissements effectués par l'ACOSS.

Le blocage de l'ISU a été répercuté sur l'ensemble de l'activité de recouvrement du régime général qui est sans commune mesure avec le montant des cotisations recouvrées par l'ISU. De ce fait, le régime général a dû gérer des stocks et assumer une surcharge importante de travail, le conduisant à devoir fonctionner un temps en mode dégradé et à renoncer à certaines campagnes téléphoniques ou à l'application de remises de majorations de retard et ce d'autant que la confiance des agents dans la fiabilité de l'application centrale de la branche recouvrement était entamée.

2 – De graves perturbations pour les assurés

L'échec de l'ISU a causé un préjudice direct, bien que d'ampleur variable, à de très nombreux indépendants et à leurs ayants droits, alors même que sa création devait se traduire par des relations plus simples et plus fluides.

Ainsi, un assuré a pu ne pas être à jour de ses cotisations parce qu'elles n'avaient pas été appelées ou qu'elles avaient été appelées à un montant erroné (ce qui aurait concerné 10 % des comptes en 2008), parce que le RSI n'avait pas reçu l'information du paiement via les « flux retour » en provenance des URSSAF, voire à cause d'un simple déménagement qui n'avait pu être pris en compte. Dans ce cas, il ne pouvait liquider qu'une retraite incomplète, sans les trimestres manquants. Il bénéficiait des prestations en nature de l'assurance maladie mais pas des indemnités journalières.

Les affiliations, modifications ou radiations ont été durablement bloquées. Ainsi, 20 000 dossiers d'immatriculation du début de l'année 2008 n'ont pu être pris en compte que plus de deux ans après, à l'automne 2010. Des solutions palliatives ont été mises en place mais dans certains cas, des assurés n'ont pas pu bénéficier de remboursement de leurs soins faute de carte Vitale, parfois sur des périodes très longues. Un assuré qui avait demandé sa radiation mais n'avait pu l'obtenir a pu se voir réclamer de façon indue des cotisations extrêmement élevées en raison du mécanisme des taxations d'office. Au moins 10 % des comptes ont connu des difficultés liées à l'affiliation ou à la radiation. Même la régularisation des dossiers, quand elle s'est produite, a pu se traduire par l'appel de cotisations rétroactives à des montants élevés auxquels les assurés ne pouvaient pas toujours faire face.

Ces difficultés se sont traduites par des difficultés majeures en matière de tenue des droits à retraite et dans la liquidation des pensions. Compte tenu de l'absence de « flux retour » informatisés, il était estimé mi-2011 que les droits à la retraite n'étaient pas à jour pour 25 à 40 % des comptes. Alors qu'en 2007, 90 à 95 % des retraites de droits propres étaient liquidées dans les 60 jours, ce taux est tombé à 70 % en 2010. Le délai entre la date d'effet et la date de paiement est passé de 43 jours à près de 80 jours et pouvait atteindre, pour les droits dérivés, 138 à 150 jours à fin 2010.

Loin d'être isolés les uns des autres, les différents problèmes se sont combinés et aggravés mutuellement, avec pour conséquence des situations parfois inextricables pour les assurés comme pour les gestionnaires.

Les assurés se sont tournés massivement vers le personnel d'accueil du RSI qui n'avait souvent aucune réponse à leur apporter. L'amélioration de l'accueil physique et téléphonique a donc constitué un enjeu prioritaire dans le traitement des difficultés de l'ISU, justifiant des recrutements de personnes en contrat à durée déterminée et le recours à des contrats de sous-traitance. Une plateforme de médiation téléphonique a ouvert en juillet 2010. Les résultats ont toutefois été lents et erratiques.

Le nombre de saisines du Médiateur de la République a augmenté de façon considérable et celui-ci a consacré au printemps 2010 un numéro entier de sa revue aux « dysfonctionnements du RSI », relevant que le « bug » de l'ISU avait parfois plongé les assurés dans des situations catastrophiques. Sollicités par des travailleurs indépendants en difficulté, des parlementaires ont posé au gouvernement un grand nombre de questions écrites et orales sur l'ISU. Malgré ces saisines réitérées, les pouvoirs publics ont tardé à apporter des réponses à la hauteur de l'ampleur des difficultés subies par les assurés.

B – Jusqu'en 2011, des réponses insuffisantes et tardives

Des initiatives dispersées sont prises dès 2008 pour tenter de résorber les stocks, avec un début de travail en commun entre le RSI et l'ACOSS plus structuré en 2009, puis une mobilisation plus complète sous l'impulsion des ministres concernés en 2010. Pourtant, les difficultés ont largement perduré en dépit de l'engagement du personnel du RSI comme de l'ACOSS tout au long de la période. Différentes raisons expliquent cette situation.

1 – Une illusion durable sur la capacité à résorber les stocks de dossiers accumulés

En 2008, l'essentiel des premières difficultés étant localisées dans son système SNV2, l'ACOSS s'est mise très vite en situation de gestion de crise. Certains des dysfonctionnements les plus graves, notamment pour le calcul des cotisations, ont été résolus dans les mois qui ont suivi. Mais ce n'est qu'à l'été 2008 qu'un responsable de projet ISU a été enfin nommé.

Par la suite, priorité a été donnée à la résorption des stocks de dossiers, qui paraissait atteignable à une échéance raisonnable. Deux avenants à la convention d'objectifs et de gestion du RSI ont été adoptés pour renforcer les moyens du RSI à cet effet. En janvier 2009, un premier avenant a dégagé des crédits exceptionnels permettant de recruter des personnes en contrat à durée déterminée pour contribuer à la résorption des stocks. Un second avenant, en juillet, a revu à la hausse la programmation des crédits et des moyens en personnel. Du côté de l'ACOSS, des « groupes temporaires de résorption des stocks » ont été mis en place.

Fin 2009[204], l'IGAS estimait que la crise de 2008 était « sous contrôle » mais que « les deux réseaux se sont toutefois installés dans un mode de fonctionnement durablement dégradé ». La situation n'était pas stabilisée : les comptes isolés, les affiliations, les radiations continuaient d'être affectés par de lourds problèmes, l'accueil des affiliés restait sous tension, les « flux retour » ne fonctionnaient toujours pas correctement et les principales fonctions du recouvrement amiable et forcé restaient interrompues. Les stocks n'ont de fait pas pu être résorbés.

Comme le soulignait en effet l'IGAS, les dysfonctionnements de l'ISU présentaient un caractère structurel : « une part non négligeable des dysfonctionnements persistera tant que l'architecture des systèmes

204. Rapport de suivi de la mise en œuvre de l'ISU, décembre 2009.

d'information sur lequel repose l'ISU ne sera pas totalement transformée ».

Presque deux ans après le lancement de l'ISU, les organismes ont été contraints de constater que les problèmes ne résidaient pas seulement dans le SNV2 mais dans l'articulation des deux systèmes et dans leur capacité à dialoguer et qu'ils ne pourraient être résolus définitivement sans une forte implication conjointe des organismes et une refonte de grande ampleur des systèmes informatiques.

2 – Un travail conjoint et structuré des organismes instauré très tardivement

Tout au long de l'année 2008, chacun des organismes a travaillé de son côté à la résolution de ses propres difficultés, se contentant de rejeter sur l'autre la responsabilité des dysfonctionnements qui ne lui incombaient pas directement. C'est en particulier le cas du RSI qui estimait que l'ACOSS ne remplissait pas son engagement de parvenir à faire prendre en charge le recouvrement de ses cotisations par le SNV2.

En 2009, la coopération entre les deux organismes s'est esquissée avec la mise en place de comités de pilotages, la désignation de chefs de projets régionaux, l'établissement de listes de « restes à faire » informatiques. Mais c'est seulement à partir du début de l'année 2010, soit près de 6 ans après la décision de partage du recouvrement, qu'une collaboration étroite s'est enfin instaurée avec la constitution de la première « task force » informatique, puis le lancement d'un premier plan d'actions, annoncé par les ministres concernés « pour résoudre les difficultés rencontrées par les artisans et les commerçants avec l'interlocuteur social unique ».

Dès lors, de nombreux chantiers ont été organisés mais leur progression est restée lente. La pré-instruction des affiliations en un point unique (le centre national de l'immatriculation commune installé à Auray) a été décidée en juillet 2010. Un premier plan de résorption des comptes isolés a été préparé avec effet en janvier 2011. A la même date, l'organisation conjointe sous forme de « task force », telle que mise en œuvre au premier semestre 2010 -elle avait été interrompue dès juillet 2010- a enfin été pérennisée et a permis de fonder une coopération opérationnelle renforcée entre les deux organismes.

Le facteur aggravant de la succession des réformes

Durant cette période particulièrement sensible, plusieurs réformes de grande ampleur ont dû être mises en œuvre, en particulier la mise en place au 1er janvier 2009 du régime de l'auto-entrepreneur. En effet, en 2009 et 2010, il a fallu inscrire 71 600 cotisants de plus au RSI et en radier 76 000, ce qui a majoré significativement les stocks d'affiliation et de radiation en retard. Dans ce contexte extrêmement difficile, le RSI a dû également mettre en place la réforme des retraites de 2010, qui le concernait intégralement comme régime aligné, de même qu'un grand nombre de réformes de moindre ampleur mais présentant une réelle complexité[205].

Le remplacement de la déclaration commune de revenus des indépendants par une déclaration fiscale et sociale unique, prévu par la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008, a toutefois été abandonné par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Ce projet avait une pertinence certaine, car l'acquisition des revenus des affiliés constitue l'un des gros points faibles de l'ISU. La préparation de cette réforme a exigé des moyens importants, notamment informatiques, mais son abandon était sage compte tenu des risques financiers et sociaux qu'elle présentait dans le contexte d'échec de l'ISU.

Les efforts conduits entre 2008 et 2011 ont permis de sortir de la situation de crise aigüe et de stabiliser un certain nombre de dysfonctionnements, mais début 2011, la situation était très loin d'être normalisée. De nombreuses opérations de gestion devaient encore être faites manuellement. Le tableau de bord des chantiers de l'ISU en cours montrait qu'à ce moment la plupart d'entre eux était en stagnation ou en détérioration. Le recouvrement restait déstabilisé avec des stocks de contentieux qui s'accumulaient et des stocks de restes à recouvrer qui continuaient à croître très rapidement, même sans tenir compte des taxations d'office.

205. Il s'agit notamment du droit à l'information retraite, du régime instructeur unique pour les pensions de réversion, de la libéralisation du cumul emploi-retraite, de la majoration des petites pensions de réversion, de la préparation de la mise en œuvre d'un minimum contributif au 1er janvier 2012, de la préparation de la mise en place de l'entreprise individuelle à responsabilité limitée.

C – De lourdes conséquences financières insuffisamment prises en compte

1 – Un recouvrement durablement affaibli

La situation de totale confusion constatée au premier semestre 2008 a empêché les organismes de poursuivre leur mission de recouvrement selon les procédures normales nécessaires pour assurer dans la durée sa crédibilité.

Ainsi, les actions de recouvrement amiable et forcé, qui devaient être partagées entre le RSI et l'ACOSS dans le cadre de l'ISU, ont été suspendues. Le recouvrement amiable personnalisé, qui conduisait les caisses des indépendants à contacter téléphoniquement la plupart des débiteurs pour leur rappeler leurs obligations et leur expliquer les conséquences du non-paiement, a été bloqué à compter de janvier 2008 et n'a toujours pas repris à ce jour.

Le recouvrement forcé (contentieux) a également été interrompu à compter de janvier 2008, les agents de l'ACOSS et du RSI ayant été amenés à douter de la pertinence des créances adressées par le système informatique. Sa remise en route à l'été 2009 a été réalisée sur des comptes insuffisamment sécurisés et a donné lieu à de nombreuses contestations. Les services de gestion du contentieux se sont trouvés engorgés. Au 1er décembre 2009, l'ACOSS avait dû bloquer volontairement 40 % des comptes informatiques pour éviter l'envoi automatique de contraintes erronées. La fonction de recouvrement forcé s'est trouvée décrédibilisée et n'a pas encore été normalisée.

Dans ces conditions, même le recouvrement sur les stocks de créances constatés avant la mise en place de l'ISU (« antériorités ») a été durablement bloqué.

Dès lors, il n'est pas étonnant que la remise des majorations et pénalités de retard ait été systématique, mais elle a été pratiquée aussi pour les comptes cotisants qui n'avaient pas été frappés par les dysfonctionnements de l'ISU. A la mi-2012, majorations et pénalités de retard n'ont toujours pas été réintroduites.

Signe de perte de confiance des assurés dans le nouveau régime, la proportion de cotisants réglant leurs cotisations trimestriellement par rapport à ceux qui s'en acquittent par prélèvement mensuel est passée de 34,1 % en 2009 à 44 % en 2011. Or, le recouvrement des créances des cotisants non mensualisés est nettement moins performant que celui des cotisants mensualisés.

2 – Une explosion des restes à recouvrer qui traduit les dérèglements de la fonction recouvrement

a) Des restes à recouvrer sur les travailleurs indépendants qui représentent plus de 50 % des restes à recouvrer de l'ACOSS

Les restes à recouvrer (RAR) des travailleurs indépendants (y compris professions libérales) représentaient 13,4 Md€ fin 2010 et 14,2 Md€ fin 2011, contre 6,1 Md€ fin 2007.

Les restes à recouvrer des travailleurs indépendants comptabilisés par l'ACOSS [206] constituent ainsi 53,5 % des restes à recouvrer de l'activité de recouvrement de l'ACOSS (24,1 Md€ à fin 2011), alors que les travailleurs indépendants représentent seulement 7,7 % des cotisations émises en 2011.

Décomposition des restes à recouvrer des indépendants

En M€

	2010	2011	évolution
Interlocuteur social unique (ISU)	8 639	9 797	+ 13,4 %
dont taxations d'office	*4 210*	*4 402*	*+ 4,6 %*
hors taxations d'office	*4 429*	*5 395*	*+ 21,8 %*
Antériorité maladie-vieillesse	2 369	1 983	- 16,3 %
Antériorité AF – CSG – CFP	801	709	- 11,5 %
Total champ ISU	**11 809**	**12 489**	**+ 6 %**
Professions libérales (tous risques)	1 015	1 147	13,0 %
Antériorité professions libérales	598	528	-11,7 %
Total travailleurs indépendants	**13 422**	**14 164**	**+ 5,5 %**

Source : RSI, ACOSS, calculs Cour des comptes ; Antériorités : créances antérieures à la réforme de l'ISU (1er janvier 2008).

Hors taxations d'office et hors « antériorités », les travailleurs indépendants ont généré en seulement trois ans 5 044 M€[207] de restes à recouvrer « ordinaires » dont 4 429 M€ sur le champ de l'ISU (hors

206. Hors antériorité vieillesse et hors antériorité maladie des professions libérales, voir infra.

207. Soit 4 429 M€ sur le champ ISU et 615 M€ sur le champ des professions libérales (hypothèse d'une part de restes à recouvrer hors taxation d'office de 60 % de 1 015 M€).

professions libérales). Sur ce seul champ, les restes à recouvrer ont crû de 21,8 % entre 2010 et 2011.

Taux de restes à recouvrer sur les créances ISU de l'année

En % des émissions de créances

	2008	2009	2010	2011
Taux de restes à recouvrer global	13,2	22,5	26,7	24,3
Taux de restes à recouvrer hors taxations d'office	8,7	10,8	12,4	14,1

Source : ACOSS (hors antériorités, hors professions libérales)

b) Des problématiques spécifiques qui illustrent la diversité des conséquences des dysfonctionnements de l'ISU

Trois catégories de restes à recouvrer appellent des observations spécifiques : les créances émises en taxation d'office, les créances antérieures et les créances des professions libérales. Toutes ont été touchées par les dysfonctionnements causés par l'ISU, avec des conséquences de nature variable :

- les créances émises en taxation d'office ont vu leur montant exploser depuis 2008. Elles s'appliquent en effet aux cotisants dont les revenus ne sont pas connus. Or ceux-ci ont vu leur nombre croître de façon exponentielle compte tenu des difficultés de l'ISU. Dans un fonctionnement normal, l'essentiel de ces situations se seraient soldées, soit par une taxation normale, soit par la radiation de l'assuré. C'est pourquoi le RSI et l'ACOSS considèrent que ces créances ne constituent pas des créances réelles et que la majeure partie d'entre elles sera finalement annulée. Cependant, une partie de ces créances est bien réelle, car les taxations d'office existaient avant l'ISU dans des proportions significatives. Représentant 31 % des restes à recouvrer, les taxations d'office n'expliquent qu'une partie de la dégradation du recouvrement, que leur importance relative a eu tendance à masquer. Leur montant illustre l'ampleur des problèmes générés et leur traitement empêche les effectifs des deux organismes de se consacrer au recouvrement courant ;
- les créances antérieures à la création de l'ISU, dites « antériorités », ont été certes réduites de 47 % entre 2008 et 2011, passant de 6 080 M€ fin 2007 à 3 220 M€ fin 2011, mais les admissions en non-valeur et annulations de créances représentent plus des deux tiers de

cette baisse, le recouvrement effectif étant faible[208]. Les dysfonctionnements consécutifs à l'ISU ont durablement détourné les organismes de toute action de recouvrement de ces créances avec des pertes financières certaines sur une partie d'entre elles.

- les restes à recouvrer des professions libérales, qui ne relèvent pas de l'ISU, ont été touchés par la réforme du RSI et de l'ISU. Le calcul des cotisations a pu se trouver faussé car le classement des cotisants entre professions libérales et travailleurs indépendants relevant de l'ISU n'est pas le même entre le RSI et l'ACOSS. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'ISU ont conduit à suspendre certaines fonctions (contrôle d'assiette) sur les professions libérales, avec un effet certain, mais non chiffré à ce jour, sur le recouvrement de leurs cotisations.

3 – De moindres encaissements de l'ordre de 1 à 1,5 Md€ entre 2008 et 2010 se répercutant sur les comptes sociaux

Il est difficile de réaliser une analyse exhaustive des défauts d'encaissement provoqués par la mise place chaotique de l'ISU, au regard précisément des limitations informatiques qui causent les difficultés évoquées et des perturbations lourdes de la fonction comptable que celles-ci ont entraînées.

La Cour, en lien avec le RSI et l'ACOSS, a cherché à établir cependant une estimation, nécessairement provisoire, de l'incidence financière des dysfonctionnements liés à l'ISU, à laquelle il n'avait pas encore été procédé, en comparant l'efficacité du recouvrement avant et après la réforme, en tenant compte des évolutions réglementaires, en neutralisant l'explosion du nombre des taxations d'office constatée après 2008 et les effets de la crise économique sur les encaissements de cotisations (en prenant pour référence les évolutions du recouvrement des entreprises de moins de cinq salariés durant la période). Fondés sur des données imparfaites, les chiffrages établis ne représentent que des ordres de grandeur.

Sur la base de ce travail, la Cour considère qu'environ 1,3 à 1,5 Md€ de cotisations n'a pas été recouvré sur les trois premières années qui ont suivi la mise en place de l'ISU[209]. Le RSI, l'ACOSS et la

208. Ainsi, le taux de recouvrement effectif cumulé constaté à fin 2011 est de 9,3 % (246 M€) sur les antériorités AF-CSG de l'ensemble des travailleurs indépendants (2 652 M€ à fin 2007).

209. Cette estimation à fin 2010 ne tient pas compte du moindre recouvrement qui a persisté par la suite ni des encaissements exceptionnels de 2011 (cf. infra partie III).

direction de la sécurité sociale reconnaissent ces défauts de recouvrement mais les considèrent pour leur part plus proches d'1 Md€.

Les difficultés de l'ISU ont eu plus largement des effets sur les comptes sociaux des trois années concernées. D'une part, les provisions passées à ce titre sur les créances des régimes de base de retraite et de la maladie sur la période, ont aggravé le déficit du RSI, accru ses besoins d'un apport de ressources à partir de la contribution sociale de solidarité (C3S) et réduit à due concurrence les recettes du FSV, augmentant ainsi la dette sociale.

Une compensation automatique par la C3S et un report sur la dette sociale

En 1970, il a été décidé d'assurer l'équilibre des régimes obligatoires des indépendants en créant la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS ou C3S), qui finance les déficits de ces régimes automatiquement et intégralement (dans les limites du produit de la C3S). Ces régimes restant ainsi optiquement en équilibre, l'attention portée à leurs résultats a toujours été relativement limitée.

La dégradation du recouvrement des cotisations a été ainsi systématiquement compensée par un apport de C3S, ce qui a retardé la perception de l'importance considérable de cette détérioration et n'a guère contribué à une accélération de la mobilisation pour y remédier.

Ce mécanisme a reporté en réalité sur la dette sociale le déficit de recouvrement lié à l'ISU. En effet, l'excédent de la C3S est affecté au fonds de solidarité vieillesse (FSV). Quand le déficit des régimes des indépendants s'accroît, le solde disponible pour financer le FSV diminue, ce qui, compte tenu du déficit du FSV, alourdit la dette sociale d'un montant équivalent.

D'autre part, les provisions supplémentaires passées du fait de l'ISU sur le recouvrement de la CSG, de la CRDS et des cotisations d'allocations familiales dues par les travailleurs indépendants ont accru le déficit des branches du régime général et du FSV.

4 – Un impact financier insuffisamment pris en considération dans le processus d'alerte et de redressement

Les conséquences des difficultés de l'ISU pour les comptes sociaux en termes de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants ont été identifiées dès les tout premiers mois de fonctionnement comme un enjeu lourd, comme en témoignent le rapport annuel sur le RSI établi par le contrôle général économique et financier en juillet 2008 et le rapport de la mission d'appui au RSI de l'IGAS remis en janvier 2009. Pourtant, par la suite, aucune tentative de chiffrage du

manque à gagner causé par l'ISU n'a été réalisée, une telle entreprise étant considérée comme à la fois trop complexe à réaliser et peu utile à la résolution des problèmes.

Pourtant, il aurait été souhaitable que l'alerte fût donnée sur l'ampleur de l'impact financier de la dégradation de l'efficacité de la fonction du recouvrement, en particulier auprès du Parlement dans la présentation des comptes du RSI dans les rapports annuels à la commission des comptes de la sécurité sociale. Au contraire, les lourdes conséquences financières des dysfonctionnements de l'ISU sur l'efficacité du recouvrement n'ont été ni étudiées ni expliquées. Elles ont pu d'autant plus facilement passer inaperçues que le déficit supplémentaire des régimes de base du RSI était masqué par le mécanisme d'équilibrage par la C3S.

*
* *

La gestion de crise depuis 2008 a été ainsi caractérisée par une trop longue sous-estimation de l'ampleur et de la durée des problèmes, de la part des organismes comme des tutelles, par une coopération trop longtemps insuffisante entre l'ACOSS et le RSI et par une prise en compte insuffisante des conséquences financières qui n'ont pas été évaluées ni présentées, alors qu'elles auraient pourtant pu constituer un signal d'alerte pertinent. Malgré une mobilisation réelle mais encore récente, la situation est loin d'être rétablie à ce jour.

III - Faire du rétablissement complet et rapide de la fonction du recouvrement la priorité première

Malgré l'ampleur de la mobilisation du second semestre 2011, le recouvrement est très loin d'avoir retrouvé son efficacité d'avant l'ISU. Garantir durablement sa fiabilité passe désormais par le développement d'un nouveau système d'information partagé entre l'ACOSS et le RSI pour lequel il importe que les pouvoirs publics disposent d'assurances d'un degré élevé de sa capacité à en assurer le rétablissement complet et rapide dans toutes ses dimensions.

A – Un recouvrement encore très perturbé début 2012

1 – La résolution de certaines graves anomalies

a) En 2011, un rattrapage seulement partiel des manques à gagner 2008-2010

L'année 2011 a été marquée par une amélioration nette des encaissements, en rupture avec les évolutions antérieures. Sur le champ de l'ISU, ils ont augmenté de 1 052 M€, soit +9 %.

Pourtant, les restes à recouvrer ont également progressé de façon importante (+966 M€ hors taxations d'office et hors « antériorités » soit +21,8 %) et le taux de restes à recouvrer hors taxations d'office a atteint le niveau record de 14,1 % (24,3 % y compris taxations d'office). Cette dégradation du taux de restes à recouvrer hors taxations d'office en 2011 par rapport à celui de 2010 (12,4%) ne semble toutefois pas traduire une nouvelle aggravation de la situation du recouvrement. Elle s'explique en effet par les effets contradictoires des opérations exceptionnelles de régularisation des affiliations et radiations en retard et de normalisation des comptes incomplets. Sans ces effets, le taux de restes à recouvrer de l'année semble simplement se stabiliser fin 2011 à un niveau proche de celui de 2010 voire légèrement inférieur, mais qui reste très significativement dégradé par rapport à la situation qui prévalait avant l'ISU.

En effet, à la suite de la nomination d'un nouveau directeur général du RSI, un nouveau plan d'action a été mis en œuvre en septembre 2011 sur injonction ministérielle et plusieurs anomalies graves ont été résolues, comme les travaux de certification des comptes 2011 de l'activité de recouvrement du régime général ont permis à la Cour de le constater. Des améliorations sensibles ont été aussi obtenues sur plusieurs chantiers relatifs à la qualité de service (traitement des réclamations, accueil téléphonique).

Les stocks d'affiliations et de radiations ont été presque intégralement traités, même si le traitement encore difficile des flux laisse craindre leur reconstitution.

Par ailleurs, le problème des comptes incomplets a pu être quasiment réglé par la création des « risques manquants » et l'émission rétroactive des créances correspondantes, ce qui constitue un véritable progrès par rapport à la situation antérieure à l'ISU. Des cotisations qui

n'étaient pas émises, à tort[210], avant la réforme le seront désormais chaque année. Ce surcroît d'encaissements pérennes constitue certes une plus-value de recettes appréciable obtenue à l'occasion de la mise en place de l'ISU. Néanmoins, celle-ci aurait pu et dû être obtenue dès l'institution de ce dernier (avec un meilleur rendement) grâce à un nettoyage des fichiers conduit préalablement à la fusion des comptes, ce qui aurait évité l'apparition des comptes incomplets.

Il serait ainsi abusif de considérer que ces ressources supplémentaires viendraient en quelque sorte compenser les défauts d'encaissement liés aux difficultés de l'ISU. Si ces dernières ne s'étaient pas produites, la régularisation des comptes incomplets n'en n'aurait pas moins été indispensable et les recettes complémentaires liées à cette opération auraient permis de constater un gain net sur les cotisations des travailleurs indépendants, là où à l'heure actuelle elles ne font que minorer et donc masquer, l'importance de la dégradation du recouvrement.

Les opérations de mise à jour des fichiers de cotisants (affiliations, radiations, régularisation des « singletons ») ont au demeurant conduit à des émissions supplémentaires de cotisations, dans un contexte au demeurant marqué par une hausse des revenus des travailleurs indépendants qui a contribué à cette progression, avec pour effet positif d'augmenter les encaissements et pour effet indésirable de majorer le taux de restes à recouvrer hors taxation d'office d'au moins deux à trois points compte tenu des délais de paiement accordés. Mais elles ont été sans impact sur le stock des restes à recouvrer préexistant car les cotisations déjà émises n'ont pas été mieux recouvrées.

Pour redresser le recouvrement, la principale mesure décidée dans le plan d'action de 2011 a en effet porté sur la radiation d'une partie des cotisants en taxation d'office depuis plus de deux ans. Cette opération a permis de stopper l'émission de nouvelles créances en taxation d'office pour les comptes concernés et d'améliorer la sincérité des comptes. Néanmoins, aucune baisse sensible du stock de créances en taxation d'office n'a été constatée car de nouvelles taxations d'office ont été émises durant l'année. Surtout, cette opération n'améliore pas le recouvrement sur les créances normales.

Au total, la hausse des encaissements constatée en 2011 représente indéniablement un progrès, mais elle ne correspond qu'en partie à un rattrapage des moindres encaissements constatés entre 2008 et 2010 et

210. Parce que les assurés ne cotisaient pas à l'ensemble des risques obligatoires auxquels ils étaient soumis.

elle masque le fait que le taux de recouvrement des créances de 2011 est resté encore très dégradé par rapport à la situation pré-ISU.

b) L'amorce d'une normalisation de la fonction recouvrement à fin 2012

En avril 2012, un nouveau plan d'action a prévu pour la fin de l'année la relance du recouvrement amiable (téléphonique) sur le flux des nouvelles créances, la fiabilisation des nouvelles créances contentieuses et la remise en place des majorations et pénalités de retard. Sur les stocks de créances en cours de recouvrement forcé, l'objectif est de commencer à résorber certains stocks de contentieux pour la fin 2012[211].

La question des « flux retour » d'informations des URSSAF vers le RSI reste un enjeu majeur. Sur ce point, le deuxième plan d'action prévoit d'engager en 2012 la mise en place des systèmes informatiques permettant la reprise des droits à retraite, la mise à jour des droits acquis étant espérée à la mi-2013 pour les cotisations déjà réglées.

2 – La persistance d'un manque à gagner tant que le recouvrement ne retrouvera pas son efficacité d'avant la réforme

Tant que le recouvrement n'aura pas retrouvé le niveau qu'il connaissait avant l'ISU, les encaissements resteront chaque année inférieurs à leur niveau normal, reconstituant ainsi en permanence le stock de restes à recouvrer sur les créances « ordinaires » et alimentant de nouveaux risques de pertes potentielles.

La nouvelle convention d'objectif et de gestion du RSI, signée en février 2012, prévoit de ramener un indicateur du recouvrement défini de façon restrictive[212] de 10,55 % en 2011 à 10 % en 2012 et enfin à 5,5 % en 2015. Ce chiffre, s'il était atteint effectivement en 2015, ne signifierait pas pour autant le retour complet à la situation pré-ISU qui intégrait en particulier une part non négligeable de taxations d'office. Toutefois, il est crucial que ces objectifs de redressement du recouvrement soient tenus, voire accélérés. En effet, tant que l'efficacité du recouvrement reste inférieure de cinq points à l'objectif, ce sont chaque année environ 650 M€ qui ne sont pas recouvrés, qui se trouvent au mieux différés et qui

211. Les organismes indiquent que deux autres chantiers seront engagés en 2012, l'un relatif au parcours de recouvrement, l'autre visant le redressement du taux de paiement des cotisations par voie dématérialisée.

212. Taux de restes à recouvrer hors taxations d'office, hors majorations et pénalités, hors procédures collectives et hors admissions en non-valeur.

risquent pour partie d'être perdus (chaque point de taux de restes à recouvrer représentant environ 130 M€ d'encaissements).

Certes, les pertes ne peuvent être considérées comme définitives que plusieurs années après l'émission des créances, quand elles sont juridiquement annulées ou admises en non-valeur. Mais il est démontré que l'effectivité du recouvrement de créances anciennes diminue fortement avec le temps[213]. D'ores et déjà, 114 000 créances émises en 2008 ont été prescrites au 1er janvier 2012, représentant une perte de 190 M€ selon l'ACOSS[214].

L'impact de l'ISU sur la réorganisation du RSI

Le bilan de la création du RSI en termes de gains d'efficience est loin d'être satisfaisant. Les dépenses de gestion administrative sont en progression de 16,4 % (591,5 M€), alors que l'objectif initial était une diminution de 12,5 %. Le nombre d'agents en CDI a augmenté, alors qu'il devait significativement baisser, comme celui des personnes en CDD, qui a progressé de 30 %[215]. La caisse nationale, insuffisamment réorganisée, concentre un cinquième des effectifs. La COG 2012-2015 apparaît largement à cet égard comme une COG de transition visant à rétablir les fonctions essentielles du régime[216].

Cette situation est due à la gravité de la crise de l'ISU, mais aussi à des choix antérieurs à sa mise en œuvre faits par le RSI qui ont pour conséquence de limiter les gains d'efficience[217]. Elle aboutit à faire du RSI, cinq ans après leur fusion, une structure plus coûteuse et moins efficace que les caisses qui l'ont précédé.

213. Avant l'ISU, en situation « normale », sur le champ AF-CSG des travailleurs indépendants, les créances non recouvrées la première année étaient recouvrées l'année suivante à hauteur de 19,8 %, de 4,5 % la seconde année, de 3,8 % la troisième année, de moins de 3 % par an au bout de six ans et de moins de 2 % par an au bout de huit ans. Depuis l'ISU, ces performances se sont nettement dégradées.

214. Rapport de certification sur les comptes de la sécurité sociale, juin 2012.

215. Le nombre de CDI au 31 décembre est passé de 5 400 fin 2006 à 5 478 fin 2011 (+1,4 %), celui des ETP moyens de 5 282 en 2006 (hors CDD en base d'emplois pérennes) à 5 303 en 2011 (+0,4 %). Le nombre de CDD est passé de 522 en 2006 à 679 en 2011.

216. Elle conduit à une quasi-stabilisation du budget de gestion administrative sur la période (en affichage, le fonds national de gestion administrative courant baisse de 3,2 % sur la période mais à périmètre constant avec la COG précédente, il passerait de 557,6 M€ en exécution 2011 à 567,6 M€ en 2015, soit une progression de 1,8 %).

217. Comme le maintien des implantations de niveau infra régional, pour des raisons historiques et de contraintes relatives à la mobilité géographique des agents, ou la validation tardive du schéma directeur informatique du RSI en octobre 2007.

Dans un tel contexte, la restauration du recouvrement doit constituer un chantier prioritaire et la résorption des retards de recouvrement constatée depuis l'ISU considérée comme un indicateur central de performance du RSI. Le traitement des stocks de contentieux accumulés doit ainsi constituer une priorité pour éviter autant que faire se peut qu'une partie des anciennes créances ne soit simplement abandonnée.

Pour pouvoir apprécier et suivre dans les années à venir les résultats des actions conduites à cet effet, il est indispensable d'évaluer plus finement l'ampleur du rattrapage réel réalisé depuis 2011, de mesurer précisément les délais de recouvrement enregistrés en 2011 et les années suivantes et de s'assurer parallèlement de façon précise de la mise à jour effective des droits des assurés afin de garantir que ceux-ci ne sont pas privés des droits acquis par le règlement de leurs cotisations.

Ce suivi serré est d'autant plus impératif que le risque n'est pas écarté que la refondation complète des systèmes d'information dont le principe a été décidé ne puisse se traduire par de nouvelles difficultés.

B – Les enjeux du nouveau système d'information

1 – La perspective d'un redressement pérenne fondé sur la refonte des systèmes d'information

A la suite du rapport de l'IGAS de décembre 2009 ayant alerté sur le caractère structurel des dysfonctionnements de l'ISU (cf. supra), une étude a été engagée par le RSI et l'ACOSS en 2010 pour étudier la mise en place d'un nouveau système informatique prenant la forme d'un « référentiel de données administratives partagées ». Cette étude, remise en octobre 2010, a démontré qu'un tel référentiel « ne permettrait de résoudre qu'une toute petite partie (1 à 5 %) des problèmes qui ne progresseront qu'avec une réelle interopérabilité des systèmes ». Elle a estimé qu'en dépit des améliorations successives du système actuel fondé sur le SNV2, celui-ci continuait et continuerait durablement à engendrer de nouvelles anomalies au fur et à mesure que les précédentes seraient résolues.

En conséquence, est apparue la nécessité de disposer d'un système informatique entièrement consacré au recouvrement sur les travailleurs indépendants, baptisé « système commun dédié partagé » (SCDP). De ce fait, l'ACOSS a été contrainte en janvier 2011 de repenser entièrement sa stratégie de rénovation du SNV2, en décidant, en accord avec la tutelle, que celle-ci ne serait pas réalisée fonction par fonction, mais par catégories de population, le SCDP étant construit en premier et constituant la première brique du nouveau système. Les indépendants bénéficieraient donc en premier du nouveau système d'information, mais

celui-ci devrait ensuite pouvoir être étendu aux autres populations relevant des URSSAF et en particulier aux entreprises.

En parallèle, le RSI a également entrepris une réorganisation complète de ses systèmes informatiques au travers du projet GAYA qui inclut une application nommée « gestion administrative commune » (GAC), qui doit permettre l'articulation des nouveaux systèmes du RSI avec le SCDP.

2 – Un chantier particulièrement complexe présentant des risques de délais et de bonne fin

Le RSI et l'ACOSS sont donc désormais engagés dans un chantier de refonte intégrale, simultanée et articulée de leurs systèmes informatiques. L'entreprise est particulièrement complexe et risquée à plusieurs égards.

En premier lieu, la complexité du nouveau système est proportionnée à celle du système institutionnel et réglementaire que constitue l'ISU. Un volet « simplifications » fait partie des éléments pris en compte dans la construction du SCDP, par exemple sur les dates d'exigibilité des cotisations, mais son ambition reste limitée par le cadre réglementaire dans lequel il s'inscrit et qu'il n'est pas prévu de modifier de façon substantielle.

L'articulation correcte des systèmes SCDP et GAYA-GAC constitue un défi sérieux. L'analyse des risques qui y sont associés réalisée par les organismes a montré que celle-ci est loin d'être garantie.

En outre, le SCDP doit s'intégrer dans les deux autres chantiers de réforme de la branche recouvrement, à savoir la refonte du SNV2 et la régionalisation des URSSAF, dont les implications informatiques sont considérables, ce qui représente une contrainte lourde de conception et de mise en œuvre.

S'agissant des délais, la complexité et l'état actuel d'avancement du projet SCDP conduisent à s'interroger sur la capacité à disposer d'un système véritablement fonctionnel à la date prévue de juin 2014. En outre, les organismes sont confrontés à la nécessité de maintenir en fonctionnement le SNV2 et les logiciels du RSI (SCR et TAIGA) et de continuer à améliorer leur articulation jusqu'à la mise en service complète du nouveau système. Pendant toute la période intermédiaire, cette entreprise complexe mais nécessaire exigera des moyens importants soustraits à la construction du nouveau système.

L'ACOSS et le RSI sont conscients des risques du projet. Ils indiquent, d'une part, qu'une étude de sécurisation du calendrier est en

cours et sera examinée à l'automne 2012 et, d'autre part, qu'il est exclu qu'une mise en service soit décidée sans avoir réuni toutes les garanties de bon fonctionnement. Une telle précaution est certes indispensable mais n'est pas suffisante, eu égard au défaut d'expertise large que le lancement d'un un tel projet aurait pourtant absolument nécessité.

3 – Des expertises complémentaires indispensables

a) S'assurer de la pertinence du projet

L'engagement du SCDP s'est fait sans une expertise comparative approfondie permettant de garantir que la solution retenue était la plus robuste des options possibles. Les pouvoirs publics ne se sont appuyés que sur le seul éclairage apporté par un expert missionné intuitu personae, portant en outre sur une solution déjà arrêtée.

Compte tenu de l'ampleur des enjeux et de l'impact potentiel considérable sur l'ensemble des encaissements réalisés par les URSSAF d'une mauvaise conception du système d'information destiné à succéder au SNV2, il est impératif de conduire un audit beaucoup plus large et plus précis de la pertinence des solutions mises en œuvre et de leur capacité à s'intégrer dans la refonte du SNV2 et à construire une interface avec le RSI.

L'audit devrait vérifier dans quelle mesure le nouveau système informatique permettra effectivement de supprimer toutes les anomalies qui frappent encore le système de recouvrement et les « flux retour » d'informations afin de permettre la normalisation totale de la fonction de recouvrement et évaluer les risques de retard par rapport à l'échéance fixée de mi-2014, de façon crédible, en envisageant l'ensemble des conséquences aussi bien pour le recouvrement des cotisations de l'ISU que pour celui du régime général. En parallèle, s'impose un examen précis et large des alternatives envisageables si le projet se révélait, en l'état, porteur de risques d'échec tels qu'il doive être soit modifié substantiellement, soit abandonné dans l'attente de la définition notamment d'un cadre réglementaire et institutionnel fonctionnel.

Le bon fonctionnement du système d'information partagé, qui représente un enjeu essentiel, peut en effet conduire à étudier la possibilité d'engager un chantier plus ambitieux de simplification de la réglementation de nature à réduire les contraintes pesant sur lui, voire à examiner les règles de rattachement des comptes ou les conditions de vérification des droits acquis pour faciliter les « flux retour ».

b) Eviter les conséquences d'un éventuel échec

L'objectif d'un tel audit doit être d'obtenir l'assurance que le SCDP pourra être construit dans des délais rapprochés, que son bon fonctionnement garantira le rétablissement complet de la fonction du recouvrement de l'ISU et constituera une base solide pour le futur système d'information du régime général. En effet, tout échec conduisant à renoncer à la mise en service du SCDP en 2014 ou même ultérieurement entraînerait inévitablement un report de la normalisation du recouvrement et des relations avec les assurés pouvant atteindre plusieurs années.

Les conséquences financières potentielles d'un éventuel échec du nouveau système sont donc très lourdes. Elles concerneraient tout d'abord le RSI, dont les régimes de base sont équilibrés par la C3S. Tout retard dans la normalisation du recouvrement oblige à accroître les affectations de C3S destinées à couvrir le déficit de ces régimes.

Au-delà surtout, des dysfonctionnements du SCDP fragiliseraient la refonte du SNV2 pour l'ensemble des autres catégories de cotisants de l'ACOSS et pourraient compromettre l'ensemble de son activité. Alors que l'obsolescence de ce système a été constatée depuis 2005, la mise en service complète de sa refonte n'est d'ores et déjà envisagée qu'à l'horizon 2020. Si elle devait être davantage retardée encore à cause de nouvelles difficultés de l'ISU et du SCDP, le recouvrement du régime général pourrait être confronté à des risques considérables, qui ne peuvent en aucun cas être pris.

C'est pourquoi, si un tel danger se faisait jour à la suite de l'audit qu'il est indispensable d'engager rapidement, il conviendrait de réétudier le partage du continuum du recouvrement entre les deux organismes, en fondant une éventuelle nouvelle répartition non sur des enjeux institutionnels mais sur une analyse technique de l'efficacité du recouvrement dans son ensemble.

CONCLUSION

Six ans après la création du RSI et quatre ans après celle de l'ISU, les fonctions essentielles de l'affiliation, du recouvrement et du service des prestations n'ont pas retrouvé le niveau de qualité de service constaté avant la réforme. Le RSI est aujourd'hui moins efficace et plus coûteux que les anciens régimes qu'il a remplacés.

L'échec de l'ISU a eu et a encore de lourdes conséquences pour les assurés. Pour une partie d'entre eux, il n'a pas seulement signifié d'innombrables tracas administratifs mais fait courir des risques de pertes de droits. La situation ainsi créée doit être réglée avec détermination.

Sur le plan financier, le défaut d'encaissement peut être provisoirement estimé à un montant au minimum de l'ordre de 1 à 1,5 Md€ fin 2010, mais un bilan définitif des pertes effectives ne peut être à ce stade déjà établi. Malgré les plans successifs et les rattrapages partiels de recettes à partir de 2011, la fonction recouvrement n'a cependant pas encore retrouvé son niveau d'avant la mise en place de l'ISU dès lors en particulier que les procédures de recouvrement amiable et forcées ne sont toujours pas pleinement restaurées.

La gravité de ce constat engage la responsabilité conjointe de l'ACOSS et du RSI comme de leur administration de tutelle. Du côté des organismes, l'implication des équipes sur des objectifs communs est désormais pleine et entière, mais contraste avec une longue incapacité à dépasser les intérêts particuliers de leurs structures respectives, une grave absence de maîtrise de la conduite d'un projet complexe et une complète sous-estimation de ses difficultés techniques. La tutelle n'a pas eu pour sa part au départ une assez claire appréhension de la lourdeur de la réforme et de ses risques et aurait dû alerter plus précocement les autorités politiques, notamment sur la nécessité de retarder le calendrier de mise en place de l'interlocuteur social unique. Après le 1er janvier 2008, si elle n'a pris toute la dimension de la gravité de la situation que de façon progressive, elle s'est très fortement mobilisée pour solliciter l'appui d'expertises externes et faire prendre des mesures d'urgence, mais n'a pas réussi à imposer rapidement aux organismes une coordination étroite et durable pour y remédier. La récente convention d'objectifs et de gestion passée avec le RSI pour la période 2012-2015 marque cependant à cet égard une nouvelle et ferme exigence.

Des dysfonctionnements particulièrement anormaux ont ainsi trop longtemps perduré, d'autant plus aisément que les conséquences financières en ont été masquées grâce à l'équilibrage automatique du régime des indépendants par la C3S au prix d'un gonflement de la dette sociale en raison du déficit accru du FSV qui en a résulté.

C'est pourquoi le rétablissement de la fonction du recouvrement doit désormais être placé au tout premier rang des priorités, surtout pour un régime structurellement déficitaire dont l'équilibre dépend d'un impôt affecté. Il est indispensable à cet égard de vérifier de manière précise et solide que la trajectoire de redressement permettra l'encaissement des cotisations qui n'ont pas été réglées depuis 2008.

Pour assurer la robustesse du futur système d'information, il convient de conduire un audit portant sur l'ensemble des options possibles. Il doit garantir que le nouveau système d'information partagé entre l'ACOSS et le RSI pourra assurer un fonctionnement du recouvrement efficace et fluide entre les deux organismes, avec toutes les garanties

nécessaires. Il doit veiller à ce que ce système puisse s'intégrer en interface avec les outils de l'ACOSS et du RSI sans dégrader, par un défaut de maîtrise, le recouvrement du régime général dont l'enjeu en termes financiers est sans commune mesure et dont la dégradation serait très lourde de conséquences.

A défaut d'assurances solides, la question devrait être alors à nouveau posée de la création d'un interlocuteur social réellement unique et situé dans un seul organisme, par opposition à l'actuel ISU partagé de fait entre l'ACOSS et le RSI.

RECOMMANDATIONS

20. Définir préalablement à toute réforme d'une telle ampleur et d'une telle complexité un dispositif de pilotage de projet rigoureux, en particulier en conduisant une analyse des risques exhaustive et préalable à toute décision définitive et en se dotant d'un cadre et d'outils de suivi proportionnés aux enjeux.

21. S'assurer que les cotisations non recouvrées font l'objet de toutes les diligences pour garantir leur perception effective et non leur simple annulation ou prescription, préciser l'ampleur du retard de recouvrement et mettre en place un suivi étroit de sa résorption afin de minimiser les pertes.

22. Renforcer le suivi stratégique des chantiers en cours par les autorités de tutelle, éclairées par une information la plus large y compris financière et consolider le pilotage opérationnel coordonné du RSI et de l'ACOSS au plan national comme régional.

23. Afin de garantir le redressement rapide et complet du recouvrement dans des délais rapprochés et dans les conditions les plus robustes, réaliser un audit complet et approfondi du futur système d'information partagé, permettant :

- *de s'assurer de la pertinence du projet ;*
- *d'évaluer les risques de retard par rapport à l'échéance de mi 2014, ou d'échec et d'en apprécier toutes les conséquences ;*
- *d'examiner précisément l'ensemble des alternatives envisageables, y compris en étudiant une simplification du cadre réglementaire de l'ISU, voire la remise en cause du partage de compétences actuellement en vigueur.*

24. Garantir que les droits acquis par les assurés au titre des cotisations versées sont pris en compte de façon exhaustive et rapide dans les systèmes d'information du RSI.

Chapitre VIII

La mise en place des agences régionales de santé

PRESENTATION

Créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les 26 agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, un pilotage unifié du système de santé afin d'en renforcer l'efficience et de mieux répondre aux besoins des patients par une approche globale et cohérente du parcours de soins.

Aboutissement d'une réflexion engagée dès le début des années 1990[218] *et qui s'était notamment traduite par l'institution en 1996 des agences régionales de l'hospitalisation, il s'agit ainsi d'une réforme majeure aux enjeux essentiels non seulement en termes de santé publique mais aussi de régulation des dépenses de l'assurance maladie.*

Deux ans après l'installation effective des ARS, il est apparu à la Cour encore prématuré d'évaluer la manière dont elles exercent les responsabilités qui leur ont été confiées et mettent en œuvre les outils novateurs dont elles ont été dotées : la grande majorité d'entre elles n'ont de fait pas achevé d'élaborer leur projet régional de santé qui doit définir leur stratégie dans leurs différents champs de compétence. Mais elle entend examiner d'ores et déjà les conditions de mise en place de ces nouveaux opérateurs dont la souplesse de fonctionnement et la capacité d'initiative sont des facteurs primordiaux de réussite de leurs missions.

Après avoir analysé les modalités d'installation des nouvelles agences, qui ont permis à cette réforme d'être rapidement mise en place (I), la Cour a cherché ainsi à apprécier leur positionnement dans l'environnement institutionnel qui est le leur (II) ainsi que les moyens de fonctionnement humains et techniques à leur disposition (III).

I - Une réforme structurelle rapidement mise en place

La création des ARS représente une réforme structurelle majeure tant par les missions qui leur sont confiées que par l'organisation administrative retenue. Leur installation effective est intervenue dès le 1er avril 2010, soit neuf mois seulement après la publication de la loi HPST.

218 . R. Soubie. Commissariat général du Plan. Santé 2010, rapport du groupe «prospective du système de santé ». Paris, la Documentation française, 1993.

A – De nouvelles institutions aux enjeux majeurs

Les ARS constituent une triple innovation : en termes de missions, d'organisation administrative territoriale et de conduite des politiques publiques.

1 – Une approche transversale du système de santé

La création des ARS s'inscrit dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et de sa déclinaison territoriale, la réforme de l'administration territoriale de l'Etat (RéATE), par la volonté d'organiser un pilotage d'ensemble des acteurs présents sur un même territoire de santé et de décloisonner les filières de prise en charge, qu'il s'agisse de la prévention et des soins proprement dits, des établissements de santé et de la médecine ambulatoire, du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

En termes d'ancrage territorial, elle prolonge ainsi les réformes d'organisation progressivement introduites dès 1996 avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour le secteur hospitalier et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) pour le secteur ambulatoire. L'objectif d'une plus grande transversalité du pilotage du système de santé avait conduit par la suite en 2004 à mettre en place des missions régionales de santé (MRS) constituées entre les ARH et les URCAM et des groupements régionaux de santé publique (GRSP) pour mettre en œuvre les politiques de prévention. La création des ARS confirme le niveau régional comme échelon pertinent de déclinaison et de gestion des politiques de santé publique, historiquement plutôt organisées dans un cadre départemental.

En termes de pilotage, la loi HPST fait des ARS, selon son exposé des motifs, « la clé de voûte » de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de santé. Les réformes successives étaient en effet apparues insuffisantes pour faire évoluer l'offre de soins et pour maîtriser les dépenses de santé[219]. Le pilotage unifié confié aux ARS est destiné à remédier à un éclatement des responsabilités préjudiciable à la bonne organisation du système de soins et par là même au patient. Comme le souligne la présentation du projet de loi HPST en conseil des ministres le 22 octobre 2008, il s'agit ainsi de « faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital afin de simplifier le parcours de santé des patients et développer la qualité et la sécurité du système de santé ».

219. Rapport Ritter sur la création des ARS, janvier 2008.

Les missions confiées aux ARS sont de fait très larges puisqu'elles couvrent l'organisation de l'offre de soins hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux ainsi que la sécurité sanitaire et la gestion des crises, la prévention et la santé publique, y compris en matière environnementale.

2 – Une organisation administrative novatrice

Les ARS ont profondément simplifié le paysage institutionnel régional en matière de régulation et de pilotage du système de santé en regroupant sept institutions préexistantes :

- des administrations déconcentrées de l'Etat : les services des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales -DDASS et DRASS- en charge des questions de santé, santé environnement et médico-sociales[220] ;
- des organismes d'assurance maladie : les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), une partie des services des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM)[221] et des directions régionales du service médical (DRSM) ;
- des structures mixtes associant l'Etat et de l'assurance maladie : les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui pouvaient aussi associer à leur demande des collectivités territoriales.

Cette réorganisation présente une double originalité par rapport au mouvement d'ensemble de reconfiguration territoriale des services publics. D'une part en effet, elle concerne non seulement des administrations déconcentrées de l'Etat, mais également des organismes de sécurité sociale, dans une vision, beaucoup plus large que de simple rationalisation administrative, d'association des compétences et des moyens au bénéfice d'une capacité attendue d'action collective renforcée. D'autre part, pour rassembler des structures qui représentent plus de 9 000 agents de l'Etat et de l'assurance maladie, a été fait le choix de l'établissement public administratif de l'Etat à compétence régionale, préféré à celui du groupement d'intérêt public conféré en 1996 aux ARH. Ce statut, innovant en matière d'organisation territoriale, offre un cadre de fonctionnement stable, critère important notamment pour les fonctionnaires transférés des DRASS et des DDASS et permet aux directeurs généraux des ARS d'asseoir leur pouvoir hiérarchique sur leurs équipes. La création d'un établissement public traduit aussi une forme de

220. Les missions proprement sociales sont pour leur part désormais exercées par les directions régionales et départementales en charge des questions de cohésion sociale.

221. Les CRAM sont désormais devenues les CARSAT (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) et ne sont plus compétentes en matière d'offre de soins.

décentralisation fonctionnelle de certaines responsabilités, engagée pour la première fois à l'échelon territorial et jugée souhaitable pour permettre de disposer des marges d'initiative et d'autonomie indispensables pour une approche plus partenariale des politiques de santé.

3 – Un cadre d'intervention partenarial

La dimension pluridimensionnelle des politiques de santé impose aux ARS d'exercer leurs missions en interaction constante avec une pluralité d'interlocuteurs aux compétences en interface avec les leurs : ainsi notamment les préfets pour la sécurité sanitaire et la gestion de crises, l'assurance maladie pour la gestion du risque ou encore les conseils généraux pour l'offre médico-sociale.

La gouvernance des agences a pris en compte cette dimension partenariale. Leur conseil de surveillance est présidé par le préfet de région et comprend des élus locaux, des représentants de l'Etat et des organismes d'assurance maladie ainsi que des représentants d'usagers et des personnalités qualifiées. La loi HPST a par ailleurs créé différentes instances de concertation (conférence régionale de la santé et de l'autonomie, commissions de coordination des politiques de santé, conférences de territoire) permettant d'associer les élus, les professionnels de santé, les associations et les usagers, aux décisions de l'ARS.

Pour faciliter les échanges, les agences sont par ailleurs structurées entre un siège dans la ville chef-lieu de région et des délégations territoriales dans chaque département.

B – Une mise en place rapide et maîtrisée

1 – Un pilotage ferme de la phase d'installation

Le pilotage de la mise en place des ARS a été confié, dès 2008, au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales qui s'est entouré d'une équipe projet légère et de consultants externes.

La loi HPST (article 130) prévoyait une période de préfiguration qui pouvait théoriquement durer jusqu'au 1er juillet 2010. Le processus de recrutement des 26 responsables préfigurateurs a été original à double titre : un large appel à candidature (publication des offres d'emploi dans la presse écrite et approche directe par un cabinet de recrutement

spécialisé) et avis d'un comité consultatif [222] sur les candidatures présélectionnées par ce cabinet et le secrétariat général.

Les préfigurateurs ainsi recrutés, aux profils diversifiés[223], ont été nommés par décret du Président de la République, moins de trois mois après la promulgation de la loi, le 1er octobre 2009. Ils ont eu pour mission, avec l'aide des équipes de direction des structures ayant vocation à être fusionnées, un accompagnement étroit du secrétariat général et l'appui de consultants externes, de préparer la mise en place matérielle des agences tant sur le plan immobilier qu'au regard des transferts de personnels. Ils ont également contribué à l'élaboration du premier budget et ont conçu un projet d'organisation des nouvelles agences tout en assurant la continuité des missions dévolues aux organismes auxquels ces dernières devaient succéder.

Les ARS ont pu être ainsi juridiquement installées dès le 1er avril 2010, soit trois mois avant la date limite prévue par la loi. Tous les responsables préfigurateurs ont été alors nommés directeurs généraux d'ARS par décret, les différents textes d'application nécessaires à l'ouverture des agences ayant également été publiés ce même jour.

Grâce à cette période de préfiguration, la mise en place des ARS a pu être ainsi réussie sans aucune rupture avec les institutions qu'elles fusionnaient. Les plafonds d'emplois 2010 ont été fixés à 9 590 équivalents temps plein (ETP), dont 7 897 en provenance des services de l'Etat et 1 693 de l'assurance maladie. Les effectifs réels transférés au 1er avril 2010 ont été de 8 508 ETP [224]. Parallèlement, les questions immobilières ont été réglées dans le cadre plus large du mouvement général de réorganisation des administrations territoriales de l'Etat.

2 – Des choix immobiliers contraints

Les choix immobiliers ont été encadrés par deux objectifs définis au niveau national : privilégier l'implantation sur un site unique de l'ensemble des personnels et le maintien dans les locaux existants, notamment des DRASS et des DDASS. Les préfets ont reçu à cet effet instruction de prendre en compte pour l'élaboration de leur schéma immobilier dans le cadre de la réforme territoriale de l'Etat (RéATE) les

222. Ce comité était présidé par un ancien président du groupe PSA Peugeot Citroën et composé de cinq spécialistes du secteur sanitaire et des ressources humaines.

223. Ils sont pour 50 % issus de la fonction publique, pour 23 % originaires d'organismes de sécurité sociale, pour 15 % venant du secteur privé.

224. Les effectifs totaux sont très variables d'une ARS à une autre : de près de 1 200 ETP pour l'ARS Ile de France à moins de 200 ETP pour les départements d'outre-mer, la Corse ou le Limousin.

problématiques des nouvelles agences en les considérant à cet égard comme des services déconcentrés.

Au 31 décembre 2011, 66 % des sièges et 78 % des délégations territoriales occupent ainsi les locaux des structures précédentes, le cas échéant après des travaux d'aménagement et de densification. Ce choix a pu conduire à des décisions d'implantation aux conséquences financières non négligeables pour les ARS à terme plus ou moins proche :

- certaines ARS ont bénéficié de la part de l'Etat de transferts de baux avec option d'achat (siège des ARS de Basse-Normandie, Bourgogne et Midi-Pyrénées). Dans ces situations, il est prévu qu'à échéance du bail, l'Etat devienne propriétaire et non l'ARS qui supporte pourtant des loyers élevés intégrant notamment des charges d'amortissement pour le propriétaire. Au-delà de la question de l'acquéreur final, ce régime fait durablement supporter aux ARS concernées une dépense lourde ;
- conformément au principe de mise à disposition gratuite prévu par la loi HPST, les ARS occupent souvent des locaux mis à disposition des DDASS par les conseils généraux en application de la loi du 11 octobre 1985, ce qui pourrait les confronter à l'avenir à des coûts de rénovation importants compte tenu de la vétusté de ce patrimoine ou, à défaut, à des besoins de relocalisation.

Pour leur part, les implantations nouvelles (34 % des sièges et 22 % des délégations territoriales) ont le plus souvent fait l'objet de prises à bail. Les nouvelles locations représentent ainsi 29 % des surfaces occupées par les ARS pour un parc locatif total de 55 % des surfaces occupées.

L'augmentation de la part du locatif résulte à la fois de la nécessité de trouver des locaux adaptés à la taille des agences (notamment à Paris ou Marseille) mais aussi des choix effectués par les préfets dans le cadre de la RéATE. Cette situation pose la question de la soutenabilité financière des loyers à la charge des ARS. Les implantations dans des locaux neufs se sont traduites par des surloyers (conséquence de la prise en charge par le propriétaire des travaux d'aménagement comme à Paris, Marseille ou Lille), sans que les ARS ne bénéficient de manière automatique de la rétrocession des produits de la cession de surfaces domaniales libérées par les DRASS et les DDASS. Certaines ont cependant reçu des crédits sur cette enveloppe pour leur aménagement (400 000 € pour l'ARS Nord-Pas-de-Calais, 350 000 € pour l'ARS Rhône-Alpes par exemple).

La création des ARS a au total permis une réduction importante des surfaces occupées antérieurement par les services des ministères sociaux : le nombre de sites a été réduit de 126 (-54 %) et les surfaces

utiles nettes de 114 188m^2 (-30 %)[225], même si la norme de 12m^2 par agent, très inégalement observée, ne doit être respectée qu'à l'horizon 2017.

3 – Des financements maîtrisés

a) Un coût d'installation relativement limité

Un budget de première installation de 68 M€ avait été défini en 2009. Il devait être financé par l'assurance maladie pour 28 M€, des crédits de l'Etat (25 M€) et un prélèvement sur le fonds de roulement provenant des ARH (5 M€). Un financement complémentaire de 10 M€ en provenance de produits de cessions d'équipements sportifs n'est en définitive pas intervenu.

Les crédits de première installation ont ainsi représenté 58 M€ et ont été, pour essentiel, utilisés de la manière suivante :

- 28,6 M€ ont été délégués aux ARS (26,4 M€ en 2010 et 2,2 M€ en 2011). Fin 2011, ces crédits n'étaient pas entièrement consommés, certaines opérations immobilières n'étant pas encore achevées. La nature des dépenses est très variée : travaux et aménagement des locaux, informatique, mobilier, doubles loyers temporaires, frais de déménagement, communication, mais aussi financement parfois des reports de charges des structures antérieures ;
- 19 M€ ont été consacrés à des prestations de consultants destinées à aider à la mise en place des ARS ;
- 5,9 M€ ont été affectés aux investissements informatiques (dont 3,1 M€ consacrés aux projets informatiques mutualisés développés dans les ARS) ;
- 1,8 M€ ont permis de financer des dépenses de communication et de formation.

A ces dépenses peuvent être ajoutés les primes de transfert attribuées aux personnels de l'assurance maladie mutés dans les ARS (7,2 M€ en 2010[226]) ainsi que le coût du pilotage des ARS au sein du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (6 M€ sur la période 2008-2011 correspondant à la masse salariale des collaborateurs de la « mission ARS » du secrétariat général).

225. Périmètre tous ministères sociaux – mai 2011.

226. Données CNAMTS. Primes versées par les directeurs généraux d'ARS mais prises en charge par la CNAMTS dans le cadre de la contribution versée aux ARS en 2010.

Au total, le coût de la mise en place des ARS peut être ainsi évalué à environ 70 M€.

b) Des budgets sous tension

Les ARS sont financées par une dotation de l'Etat (77 %), des contributions des régimes d'assurance maladie (18 %) et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (4 %) qui reprennent pour l'essentiel les budgets des entités transférées. Ces crédits (1,1 Md€ en 2011) sont répartis en enveloppes limitatives correspondant aux charges de personnel (67 % du total), de fonctionnement, d'investissement et d'intervention.

Pour respecter le budget qui leur est alloué et qui intègre les normes d'économies prévues pour les opérateurs de l'Etat sur la période 2011-2013, les ARS ont parfois d'ores et déjà utilisé la masse salariale et le prélèvement sur fonds de roulement comme des variables d'ajustement.

En effet, la quasi-totalité d'entre elles ne saturent pas leur plafond d'emploi. Les effectifs réels des agences au 31 décembre 2011, 8 955 équivalents temps plein (ETP), représentent ainsi 94,8 % des plafonds d'emploi. Ces vacances, liées notamment à la recherche de compétences nouvelles, leur permettent de respecter leur enveloppe budgétaire.

Elles ont en outre disposé de fonds de roulement importants au moment de leur création (200 M€), issus des ARH et des GRSP[227]. Les prélèvements sur ces fonds ont été substantiels en 2010 (123 M€) et pris en compte dès les budgets primitifs. Ils ont toutefois été nettement moindres en 2011 et n'ont concerné que quatre ARS pour 1,6 M€.

Il importe en tout état de cause désormais que les ARS recherchent des gains d'efficience et de productivité interne pour respecter la trajectoire budgétaire ; ces gains devront toutefois être conciliés avec leurs besoins en matière de ressources humaines et de systèmes d'information (cf. III).

L'enjeu financier réel de la création des ARS ne réside toutefois pas dans leur budget de fonctionnement mais bien dans leur capacité à accroître l'efficience globale du système de santé pour maîtriser les dépenses d'assurance maladie.

*
* *

227. Les GRSP avaient bénéficié de l'intégralité des délégations de crédits budgétaires en début d'année 2010.

L'installation des ARS s'est déroulée dans des délais très contraints qui représentaient un réel défi et de manière maîtrisée sur les plans opérationnels et financiers. Cette mise en place réussie, pour importante qu'elle ait été sur un plan symbolique et organisationnel, n'était cependant qu'un préalable nécessaire au bon exercice de leurs missions, qui dépend de manière plus déterminante encore de leur positionnement dans leur environnement.

II - Un positionnement institutionnel à clarifier

Les ARS sont placées sous une tutelle nationale particulièrement étroite, guère conforme à leur statut d'établissements publics et qui risque de les priver de certaines des souplesses et des marges d'initiative que nécessite une approche renouvelée du pilotage du système de santé. Celle-ci suppose également un nouveau dialogue avec les préfets et les organismes d'assurance maladie, qui doivent prendre plus pleinement en compte l'existence et le rôle confié par la loi aux agences.

A – Un pilotage national qui n'a pas trouvé son point d'équilibre

1 – Un conseil national de pilotage (CNP) trop peu stratégique

Le conseil national de pilotage est chargé de conduire « l'animation du réseau des agences »[228]. A ce titre, il « donne aux ARS les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire » et « veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque ». Il rassemble à cet effet, sous l'autorité du ou des ministres concernés, les directeurs des administrations centrales impliquées dans les questions intéressant les ARS et les directeurs des caisses nationales d'assurance maladie ainsi que le directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Cette instance, dont la constitution a été préférée à celle d'une agence nationale de santé parfois évoquée, se réunit à un rythme soutenu : près d'une fois par mois pendant la période de préfiguration puis deux fois par mois depuis le 1er avril 2010. Elle n'a cependant que de plus en plus rarement été présidée par les ministres eux-mêmes (quatre fois pendant la période de préfiguration, deux fois en 2010 et jamais en 2011).

228. Article L. 1433-1 du code de la santé publique.

Le CNP fonctionne en réalité comme une instance administrative de coordination entre les membres qui le composent, présidée en l'absence des ministres par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, qui en assure par ailleurs le secrétariat. Ce dernier dispose à cet effet d'une équipe spécifique (19 personnes en moyenne en 2011). Il organise, avec les administrations centrales concernées, des rencontres régulières pour traiter les questions communes à l'ensemble des agences (séminaires mensuels des directeurs généraux, réunions des directeurs des ressources humaines, réunions des chefs des services financiers et agents comptables, réunions des chefs des services informatiques etc.), sans avoir néanmoins autorité sur les directions « métiers » du ministère dont les missions n'ont pas été modifiées par la création des agences.

Ce mode de fonctionnement a favorisé un dialogue plus étroit entre administrations centrales et a sans doute amélioré la cohérence des instructions adressées aux ARS, qui doivent en principe lui être systématiquement soumises pour validation. Mais il ne paraît pas avoir joué à cet égard un rôle de filtre suffisant : les agences ont été destinataires pendant les deux premières années de leur création de plus d'une instruction par jour ouvrable -307 en 2010 et 310 en 2011-, les mobilisant sur les sujets les plus divers alors même que ces dernières devaient simultanément roder leur fonctionnement interne, s'emparer des nouveaux outils de programmation créés par la loi HPST et définir leurs modalités de travail avec des partenaires nombreux et exigeants.

Au total, ce pilotage très serré n'a pas permis une redéfinition plus stratégique des politiques de santé à conduire à l'échelon régional, non seulement en termes d'organisation des soins mais aussi de pilotage des dépenses d'assurance maladie, qui constitue un enjeu majeur. Même si la mise en place tardive de réunions de travail mensuelles ad hoc des membres du CNP a contribué à construire une vision mieux partagée, une capacité d'arbitrage a fait défaut, faute de présidence plus fréquente par le ministre du CNP. Il n'est guère étonnant dans ces conditions que les objectifs assignés aux agences apparaissent encore très généraux.

2 – Des contrats d'objectifs et de moyens inadaptés

Chaque ARS conclut avec les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour une durée de quatre ans. Le CNP approuve les objectifs fixés dans chaque contrat et en évalue les résultats par le suivi des indicateurs. Les premiers CPOM, portant sur la période 2010-2013, ont été signés dès le 8 février 2011,

permettant ainsi aux nouvelles agences de s'inscrire dans un cadre clair et de responsabiliser le directeur général[229] et ses équipes.

Cependant les objectifs et indicateurs de résultats du CPOM sont communs à toutes les ARS et ne prennent pas en compte la diversité et les spécificités des situations régionales comme on aurait pu s'y attendre pour mobiliser chaque ARS sur des enjeux territorialement prioritaires. La discussion avec chaque agence n'a en effet porté que sur les valeurs cibles et les moyens alloués (plafond d'emplois 2011-2013 et crédits budgétaires 2011).

Les 14 objectifs de mise en place (élaboration des documents de planification sanitaire, installation des instances de démocratie sanitaire, signature des contrats avec les préfets et l'assurance maladie) et de management (indicateurs relatifs à la gestion des ressources humaines, aux systèmes d'information et à la gestion interne des ARS) sont de nature essentiellement quantitative.

Les 31 indicateurs « métiers » retenus répondent à trois priorités nationales : l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la promotion de l'égalité devant la santé et le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient. Ils se réfèrent ainsi à des enjeux de santé publique généraux et nécessairement de long terme et ne reflètent pas les résultats directs et immédiats de l'action des ARS. Les indicateurs du CPOM ne sont au demeurant pas articulés avec ceux des projets régionaux de santé qui doivent pour leur part couvrir la période 2011-2014.

Aucun indicateur ne cherche par ailleurs à mesurer spécifiquement l'impact de l'action des agences sur la régulation de la dépense d'assurance maladie.

La première génération des CPOM, aux objectifs et indicateurs à la fois trop nombreux, insuffisamment spécifiques et peu marqués par la prise en compte du rôle des agences dans la maîtrise de la dépense, traduit ainsi un pilotage plus administratif que stratégique d'entités dont le statut d'établissement public aurait laissé attendre bien davantage de latitude d'action et de marges d'autonomie. Elle reflète en cela le poids d'administrations centrales qui n'ont pas pris toute la mesure des changements de fonctionnement que la création d'agences se substituant à des services déconcentrés devait appeler de leur part.

229. Le directeur général est par ailleurs destinataire chaque année d'une lettre de mission des ministres qui fixe ses objectifs notamment au regard de ceux définis dans le CPOM. L'évaluation individuelle du directeur général est réalisée par rapport aux objectifs qui lui sont ainsi fixés.

3 – Des administrations centrales qui n'ont pas tiré toutes les conséquences de la création des ARS

La création des ARS aurait dû conduire les administrations centrales à se réorienter vers les fonctions de pilotage stratégique des politiques dont elles ont la charge en se coordonnant dans le cadre du CNP.

Or chaque direction continue, comme par le passé, de fonctionner en « tuyaux d'orgues » avec les ARS, leur donnant des orientations ou leur adressant des demandes segmentées par secteur (hôpital, médico-social, soins de ville, prévention), sans toujours passer par le conseil national de pilotage. L'unification du pilotage du système de santé au niveau régional n'a pas été accompagnée d'un décloisonnement à l'échelon national.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) continue ainsi de traiter directement de dossiers particuliers à certains établissements de santé. Elle participe aux réunions mensuelles des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires sans la présence des directeurs généraux d'ARS. Elle pilote le comité des risques financiers qui examine, certes cette fois en présence du directeur général d'ARS concerné, la situation des établissements les plus déficitaires. Elle peut octroyer des crédits, conservés au niveau national, pour aider certains établissements. Ce mode de fonctionnement interfère avec les responsabilités reconnues aux agences et n'est pas de nature à permettre de faire reconnaître leur autorité par leurs interlocuteurs locaux.

Le dialogue budgétaire entre les agences et la direction des affaires financières, informatiques, immobilières et des services (DAFIIS) pour déterminer le budget propre des ARS, très étroit, témoigne aussi d'une autonomie particulièrement limitée pour des établissements publics. Tout mouvement de crédits est ainsi soumis à son approbation préalable.

B – Une collaboration délicate avec l'assurance maladie

Les ARS ont été créées dans un contexte marqué par une certaine résistance de la part de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), soucieuse non seulement de l'enjeu financier lié à leur fonctionnement, mais aussi de la préservation de ses prérogatives en matière de gestion du risque.

1 – La détermination de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement des ARS : un sujet sensible

Au-delà des personnels des caisses d'assurance maladie qui leur ont été directement et effectivement transférés (1 267 ETP), 426 emplois ont pu être pourvus par les ARS par appel à candidature dans les organismes de sécurité sociale (310 ETP du régime général, 73 de la mutualité sociale agricole et 43 du régime social des indépendants), soit au total 1 693 ETP.

La contribution des régimes d'assurance maladie versée aux agences pour financer ces personnels et leur fonctionnement a fait l'objet de vives discussions. Dans un premier temps partiellement forfaitaire, elle a ensuite fait l'objet d'une « clause de revoyure » dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012[230]. Le montant arbitré, à hauteur de 161 M€ pour 2011, est plus faible que celui établi par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales à partir des remontées statistiques des ARS (165 M€) mais plus élevé que l'estimation de la CNAMTS de près de 10 M€.

Les paramètres d'évolution (effets des avenants aux conventions collectives ou des suppressions d'emplois par exemple) de la contribution de l'assurance maladie ne sont au demeurant pas rigoureusement définis, ce qui risque de susciter des difficultés récurrentes pour sa détermination

2 – La lente implication de la CNAMTS dans une gestion partagée du risque

Au titre de leurs missions, les ARS « définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la CNSA, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et les actions complémentaires ». La loi HPST a ainsi conféré aux ARS une responsabilité en matière de politique de gestion du risque et a rendu nécessaire la collaboration avec les caisses locales d'assurance maladie pour la mise en œuvre des actions.

Les orientations nationales en matière de gestion du risque ayant été définies par l'UNCAM dans le cadre du contrat signé avec l'Etat le

230. Montant de la contribution des régimes d'assurance maladie pour les dépenses de fonctionnement : 118 M€ en 2010 (neuf mois de fonctionnement), 151 M€ en 2011 (LFSS 2011) revu à 161 M€ en partie rectificative de la LFSS 2012 et 160 M€ pour 2012.

1er mars 2011, les ARS ont dû retenir les dix priorités[231] ainsi fixées pour l'élaboration de leur programme pluriannuel régional de gestion du risque. La CNAMTS, dont l'objectif prioritaire était de mettre en œuvre ces orientations, n'a pas favorisé la définition d'actions régionales complémentaires entre les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie.

La mise en œuvre d'actions de gestion du risque par les ARS s'est heurtée en tout état de cause à des difficultés concrètes de coopération. La CNAMTS a privilégié son propre réseau au détriment des ARS notamment sur le plan de l'accès aux systèmes d'information et aux outils de travail de l'assurance maladie.

L'accès aux systèmes d'information de l'assurance maladie en particulier au SNIIRAM[232] a été dans un premier temps limité aux seuls agents transférés en 2010 et qui disposaient déjà des habilitations nécessaires. Les discussions entre la CNAMTS, le secrétariat général chargé des ministères sociaux et l'union nationale des professions de santé (UNPS), soucieuse de conserver l'anonymat des données individuelles des professionnels de santé ont retardé de deux ans la mise au point d'un nouveau protocole d'accès au SNIIRAM, qui n'est intervenu qu'au printemps 2012. Il permettra aux ARS une information détaillée mais non nominative sur les activités de soins.

La diffusion des documents de doctrine et des instructions de la CNAMTS à l'attention de son propre réseau (lettres réseaux) en matière de gestion du risque a fait tardivement aussi, fin 2011, l'objet d'un accord de principe de diffusion aux ARS.

Le partage de ces outils est une condition essentielle au bon exercice des missions de chacune de ces institutions qui partagent l'objectif de maîtrise des dépenses de santé. Après les réticences initiales de la CNAMTS, les avancées récentes doivent pouvoir se concrétiser rapidement et être approfondies pour créer un partenariat efficace.

231 . Transports sanitaires, prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, médicaments et dispositifs médicaux en établissements, prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, imagerie médicale, chirurgie ambulatoire, efficience des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), prescriptions dans les EHPAD, établissements de soins de suite et réadaptation, permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières.

232. Le SNIIRAM est un entrepôt de données inter-régimes sur les activités de soins et de remboursement en ville et à l'hôpital.

C – Des relations complexes entre préfets et directeurs généraux d'ARS

La création des ARS, qui s'est traduite par un transfert partiel des services déconcentrés de l'Etat au profit d'un établissement public, est intervenue dans un contexte de profonde réorganisation de l'Etat au niveau territorial. Le préfet de région est désormais « responsable de l'exécution des politiques de l'Etat dans la région, sous réserve des compétences de l'ARS »[233].

La collaboration entre les ARS et les services des préfets est nécessaire pour l'exercice de leurs missions respectives. Reprenant les moyens des DDASS en matière de santé-environnement, les ARS exercent en effet, pour le compte du préfet de département qui conserve ses pouvoirs régaliens, les missions relatives à la veille, à la sécurité, à l'hygiène et à la police sanitaires (hospitalisations sans consentement, protection contre les risques sanitaires liés à l'environnement, y compris les risques liés à l'habitat, volet sanitaire des plans de secours et de défense, avis sanitaires etc.). Le préfet peut, pour les matières relevant de ses attributions au titre du code de la santé publique, déléguer sa signature au directeur général de l'ARS.

Le décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 prévoit la signature d'un protocole entre le préfet de département et le directeur général de l'ARS pour définir les modalités pratiques des actions et prestations mises en œuvre par l'agence pour le compte du préfet de département. Après des discussions parfois difficiles, les protocoles d'accord[234], qui définissent de manière opérationnelle les procédures, ont été signés en 2010 pour une durée de trois ans. La réussite de ce partenariat ne dépend toutefois pas de la seule application de ces accords mais aussi de la qualité du dialogue entre le directeur général d'ARS et ses délégués territoriaux[235] avec les préfets. Il est tributaire à cet égard des choix d'organisation des délégations territoriales. Le mouvement de régionalisation engagé dans de nombreuses ARS limite en effet le champ d'action de ces dernières et tend à priver en effet le préfet de département d'un interlocuteur décisionnel et de services de proximité. Il en résulte des tensions récurrentes entre préfets et directeurs généraux d'ARS, parfois avivées

233. Décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements.

234. Des protocoles provisoires ont été signés dès l'installation des ARS puis ont été négociés des protocoles définitifs.

235. Les délégués territoriaux des ARS sont positionnés dans les départements.

par des difficultés d'ordre protocolaire ou dans les relations institutionnelles avec les élus.

Plusieurs instructions écrites des secrétaires généraux des ministères chargés des affaires sociales et du ministère de l'intérieur[236] ont cherché à préciser le rôle de chacun, mais le juste équilibre à trouver est en l'occurrence moins affaire de textes que de pratique au quotidien. De ce point de vue, l'enjeu pour les agences est de se mettre en mesure d'apporter dans les domaines pour lesquels elles sont mises à disposition des préfets une qualité de service au moins égale à celle des anciennes DDASS, en termes notamment de capacité de gestion de crises sanitaires.

*
* *

La question du mode de pilotage national est la plus problématique car traduisant une conception classique, plutôt jacobine sinon recentralisatrice, de la tutelle, qui si elle perdurait priverait les agences de toute capacité à être des interlocuteurs réactifs et crédibles et des marges d'initiative indispensables à leur mission. Les difficultés de positionnement avec les organismes d'assurance maladie au plan local et les préfets devraient de fait s'apaiser à mesure de la montée en charge des ARS dans l'exercice des compétences partagées.

III - Des moyens de fonctionnement à moderniser

La réussite des agences repose, au-delà des pouvoirs importants que leur confèrent les textes, sur la qualité des équipes et des systèmes d'information qu'elles pourront mobiliser pour s'imposer dans le paysage institutionnel complexe décrit précédemment et sur la possibilité pour elles de disposer d'outils financiers adaptés. Des progrès apparaissent d'ores et déjà nécessaires sur ces différents plans.

A – Simplifier la gestion des personnels et adapter les compétences

La loi HPST a fait le choix de la continuité en matière de gestion des ressources humaines. Les personnels des structures fusionnées ont été transférés ou affectés dans les ARS en conservant durablement le statut qui était le leur avant la fusion. La juxtaposition de statuts privés et publics compliquent la gestion par les directeurs généraux confrontés par

236. Instructions interministérielles des 24 mars et 24 septembre 2010, courrier du 7 juillet 2011, circulaire du 5 août 2011.

ailleurs à la nécessité d'adapter les profils aux missions nouvelles des ARS.

1 – L'hétérogénéité des statuts des personnels

Les ARS gèrent trois grandes catégories de personnels : des agents titulaires de la fonction publique d'Etat (anciens agents des DRASS et des DDASS notamment), des agents contractuels de droit public et des agents contractuels de droit privé (personnels provenant des organismes de sécurité sociale). Les quelques agents titulaires de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, tout comme les praticiens hospitaliers, sont le plus souvent recrutés par contrat de droit public. C'est aussi le cas des personnes recrutées aux postes de direction les plus importants, dits « emploi COMEX »[237].

Les CPOM conclus entre chaque ARS et les ministres prévoient un objectif de maintien de la répartition entre agents de l'Etat et personnels de l'assurance maladie. Cet équilibre est évalué ARS par ARS et en référence à la situation théorique de départ (plafond d'emplois 2010), qui correspond au niveau national à une proportion de 82,3 % d'agents publics et de 17,7 % d'agents de droit privé.

Ces derniers ne peuvent relever que de l'une des conventions collectives applicables aux organismes de sécurité sociale (régime général, régime social des indépendants et régime social agricole). Certaines agences ont recruté sous ce régime des personnes ne provenant pas d'organismes de sécurité sociale (informaticiens, consultants…) pour satisfaire des exigences de rémunération qui ne pouvaient l'être en appliquant le cadre de gestion des contractuels de droit public ou pour respecter « l'équilibre des viviers Etat et assurance maladie ». Au 31 décembre 2011, les agents de droit public représentaient 83 % des effectifs et ceux de droit privé 17 % sur un total de 8 955 ETP.

a) Des conditions de rémunération et de travail différentes

Les comparaisons de rémunération sont difficiles entre agents de droit public et agents de droit privé. Les éléments constitutifs (rémunération de base, système de primes, indemnités de résidence), les cotisations sociales applicables et les modalités de versement (14 mois pour les agents de droit privé sous convention collective de sécurité sociale) ne sont en effet pas homogènes. Toutefois, le coût moyen

237. Le nombre d'emplois COMEX a été fixé par arrêté. Il s'élève à 118 emplois dont les 26 directeurs généraux. L'équipe COMEX est l'équipe dirigeante de l'ARS. Le comité de direction (CODIR) est une instance plus large qui associe l'ensemble des directeurs métiers et les délégués territoriaux.

(incluant les cotisations patronales) d'un agent de droit privé en ARS atteint près de 80 000 €, soit plus de 10 000 € de plus que le coût d'un agent de droit public. Cette différence peut traduire des structures d'emploi non homogènes, mais renvoie aussi à des niveaux de rémunération qui peuvent être en décalage. Les écarts de rémunération les plus notables concernent les médecins, la situation des praticiens conseils de l'assurance maladie étant notablement plus favorable que celle des médecins inspecteurs de santé publique.

Les modalités de travail, également dissemblables, posent des difficultés et alimentent les revendications des organisations syndicales. Les principaux sujets portent sur l'organisation et la durée du temps de travail (congés, jours accordés au titre de la réduction du temps de travail notamment), le remboursement des frais professionnels, la restauration, l'organisation et le paiement des astreintes. Sur ces questions, non seulement les textes réglementaires applicables aux agents de l'Etat diffèrent sensiblement des dispositions conventionnelles prévues pour les agents des organismes de sécurité sociale mais des accords locaux plus favorables qui s'appliquaient dans les structures précédant l'ARS ont encore accru les difficultés.

Le dialogue social peut permettre de faire converger dans une certaine mesure les situations des agents de statuts différents. La loi HPST a prévu des instances représentatives du personnel au sein de chaque ARS (comité d'agence qui exerce les missions d'un comité d'entreprise, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, délégués syndicaux et délégués du personnel pour les personnels de droit privé). Les accords locaux relatifs au temps de travail ont ainsi été renégociés au sein des ARS fin 2011 et au premier semestre 2012.

Toutefois la négociation locale ne peut aboutir à une harmonisation complète des conditions de travail car les marges de discussion sont fortement encadrées par les dispositions conventionnelles s'appliquant aux agents de droit privé et les textes réglementaires pour les agents publics. Les règles relatives au dialogue social (représentativité des syndicats, transposition des accords, rôle joué au niveau national par le comité national de concertation[238]) sont de surcroît particulièrement complexes et limitent la capacité de négociation des directeurs généraux des agences.

238. Ce comité, créé auprès des ministres par la loi HPST et composé de représentants des personnels des ARS, des directeurs généraux des agences, de l'assurance maladie et des tutelles, a à connaître des questions communes aux agences en matière d'organisation, d'activités et de conditions de travail.

b) Des rigidités de gestion

Le directeur général de l'ARS a autorité, en application de la loi, sur l'ensemble de ses agents.

Pour les agents statutaires cependant, qui sont en position d'affectation et non de détachement, ses pouvoirs sont limités par les règles de gestion de la fonction publique. Le recrutement des agents publics titulaires doit respecter la procédure des commissions administratives paritaires nationales (CAPN). En termes d'évolution et de gestion des carrières, le directeur général de l'ARS est aussi tributaire des décisions prises au niveau national par celles-ci. Le passage en CAP est également nécessaire pour la mutation volontaire d'un agent entre une délégation territoriale et le siège d'une même ARS. Il conviendrait ainsi à tout le moins d'étudier un aménagement des règles pour les mutations internes et volontaires au sein d'une agence, en examinant la possibilité d'élargir la notion de résidence administrative à la région.

L'harmonisation des statuts de personnels de droit privé devrait être recherchée par un rattachement conventionnel unique en privilégiant les conventions collectives applicables aux salariés du régime général (union des caisses nationales de sécurité sociale -UCANSS), ne serait-ce que pour les nouveaux recrutements. La gestion de neuf conventions collectives (employés et cadres, praticiens-conseils et agents de direction pour le régime général, la MSA et le RSI) est en effet d'une grande complexité.

Enfin, le développement des recrutements sur contrats (de droit public de type « COMEX » pour les cadres de direction ou de droit privé) donnerait plus de liberté aux directeurs généraux dans leur politique de recrutement et de rémunération, dans la limite des enveloppes salariales dont ils peuvent disposer. Cette évolution suppose toutefois une remise en cause progressive de l'objectif des CPOM de strict respect de la proportion entre les personnels Etat et de l'assurance maladie.

c) Un coût de gestion non négligeable

La multiplicité des statuts entraîne une lourdeur de gestion pour les services supports des ARS. La plupart d'entre elles ont ainsi dû recruter à la tête des directions des ressources humaines un binôme comprenant un cadre de l'assurance maladie et un agent de catégorie A de la fonction publique d'Etat.

L'absence d'outil informatique de gestion de paie oblige à déléguer une partie des opérations de paie à la direction régionale des finances publiques pour les agents publics et aux organismes de sécurité sociale pour les agents de droit privé. Les conventions de paie à façon,

définies au niveau national, prévoient une rémunération par l'ARS de 1,52 € par feuille de paie pour les agents publics et de 28 € par feuille de paie pour les agents de droit privé. Sur la base d'un effectif des ARS de près de 9 000 agents au 31 août 2011, la charge annuelle totale pour l'ensemble des ARS atteint 650 000 €. L'abandon du projet d'un système d'information ressources humaines propres aux ARS (SIRH cf. infra), au profit d'une solution intégrée pour les agents publics au projet de l'opérateur national de paye (ONP) reporte la diminution de ces charges à un horizon plus lointain.

Si elle pouvait se justifier au moment de la création des ARS, la question de la pérennité d'une situation caractérisée par la coexistence de statuts différents se pose non seulement en termes de climat interne et de lourdeur de gestion, mais d'évolution des profils nécessaires pour l'exercice des missions.

2 – Des qualifications partiellement inadaptées aux missions

Les agences ont hérité des personnels des structures qui les ont précédées, parmi lesquels une forte proportion de personnels d'exécution. Les personnels de catégorie C représentaient ainsi au 1er janvier 2011 un tiers des effectifs des agents publics titulaires. La concentration des fonctions supports au siège de l'ARS en région a fortement réduit les besoins de ces personnels dans les délégations départementales.

Au contraire, les missions nouvelles exigent des compétences et qualifications qui n'existaient pas ou étaient insuffisamment développées dans les structures antérieures. Il s'agit par exemple de l'appui à la performance hospitalière et médico-sociale (analyse financière, contrôle de gestion…), de l'animation territoriale, de l'exercice de missions de proximité (soutien à l'installation des professionnels de santé), des fonctions de management et gestion de projets, de compétences spécifiques dans le domaine des systèmes d'information en santé (PMSI, SNIIRAM…).

L'évolution des missions et des compétences concerne tout particulièrement les délégations territoriales qui comptent 45 % des effectifs des ARS. La répartition des missions entre siège et délégations diffère d'une ARS à l'autre et n'est pas encore stabilisée. Cependant la tendance est plutôt à la régionalisation et à la mutualisation, qui ont commencé par les fonctions supports et se poursuivent sur les fonctions métiers, les délégations ayant vocation à se positionner sur un rôle d'animation territoriale et des missions de proximité dont les contours sont aujourd'hui encore mal définis.

L'adaptation des qualifications et compétences aux missions des ARS doit ainsi s'inscrire dans une gestion prévisionnelle doublement

contrainte par les tensions sur la masse salariale qui limitent les possibilités de recrutement sur contrats et l'impossibilité de mobilité géographique contrainte des agents publics. Dans ces conditions, il importe d'accentuer les efforts de formation et de développer des actions d'accompagnement à la conduite du changement au niveau des cadres intermédiaires, tout particulièrement dans les délégations territoriales.

B – Investir dans les systèmes d'information : une priorité

Les ARS ont hérité des systèmes d'information des structures précédentes et ont été confrontées, dès leur installation, à des difficultés d'accès à certaines applications, à des problèmes de cohérence globale des outils et d'adéquation à leurs besoins. Les premiers temps, la priorité a logiquement été donnée à la continuité de service. Désormais, l'évolution des systèmes d'information est déterminante pour la réussite de missions qui leur sont confiées.

1 – Des outils foisonnants et inadaptés

Une cartographie des systèmes d'information entrant dans le périmètre des ARS a été réalisée dès le mois d'août 2008, puis affinée en juillet 2009 avec l'aide de consultants. Cet état des lieux a permis de dénombrer plus de 700 applications (nationales ou locales) qui peuvent être utilisées par les ARS et montré que ces outils répondent parfois à un même besoin, qu'ils diffèrent d'un département à l'autre au sein d'une même région et qu'ils ne communiquent pas entre eux.

Le pilotage du système de santé par les ARS nécessite au contraire des systèmes d'information intégrés, adaptés à leurs spécificités et à leurs missions tant sur les fonctions supports que sur les fonctions métiers. Les ARS produisant à cet égard relativement peu de données doivent pouvoir exploiter celles produites par leurs partenaires pour assurer le pilotage des politiques de santé. La question des droits d'accès et du développement d'applications d'interfaces est ainsi essentielle. L'article L. 1435-6 du code de la santé publique, introduit par la loi HPST, prévoit d'ailleurs que l'ARS dispose de l'accès aux données des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ainsi que des organismes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie[239].

239. L'article L. 1435-6 du code de la santé publique précise que « cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ».

Les évolutions réalisées sur l'outil Diamant, infocentre sur les données des établissements publics de santé, tout comme le récent protocole d'accès au SNIIRAM (cf. supra), montrent de premiers progrès à cet égard qui doivent être poursuivis.

2 – Une mise en œuvre prioritaire du schéma directeur informatique

Un schéma directeur 2012-2014 des systèmes d'information des ARS a été élaboré en 2011 par des consultants à partir de réflexions conduites par cinq groupes de travail thématiques associant les ARS. Il a été présenté au comité national de pilotage en décembre 2011.

a) Un schéma directeur 2012-2014 ambitieux

Il comprend une partie « plan d'actions » avec l'identification d'une trentaine de projets à développer et une partie gouvernance. Le tableau ci-dessous démontre l'ampleur des adaptations nécessaires pour permettre aux ARS de mener à bien leurs missions.

Contenu des projets du schéma directeur

Programme A Concevoir et piloter la politique régionale de santé	Programme B Appuyer la gouvernance et le pilotage des ARS	Programme C Améliorer l'efficacité opérationnelle des ARS	Programme D Doter les ARS d'une architecture SI et d'infrastructures adaptées
8 projets dont: - analyse de l'offre de la consommation (extension Diamant) - mise en place d'une approche de type parcours de santé - outil de pilotage commun des états financiers - stratégie d'approvisionnement nationale en données externes - suivi des CPOM ARS	7 projets dont - SI RH ARS[240] - SIBC (dont gestion des immobilisations) - outils de pilotage commun des ARS (tableau de bord des DG) - suivi des plans d'actions liés à la politique régionale	12 projets dont : - gestion des contrats établissements - allocation de ressources (extension de HAPI au-delà du médico-social) - gestion des autorisations - outil unique « point focal régional » (veille et sécurité sanitaire) - données financières des établissements médico-sociaux	4 projets dont : - choix et mise en place d'un référentiel des structures ARS - plateforme d'automatisation des échanges - rationalisation et consolidation des infrastructures techniques

Source : Tableau Cour des comptes élaboré à partir du schéma directeur 2012-2014 des systèmes d'information des ARS

240. Projet finalement abandonné en février 2012 au profit d'un projet d'intégration de la gestion des agents de l'Etat dans le projet interministériel de l'opérateur national de paye (ONP).

L'organisation privilégiée pour sa mise en œuvre repose sur une gouvernance centralisée du pilotage des projets au niveau national (une commission à vocation stratégique émanant du CNP et un comité opérationnel restreint auprès du secrétariat général) et une délégation de la maîtrise d'ouvrage à quelques ARS. Ce système de projet mutualisé confié chaque fois à une ARS, issu du dispositif retenu pour les ARH, est déjà en œuvre. Fin 2011, les projets mutualisés mobilisaient une vingtaine d'experts répartis essentiellement dans cinq ARS. Ces projets ont été repris dans le schéma directeur 2012-2014. Ce choix d'une maîtrise d'ouvrage déléguée à cinq ARS est cependant un élément de complexité, de risque de dispersion et de manque de cohérence des outils, d'autant que le pilotage national est faible.

b) Les insuffisances du pilotage national

Le pilotage national des systèmes d'information a souffert en 2011 d'une rotation importante des équipes et d'un manque d'articulation des responsabilités au sein du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales entre la mission ARS et la nouvelle délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS).

Par ailleurs, l'absence de décision en matière de financement est particulièrement préoccupante. Les besoins globaux résultant de la mise en œuvre du schéma directeur ont été évalués à 26 M€ pour la seule période de 2012 à 2014.

A la création des ARS, un budget de 20 M€ avait été initialement prévu dans le budget de première installation pour les systèmes d'information. La réduction de ce budget, conséquence de la non réalisation des opérations de cessions d'équipements sportifs, à hauteur de 10 M€ et les surcoûts intervenus en matière immobilière ont impacté directement les projets informatiques. La programmation budgétaire 2012 n'a identifié, ni dans les budgets des ARS, ni au niveau central, de crédits budgétaires spécifiques. Une mise en œuvre dans des délais raisonnables du schéma directeur est cependant indispensable pour permettre aux agences d'exercer leurs missions et en particulier de contribuer efficacement à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et il importe que les tutelles en fassent un enjeu prioritaire.

C – Des leviers financiers encore en construction

Les ARS n'ont pas été dotées à leur création de dispositifs de financement nouveaux et spécifiques par rapport à ceux dont disposaient les structures qu'elles ont remplacées. Leurs crédits d'intervention (GRSP, DDASS notamment), principalement issus du programme 204

« prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « santé » du budget de l'Etat, s'élèvent à moins de 400 M€. Ils sont affectés aux actions de prévention et santé publique, à la formation initiale des médecins et à quelques mesures médico-sociales.

Au-delà de leurs crédits propres, ainsi très limités, les ARS ont un pouvoir de répartition de certains financements de l'assurance maladie auprès des établissements de santé (dotation annuelle de fonctionnement, missions d'intérêt général, aide à la contractualisation, dotations du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés - FMESPP), des établissements et services médico-sociaux, des réseaux de soins ou de professionnels de santé (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins -FIQCS-). Selon les états financiers produits en 2010 qui retracent « l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la CNSA relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'ARS »[241] (cf. schéma infra), les ressources réparties par les ARS représentaient 42 Md€. Cependant, l'ARS ne dispose d'un véritable pouvoir de décision que sur une faible part d'entre elles (2,9 Md€), correspondant aux subventions du FIQCS, du FMESPP et des aides à la contractualisation.

L'absence de décloisonnement de financements répartis en enveloppes distinctes est rapidement apparue comme en contradiction avec les objectifs d'approche transversale de l'offre de soins et comme une limitation importante à la capacité d'initiative des ARS, malgré la possibilité de transfert entre sous-objectifs de l'ONDAM instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009[242]. La LFSS pour 2011[243] a certes ouvert une possibilité de fongibilité des crédits entre le FIQCS et le FMESPP. Ces dispositifs, complexes à mettre en œuvre, ont été toutefois très peu utilisés[244].

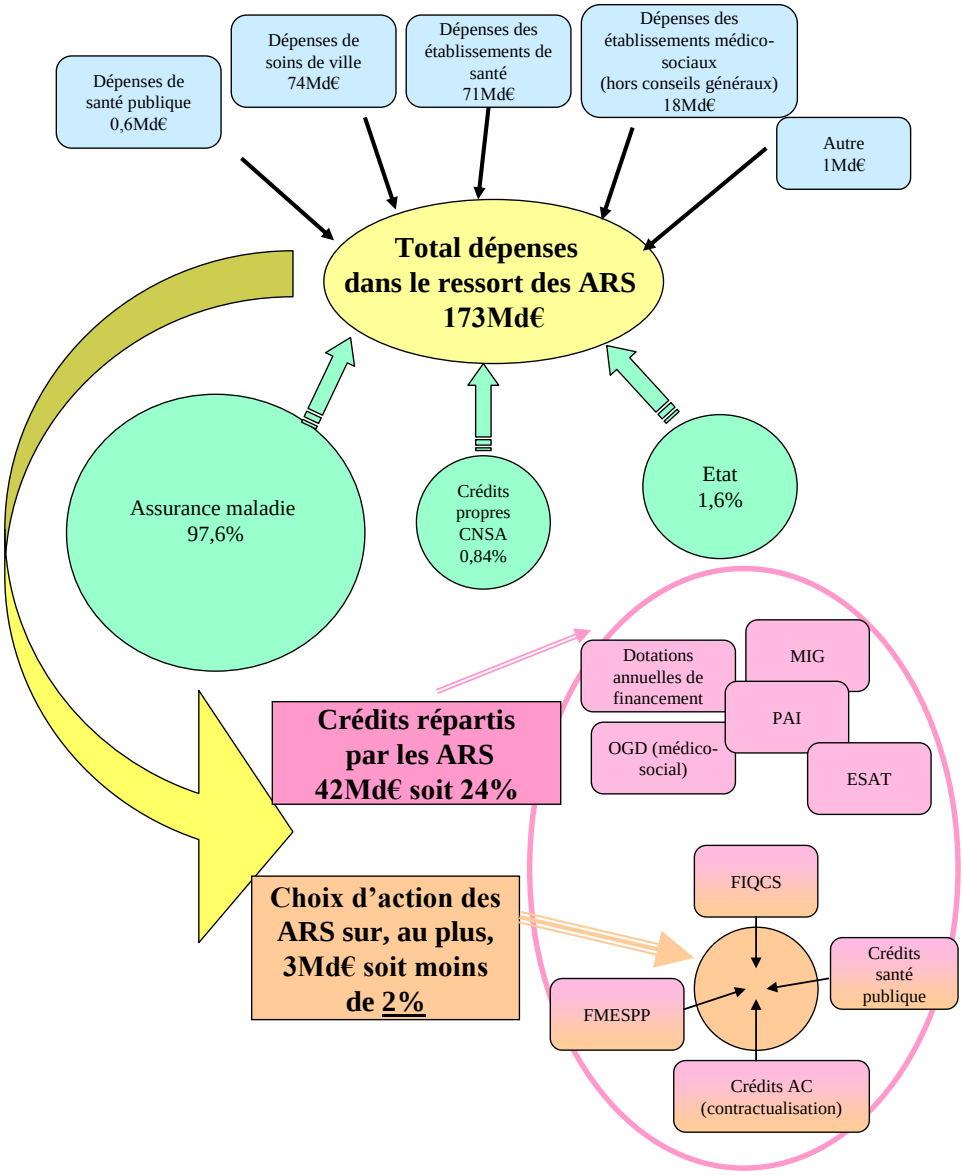
241. Document prévu à l'article L. 1 432-2 du code de la santé publique, introduit par la loi HPST. Il retrace « l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la CNSA relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'ARS ».

242. Article 53 LFSS 2009.

243. Article 88.

244. Neuf régions ont mis en œuvre la fongibilité entre FMESPP et FIQSV en 2011 pour un total d'environ 4 M€. Sur le même exercice, les opérations de fongibilité entre sous-objectifs de l'ONDAM ont représenté 31 M€.

Schéma des flux financiers et marges d'action des ARS



AC : aides à la contractualisation – MIG : missions d'intérêt général
ESAT : établissement et service d'aide par le travail
FIQCS : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMESPP : fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
OGD : objectif global de dépenses – PAI : plan d'aide à l'investissement

Source : Schéma Cour des comptes à partir des données des Etats financiers 2010 des ARS – article L. 1432-2 du code de la santé publique (cf. supra)

L'instauration d'un fonds d'intervention régional (FIR) par l'article 65 de la LFSS pour 2012 vise cependant à donner plus de souplesse aux ARS dans l'allocation de certains moyens financiers. Ce fonds, géré comptablement et budgétairement par la CNAMTS, a vocation à regrouper au sein d'une même enveloppe fongible (1,3 Md€ pour 2012) les financements des ARS en faveur des actions de prévention, de permanence et de continuité des soins, de performance et de qualité des soins (en regroupant une partie des crédits régionaux du FIQCS, du FMESPP, des financements des missions d'intérêt général des hôpitaux).

Si son périmètre a été réduit par rapport à certaines ambitions initiales d'une dotation à hauteur de 5,4 Md€ en incluant également notamment les aides à la contractualisation destinées aux établissements hospitaliers et les crédits relatifs à la régulation des urgences, il s'agit d'un réel et appréciable changement de perspective.

La portée et l'efficacité de ce nouvel outil à la disposition des ARS pour prendre en compte les spécificités régionales de l'offre de soins dépendront néanmoins de sa mise en œuvre (simplicité des circuits de financement, visibilité pluriannuelle, niveau de précision des orientations nationales, qualité de l'outil de pilotage et de reporting notamment).

CONCLUSION

La création des ARS constitue une réforme structurelle majeure du pilotage du système de santé en renforçant son ancrage territorial et en remédiant à un éclatement administratif préjudiciable.

Les nouvelles agences ont été installées rapidement et dans des conditions satisfaisantes. Elles ont réussi à assurer sans rupture dans le moment où elles se mettaient en place la continuité des missions des structures qu'elles ont remplacées et, dès leur première année de fonctionnement, se sont consacrées à l'élaboration du projet régional de santé qui doit concrétiser une nouvelle approche, transversale et inscrite dans un cadre régional, du système de santé.

Après l'importante phase de concertation qui a accompagné la préparation de ce projet, l'enjeu pour les ARS est désormais de réussir la mise en œuvre des objectifs ainsi fixés et de démontrer leur capacité à améliorer l'efficience du système de santé.

Des éléments de fragilité restent à surmonter à cet égard pour leur permettre de répondre pleinement aux objectifs très ambitieux qui leur ont été assignés. Les ARS doivent pouvoir asseoir leur légitimité et disposer de marges de manœuvre suffisantes vis-à-vis des autres acteurs locaux pour l'exercice des compétences partagées avec les acteurs nationaux, les administrations centrales et l'assurance maladie. Cette évolution suppose

une prise de conscience par ces acteurs, partenaires des ARS, des enjeux de leur création et des spécificités et innovations que porte le modèle profondément original retenu pour leur institution et une adaptation de leur mode de fonctionnement en conséquence.

Rien ne serait plus dommageable que cette réforme essentielle pour l'efficience du système de soins s'essouffle devant la lourdeur des sollicitations administratives de tous ordres, un pilotage demeuré très hiérarchique et un manque de souplesse et de marges d'initiative.

Certes, la reconnaissance des ARS se fera dans la durée et dépendra de la qualité du dialogue qu'elles auront su nouer avec leurs différents interlocuteurs. Mais il est nécessaire, sans attendre davantage, de renforcer les leviers qui leur sont indispensables : des équipes en adéquation meilleure avec les missions nouvelles, un système d'information à hauteur des besoins, des moyens financiers aisément mobilisables au service des objectifs multiples qui leur ont été fixés sont des conditions décisives pour leur réussite au bénéfice des patients comme de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

25. Mettre en place un pilotage national respectueux de l'autonomie nécessaire aux ARS pour accomplir leur mission, ce qui implique de :

- *définir les modalités d'une déconcentration accrue des compétences des administrations centrales aux agences ;*
- *redonner au conseil national de pilotage une fonction d'orientation stratégique.*

26. Elaborer les prochains contrats d'objectif et de moyens (CPOM) avec chaque ARS en intégrant :

- *l'articulation avec les objectifs du projet régional de santé ;*
- *la détermination d'objectifs en termes de gains d'efficience ou de productivité interne permettant de respecter la trajectoire budgétaire pluriannuelle.*

27. Simplifier la gestion des ressources humaines des ARS par :

- *l'augmentation de la possibilité de recruter sur contrats ;*
- *l'alignement de la situation des agents de droit privé sur les conventions collectives du régime général (UCANSS) ;*
- *l'examen des modalités de mutations internes des fonctionnaires au sein d'une même ARS.*

28. Mettre en œuvre le schéma directeur des systèmes d'information des ARS en en faisant une priorité d'arbitrage au sein du ministère.

29. Renforcer le fonds d'intervention régional pour permettre d'accroître les leviers d'action financiers des ARS.

TROISIEME PARTIE

L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS

Chapitre IX

Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale

PRESENTATION

L'ordre national des médecins est composé d'instances élues par les médecins qui sont obligatoirement inscrits auprès de lui pour pouvoir exercer. Créé dans sa forme actuelle par une ordonnance du 24 septembre 1945[245]*, il a été dès l'origine qualifié par un arrêt du Conseil d'État d'organisme privé chargé d'une mission de service public dans l'intérêt des patients et de la santé publique. Il veille en effet, selon les termes de l'article L. 4121-2 du code de la santé publique, « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de médecins » et assure « la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale »*[246].

Son rôle dans l'organisation des soins et dans le respect de la déontologie médicale est ainsi majeur. C'est en particulier à ces missions que la Cour s'est intéressée en 2011, à l'occasion d'un contrôle plus général sur les comptes et la gestion du conseil national de l'ordre.

L'enquête menée par la Cour fait apparaître son inégale contribution à l'organisation du système de soins (I) et la portée très limitée du contrôle du respect de la déontologie médicale qu'il exerce (II).

L'ordre des médecins est organisé en 127 conseils, aux niveaux national, régional et départemental. Indépendants, ils sont chargés, chacun à son niveau, de l'ensemble des missions générales de l'ordre. Ce schéma, qui suit de près l'organisation administrative du pays, conduit à de fortes hétérogénéités de ses structures locales : si le conseil départemental de Paris compte plus de 23 500 praticiens, ceux de Guyane, de Lozère et de cinq autres départements en regroupent bien moins de 500 chacun.

Le code de la santé publique confère au conseil national un pouvoir limité à l'égard des autres conseils. Il fixe le montant de la cotisation ordinale ainsi que les quotités attribuées aux conseils régionaux et départementaux. La loi « hôpital, patients santé, territoires » (HPST) de

245. Un ordre a été créé une première fois par deux lois de 1940 et 1942, dans une conception corporatiste où il se substituait notamment aux syndicats de médecins. Il a été aboli par une ordonnance de décembre 1944.

246. Un accord est intervenu dès 1946 pour répartir les tâches entre l'ordre national des médecins et les organisations syndicales représentatives de médecins, le premier étant chargé de la déontologie et du contrôle des contrats individuels conclus par les médecins dans leur exercice et les secondes se réservant la négociation avec l'assurance maladie des conventions nationales aujourd'hui visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Une loi du 4 janvier 1993 a créé les unions régionales des médecins libéraux (URML) qui contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et de la qualité des soins, dans le cadre de missions que leur attribuent les conventions et les organisations syndicales décrites supra.

juillet 2009 l'a toutefois chargé de la validation et du contrôle de la gestion de ces derniers. Il reçoit d'eux leurs documents budgétaires et comptables, dont il fixe, dans un « règlement de trésorerie », les modalités d'administration, de validation et de contrôle. La commission de contrôle des comptes et des placements financiers, placée auprès du conseil national, établit un rapport très sommaire sur leurs comptes. Un commissaire aux comptes certifie ceux du seul conseil national depuis 2009.

Le code charge les conseils régionaux d'assurer « notamment les fonctions de représentation de la profession dans la région ainsi que celle de coordination des conseils départementaux ».

L'ordre compte au total environ 530 salariés (90 au niveau national, 55 dans les régions, 385 dans les départements) et 3 669 mandats électifs (54 conseillers nationaux, 457 régionaux et 3 158 départementaux). Ses dépenses ont été de 59 M€ en 2010 (19 M€ pour le conseil national, 6 M€ pour les conseils régionaux et 34 M€ pour les conseils départementaux) pour 72 M€ de produits, dégageant ainsi un résultat global de 13,3 M€, qui a porté ses réserves de trésorerie à 83,6 M€ au 31 décembre 2010.

I - Une contribution inégale à l'organisation des soins

A – Un suivi de la profession dans l'ensemble bien assuré

1 – Un rôle majeur de l'ordre avec l'inscription au tableau

Le tableau de l'ordre est le fondement du contrôle de la profession. Le délit d'exercice illégal de la médecine, constitué en cas de non inscription, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

La tenue du tableau est donc une activité essentielle des conseils. Elle incombe surtout au niveau départemental, qui reçoit les demandes d'inscription et au niveau national, où est assurée la cohérence de l'ensemble. Les transferts, près de 8 000 par an, sont plus nombreux que les premières inscriptions (un peu plus de 5 000). Le conseil national gère également la « liste spéciale » des médecins inscrits en France mais établis à l'étranger. Au total, 270 000 médecins (incluant 51 000 retraités) étaient inscrits au tableau fin 2011.

L'observation de la démographie médicale par l'ordre

Au-delà du contrôle de l'exercice de la profession, le tableau des médecins est une base utile à l'étude de la démographie médicale.

Le conseil national publie tous les ans un atlas de la démographie médicale, en deux nationaux de plus de mille pages, donnant lieu à la publication de 23 plaquettes régionales. L'édition 2011 a pour la première fois analysé la situation dans les 2 215 bassins de vie définis par l'INSEE. Cet atlas vise à éclairer les choix nationaux de l'État et les décisions régionales des ARS, en particulier pour la planification de l'offre de soins. Il confirme que les disparités se creusent entre régions, en leur sein et à l'intérieur des bassins de vie.

Une convention conclue entre le conseil national et le ministère de la santé permet à celui-ci d'utiliser ces données. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a ainsi réalisé des projections annonçant une baisse des effectifs de médecins pendant environ une dizaine d'années, qui serait suivie d'une hausse dépassant largement le niveau actuel[247].

La portée du tableau n'est pourtant pas universelle, puisqu'il ne s'applique pas « aux médecins (…) appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées », ni à ceux qui, « ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine » (article L. 4112-6 du code de la santé publique).

La Cour a par ailleurs constaté la situation temporairement illégale de centaines de jeunes médecins qui prennent chaque année leurs fonctions de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux plusieurs semaines ou plusieurs mois avant d'être inscrits au tableau[248].

2 – Une implication active dans la reconnaissance des qualifications

Des évolutions juridiques ont accru le champ et le contenu de l'inscription au tableau des médecins. Le principe européen de la

247. RALFSS 2011, chapitre V – La répartition territoriale des médecins, p. 147.

248. Cet état de fait se produit lorsque le recrutement et la prise de fonction sont immédiats et avant que les diplômes n'aient été délivrés par les universités, tâche qui prend actuellement jusqu'à plusieurs mois. En l'absence de réactions du ministère de la santé ou des ARS, cela a conduit à des pratiques hétérogènes visant à en réduire la durée. A la suite du constat de la Cour, le conseil national a recommandé fin 2011 aux conseils départementaux une procédure y remédiant et la conférence des doyens et coordonnateurs des facultés de médecine a élaboré une révision du calendrier correspondant.

reconnaissance automatique des diplômes et l'adoption de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications ont étendu notablement les possibilités d'inscription au tableau. De nouveaux mécanismes d'autorisation complètent ce dispositif. La procédure d'autorisation d'exercice donne ainsi la possibilité au ministre de la santé, sur proposition d'une commission auprès de l'ordre, d'autoriser individuellement à exercer des titulaires d'un diplôme hors Union européenne ou des médecins diplômés dans l'Union mais d'une autre nationalité. Le régime général européen permet, depuis juillet 2010, dans deux cas[249], l'autorisation d'exercice, au prix le cas échéant de stages, formation complémentaire ou épreuve d'aptitude.

Une loi de 2002 a par ailleurs rendu obligatoire l'enregistrement des qualifications (c'est-à-dire des spécialités médicales, y compris celle de généraliste).

Ces nouvelles voies ont pris une importance certaine, comme en témoigne le tableau établi par le conseil national sur les années 2009 et 2010 :

Mode d'obtention des qualifications en 2009 et en 2010

Mode d'obtention	Diplôme qualifiant	Commission de qualification 250	Procédure d'autorisation d'exercice	Régime général européen	Diplôme UE/Suisse	Total
Nombre	8 119	1 470	1 276	65	1 372	12 302
%	66	11,9	10,4	0,5	11,2	100

Source : CNOM

L'ordre a un rôle important dans ces procédures. Il dispose de l'ensemble des responsabilités pour ce qui concerne les qualifications et la reconnaissance des diplômes européens. Il intervient par ailleurs dans les procédures d'autorisation ministérielles parce que ses membres siègent systématiquement dans les commissions qui examinent les dossiers ou parce qu'il assiste les services ministériels dans leur secrétariat.

249. Les titulaires de titres de formation d'un État tiers reconnus dans un État de l'Union européenne et les titulaires de titres de formation délivrés par un État de l'Union ne répondant pas aux conditions de reconnaissance mais permettant d'exercer légalement dans cet État.

250. Cette commission examine les demandes de changement de spécialités déposées par les médecins, hors médecine générale.

Il apprécie la validité des pièces justificatives. À la demande de la Cour, le conseil national a calculé que, dans un échantillon représentatif de dix départements, les faux documents, parfois français, détectés à cette occasion représentaient entre 2 à 5 % des documents reçus dans ce cadre. Ces fraudes ont conduit, selon les cas, à des procédures civiles, pénales ou disciplinaires.

Les aléas de la formation continue des médecins

Le conseil national s'est vu confier, entre décembre 2006 et juin 2010, la gestion, par délégation du ministère de la santé, des crédits et du fonctionnement des conseils de la formation médicale continue (FMC). Celle-ci a connu une très lente gestation. L'ordonnance du 24 avril 1996 en a posé les principes, la loi du 4 mars 2002 les a formalisés, un décret du 11 novembre 2003 a créé trois conseils nationaux (médecins libéraux, hospitaliers, salariés) installés en 2004, le dispositif législatif et règlementaire a été complété en 2005 et 2006 et une convention de gestion a enfin été signée fin 2006 entre le ministère de la santé et le conseil national. L'ensemble du dispositif a été abandonné en moins de temps qu'il n'en avait fallu pour le mettre en place, puisque dès l'origine, les conseils régionaux de la FMC prévus par les textes ont été laissés de côté et que la loi HPST a instauré en juillet 2009 un nouveau dispositif, le « développement professionnel continu », sur des bases nouvelles et en dehors de l'ordre.

Le conseil national n'intervenait pas dans les actions de formation elles-mêmes, pas plus que dans les décisions prises par les conseils de la FMC autrement que par le fait que plusieurs de ses membres y siégeaient. En revanche, il a pris en charge de 2006 à 2010 la gestion de ces conseils (recrutement de cinq contractuels, location de locaux, achats de matériel etc.) et l'enregistrement des instituts de formation. Il s'est bien acquitté de cette tâche, pour un coût limité.

En revanche, la lenteur du ministère de la santé à mettre en place le nouveau cadre règlementaire du développement professionnel continu (la loi est de juillet 2009, les décrets d'application de décembre 2011) a conduit à deux années de fonctionnement à rythme très ralenti de la FMC avant qu'elle ne soit supprimée au deuxième semestre 2010. Cet arrêt continue à occasionner des frais de liquidation (bail non résiliable en cours, notamment) dont le total n'est pas encore connu.

L'ordre n'a plus de rôle de gestion dans le nouveau dispositif, mais, au travers de ses conseils départementaux, il a une fonction, qui n'est toujours pas formalisée par l'État, de promotion et de vérification que l'obligation annuelle de développement continu des médecins est bien remplie.

Le conseil national, autorité compétente au sens de la directive européenne citée plus haut, alimente en statistiques le système d'information du marché intérieur communautaire (IMI). Il a aussi été chargé par le ministère de la santé, dans des conditions qui devraient être

mieux formalisées, de délivrer aux médecins français des attestations de conformité quand elles leur sont nécessaires hors de France.

Par ailleurs, s'agissant des risques d'insuffisances professionnelles, les articles L. 4112-3 et L. 4113-14 du code de la santé publique, issus de la loi HPST de juillet 2009, introduisent un nouveau dispositif de contrôle de la profession médicale. Il permet, lorsque l'insuffisance professionnelle du praticien peut être soupçonnée, que le directeur général de l'ARS décide sa suspension temporaire dès lors que la santé du patient est mise en danger. Il doit simultanément saisir les instances de l'ordre des médecins qui statuent sur le fond[251]. Les textes d'application de ces dispositions n'ont toutefois pas encore été pris par le gouvernement.

3 – Des missions élargies à la tenue du répertoire partagé des professions de santé

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est une base de données recensant l'ensemble des professionnels de santé dotés d'un ordre, en leur attribuant un numéro unique d'identification qu'ils garderont tout au long de leur carrière. Sa mise en œuvre a simplifié les démarches des médecins, tout en assurant une meilleure communication entre les acteurs (ordre, agences régionales de santé -ARS- et assurance maladie). L'ordre est ainsi devenu l'autorité unique d'identification formelle des médecins civils et de leur enregistrement[252].

Pour les médecins, la mise en œuvre du RPPS n'est intervenue que par l'arrêté du 17 octobre 2011, en décalage avec les pharmaciens (janvier 2010), les sages-femmes (août 2010) et les chirurgiens-dentistes (septembre 2011) et très longtemps après que la loi du 20 décembre 2004 en eût arrêté le principe. Manquent encore les textes d'application nécessaires à l'enregistrement des internes en médecine.

---

251. Antérieurement à ces nouvelles dispositions législatives, les ARS ainsi que les autorités qui les ont précédées, avaient déjà des possibilités de saisine de l'ordre mais celles-ci n'ont guère été utilisées. A la suite de ce constat, le ministère de la santé prévoit de leur adresser une instruction à ce sujet.

252. L'autre autorité d'enregistrement de médecins au RPPS est le service de santé des armées. D'autres médecins ne sont pas inscrits au RPPS alors qu'ils accèdent à des données de santé sur un fondement juridique particulier (les médecins des hébergeurs de données de santé, de l'assurance maladie, les médecins responsables de l'informatique médicale, les médecins inspecteurs de santé publique…). Ces métiers sont cependant soumis au respect du code de déontologie et leur exercice devrait donc requérir une inscription au tableau et au RPPS dans des sections appropriées.

Parmi les raisons de ces retards, il y a la complexité intrinsèque de l'opération, l'ajout de données complémentaires et la mobilisation lente de l'ordre, qui n'a augmenté significativement les moyens nécessaires qu'à partir de 2009.

La difficulté de la coordination entre les acteurs et l'opérateur maître d'ouvrage du RPPS (le GIP ASIP) a également contribué à ralentir ces travaux. La situation s'est toutefois améliorée avec l'instauration d'un comité de pilotage mensuel par le GIP ASIP, à la fin 2011, à l'initiative de la caisse nationale d'assurance maladie notamment.

Cependant, bien que le numéro RPPS remplace le numéro ADELI d'identification des médecins par les caisses d'assurance maladie, ces dernières continuent à reconnaître exclusivement chaque médecin par le numéro ADELI, de la même façon que l'ordre continue d'utiliser le sien. Les numéros RPPS sont progressivement inscrits dans les cartes à puce de professionnels de santé (CPS) au fur et à mesure de leur renouvellement, effectué par fusion avec la carte ordinale. La généralisation de leur usage en milieu hospitalier suppose une harmonisation des systèmes informatiques dont les modalités, le calendrier et le financement ne sont pas encore connus.

B – Un positionnement contrasté sur les questions liées à l'accès aux soins

1 – Une mission réduite depuis 2003 pour une permanence des soins de plus en plus difficile à assurer

La permanence des soins[253] ne repose plus depuis un décret de 2003 sur une obligation de garde pour les médecins supervisée par l'ordre, qui rencontrait des difficultés à faire respecter ce devoir déontologique. Désormais principalement fondée sur le volontariat (sous réserve de réquisitions éventuelles par le préfet), elle est maintenant rémunérée par l'État et l'assurance maladie et gérée, à la suite de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, par les agences régionales de santé (ARS) qui se sont alors substituées dans ce rôle aux préfets de départements.

L'ordre y joue désormais un rôle de facilitateur et d'expert, en vérifiant au niveau départemental que les tableaux sont convenablement établis, en attestant la capacité des volontaires à exercer la permanence, en dressant la liste des exemptés qui ne pourront pas être réquisitionnés et

253. Ce dispositif organise la mise en place d'un système de garde pour répondre à la demande de soins non programmés la nuit, le week-end et les jours fériés.

celle des médecins susceptibles d'exercer la permanence des soins, en actualisant, au fil des désistements, les tableaux de garde. Cette expertise et le contact qu'il maintient avec les médecins en fait un acteur important dans le processus d'évolution des dispositifs locaux de permanence des soins, comme l'évolution de la sectorisation. La concertation avec l'ARS exige une bonne coordination au sein de l'ordre, qui n'a pas de pouvoir de décision : le conseil régional est en effet associé à l'élaboration du cahier des charges de la permanence des soins alors que le travail de terrain incombe aux conseils départementaux que l'ARS consulte par ailleurs directement pour les dispositions les concernant.

L'implication de l'ordre, matérialisée notamment au niveau national par la mise au point d'un logiciel de gestion des gardes largement répandu, est par ailleurs variable d'un département à l'autre, alors que le taux de volontariat ne cesse de se dégrader : le pourcentage de départements disposant de plus de 60 % de volontaires a chuté de 81 % en 2007 à 71 % en 2011[254]. La permanence est notamment de plus en plus difficile à assurer en zone rurale.

2 – Une adaptation insuffisante de l'ordre à la réorganisation régionale du système de santé

L'extension des compétences des conseils régionaux, en 2007, a été inscrite dans la perspective de la réorganisation régionale du système de santé piloté par les agences régionales de santé. Le code de la santé publique prévoit désormais que le directeur général de ces agences les « consulte sur les questions relevant de leur compétence ». Compte tenu des délais de constitution puis de montée en puissance des ARS, ce rôle n'a pris réellement consistance qu'à partir de 2010. Il se traduit par d'intenses activités de réunion et de concertation. La Cour a toutefois constaté des difficultés dans leur préparation et leur suivi, ainsi que dans la coordination des positions qui y sont prises. Des comités informels de coordination entre conseils départementaux ont subsisté jusqu'en 2012 dans plusieurs régions, en concurrence avec le rôle propre du conseil régional. Le conseil national a annoncé des outils destinés à faciliter les échanges d'information autour de ces sujets. Il a commencé à organiser des réunions nationales thématiques afin de partager les expériences et d'en tirer des éléments communs d'intervention.

La réforme des conseils régionaux apparaît donc encore en partie virtuelle. La stratégie de l'État et de l'assurance maladie en matière de

254. L'ordre considère qu'une des causes réside dans l'absence d'assurance par l'État des risques encourus lors de ces permanences.

santé bénéficierait sans doute d'une structuration plus ordonnée et vigoureuse de l'apport de l'ordre dans les régions, ce qui lui permettrait au demeurant de mieux mobiliser ses membres les plus jeunes, qui sont aussi les plus engagés dans leur activité professionnelle.

C – Des prises de position parfois vigoureuses sur l'évolution du système de soins

Le conseil national, dans le cadre de la défense de la profession ou de la déontologie, exprime très régulièrement son opinion (deux ou trois fois par mois en moyenne) et intervient en particulier sur les questions liées à l'assurance maladie. Ainsi a-t-il en 2011 critiqué les modalités de dématérialisation des protocoles de soins de longue durée engagée par celle-ci ou exprimé avec vigueur son analyse de la convention médicale du 26 juillet 2011 en termes de déontologie et d'exercice professionnel.

Lors de la mise en place des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), le conseil national a fait connaître son opposition, pour des motifs déontologiques, sans toutefois donner de consigne. Des conseils départementaux ont cependant déconseillé plus ou moins explicitement, dans des courriers adressés aux médecins, la signature de ces contrats.

Des appréciations divergentes sur leurs responsabilités respectives dans les résultats très décevants de la lutte contre les manquements au tact et à la mesure dans la fixation des honoraires ont occasionné début 2012 une vive polémique par voie de presse entre la caisse nationale d'assurance maladie et le conseil national de l'ordre, dans un contexte évoqué infra. Le conseil national de l'ordre a indiqué dans un communiqué de mai 2012 qu'il entendait modifier son approche sur la question des rémunérations en recommandant que les médecins du secteur 2 réservent au moins 30 % de leur activité au tarif du secteur 1 et que les dépassements d'honoraires soient plafonnés et modulés en fonction notamment du patient et du reste à charge qu'il peut assumer.

*
* *

Ainsi, alors que l'ordre réalise efficacement des tâches telles que l'inscription des médecins au tableau, d'autres missions ne se sont pas toujours concrétisées ou modernisées de façon pleinement convaincante, que ce soit du fait de l'État ou, à des niveaux divers, de l'ordre.

II - Un contrôle du respect de la déontologie médicale à la portée trop limitée

Le code de déontologie est à la base des positions de l'ordre et de ses décisions dans le contrôle de la profession (examen des contrats, des relations des médecins avec l'industrie), comme dans la défense des intérêts des patients (respect du tact et de la mesure dans les honoraires notamment). C'est aussi la référence des décisions disciplinaires.

Ce code est publié par décret et intégré au code de la santé publique. Encore très général dans sa première édition de 1947 qui reprenait largement les principes de la déclaration d'Hippocrate, il s'est précisé au cours du temps. Ainsi, sa quatrième édition a-t-elle accentué en 2009 la prise en compte des droits des malades, la nécessité de les informer et précisé la fonction de conseil du médecin. Le code suit également les évolutions scientifiques et techniques, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles, ainsi que les débats contemporains sur la bioéthique et la fin de vie.

La portée du code de déontologie se trouve accrue par ces nouveaux apports mais sa mise en œuvre est affectée par des insuffisances d'application.

A – De nombreuses difficultés dans le traitement des plaintes

1 – Un dispositif d'une portée très large

Le respect du code de déontologie est d'abord assuré par les chambres disciplinaires des conseils régionaux de l'ordre, en premier ressort et par la chambre d'appel du conseil national. Elles statuent sur les plaintes qui sont déposées en grande partie par des patients ou d'autres médecins. A côté des manquements à la confraternité ou aux devoirs envers les patients, des actes entraînant une déconsidération de la profession, des fautes de diagnostic, les chambres disciplinaires ont à connaître, avec une fréquence un peu moindre, des problèmes de secret professionnel, de refus de soins, ou d'immixtion dans les problèmes familiaux. Des sections des assurances sociales (SAS), à l'organisation similaire, jugent des fraudes, abus et autres faits relevés à l'encontre de praticiens, par l'assurance maladie le plus souvent, mais aussi, selon les textes, par l'Etat et l'ordre des médecins.

Malgré l'ampleur de leur champ d'intervention, ces instances n'ont guère été actionnées pour sanctionner les excès de dépassements d'honoraires, dont la croissance a été constatée ces dernières années et qui sont, dans certains cas, antinomiques avec les notions de tact et de mesure inscrits dès l'origine dans le code de déontologie[255].

Une composition des instances juridictionnelles demeurant centrée sur la profession médicale

Une réforme importante de la procédure a été mise en œuvre par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé, qui n'a été que tardivement suivie de décrets d'application, en 2005-2007. Les instances qui jugent des plaintes sont depuis lors formellement distinctes des organes de représentation de la profession, même si elles restent administrées par les conseils régionaux de l'ordre. Le plaignant a acquis la qualité de partie, tandis qu'une conciliation obligatoire doit être organisée au niveau des conseils départementaux avant le dépôt de toute plainte. Les chambres disciplinaires sont maintenant présidées par des magistrats des tribunaux administratifs -les sections des assurances sociales ont quant à elles toujours été présidées par des magistrats, tant au niveau de la première instance que de l'appel-, sans que ce changement de présidence ne se soit accompagné de la création d'un rapporteur public.

L'effort d'ouverture de la loi de 2002 n'a toutefois pas fondamentalement remis en cause une composition de ces instances reposant sur l'appartenance au monde médical. A l'exception de leur président, elles sont en effet exclusivement composées de médecins, élus en totalité par le conseil régional de l'ordre dans le cas des chambres disciplinaires et pour moitié dans celui des sections des assurances sociales, dont l'autre moitié est formée de médecins de l'assurance maladie.

2 – Une organisation parfois défaillante

Activité des chambres disciplinaires et des SAS

Affaires enregistrées	2007	2008	2009	2010	Total
Chambres disciplinaires	1 344	1 356	1 379	1 193	6 351
Section des assurances sociales	273	160	228	163	824

Source : CNOM

255. Par ailleurs, le régime général signale à l'ordre, qui peut les déférer à la chambre disciplinaire ou aux ARS, les cas de pratique dangereuse, qui sont en nombre décroissant : 34 signalements en 2008, 21 en 2009, 12 en 2010 et 14 de janvier à octobre 2011.

a) Des sections des assurances sociales très peu utilisées

Les saisines des sections des assurances sociales sont relatives aussi bien à la qualité des soins qu'au respect de la plus stricte économie et des règles qui s'appliquent aux prescriptions. Mais ces sections peuvent contribuer à la bonne utilisation de ses ressources, l'assurance maladie y recoure très rarement (824 affaires entre 2007 et 2010) et de manière décroissante, puisqu'il n'y a eu que 163 saisines en 2010 contre 273 en 2007. Une seule plainte émanant des services de l'État a été recensée entre 2007 et 2011. Les conseils départementaux ne leur défèrent pratiquement jamais d'affaires, alors qu'ils ont une ample connaissance de faits incriminants mais ils ne disposent pas de moyens légaux d'investigation. Le nombre des saisines est au demeurant très variable selon les régions, puisqu'en moyenne sur 2007-2010, la section des assurances sociales de Champagne-Ardenne a enregistré une plainte pour 162 médecins inscrits, alors qu'à l'autre extrémité, en Haute-Normandie, il n'y en a qu'une pour 1 202 inscrits.

b) Des délais de traitement des plaintes qui restent parfois élevés dans les chambres disciplinaires

La réforme de 2002 a provoqué une forte croissance des doléances relevant des chambres disciplinaires et arrivant dans les conseils départementaux, estimée par le conseil national à près de 50 %. L'ordre a évité un engorgement de la procédure, grâce notamment au succès de la procédure de conciliation qui permet de résoudre près de la moitié des affaires, notamment les plaintes de patients, qui demeurent peu nombreuses. De ce fait, le nombre de saisines disciplinaires en première instance n'a pas significativement augmenté (1 158 en 2007, 1 170 en 2011). Le nombre d'affaires en instance en fin d'année s'est même nettement réduit, passant de quinze à neuf mois d'activité entre 2007 et 2011.

Au niveau de l'instance nationale d'appel, le nombre d'affaires s'est en revanche accru (de 252 à 304 décisions), de même que les stocks en fin d'année (de 80 à 342), ce qui signifie des délais supérieurs à dix-huit mois pour certaines affaires. La durée de la procédure n'a donc pas été significativement réduite en cas d'appel.

Malgré l'efficacité de la procédure de la conciliation préalable en cas de plaintes relevant des chambres disciplinaires, le conseil national en constate l'absence dans 20 % des cas, en dépit de l'obligation légale.

c) Des faiblesses préoccupantes dans les deux dispositifs

La proportion très élevée, même si elle est en diminution, d'annulation des décisions des chambres disciplinaires régionales par la chambre nationale (42 % en 2007, 34 % en 2011) et notamment (à 28 %) pour des questions de procédure, peut amener à s'interroger sur la qualité de la préparation des décisions, au moins sur le plan matériel et procédural. En revanche, celles de la chambre nationale ne sont quasiment jamais remises en cause par le Conseil d'État en cassation.

Il en est de même pour les décisions des sections d'assurance sociale puisque le taux de réformation ou d'annulation de la section nationale a été de 59 % entre 2007 et 2010. Les annulations pour des raisons de procédure sont peu nombreuses. Un calcul effectué par la CNAMTS dans une région sur l'évolution des sanctions décidées en première instance et en appel montre d'ailleurs que le niveau national affaiblit presque toujours la peine infligée au médecin. Sur 147 décisions d'appel prises concernant les affaires provenant de cette section entre 2001 et 2010, 18 seulement ont abouti à une aggravation, 34 à un maintien, mais 95 à une diminution de la sanction.

L'importance des non-confirmations de jugements résulte notamment du très faible nombre d'affaires traitées dans une proportion significative de régions : 11 sur 25 ont traité en 2010 moins de 20 dossiers chacune pour les chambres disciplinaires et plus de la moitié des sections des assurances sociales, moins de cinq. Cela y limite les possibilités d'acquisition de l'expérience indispensable.

Le suivi de cette activité est très parcellaire. Il ne permet pas en particulier de comparer la sévérité des jugements entre régions, pour détecter le cas échéant des disparités infondées dans le traitement des affaires. Son exploitation reste embryonnaire, alors que les plaintes sont un indicateur des problèmes appelant des solutions préventives. Leur analyse détaillée serait pourtant fort utile à l'ordre, au ministère de la santé comme à l'assurance maladie.

L'inspection des chambres disciplinaires, programmée en 2012 pour la première fois par la mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'État, pourra opportunément contribuer à analyser plus précisément les difficultés qu'elles rencontrent.

B – L'inefficacité du contrôle du tact et de la mesure

L'article 53 du code de déontologie dispose que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières »[256]. Le conseil national en rappelle périodiquement le principe. Dans l'interprétation qu'il en fait, la notion de tact renvoie à la façon dont sont demandés les honoraires, tandis que la mesure n'est pas une notion absolue relevant d'un barème, mais une adaptation aux capacités financières de chaque patient (sans référence aux honoraires conventionnels), à la valeur de l'acte et à la notoriété du médecin. Il considère que « la mise en place d'un tel barème serait contraire à l'esprit et à la lettre de l'article 53 » précité.

L'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale, issu de la loi HPST de 2009, oblige les organismes d'assurance maladie à informer l'ordre des faits pouvant porter atteinte à la déontologie, afin qu'en soient saisies les chambres disciplinaires ou les sections des assurances sociales. La mise en œuvre de cette disposition a nécessité deux années d'échanges épistolaires entre le conseil national et la caisse nationale d'assurance maladie pour aboutir mi-2011 à la diffusion par cette dernière d'une lettre-réseau donnant les instructions appropriées aux responsables locaux de la CNAMTS.

Les sections des assurances sociales ont été jusqu'en 2011 très rarement saisies par les ARS ou l'assurance maladie. Début 2012, cette dernière prévoyait de déférer à l'ordre les cas de 214 praticiens libéraux et 28 praticiens hospitaliers, pratiquant des dépassements dans 95 % des cas et pour respectivement au moins 2,5 fois ou 3,5 fois le tarif conventionnel.

Au conseil départemental de l'ordre de Paris, les signalements de la caisse primaire ont abouti en 2010 à des entretiens entre la présidente du conseil et 11 médecins hospitaliers mis en cause dont le taux moyen de dépassement était égal ou supérieur à 550 % du tarif conventionnel dans 80 % ou plus de leurs consultations. Chacun de ces praticiens s'est engagé par écrit à modérer ses dépassements sous peine d'être poursuivi par l'ordre. Tout en indiquant la voie à suivre, la portée de cette

256 . Le Conseil d'État a, dans une décision du 24 octobre 2008, estimé que « constituent des honoraires abusifs au sens de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure ».

procédure a été plutôt modeste : cinq de ces médecins ont baissé leur taux de dépassement à 450 % et les six autres à 350 %.

Au-delà de ces tentatives isolées et peu fructueuses de contenir préventivement les dépassements, qui ont représenté 2,5 Md€ en 2010, les résultats des saisines des instances de l'ordre demeurent très limités. Le très petit nombre de sanctions décidées par les sections des assurances sociales et les chambres disciplinaires est ainsi mis en évidence par le calcul du cumul des deux motifs de l'abus d'honoraires (multiplication d'actes) et de manquements au tact et à la mesure que retrace le tableau suivant sur les quatre dernières années.

Nombre de condamnations pour abus et dépassements

	2008	2009	2010	2011	Total
Section des assurances sociales	7	7	10	11	35
Chambre disciplinaire	6	7	9	4	26
Total	**13**	**14**	**19**	**15**	**61**

Source : CNOM, non compris les cas de multiplications abusives d'actes ou de cotations erronées.

Ces rares condamnations sont d'une sévérité variable. Sur les 61 prononcées entre 2008 et 2011, 12 se sont limitées à un avertissement ou à un blâme, tandis qu'une seule radiation a été décidée et que les suspensions n'ont atteint six mois fermes que dans quatre cas, parfois après réduction en appel. Malgré la demande de l'ordre, la loi HPST n'a pas retenu le principe d'une amende pouvant atteindre mille euros qui avait pourtant été adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Devant ce constat d'inefficience, les caisses d'assurance maladie ont commencé, 60 ans après la création des SAS et en application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, à notifier directement des pénalités financières (186 pénalités notifiées de 2008 à 2010). Il en est résulté une baisse corrélative des affaires confiées par les caisses aux SAS, dont la procédure juridictionnelle et les garanties de droit semblent être perçues par les caisses comme inadaptées au traitement des manquements les moins graves qui ne requièrent pas une éventuelle suspension ou radiation. Parallèlement, les juridictions pénales ont jugé 74 affaires dans le même temps.

Ce quasi blocage, dont la responsabilité est partagée entre l'État, les caisses d'assurance maladie et l'ordre, n'est pas admissible eu égard à l'importance des enjeux d'égalité d'accès à des soins de qualité. La coexistence de multiples procédures[257] n'est en rien un gage d'efficacité. On ne dénombre pas moins de cinq dispositifs proches les uns des autres : chambres disciplinaires, sections des assurances sociales, sanction directe des caisses d'assurance maladie, sanction pénale et sanction conventionnelle, actuellement au titre de l'annexe XXII de la convention médicale de juillet 2011. Pour autant les sanctions sont en définitive peu nombreuses et en moyenne peu sévères, alors que le volume des dépassements est de plus en plus important.

Par ailleurs, le conseil national de l'ordre a sollicité à diverses reprises le ministère de la justice sur le fondement de l'article L. 4126-6 du code de la santé publique, afin que les ordres départementaux soient systématiquement informés des condamnations pénales devenues définitives, notamment pour des faits contraires à la déontologie, afin de permettre à ces derniers d'agir. Selon l'ordre, ces transmissions demeurent rares.

257. Les conventions médicales ont par ailleurs un dispositif de suivi de leur mise en œuvre, confié à des commissions paritaires départementales, régionales et nationale où l'ordre siège à titre consultatif. Leur bilan n'est pas publié. Ces commissions peuvent notamment envisager des mesures améliorant l'accès aux soins. La CNAMTS estime que toutes ces réunions sont organisées par les caisses à la périodicité requise de trois par an, mais un sondage auprès de 80 conseils régionaux ou départementaux montre que la commission n'a pas été créée ou que l'ordre n'y a pas été convié dans un cinquième des cas et que 38 % des commissions effectivement instaurées n'ont été réunies qu'une ou deux fois entre janvier 2011 et février 2012. Le conseil national siège quant à lui régulièrement à la commission nationale.
Des commissions de conciliations mixtes ordre-assurance maladie sont par ailleurs prévues pour traiter des cas de refus de soins, à l'égard notamment des bénéficiaires de la couverture maladie universelle. L'échec de la conciliation devant ces commissions où le professionnel concerné doit s'expliquer entraînera la saisine des instances disciplinaires par l'ordre. En cas de carence les directeurs de caisses pourront directement prononcer des sanctions financières. Près de trois ans après la parution de la loi HPST qui a créé ce dispositif, le ministère de la santé (direction de la sécurité sociale) indique que « le décret d'application de l'article 54 de la loi HPST, qui doit permettre de faire entrer en vigueur ces nouvelles dispositions, est en cours d'élaboration ».

Ces constats ainsi que l'évolution récente du conseil national de l'ordre[258] devraient conduire l'État à envisager rapidement une réarticulation de ces dispositifs qui réduise les redondances, clarifie le rôle des uns et des autres et permette à chacun des acteurs d'exercer jusqu'au bout ses responsabilités pour un contrôle beaucoup plus effectif du tact et de la mesure.

C – Une prévention des conflits d'intérêt peu efficace

1 – Une surveillance partielle des contrats

Tous les contrats que signent les médecins inscrits au tableau et qui sont relatifs à leur exercice doivent être communiqués au conseil départemental de l'ordre de leur ressort. Ceux-ci vérifient la conformité de chaque situation avec les règles déontologiques, notamment le secret, l'indépendance professionnelle et l'absence de clause de productivité dans la rémunération. Ils s'assurent, en application de la loi du 4 mars 2002, que le médecin salarié est assuré par son employeur.

Le conseil national diffuse des contrats-type pour faciliter cette activité, qui représente par exemple chaque année quelque 80 000 conventions entre médecins et industrie, ou encore, pour le seul conseil départemental de Paris 1 946 conventions médecins-industrie, 4 251 contrats d'exercice salarié et 2 575 contrats de remplacement (2010). Le développement des cabinets de groupe et du salariat a conduit à un accroissement des relations contractuelles.

L'ordre ne s'est cependant pas organisé de façon à bien détecter et accompagner ces changements puisqu'aucun suivi national n'est organisé, si bien qu'il ignore le nombre ou la typologie des contrats aussi bien que leurs évolutions. La diversité des pratiques des conseils départementaux, certains ne jugeant par exemple pas utile d'examiner, en dépit de leur nombre et de leur importance, les contrats de remplacement, ne peut être de cette façon ni mesurée ni corrigée.

2 – Un contrôle sans pouvoir de sanction des relations entre les médecins et l'industrie

Dans le cadre de la prévention et de la sanction des conflits d'intérêts, le code de la santé publique établit une interdiction générale

258. L'ordre a indiqué dans son communiqué de mai 2012 qu'« en aucun cas, les honoraires demandés à un patient (…) ne sauraient dépasser trois à quatre fois le montant opposable de l'acte concerné ».

pour les professions médicales de recevoir des avantages en nature ou en espèce, directs ou indirects, de l'industrie pharmaceutique. Le dispositif législatif de 1993 a été modifié en 2002 (loi dite « anti cadeaux ») et complété par la loi du 29 décembre 2011[259]. Deux exceptions concernent les conventions de recherche ou d'évaluation d'une part et celles d'hospitalité (accordée à l'occasion de manifestations à caractère exclusivement scientifique ou professionnel) d'autre part.

L'ordre joue un rôle consultatif et préventif en donnant un avis sur ces conventions qui lui sont obligatoirement soumises. Les conseils départementaux sont saisis si la convention s'exerce dans le cadre du département et le conseil national si elle couvre un champ interdépartemental ou national. Ce dernier estime à environ 80 000 le nombre des conventions examinées annuellement par l'ordre, dont la moitié par les conseils départementaux.

a) Des avis dont le respect n'est pas documenté et une efficacité inégale

Le conseil national ne réalise pas d'enquête sur cette activité. Le nombre exact de dossiers traités n'est pas connu (sauf deux séries du seul conseil national[260]), ni le temps passé à les traiter, pas plus que le volume et le niveau financiers des prestations en cause, notamment par médecin bénéficiaire, malgré des recommandations formulées en ce sens par l'IGAS dès 2007.

L'ordre n'a déployé qu'en novembre 2011 une application informatique permettant pour les industriels l'accès par internet, la saisie en ligne des déclarations, le traitement et le suivi des demandes d'avis, la gestion des référentiels, des requêtes et des rapprochements avec le registre des médecins. Cette application, qui sera étendue aux conseils départementaux, ne pourra être pleinement efficace que si les industriels utilisent le dépôt électronique des conventions, ce qui est encore loin d'être le cas puisque la majorité des dossiers arrive par la poste.

Le suivi des avis donnés par l'ordre n'est pas organisé. Ce travail était toutefois difficile à réaliser jusqu'à la loi de décembre 2011, puisqu'avant cette date, les conventions effectivement passées n'étaient

259. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé. Cette loi a également étendu la compétence de l'ordre aux contrats d'étudiants en médecine et aux conflits d'intérêts.
260. En 2010, s'agissant des contrats d'hospitalité, le conseil national a émis 27 600 avis conformes, 1 900 avis défavorables et 1 100 demandes de précision. Un nombre supérieur serait traité par les conseils départementaux.

pas obligatoirement rendues publiques par les entreprises. Il incombe à ces dernières d'informer les médecins des avis rendus par l'ordre, alors qu'il serait logique que ce dernier y veille, ce que la future messagerie sécurisée pourra permettre de manière économique.

Les avis rendus par l'ordre sur ces conventions ne se caractérisent pas toujours par une grande sévérité dans l'appréciation des modalités de défraiement et de prise en charge. S'agissant des rémunérations, le conseil national a ainsi considéré comme normal un paiement de 250 € de l'heure à raison de 250 heures par an pendant trois ans, soit 187 500 € au total. S'agissant des frais de séjour et de restauration, la loi prévoit qu'ils doivent être d'un niveau « raisonnable » sans qu'aucune disposition ne vienne préciser ce terme. Un barème officieux du conseil national, qui n'est pas systématiquement suivi, fixe des plafonds de nuitée de 275 à 325 € pour Paris, les métropoles régionales ou les villes touristiques et de 250 € en dehors de ces cas. Le forfait de deux repas plus une nuitée atteint 495 € pour la province et 550 € pour l'Amérique, l'Asie et l'Australie. L'ordre avait constaté des dépenses encore plus déraisonnables avant d'établir ces plafonds. Ce sont l'assurance maladie et les patients, au travers du prix des médicaments et des produits promus directement ou indirectement à l'occasion de telles rencontres, qui financent en dernière analyse ces dépenses.

En outre, les sanctions pénales, théoriquement lourdes (jusqu'à deux ans d'emprisonnement, 75 000 € d'amende et dix ans d'interdiction d'exercice), n'interviennent que rarement : dix jugements définitifs depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2002, dont cinq relaxes. Le régime inauguré par la loi « anti-cadeaux » se révèle, en définitive, dans ses aspects répressifs, beaucoup plus clément que le dispositif précédent de la loi du 27 janvier 1993, puisqu'alors, en moitié moins de temps (1995-2000), cinq fois plus de jugements définitifs avaient été recensés (51, dont seulement 15 relaxes).

b) Une insuffisante communication entre les acteurs

L'ordre des médecins ne peut pas aller au-delà de l'avis qu'il exprime. Il ne le communique que sur demande à la direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF), en l'absence de législation lui permettant un signalement automatique de cette dernière. Or, c'est au réseau dépendant de cette direction que revient la mission de police répressive pour détecter les infractions résultant d'avantages illicites accordés par des industriels à des professionnels de santé en dehors des procédures de déclaration ou d'autorisation. Ce rôle n'est pas limité aux cas où des conventions sont soumises à l'ordre mais

couvre l'ensemble des avantages illicites accordés par des entreprises à des professionnels de santé.

Une plus substantielle coopération entre l'ordre et la DGCCRF contribuerait à mettre en place un contrôle plus efficace de la loi « anti-cadeaux ». Les résultats des quelques enquêtes menées récemment par cette direction sur ce thème en témoignent. Elles ont notamment mis en évidence des faits touchant de près au domaine de l'avis de l'ordre : fréquence des réunions dans des restaurants, absence systématique d'ordre du jour et de compte rendu des réunions de formation continue, factures hôtelières de complaisance, associations de médecins susceptibles de masquer des liens entre laboratoires et médecins, financement de participations à des congrès sans information préalable de l'ordre, bourses d'étude à l'étranger dans des conditions contraires à la législation, invitation de proches, par exemple.

Les relations entre l'ordre et la DGCCRF restent pourtant marquées par l'incompréhension, avec des tentatives de rapprochement restées sans guère de suites. L'ordre ignore une partie du travail de cette direction -il indique n'avoir pas été informé des enquêtes susvisées ni de leurs conclusions et souhaite une mesure réglementaire instaurant une telle communication. Lui-même ne transmet à la DGCCRF que très peu d'informations ni n'organise d'accès efficace à ses archives. Or, la communication à la DGCCRF des avis défavorables donnés par l'ordre faciliterait la détection des infractions.

D'autres difficultés, souvent liées à des défauts de communication entre acteurs, entravent l'efficacité de la procédure. Par ailleurs, les avis rendus sur les conventions intéressant les médecins des établissements de santé ne sont pas éclairés par l'autorisation, pourtant nécessaire, du chef d'établissement. En l'absence d'obligation en la matière, un conseil peut donner un avis favorable à une demande dont il ignore qu'elle est irrégulière en l'absence d'autorisation de l'employeur du bénéficiaire.

c) Des améliorations indispensables

Indépendamment des améliorations et des garanties apportées par la loi de 2011, qui a notamment réintroduit les études de marché dans le champ de compétence de l'ordre, le dispositif n'aura d'efficacité que si des modifications substantielles de procédure sont mises en œuvre. Une des améliorations les plus urgentes serait de rendre obligatoire l'avis de l'ordre des médecins sur une convention, afin de donner une portée réelle à son contrôle. Le conseil national n'est lui-même pas hostile à un tel renforcement de son rôle. Il a ainsi suggéré que le législateur lui donne, à l'encontre du praticien qui ne demanderait pas ou ne respecterait pas son

avis sur un projet de convention, un pouvoir de sanction. La loi de 2011 ne lui a pas conféré un tel pouvoir spécifique, seules les chambres disciplinaires pouvant être saisies au regard du code de déontologie.

Le conseil national de l'ordre ne s'est d'ailleurs pas limité à cet aspect du contrôle des relations des médecins avec l'industrie. S'inspirant notamment du récent *Sunshine Act* américain et dans le cadre des débats qui ont précédé la loi du 29 décembre 2011, il a fait des propositions pour remédier à certains dysfonctionnements. Il a en particulier suggéré l'instauration d'un guichet unique pour recenser et examiner les conventions entre les médecins et les laboratoires pharmaceutiques, l'identification des bénéficiaires, d'une part, sur le tableau des médecins en exercice et, d'autre part, en publiant une liste répertoriant les médecins ayant contracté des liens avec l'industrie pharmaceutique et biomédicale, en assurant la publicité des rémunérations et autres avantages reçus d'elle. Il s'est également montré ouvert à l'adoption d'un formulaire de déclaration d'intérêt commun entre tous les ordres sanitaires.

*
* *

Le contrôle de la déontologie est l'aspect essentiel de l'activité de l'ordre, car elle est au fondement de son existence même. Sa mise en œuvre est toutefois très décevante. Il est certes à certains égards mal organisé par les textes, mais l'ordre ne s'est pas saisi de façon énergique et efficace des problèmes les plus pressants comme celui des dépassements d'honoraires.

CONCLUSION

Le code de la santé publique accorde à l'ordre national des médecins un rôle essentiel en matière de déontologie pour que le système de santé fonctionne mieux, cela non seulement dans l'intérêt de la profession, mais aussi dans celui des patients.

Pour autant, sa contribution à l'organisation des soins apparaît fortement contrastée : précise et rigoureuse en matière de suivi de la profession, toujours plus limitée pour ce qui est de sa participation concrète à la permanence des soins, voire critique vis-à-vis de certaines mesures destinées à permettre une meilleure organisation des parcours de soins des patients. Beaucoup plus préoccupant encore, son rôle dans le contrôle du respect de la déontologie médicale s'avère très décevant, qu'il s'agisse du traitement des plaintes, du respect du tact et de la mesure dans la détermination des honoraires, ou de la prévention des conflits d'intérêts, alors même que les enjeux sont majeurs pour la poursuite de la confiance des patients dans leurs médecins et plus globalement dans le système de soins.

Pour remédier à ces problèmes, il ne suffit pas de le doter de nouveaux instruments juridiques pour le rendre mieux à même de remplir les missions qui lui sont confiées, même si le retard de parution de certains textes est anormal.

L'amélioration de la situation repose d'abord et essentiellement sur un effort à conduire par l'ordre des médecins lui-même, à tous ses niveaux, en s'organisant de façon plus professionnelle pour remplir ses missions, en renforçant le poids du niveau régional, en faisant preuve d'une rigueur nettement plus exigeante et d'une vigilance sans faille en matière d'éthique, de déontologie et de conflits d'intérêt. Ce n'est qu'à ces conditions qu'il renforcera durablement sa légitimité.

RECOMMANDATIONS

30. Moderniser et adapter l'organisation territoriale de l'ordre au pilotage régional du système de soins en transférant progressivement les missions jusqu'à présent exercées au niveau départemental aux conseils régionaux.

31. Clarifier et mieux articuler les différents dispositifs concourant au contrôle du tact et de la mesure dans les honoraires.

32. Doter le conseil de l'ordre de pouvoirs renforcés en matière du contrôle des relations des médecins avec l'industrie en conférant un caractère obligatoire à l'avis rendu sur un contrat ou une convention, quel qu'en soit l'objet, le défaut d'avis conforme interdisant alors, sous peine de sanction, l'exécution du contrat ou de la convention.

33. Etablir un protocole d'échange d'informations entre l'ordre et la DGCCRF afin de renforcer la transparence et le contrôle des relations entre médecins et industries, en recourant si nécessaire à une disposition réglementaire.

Chapitre X

La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé

PRESENTATION

En échange, à l'origine, de leur engagement dans une relation conventionnelle avec l'assurance maladie, les médecins appliquant les tarifs conventionnels sans dépassement et les autres professionnels libéraux de santé -chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux[261]- bénéficient de la prise en charge d'une grande partie de leurs cotisations sociales. Ce dispositif a donné lieu à la création de régimes d'assurance spécifiques (maladie en 1960, avantage supplémentaire retraite, à partir de 1962) et à l'édiction de règles particulières (cotisations personnelles d'allocations familiales, à partir de 1990).

Méconnues des assurés sociaux et parfois des intéressés eux-mêmes, ces niches sociales constituent une charge annuelle importante pour l'assurance maladie (2,2 Md€) et devraient constituer un levier essentiel de la politique qu'elle mène dans le cadre conventionnel avec les représentants de ces professions. C'est pourquoi la Cour a décidé d'examiner leurs modalités et leur efficacité.

Elle a constaté que la participation de l'assurance maladie au financement de la couverture sociale des professions de santé s'est progressivement diversifiée et étendue pour représenter désormais une contribution substantielle au revenu des professionnels concernés (I). Dès lors que malgré son coût élevé elle ne joue en pratique qu'un rôle des plus limités dans la dynamique conventionnelle et que sa contrepartie en termes de facilité et d'égalité d'accès aux soins des patients apparaît peu assurée, il importe de remettre ces dispositifs au service des objectifs prioritaires de l'assurance maladie, en particulier de la lutte contre les « déserts médicaux » et de la régulation des dépassements d'honoraires (II).

I - Un dispositif en expansion continue

L'accumulation et la stratification des contributions de l'assurance maladie au financement de la protection sociale des diverses professions de santé ont abouti à un dispositif complexe et peu lisible dont l'apport au revenu des intéressés est important.

261. Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes.

A – Des prises en charge croissantes

Auparavant limitée aux cotisations d'assurance-maladie des médecins du secteur 1 [262] et des autres professionnels de santé, la participation de l'assurance maladie s'est élargie à d'autres cotisations (vieillesse, famille), d'abord en faveur des médecins, puis des autres professions. Surtout, sa logique a connu un changement profond quand son bénéfice a été étendu à des praticiens du secteur 2 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires. De fait, la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie a accordé une grande liberté aux négociations conventionnelles à cet égard. La liste de prises en charge s'allonge de fait au fil des années, au gré des discussions de l'assurance maladie avec les représentants des différentes professions.

1 – Les cotisations d'assurance maladie : un dispositif spécifique ancien et, par certains aspects, archaïque

Cette prise en charge, dont l'origine remonte à 1960, se fait dans le cadre d'un régime particulier, celui des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), géré par l'assurance maladie[263]. Sont affiliés à ce dernier les médecins du secteur 1, les autres professionnels de santé et, s'ils le souhaitent, les praticiens du secteur 2, mais, en ce cas, sans le bénéfice d'une prise en charge. Ces derniers peuvent également s'inscrire au régime social des indépendants (RSI), ce qui est le cas de la grande majorité d'entre eux.

La participation de l'assurance maladie équivaut à une prise en charge quasi complète (9,7 % pour un taux de 9,81 %). Depuis 2004, les différentes conventions ou certains avenants ont restreint l'assiette de prise en charge aux seuls revenus tirés d'honoraires conventionnels hors dépassements, hormis le cas des forfaits CMUC : ainsi pour les médecins en 2005 et pour les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes en 2006. Les partenaires conventionnels ont, en effet, estimé qu'il n'était ni légitime ni utile que les professionnels de santé continuent de bénéficier d'un tel avantage au titre des dépassements

262. La convention médicale de 1980 a ouvert le droit de pratiquer des « honoraires différents ». Il permet aux médecins qui ont choisi d'exercer dans le « secteur 2 » de pratiquer des dépassements, ce qui n'est pas le cas des praticiens restés dans le « secteur 1 » à l'égard desquels les tarifs de la sécurité sociale conservent donc en principe un caractère opposable. La convention de 1990 a limité l'accès au secteur 2 aux médecins qui s'installent et possèdent certains titres.

263. Selon des règles définies aux articles L. 722 et suivants du code de la sécurité sociale.

qu'ils ont parfois le droit de pratiquer. De fait, ces derniers devenaient particulièrement importants dans certains cas, comme celui des chirurgiens-dentistes, dont ils représentent près de la moitié des honoraires.

Par ailleurs, certaines professions peuvent exercer une partie substantielle de leur activité en-dehors du cadre conventionnel et percevoir à ce titre des honoraires non-remboursables.

Les problèmes liés aux revenus tirés d'activités non-conventionnées.

Certains professionnels peuvent réaliser à la fois des actes remboursables et non-remboursables (par exemple l'implantologie dentaire ou l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes). Ces derniers, comme les dépassements facturés à l'occasion d'actes remboursables, se trouvaient naturellement exclus de l'assiette de prise en charge de cotisations. A la différence de tous les autres honoraires, ils devaient, de plus, être déclarés à un autre régime que celui des PAMC, à savoir le RSI, qui les assujettissait à des taux différents.

Ce régime complexe, longtemps incertain juridiquement, peu compréhensible par les intéressés et conduisant à une multiplicité de déclarations a fait l'objet de critiques dans le RALFSS de 2010, à l'occasion d'une insertion sur les chirurgiens-dentistes[264]. En particulier, les professionnels devaient cotiser à deux caisses (gérant respectivement le régime des PAMC ou le RSI) tout en ne bénéficiant de prestations de maladie que de la part d'une seule (PAMC). Conformément à une recommandation de la Cour[265] la LFSS pour 2011 a réintégré les revenus afférents dans l'assiette des cotisations au régime des PAMC, à l'instar des dépassements, mais ce, dans une limite fixée par décret à cinq plafonds de la sécurité sociale.

Cette simplification a donc laissé subsister un taux de 0 % pour les revenus très élevés tirés d'actes non remboursables au-delà de cinq plafonds, ce qui n'apparaît pas justifié. En outre, il s'en faut de beaucoup que toutes les dispositions aient été prises afin de s'assurer que les professionnels font une déclaration exhaustive de ces revenus auprès des administrations tant fiscales que sociales et afin de s'assurer que ces dernières n'assument pas de prises en charge indues de cotisations au titre de revenus déclarés à tort issus d'activités conventionnées.

Ces risques seraient sensiblement réduits en imposant l'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires perçus. Ceci permettrait également un meilleur suivi statistique de l'activité des professionnels de santé et de leurs revenus.

264. Voir le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2010, chapitre XIII sur les soins dentaires, p. 317 et suivantes.
265. RALFSS 2010, p. 350, recommandation n° 56.

Le régime des PAMC est l'un des derniers régimes de sécurité sociale à ne pas avoir aligné sur l'année civile la période d'ouverture des droits, avec celui des étudiants, pour lesquels cette particularité apparaît plus justifiée. En effet, la période d'assurance va du 1er mai de l'année N au 30 avril de N+1. En outre, les cotisations sont calculées sur la base des revenus de N-2 déclarés en N-1, contrairement aux cotisations d'allocations familiales ou à la CSG /CRDS, calculées à titre provisionnel sur les revenus de N-2 puis faisant l'objet d'une régularisation en N+1 sur la base des revenus de N.

2 – La prise en charge de la cotisation personnelle d'allocations familiales : une extension en faveur de nouvelles professions

Cette prise en charge a été instituée initialement en faveur des seuls médecins du secteur 1, en contrepartie du gel du secteur 2 par la convention médicale de 1990. Elle est limitée aux seuls revenus tirés d'honoraires conventionnels sans dépassements.

Cotisations d'allocations familiales des praticiens du secteur 1

En %

	Taux pris en charge par l'assurance maladie	Taux effectif supporté par le praticien
Sous le plafond de la sécurité sociale	5	0,4
Au-dessus du plafond de la sécurité sociale	2,9	2,5

Source : DSS

A la suite d'un avenant à leur convention nationale conclu en septembre 2008, les infirmiers(ères) libéraux(ales) ayant adhéré au « contrat de santé solidarité », à raison de l'exercice de leur activité en zone très sous dotée, bénéficient d'une prise en charge à 100 % des cotisations d'allocations familiales [266] assises sur les revenus tirés d'honoraires conventionnels hors dépassement. Parallèlement, l'accès au conventionnement dans les zones « surdotées » est subordonné au fait qu'un(e) infirmier(ère) conventionné(e) y cesse définitivement son activité.

Des avenants, respectivement à la convention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (signé en novembre 2011) et à celui des sages-femmes (signé en janvier 2012) prévoient une prise en charge de la

266. Ils (elles) doivent tirer les deux tiers de leurs revenus liés leur activité libérale conventionnelle de la zone très sous dotée. D'autres conditions relatives à l'exercice de cette activité s'ajoutent par ailleurs.

totalité des cotisations familiales dans le cadre de « contrats incitatifs » proposés dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées », de même qu'une régulation des installations dans les zones « surdotées ». Les orthophonistes se voient offrir une aide analogue au maintien ou à l'installation en zones très sous dotées depuis un avenant à leur convention signé en mars 2012, un encadrement du conventionnement en zones sur dotées étant envisagé à l'issue d'une période d'expérimentation, si les objectifs d'évolution de leur répartition démographique ne sont pas atteints.

3 – Les régimes d'assurance vieillesse supplémentaire : un surcoût important

Ces régimes de retraite supplémentaires par points, institués par décret en juillet 1962 puis rendus obligatoires dans les années 1970, sont financés par des cotisations forfaitaires selon les professions. Ils s'ajoutent, pour les intéressés, aux régimes de base des professions libérales et aux régimes complémentaires gérés par leurs sections professionnelles, tous également obligatoires. L'assurance maladie prend en charge deux tiers de ces cotisations pour les médecins du secteur 1 et les autres praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les médecins inscrits en secteur 2 en supportant le coût à hauteur de 100 %. Comme les autres prises en charge, ils relèvent du cadre conventionnel, mais le niveau des cotisations est fixé par décret (article L. 645-2 du CSS).

Les perspectives financières très sombres de ces régimes ont conduit la LFSS pour 2006 à jeter les bases d'une réforme destinée à garantir leur pérennité. Un certain nombre d'ajustements ont été effectivement réalisés depuis. Ceux-ci ont d'abord concerné les directeurs de laboratoire d'analyse médicale non-médecins (2007), les chirurgiens-dentistes (2007) et les auxiliaires médicaux (2008). Ces réformes ont pris la forme d'accords sur une hausse du forfait, sur l'instauration d'une cotisation d'ajustement proportionnelle au revenu jusqu'à cinq plafonds de sécurité sociale, donnant lieu l'une comme l'autre à une prise en charge à 50 % (et non aux deux tiers) par l'assurance maladie. Selon la direction de la sécurité sociale, le surcoût annuel de ces réformes pour l'assurance maladie atteindra 73 M€ à la fin de la période de montée en charge, c'est-à-dire en 2012.

Dans le cas des médecins libéraux, un décret du 26 novembre 2011 a prévu une hausse des cotisations et une baisse de la valeur de service du point de retraite. Ces mesures entraîneront un surcoût annuel de 190 M€ à partir de 2017 pour l'assurance maladie, qui continuera à prendre en charge ces cotisations (dans le cas des praticiens du secteur 1) à hauteur des deux tiers. Ceci correspond à une hausse de la charge actuelle

supportée au titre de l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse supplémentaire (ASV) supérieure à 50 % et à une augmentation du coût de toutes les formes de prise en charge de cotisations, de l'ordre de 10 %.

4 – L'option de coordination et sa réforme récente : un changement fondamental avec l'élargissement des prises en charge de cotisations au secteur 2

Depuis la réforme de l'assurance-maladie de 2004, plus aucune disposition législative ne s'oppose à la prise en charge par les caisses d'une partie des cotisations dues par les professionnels du secteur 2, cette participation (et ses modulations) relevant désormais de la politique conventionnelle[267]. Cette disposition a été utilisée en 2005 à l'occasion de la mise en place de l'option de coordination destinée à limiter les dépassements d'honoraires.

L'assurance-maladie prend à sa charge une partie des cotisations sociales acquittées par les médecins en secteur 2 qui y ont adhéré et qui ont respecté les conditions posées par la convention médicale pour l'exercice de cette option, notamment le respect d'un plafond de dépassement par acte de 20 % du tarif conventionnel[268]. Les médecins du secteur 2 sont éligibles à cet avantage sur la fraction des revenus tirés des honoraires sans dépassement, qu'ils soient affiliés au régime des PAMC ou au RSI. Cependant, ce dispositif a eu peu de succès puisqu'en 2011, le nombre de praticiens ayant adhéré à cette option n'était que de 1 300.

Un décret du 21 mars 2012 a toutefois étendu l'option de coordination aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale et d'anesthésie-réanimation qui s'engagent à respecter un plafond de dépassement de 50 % de sa valeur (et non plus de 20 %), tandis qu'un décret du même jour prévoit que ces dépassements seront pris en charge

267. Selon l'article L. 162-14-1, les conventions définissent « les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11 (allocations familiales), L. 645-2 (ASV) et L. 722-4 (maladie, maternité, décès) ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ».

268. Les trois conditions fixées par la convention médicale sont : 1) d'appliquer les tarifs opposables pour les actes cliniques dispensés dans le cadre du parcours de soins coordonnés ; 2) d'appliquer des dépassements maîtrisés plafonnés, par acte facturé, à 20 % des tarifs opposables pour les actes techniques dispensés dans ce cadre ; 3) de réaliser au moins 30 % de son activité en tarifs opposables.

par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats dits « responsables »[269]. Un nouveau décret doit étendre une telle disposition aux dépassements autorisés par l'option de coordination pour l'ensemble des praticiens du secteur 2, mais cette fois-ci sous une condition de plafond, maintenue, de 20 % de la valeur des actes.

Pour les trois spécialités mentionnées ci-dessus, en contrepartie de l'engagement de réaliser au moins 30 % de l'activité à tarif opposable, sans précision quant aux patients concernés, de plafonner les dépassements à 50 % dans les autres cas, les médecins de secteur 2 bénéficieront de la prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations sociales (maladie, famille, ASV), comme pour les praticiens du secteur 1. L'impact financier de ce dispositif n'est pas connu.

Ces initiatives font suite aux discussions, anciennes et laborieuses, qui ont eu lieu entre partenaires conventionnels sur un projet de secteur dit « optionnel », intermédiaire entre secteurs 1 et 2. Les syndicats médicaux voulaient que ce nouvel espace tarifaire soit ouvert aux praticiens du secteur 1 possédant les titres pour exercer en secteur 2 mais restés « prisonniers » de leur choix d'origine. De leur côté, les représentants des organismes complémentaires estiment qu'il ne permettrait pas de limiter efficacement les dépassements d'honoraires mais pourrait même contribuer à leur accroissement dans les zones où ils sont les plus faibles, ce qui les obligerait à augmenter leur taux de cotisation.

*
* *

Comme le fait apparaître le tableau récapitulatif ci-après, la prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations ne laisse désormais supporter aux professionnels libéraux de santé qu'une part réduite du coût de leur protection sociale.

269. Ces derniers (90 % du marché des couvertures complémentaires) donnent droit à un taux minoré de taxe sur les contrats d'assurance et certains avantages fiscaux et sociaux au titre des contrats collectifs obligatoires en entreprise.

Modalités de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé

Type de cotisation	Professionnels concernés	Prise en charge par le professionnel	Prise en charge par l'assurance maladie	Assiette de calcul
Maladie	Médecins du secteur 1 et praticiens du secteur 2 affiliés au régime des PAMC ayant adhéré à « l'option de coordination » Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux	0,11 %	9,7 %	Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassements de N-2
	Médecins du secteur 2 affiliés au RSI ayant adhéré à l'option de coordination	0%	6,5% jusqu'à un plafond de de la sécurité sociale, 5,9% jusqu'à 5 plafonds	Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassements de N
Famille	Médecins du secteur 1 et du secteur 2 ayant adhéré à « l'option de coordination »	0,4 % sous plafond, 2,5 % au-dessus du plafond	5 % sous plafond, 2,9 % au-dessus du plafond	Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassements de N
	Infirmiers(ères) ayant adhéré au « contrat de santé solidarité », masseurs-kinésithérapeutes (« contrat incitatif masseur-kinésithérapeutes »), sages-femmes (« contrat incitatif sage-femme »), orthophonistes (« contrat incitatif orthophoniste »)	0%	5,4%	Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassement de N
ASV	Médecins du secteur 1, sages-femmes[270]	1/3 du forfait prévu pour la profession	2/3 du forfait prévu pour la profession	Forfait par profession
	Médecins du secteur 2 ayant adhéré à « l'option de coordination »	1/3 du forfait des médecins modulé	2/3 du forfait des médecins modulé	Forfait modulé = (forfait prévu pour les médecins) X (revenu tiré d'honoraires sans dépassements sur le total des honoraires)

Source : DSS, Cour des comptes

L'élargissement de ces prises en charge aux médecins du secteur 2 modifie fondamentalement la logique du dispositif, en ne faisant plus

270. Pour certaines autres professions (chirurgiens dentistes, auxiliaires médicaux) cette répartition des prises en charges des cotisations ASV est différente.

dépendre les prises en charge du strict respect du cadre conventionnel mais de la limitation des dépassements d'honoraires.

B – Une contribution substantielle au revenu des professions de santé

En 2011, le coût de ces différentes prises en charge pour l'assurance maladie a atteint 2,2 Md€. Les cotisations d'assurance maladie en représentent la part la plus importante (66%), devant les cotisations vieillesse (21%) et les cotisations personnelles d'allocations familiales des médecins du secteur 1 (13 %)[271].

Ce total s'est accru de 13 % entre 2003 et 2011, passant de 1,75 Md€ à 2,2 Md€ (+1,5 % par an), alors que s'éteignait le dispositif MICA[272], qui représentait encore 5 % de ce coût global en 2003. Hors MICA, la charge liée à ces niches sociales a augmenté de près de 19 %, soit +2,5 % par an.

Pour les médecins du secteur 1, cette participation de l'assurance maladie représente une part conséquente des revenus : 17,2 % en 2008 dans le cas des généralistes et de près de 16 % dans celui des spécialistes[273]. Constituant 34 % de l'ensemble des professionnels libéraux de santé éligibles à celle-ci[274], ils ont été destinataires, en 2010, de 61 % de l'effort global à ce titre de l'assurance maladie (1,2 Md€). De fait, ils bénéficient d'une prise en charge des cotisations d'allocations familiales, qui leur est assez largement spécifique et, au titre de l'ASV, d'une prise en charge aux deux tiers du forfait le plus élevé des professions de santé[275].

271. Les cotisations prises en charge au titre du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins (MICA), en extinction, en représentent par ailleurs 1 %.

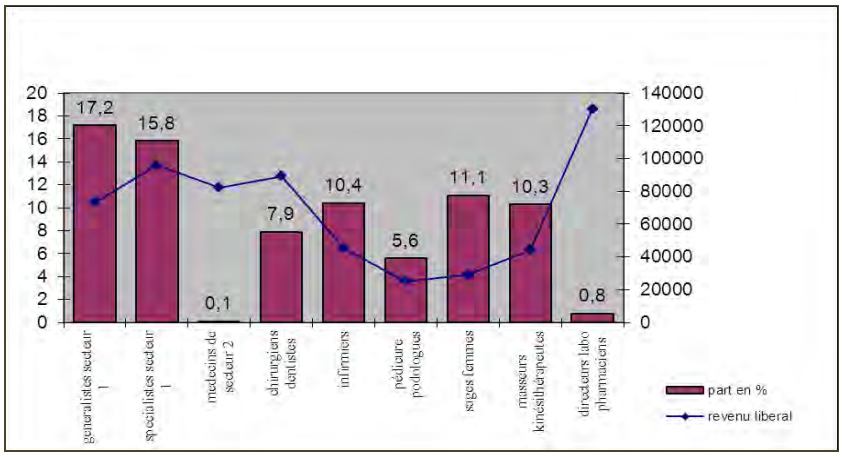
272. Le MICA mis en place en 1988 pour réguler la démographie médicale, finançait un revenu de remplacement au profit des médecins qui cessaient leur activité professionnelle avant 60 ans et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans. Son accès a été fermé en 2003.

273. Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2009.

274. Soit environ 86 000 praticiens (53 500 généralistes et 32 300 spécialistes) sur 250 000 professionnels, hors médecins du secteur 2 (encore peu concernés en 2010).

275. 2 400 € par an pour un médecin du secteur 1 (contre 150 € pour un masseur-kinésithérapeute). Par ailleurs, la pension afférente représente en moyenne 1 000 €, soit 39 % du total de sa retraite et à peu près autant que celle que lui verse le régime complémentaire (19 % pour la pension du régime de base).

Part des cotisations 2010 prises en charge par l'assurance maladie dans le revenu libéral annuel moyen de chaque profession en 2008



Source : ACOSS, CAVP, calculs DSS

L'avantage correspondant atteint 5,6 % du revenu des pédicures, 11,1 % pour les sages-femmes et un peu plus de 10,3 % pour les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que pour les infirmier(ère)s. Il est moindre pour les chirurgiens-dentistes (7,9 %) depuis la réforme de l'assiette de participation puisque leurs honoraires se composent de dépassements pour près de la moitié.

A titre illustratif, la contribution financière que représente cette prise en charge a été comparée au tarif de certaines prestations, parmi les plus courantes effectuées par les différentes professions concernées :

Montant de prise en charge de cotisations maladie et famille pour certains actes courants

En €

Profession	Prestation	Tarif conventionnel	Prise en charge de cotisations sociales
Médecin du secteur 1	Consultation	23	3,38 en dessous du plafond de la sécurité sociale, 2,90 au-dessus
Médecin spécialiste du secteur 1	Avis ponctuel de consultant	46	6,76 en dessous du plafond de la sécurité sociale, 5,80 au-dessus
Chirurgien-dentiste	Traitement d'une carie une face	16,90 (tarif opposable)	1,64
Infirmier(ère)	Séance de soins infirmiers (y compris un déplacement de 10 km en plaine)	14,95	1,45
Masseur-kinésithérapeute	Séance de rééducation d'un membre	15,30	1,48
Sage-femme	Consultation dans le cadre du suivi d'une grossesse	19	1,84
Sage-femme	Surveillance d'un accouchement	106	10,28

Source : Cour des comptes

Par ailleurs, ces différentes professions bénéficient d'une prise en charge de cotisations retraite au titre des régimes ASV, à caractère forfaitaire et donc, en première analyse, indépendante de la valeur des actes. Toutefois, si l'on rapportait le montant de l'avantage ainsi accordé à un médecin du secteur 1 au (seul) nombre moyen de consultations qu'il donne au cours d'une année, il conviendrait d'ajouter 0,68 € aux 3,38 € déjà pris en charge, pour une consultation au tarif de 23 € (en-deçà du plafond de la sécurité sociale), soit 4,06 € au total.

Le coût des actes pour l'assurance maladie ne se réduit pas à la question du montant opposable sur lequel se cristallisent les négociations conventionnelles. Les assurés sociaux et souvent les professionnels de santé eux-mêmes, n'en ont aucune perception, faute que l'assurance maladie mette en valeur cet effort pourtant particulièrement coûteux.

Les « niches fiscales » des médecins

Certaines d'entre elles ont pour objectif d'inciter les médecins au conventionnement avec la sécurité sociale afin d'améliorer la connaissance des revenus de cette catégorie de professionnels. En cas d'adhésion à une association agréée de gestion, les médecins conventionnés du secteur I peuvent bénéficier d'une dispense de majoration de 25 % des revenus et d'une déduction de 3 % sur leurs recettes conventionnelles au titre de la première année d'adhésion. De plus, ils sont autorisés à pratiquer sur leurs revenus un abattement forfaitaire ainsi qu'un abattement de 2 % représentatif de certains frais. Le coût total de ces mesures est estimé à 40 M€[276]. L'existence de ces niches, compte tenu de la modernisation de l'administration fiscale, a aujourd'hui peu de raison de perdurer.

Une autre niche fiscale créée en 2005 permet aux médecins installés dans certaines zones de bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu (à hauteur de 60 jours par an) pour la rémunération perçue au titre de la permanence des soins. Son coût est estimé à 5 M€ par an.

*
* *

Malgré leur coût élevé pour l'assurance maladie, de telles prises en charge sont peu visibles et peu lisibles pour leurs bénéficiaires et pour les assurés. De fait, ces avantages sociaux coûteux sont aujourd'hui essentiellement devenus une modalité de soutien aux revenus, d'autant plus facilement substituable à une hausse des honoraires qu'elle ne se traduit pas, à la différence d'un ajustement tarifaire, par une hausse du ticket modérateur pesant sur les assurés sociaux.

276. Rapport du conseil des prélèvements obligatoires « Entreprise et « niches » fiscales et sociales », octobre 2010, p. 225 et p. 241.

II - Des prises en charge ayant perdu leur raison d'être, qui doivent être fermement recentrées sur des objectifs de facilité et d'égalité d'accès aux soins

La substitution de l'assurance maladie aux professionnels de santé pour l'acquittement de leurs cotisations sociales est devenue inopérante au regard de son objectif initial : favoriser un égal accès aux soins.

A – Un dispositif désormais sans réelles contreparties de meilleur accès aux soins

1 – Un rôle désormais mineur pour l'adhésion aux conventions

La prise en charge de cotisations sociales dues par les professions de santé s'inscrivait initialement dans la montée en puissance d'une démarche conventionnelle promue par les pouvoirs publics, qui visait à un certain encadrement de leur liberté tarifaire (sous-tendue par le principe de l'« entente directe » sur les honoraires entre professionnel et patient).

Cette participation de l'assurance maladie ne constitue plus un élément déterminant du choix ultra-majoritaire des professionnels de santé libéraux, du conventionnement au moment de leur installation, qui a pour facteur essentiel la solvabilisation de la demande qu'autorise le remboursement des soins aux patients par l'assurance maladie. Du fait d'une absence de conventionnement, la fuite de sa patientèle -hormis pour quelques spécialistes renommés- lui serait bien plus préjudiciable que la perte de la prise en charge de cotisations sociales. Au final, cet avantage social ne joue plus véritablement de rôle dans l'engagement dans le cadre conventionnel.

De fait, si un règlement conventionnel minimal pris faute d'accord conventionnel peut prévoir une prise en charge minorée des cotisations sociales[277], cette minoration est restée extrêmement modérée quand les pouvoirs publics ont fait application de cette décision lors du blocage des discussions avec les médecins spécialistes à la fin des années 1990 et au début des années 2000 : le taux de prise en charge n'a été réduit, pour les cotisations d'assurance maladie, que de 9,7 % à 8,2 % (le taux du prélèvement supporté par les spécialistes du secteur 1 passant donc de 0,11 % à 1,61 %) et pour les cotisations personnelles d'allocations familiales, de 5 % à 4,3 % dans la limite du plafond de sécurité sociale et

277. Articles L. 162-5-11 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale.

de 2,9 % à 2,5 %, au-delà. A l'évidence, les avantages sociaux pris en charge par l'assurance maladie n'ont pas alors été considérés comme un levier essentiel pour obtenir la finalisation d'une convention.

2 – Un faible impact sur le choix des médecins de leur mode d'exercice

Entre 1980 et 1990, tous les médecins conventionnés pouvaient décider de s'installer en secteur 2, ce qui leur ouvrait le droit de pratiquer des dépassements mais leur faisait perdre l'avantage lié à la prise en charge de cotisations. Devant le succès trop important de cette formule, la convention médicale de 1990 a fortement encadré l'exercice d'une telle option, en la subordonnant à la possession de certains titres liés à une activité dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier. L'avantage social lié à l'appartenance au secteur 1, à savoir la prise en charge de certaines cotisations, a clairement alors pesé d'un faible poids dans le choix des médecins pendant la période où leur était laissée une liberté d'option entre les secteurs.

Tel est toujours le cas aujourd'hui pour ceux qui continent à jouir de cette faculté et peuvent s'inscrire en secteur 2 sous condition d'un exercice préalable et à un certain niveau en milieu hospitalier, aux fins de pourvoir aux besoins de ces établissements. En regard du droit à dépassement d'honoraires alors consenti, la prise en charge des cotisations d'assurance maladie s'ils s'inscrivaient en secteur 1 ne joue à l'évidence qu'un rôle réduit dans le cas de nombreuses spécialités. De fait, 20 ans après le durcissement des conditions d'accès au secteur 2, se constate toujours[278] un accroissement continu de la proportion de spécialistes inscrits au secteur 2 (quatre médecins sur dix mais six sur dix parmi ceux qui se sont installés en 2010), particulièrement élevée dans certaines zones ou dans le cas de certaines disciplines : 85 % des chirurgiens, plus de 50 % des ORL, des ophtalmologues et des gynécologues.

L'avantage financier retiré des dépassements excède en effet le plus souvent de manière sensible, pour un praticien du secteur 2, la perte liée à l'absence de prise en charge de cotisations plus encore s'il a choisi d'adhérer au RSI, dont les taux de cotisation sont inférieurs à ceux du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés -ce qui limite ladite perte. En effet, si jusqu'en 1987 tous les médecins devaient s'affilier au régime des PAMC, depuis cette date, ceux du secteur 2, ainsi que les pédicures podologues (depuis le 1er janvier 2012), ont le choix lors de leur première installation d'adhérer au régime des PAMC ou au

278. Point d'information de la CNAMTS du 17 mai 2011.

régime des non-salariés non agricoles, devenu le RSI. Une telle possibilité de choisir son régime d'assurance maladie obligatoire est une exception dans le paysage de la protection sociale en France.

Les données du choix entre le régime des PAMC et le RSI

Les taux de cotisation du RSI sont moins élevés que ceux qui s'appliquent dans le cadre du régime des PAMC (9,81 % sans plafond). En effet, jusqu'à un plafond de sécurité sociale, le taux atteint 6,5 %. Pour des revenus dont le montant dépasse un plafond de sécurité sociale et jusqu'à cinq plafonds, le taux est de 5,9 %. Les revenus supérieurs à cinq fois le plafond ne sont pas assujettis à cotisation ; ce type de disposition, qui limite le caractère redistributif de l'assurance-maladie, n'a plus cours dans le cas du régime général des salariés depuis 1984.

Pour un médecin touchant le revenu libéral moyen, estimé à 94 110 € en 2010, net de charges de fonctionnement et de cotisations sociales, l'affiliation au régime des PAMC conduisait à une cotisation de 9 232 € (taux de 9,81 %), contre 5 760 € en cas d'affiliation au RSI (soit un taux de prélèvement apparent de 6,1 %), d'où un gain de 3 471 € (3,7 % du revenu libéral). Or, les médecins pouvant exercer ce choix sont essentiellement des spécialistes dont les revenus moyens excèdent ceux de l'ensemble des praticiens. Ainsi, pour un anesthésiste (revenu moyen de 190 200€), la cotisation est respectivement de 18 658 € (taux de 9,81 %) au régime des PAMC et de 10 420 € (cotisation maximale au RSI en 2010, correspondant ici à un taux de prélèvement apparent de 5,5 %). Ceci représentait une économie de 7 946 € dans le second cas (4,3 % des recettes nettes). Du fait du plafonnement des cotisations au RSI, ce gain croît avec le revenu libéral en montant absolu comme relatif (pour tendre en pourcentage vers 9,81 %). Cette évaluation le sous-estime probablement encore car, faute de données, on a dû utiliser ici les revenus libéraux moyens de tous les praticiens et non de ceux, ordinairement supérieurs, du secteur 2, pourtant seuls concernés par cette faculté d'arbitrage.

En regard, il existe désormais peu de différences entre les prestations offertes par les deux régimes, ce qui n'était pas le cas il y a un quart de siècle, quand les droits reconnus par la CANAM apparaissaient sensiblement moins généreux. Elles sont totalement identiques s'agissant des prestations en nature. Pour ce qui est des indemnités journalières de maladie, ni le RSI n'en verse, comme pour toutes les professions libérales, ni le régime des PAMC. Tout au plus doit-on relever que le RSI n'attribue pas de capital décès et que les indemnités journalières de maternité qu'il prévoit sont un peu moins avantageuses que dans le cas des PAMC, puisque établies sur une base de calcul identique mais versées sur une durée plus courte.

Aussi il n'est pas étonnant qu'en pratique les nouveaux praticiens de secteur 2 s'affilient systématiquement au RSI. Si des médecins de secteur 2 continuent de cotiser au régime du PAMC, c'est seulement parce qu'ils n'ont plus la possibilité de le quitter pour le RSI, tout choix

fait lors de l'installation étant définitif. Au 31 décembre 2008, le nombre de professionnels du secteur 2 affiliés au régime des PAM est de 2 506 (8,7 %) et de 26 160 au RSI (91,3 %).

L'existence d'un avantage à l'affiliation au RSI quand on décide s'installer en secteur 2 prive ainsi de tout effet l'incitation à opter pour le secteur 1, que devrait constituer la prise en charge de certaines cotisations. Cette faculté de choix conduit inévitablement à des formes d'« optimisation sociale » et crée des inégalités d'autant plus injustifiables que parallèlement le droit à dépassement de ces praticiens aboutit à des difficultés préoccupantes d'accès aux soins pour certains assurés sociaux.

3 – La limitation insuffisante de certains dépassements autorisés à d'autres professions de santé

Les prises en charge de cotisations ne sont au demeurant pas mises au service d'une politique de limitation des dépassements d'honoraires pratiqués par certaines professions sur certains actes, par exemple dans le cas des actes prothétiques effectués par les chirurgiens-dentistes.

Si les différentes conventions ont progressivement exclu ces derniers de l'assiette afférente au calcul des cotisations prises en charge, ce qui constitue une économie des plus normales pour les finances sociales, l'assurance maladie n'ayant pas à subventionner la pratique des dépassements, elle n'a, en réalité, pas exercé réellement d'influence sur l'évolution de ces dépassements. La masse des dépassements facturés par les chirurgiens-dentistes avoisinait ainsi 4,2 Md€, essentiellement au titre des soins prothétiques (pour lesquels le prix peut être de plusieurs fois supérieur au tarif de référence) et il n'y a aucun signe de ralentissement. De fait, le prélèvement supplémentaire correspondant ne représente par définition qu'une part limitée du revenu net de charges (hors cotisations) procuré par les dépassements. Il en va de même pour les actes hors nomenclature ou ce qu'il convenu d'appeler plus généralement l'« activité non-conventionnée ».

Il apparaît nécessaire pour limiter ces pratiques de dépassement d'honoraires de conditionner les prises en charges de cotisations au respect de certains plafonds de dépassements.

B – Un maintien conditionné à un ciblage rigoureux sur les problématiques d'égalité d'accès aux soins

La situation des finances sociales et l'avantage important conféré aux professionnels par ces dispositifs exigent des pouvoirs publics et de l'ensemble des partenaires conventionnels qu'ils veillent à rétablir un lien clair et étroit de ceux-ci avec les objectifs de l'assurance maladie. A défaut, leur existence n'aurait plus de justification.

1 – Moduler les prises en charge en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé

Dans le prolongement de ce que la convention infirmière avait déjà organisé pour cette profession, des dispositions récentes (cf. supra) ont prévu une extension de la prise en charge des cotisations sociales de certains masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et orthophonistes: dès lors en effet que ceux-ci sont installés en zones « très sous dotées » voire « sous dotées », leurs cotisations familiales sont aussi réglées par l'assurance maladie. Ce premier mouvement ne va cependant pas assez loin pour donner une pleine efficacité incitative à ces dispositifs onéreux au regard des impératifs d'une meilleure répartition territoriale des professionnels libéraux de santé et des enjeux essentiels de plus grande égalité dans l'accès aux soins. Il maintient en effet l'intégralité des prises en charge antérieurement accordées aussi aux professionnels installés en zones denses.

C'est pourquoi la Cour a recommandé en 2011[279] d'introduire une modulation généralisée sur l'ensemble des avantages sociaux dont bénéficient les médecins, y compris ceux qui sont déjà installés, selon qu'ils exercent dans des zones plus ou moins dotées sur la base d'une cartographie beaucoup plus fine que l'identification des seuls « déserts médicaux » d'un côté, des territoires « surdotés » d'un autre, dès lors en particulier que certains territoires peuvent être globalement en surdensité, mais connaître un déficit de médecins en secteur I. Une telle modulation portant sur la totalité du dispositif devrait s'appliquer à l'ensemble des professions qui connaissent des déséquilibres géographiques tels qu'ils font obstacle à l'égalité d'accès aux soins. Elle permettrait, tout en laissant subsister une prise en charge réduite au bénéfice des praticiens installés ou s'installant dans les zones denses, de redéployer vers ceux installés ou s'installant dans les territoires en situation de désertification soit généralisée, soit au regard de la présence de médecins à tarifs

279. RALFSS 2011, Chapitre V - La répartition territoriale des médecins libéraux, p. 147 et suivantes.

opposables, des sommes nettement plus considérables que l'effort public actuellement consacré à cet objectif.

La participation financière de l'assurance maladie aurait ainsi à nouveau une raison d'être clairement identifiée et reconnue tant pour les professionnels que pour les assurés. A défaut, comme la Cour l'a souligné, d'y suffire à elle seule, elle serait un levier important pour une répartition mieux équilibrée sur le territoire des professionnels de santé qui constitue un objectif essentiel de la politique de soins.

2 – Mettre ces avantages sociaux au service de la régulation des dépassements d'honoraires

Les avantages sociaux conventionnels pourraient être réservés à des catégories d'actes auxquels les tarifs de la sécurité sociale sont réellement opposables (cf. supra). De fait, la participation financière de l'assurance maladie paraît injustifiée quand le professionnel jouit en pratique d'une liberté tarifaire très étendue. Par exemple, dans le cas des chirurgiens-dentistes, l'assurance maladie pourrait ne plus prendre à son compte les cotisations dues sur la partie des revenus afférents aux soins prothétiques hors dépassements d'honoraires. Les sommes ainsi économisées par l'assurance-maladie pourraient servir plus utilement à la revalorisation des soins conservateurs à tarifs opposables, voire à l'extension du champ des actes remboursables, la nomenclature ayant pris d'importants retards par rapport aux nouvelles pratiques. La situation financière des professionnels resterait globalement inchangée mais l'accès des patients à des soins souvent jugés importants s'en trouverait amélioré, grâce à un meilleur remboursement de certains actes et à une plus forte incitation des professionnels à en pratiquer d'autres.

La question du renforcement de ce lien revêt une acuité particulière depuis la récente réforme de l'option de coordination, qui consacre l'élargissement des prises en charge de cotisations par l'assurance maladie à des praticiens du secteur 2. Cette modification très profonde de la finalité de ce dispositif ne peut apparaître justifiée que si elle se traduit par une baisse du prix effectif des soins pour l'assuré d'une ampleur comparable à l'effort financier consenti à la fois par l'assurance maladie et par les organismes d'assurance complémentaire. Il conviendrait donc que les pouvoirs publics fassent rapidement un premier bilan de sa mise en œuvre sur la base d'une analyse coût-avantages rigoureuse et en fonction des constats ainsi faits, ne pas hésiter à revoir au besoin les paramètres au regard de l'objectif de régulation des dépassements, qui seul peut légitimer la prise en charge de cotisations sociales de médecins habilités à en pratiquer.

3 – En l'absence de progrès dans ces directions, supprimer ces prises en charge ou, à tout le moins, les plafonner par professionnel

Si l'utilité et l'efficacité de ces dispositifs au regard de ces différents objectifs n'apparaissaient pas pouvoir être sensiblement renforcées, leur existence devrait être remise en cause.

Au minimum, il faudrait s'efforcer d'en réduire le coût. En particulier, puisqu'il ne s'agirait en fin de compte que de pures mesures de pouvoir d'achat au bénéfice des professionnels[280], il deviendrait logique d'en plafonner le bénéfice par professionnel, alors qu'il peut atteindre des montants élevés, en prévoyant de plafonner l'assiette afférente et/ou de généraliser dans le calcul des prises en charge une forme de dégressivité, comme dans le cas des cotisations personnelles d'allocation familiales.

Le système actuel conduit, en effet, à des inégalités fortes dans le montant d'aide entre praticiens, au sein d'une même discipline et entre disciplines. L'inflation des actes et la hausse des tarifs conventionnels se traduisent en effet par des suppléments importants de prises en charge en faveur de professionnels touchant parfois déjà des revenus élevés.

Les effets pour l'assurance maladie d'un plafonnement sont éclairés par le tableau ci-après.

Moindre dépense pour l'assurance maladie au titre des cotisations maladie et famille selon le plafond de revenus des médecins

En M€

Plafond	Economie totale	Economie sur les cotisations maladie	Economie sur les cotisations famille
100 000 €	193	158	35
120 000 €	131	107	24
150 000 €	75	61	14
180 000 €	42	34	8
200 000 €	28	23	5

Champ : tous régimes, médecins de secteur 1, France métropolitaine.
Source : Estimation DSS sur données SNIR et CARMF.

Si le plafond de revenus tirés d'honoraires sans dépassement était fixé à 100 000 €[281], ce qui est supérieur au revenu libéral moyen constaté

280 . Certes préférable du point de vue des assurés à une revalorisation de la tarification des actes qui pourrait laisser à leur charge un ticket modérateur.
281. Ce qui correspond à un montant maximal.

en 2010 (94 110 €), il concernerait 28 % des praticiens de secteur 1, soit 24 080 sur environ 86 000, 36 % des chirurgiens-dentistes et seulement 1 % des sages-femmes.

Les intéressés perçoivent un montant de prise en charge de 9 700 €, au titre des cotisations d'assurance maladie et de 3 642 €, au titre des cotisations d'allocations familiales, soit un total de 13 342 €, c'est-à-dire plus de 1 000 € par mois[282]. En cas de plafonnement, le montant individuel moyen d'économie de prise en charge serait de 6 306 €, d'où une moindre dépense totale de 193 M€ pour l'assurance maladie, dont près de 160 M€ sur les cotisations maladie.

CONCLUSION

Les prises en charge de certaines cotisations sociales dues par les professionnels de santé représentent aujourd'hui un élément conséquent de leurs revenus et un coût très élevé pour l'assurance maladie, sans favoriser significativement l'accès aux soins des assurés. Or elles ne se justifient, à l'instar des autres niches sociales, que si elles contribuent clairement et efficacement à un ou plusieurs objectif(s) de politique publique.

Dans ce contexte particulièrement peu satisfaisant, remettre l'ensemble de ces dispositifs au service de ses objectifs doit être une priorité de l'assurance maladie, en premier lieu en les modulant en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé et au premier chef des médecins, y compris dans le cas de ceux qui sont déjà installés et en les conditionnant beaucoup plus étroitement à une réelle limitation des dépassements d'honoraires.

A défaut de véritables avancées, la question du maintien de ces avantages sans contrepartie devra être posée. Au minimum, il conviendrait de les plafonner par professionnel. En effet, ils n'ont pas pour vocation de procurer un revenu complémentaire aux professions en cause sans aucun bénéfice pour les assurés sociaux.

282. La mise en œuvre du plafonnement concernerait dans ce cas de figure 10 % des pédiatres, 10 % des dermatologues, 20 % des omnipraticiens, 70 % des radiologues.

RECOMMANDATIONS

34. Réformer le dispositif pour faciliter l'accès aux soins :

- *en modulant le montant des prises en charge en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné ;*
- *en excluant de leur bénéfice les revenus tirés de catégories d'actes donnant lieu à des dépassements quasi-systématiques ;*
- *ou en les conditionnant au respect de certains plafonds de dépassement.*

A défaut, supprimer ces prises en charge, ou, à tout le moins, les plafonner par professionnel de santé.

35. Affilier obligatoirement tous les professionnels de santé conventionnés au régime des PAMC en mettant fin à la liberté d'adhérer au RSI laissée aux praticiens du secteur 2.

36. Rendre plus visibles ces prises en charge, à l'instar des cotisations patronales sur les bulletins de salaires, en faisant apparaître leur coût dans un relevé annuel fourni par l'assurance maladie aux professionnels.

37. S'agissant des règles propres au régime des PAMC :

- *les harmoniser en matière de période d'assurance et d'assiette avec celles qui s'appliquent aux autres prélèvements sociaux ;*
- *déplafonner cette assiette dans le cas des revenus issus d'actes non-remboursables ;*
- *imposer l'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires professionnels perçus.*

Chapitre XI

Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

PRESENTATION

Un patient peut avoir à se déplacer pour bénéficier de soins ou pour regagner son domicile notamment en cas d'hospitalisation. Les dépenses de transport prises en charge à ce titre par l'assurance maladie se sont élevées, en 2010, à 3,5 Md€ pour plus de 65 millions de trajets effectués et plus de cinq millions de bénéficiaires. Ce poste, important en termes d'accès aux soins, augmente systématiquement à un rythme plus soutenu que les autres dépenses de soins et équivaut désormais à lui seul à la moitié des remboursements des consultations des médecins généralistes.

La Cour a cherché à analyser les raisons de cette forte dynamique et à apprécier les effets des différents modes de régulation progressivement mis en place pour une meilleure maîtrise de cette dépense[283].

Elle a constaté que les déterminants de cette dernière demeuraient insuffisamment étudiés, malgré son poids élevé et alors même que les évolutions du système de soins et des pathologies se conjuguent pour en renforcer la nécessité (I), que les dispositifs de maîtrise, qu'il s'agisse des mécanismes d'incitation à une prescription mieux ciblée (II) ou de la limitation de l'offre (III), étaient mal conçus, offrant des possibilités de contournement d'autant plus aisées que le pilotage de l'activité de transport, son contrôle et la lutte contre les fraudes et les abus sont très fortement insuffisants (IV).

Une action résolue et cohérente permettrait pourtant de dégager des économies très significatives.

I - Des dépenses élevées et insuffisamment analysées

A – Un poste qui reste en forte progression

Les transports de patients se sont élevées, pour l'année 2010, à 3,5 Md€ pour un volume de 65,4 millions de trajets, soit 2,1 % des dépenses d'assurance maladie. En 2009, 5,1 millions de personnes, soit 8 % de la population, ont eu recours à un transport remboursé par le seul régime général, avec en moyenne 13,1 trajets par personne transportée.

283. L'enquête de la Cour a été conduite auprès des administrations et caisses nationales concernées et auprès des CPAM de l'Aube, des Bouches-du-Rhône, du Calvados, de la Manche, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et du Val-d'Oise, de MFP-Services, de la caisse de MSA des Côtes Normandes, des ARS d'Alsace, d'Île-de-France, de Basse-Normandie et de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de l'AP-HP.

Les règles générales de prise en charge des transports de patients

Les déplacements à la charge de l'assurance maladie sont effectués soit en ambulance (véhicule conçu et équipé pour le transport sanitaire répondant à des critères techniques précis et dont l'équipage est composé de deux personnes[284]), soit en taxi conventionné par l'assurance maladie ou en véhicule sanitaire léger (VSL, voiture de tourisme de couleur blanche avec étoile bleue équipée d'un matériel de premier secours[285]), soit en voiture particulière ou en transports en commun.

Le mode de transport est déterminé par le médecin en fonction de l'état du patient : il s'effectue en ambulance notamment lorsque le patient doit être transporté en position allongée ou demi-assise ; indifféremment en taxi ou en VSL notamment lorsque le patient présente une déficience ou une incapacité soit physique invalidante nécessitant une aide au déplacement soit intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission d'informations nécessaires à l'équipe soignante (il s'agit alors d'un transport assis professionnalisé - TAP -) ; sinon en voiture particulière ou en transports en commun.

Lorsque le patient n'est pas atteint par une affection de longue durée (ALD), le transport est pris en charge (au taux de 65 %) par l'assurance maladie s'il est lié à une hospitalisation (entrée ou sortie d'hospitalisation), quel que soit le mode utilisé ; s'il doit être effectué en ambulance, ou si la distance à parcourir est supérieure à 150 km ou encore s'il s'agit de transports en série[286] ; enfin dans les cas d'urgence, lorsque le transport est décidé par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU).

Lorsque le patient est atteint d'une ALD et que le transport est lié aux traitements ou examens relatifs à cette affection, le taux de remboursement est de 100 %. De plus, les transports en taxi ou en VSL (TAP) liés aux examens ou consultations sont aussi pris en charge, alors qu'ils ne le sont pas lorsque le patient n'est pas atteint par une ALD.

C'est le médecin qui établit la prescription de transport, sur laquelle il indique, selon l'état du patient, le mode de transport approprié. Seuls les transports sur une distance supérieure à 150 km et les transports en série nécessitent un accord préalable de l'assurance maladie.

Enfin, dans certains cas, un transport peut être pris en charge par un établissement de soins, sur son budget propre, notamment lorsqu'il correspond à un transfert entre deux sites d'une même entité juridique, c'est-à-dire deux hôpitaux d'un même groupe hospitalier (transfert intra-hospitalier).

284. Son équipage est composé d'un ambulancier titulaire d'un diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA) obtenu après une formation de 18 semaines et d'un auxiliaire ambulancier (70 heures de formation), disposant tous deux d'un permis de conduire de catégorie B.

285. Un VSL est conduit par un auxiliaire ambulancier ou un ambulancier.

286. On parle de transports en série lorsque quatre transports au moins sont prescrits au titre d'un même traitement au cours d'une période de deux mois, chaque transport étant effectué vers un lieu distant de plus de 50 km.

Les transports de patients pris en charge en 2010

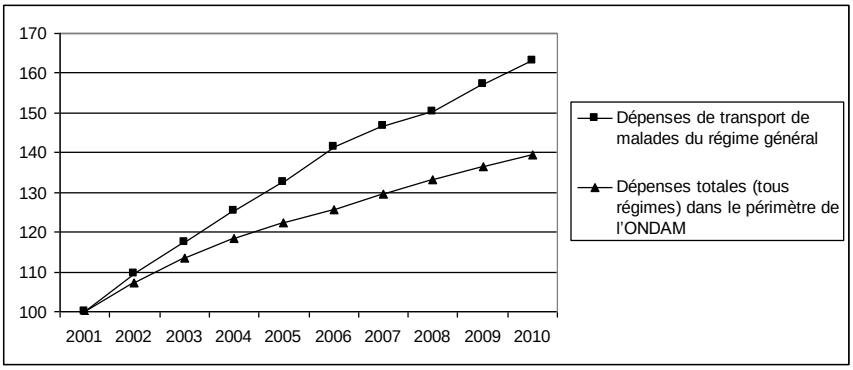
	Nombre (millions)	Montant (Md€)	Répartition
Transports en ambulance pris en charge par l'assurance maladie (y compris transports urgents pré-hospitaliers)	15,3	1,3	37 %
Transports assis professionnalisés (TAP) pris en charge par l'assurance maladie	50,1	1,9	54 %
Transports en VSL	*25,1*	*0,8*	*23 %*
Transports en taxis	*25,0*	*1,1*	*31 %*
Transports pris en charge par les hôpitaux	-	0,2	6 %
Indemnités de garde pour les transports urgents pré-hospitaliers	-	0,1	3 %
Total	**65,4**	**3,5**	**100 %**

Source : Cour à partir des données de la CNAMTS relatives au régime général et de l'AP-HP

Depuis plusieurs années, la structure des dépenses se déforme au profit des ambulances et des taxis, alors que les dépenses de transport en VSL sont stables ou diminuent très légèrement (-0,2 % par an en moyenne sur la période 2007-2009).

Globalement, les dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie ont augmenté de façon beaucoup plus rapide que les autres dépenses de l'assurance maladie : entre 2001 et 2010, l'augmentation a été de 63,0 % alors qu'elle était de 39,4 % pour les dépenses dans le périmètre de l'ONDAM, comme le montre le graphique suivant.

Evolution des dépenses de transport en montant comparée à celle des dépenses dans le périmètre de l'ONDAM (base 100 en 2001)



Source : Rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale

L'augmentation des dépenses en volume ralentit en passant de 6,5 % en moyenne sur la période 2000-2006 à 3,5 % sur 2007-2010. Cette inflexion tardive a néanmoins été insuffisante pour ramener la progression au niveau de celle de l'ONDAM.

B – Des déterminants mal connus

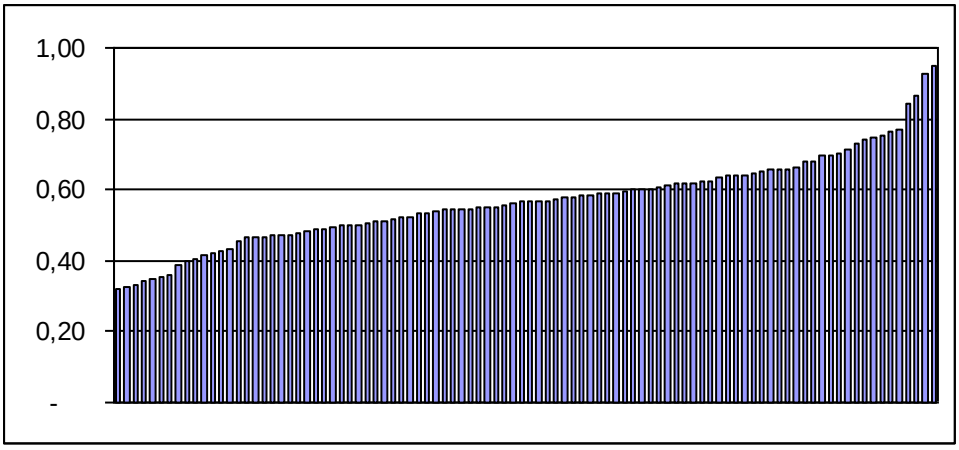
Plusieurs facteurs influent a priori sur la consommation de transport : notamment l'état de santé de la population, la structuration de l'offre de soins, les habitudes des médecins en matière de prescription de transport et enfin l'offre de transport. Mais aucune étude approfondie n'a été réalisée pour comprendre l'articulation de ces déterminants. Une maîtrise durable des transports ne peut cependant faire l'économie d'une telle démarche. L'évolution des pathologies vers des situations de chronicité, les ré-articulations des prises en charge ambulatoires et hospitalières qui en résultent dans le cadre d'un parcours de soins et la réorganisation territoriale de l'offre sanitaire ne peuvent qu'avoir un impact fort sur la demande de transport. Pour autant, cette dynamique aux enjeux considérables en termes d'égalité et de facilité d'accès aux soins comme de coût ne fait pas l'objet d'analyses suffisantes. Les travaux réalisés par la CNAMTS apportent cependant, malgré leurs limites, un premier éclairage précieux :

- les patients atteints d'une ALD représentent ainsi, selon ces derniers, 59 % des personnes transportées et, du fait de la fréquence plus élevée des transports les concernant, 83 % des dépenses de transport. Cinq ALD sur 31 représentent 46 % des dépenses totales de transport : le cancer, les pathologies cardiovasculaires, les affections psychiatriques, le diabète et l'insuffisance rénale chronique[287]. Les coûts annuels de transport par patient sont relativement homogènes pour quatre de ces pathologies (565 € à 954 €) et beaucoup plus élevés pour les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique (4 652 €), du fait du nombre de trajets par patient transporté (96 trajets par an).
- l'évolution des taux de recours (rapport du nombre de patients utilisant un mode de transport remboursé par l'assurance maladie sur le nombre de patients atteints de l'ALD) constitue un des principaux éléments d'explication de l'augmentation continue des dépenses de transport. Cette évolution est variable selon l'ALD : ainsi, entre 2006 et 2009, le taux de recours progresse davantage pour le cancer (de 29 à 36 %) et pour les affections psychiatriques (de 23 à 29 %) que pour l'insuffisance rénale chronique (de 44 à 48%) et surtout pour le diabète (de 17 % à 18 %) ;

287. En ne prenant en compte que les patients atteints d'une seule ALD.

- ce sont les médecins exerçant en établissement qui prescrivent le plus de transports : ils sont à l'origine de 53 % des dépenses, si l'on ne tient pas compte des transports d'urgence déclenchés par les SAMU. 37 % des transports (en montant) sont prescrits par les médecins libéraux de ville, les médecins généralistes étant à l'origine de la moitié de ces prescriptions. Les 10 % restant résultent des transports d'urgence confiés par les SAMU aux transporteurs sanitaires privés (cf. ci-après) ;
- le recours aux transports varie considérablement selon les départements. La consommation totale peut être approchée[288] par la somme du nombre de trajets en ambulance et du nombre de transports assis ramené à un « équivalent ambulance »[289]. Par département, ce nombre de trajets en 2010 rapporté à la population protégée, varie dans un rapport de 1 à 3, soit de 0,32 à 0,95, la valeur moyenne étant de 0,54. La distribution des départements est donnée par le graphique suivant.

Distribution des départements en fonction du nombre total de trajets[290] en « équivalent ambulance » par bénéficiaire en 2010



Note de lecture : chaque trait vertical représente un département. Ceux-ci sont classés en fonction du nombre moyen de trajets par bénéficiaire.

Source : CNAMTS – calculs Cour

288. Les montants remboursés par habitant ne sont pas pertinents dans la mesure où ils dépendent des distances parcourues, variables selon les départements.

289. Nombre de trajets TAP pondéré par 0,42, qui est le rapport entre le prix moyen d'un trajet en TAP (40 €) et celui en ambulance (95 €)

290. Remboursés par le régime général, hors sections locales mutualistes (SLM).

Les valeurs extrêmes correspondent d'une part aux départements des Hauts-de-Seine, de la Haute-Savoie, des Yvelines, de Paris, de la Savoie, du Rhône et de l'Ain (faibles consommateurs de transports, avec 0,32 à 0,36 trajets/hab.) et d'autre part aux départements des Alpes-Maritimes, de la Creuse, des Bouches-du-Rhône et de la Somme (forts consommateurs, avec 0,84 à 0,95 trajets/hab.). Le positionnement des départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône est dû aux transports en ambulance (0,58 et 0,57 trajets/hab., pour une moyenne nationale de 0,22) alors que celui de la Creuse et de la Somme est dû aux transports assis (1,66 et 1,38 par trajets/hab., pour une moyenne nationale de 0,75).

Une étude fine de ces disparités est indispensable pour un pilotage plus rigoureux d'une dépense dont les mécanismes de régulation connaissent des faiblesses préoccupantes.

II - Une action de maîtrise de la demande encore très partiellement mise en œuvre

L'augmentation continue de ce poste de charges a conduit à prendre de nombreuses dispositions pour mieux encadrer les prescriptions de transport. Celles-ci restent néanmoins insuffisantes pour assurer une maîtrise réellement efficace.

A – Un référentiel de prescription récent et insuffisamment respecté

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale prévoit depuis 1986 que « les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire ». Mais l'arrêté qui précise ce qu'il faut entendre par « mode de transport le moins onéreux » n'a été pris que vingt ans après, en 2006, en établissant un référentiel de prescriptions. Celui-ci définit les conditions requérant un transport en ambulance (déficience ou incapacité nécessitant un transport en position allongée ou demi-assise) ou un transport assis professionnalisé (déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement).

Une prescription de transport mal formalisée

L'établissement de ce référentiel s'est accompagné d'une refonte des imprimés de prescription de transport. Ceux-ci comportent désormais deux volets, dont un, destiné au service médical des caisses (médecin conseil), permet au prescripteur de fournir la justification médicale du transport. S'agissant de ces informations médicales, ce volet n'est, dans les faits, pas toujours complété[291] ou l'est de façon souvent inexploitable et n'est transmis qu'exceptionnellement au médecin conseil. Cette transmission, lorsqu'elle a lieu, est faite généralement par l'intermédiaire du transporteur, c'est-à-dire sans respect du secret médical. De plus, la place laissée au prescripteur sur l'imprimé est insuffisante pour que celui-ci puisse justifier de façon explicite la nécessité de la prise en charge par l'assurance maladie.

Le respect du référentiel n'avait été vérifié, pour les sept caisses du régime général dans le périmètre de l'enquête de la Cour, que par la CPAM du Haut-Rhin (en 2007 et 2008)[292].

Seule la MSA évalue, avec une couverture nationale, la conformité des prescriptions au référentiel, sur deux points : le choix de l'ambulance comme mode de transport et, pour les patients en ALD, la justification du transport par un examen ou des soins en lien avec l'ALD. Comme le montre le tableau suivant, les taux de non-conformité relevés sont significatifs.

Evaluation par les médecins conseils des caisses de MSA du respect du référentiel de prescription de transport[293]

En %

	2007	2008	2009	2010
Taux de prescriptions en ambulance non justifiées	8,0	6,9	7,2	5,1
Taux de prescriptions sans rapport avec l'ALD	13,9	12,4	12,3	12,8

Source : CCMSA (bilan des actions de contrôle des facturations et des actions de contrôle des prescriptions de transport des malades)

291. Dans les hôpitaux où les médecins délèguent souvent à leur secrétaire le soin de remplir ce formulaire.

292. Sur 500 prescriptions contrôlées, 80 % ne comportaient pas de justification médicale et ont dû faire l'objet de demandes auprès des prescripteurs. In fine, la CPAM a notifié 66 indus. Ce contrôle avait d'ailleurs alors été considéré par certains médecins de ce département comme un « nouvel harcèlement des généralistes par l'assurance maladie ».

293. Par an, 2 650 à 4 680 prescriptions ont été contrôlées sur le premier point et 5 400 à 9 900 sur le second.

En faisant l'hypothèse que cette évaluation reste valable pour l'ensemble des régimes[294], les conséquences du non-respect du référentiel de prescription seraient les suivantes :

- lorsque la prescription en ambulance n'est pas justifiée, soit au mieux seul un transport en TAP aurait dû être remboursé (pour les patients en ALD ou pour les transports liés à une hospitalisation), soit le transport n'aurait pas dû être pris en charge par l'assurance maladie (pour un transport sans rapport avec une ALD lorsque le patient se déplace pour des examens ou une consultation). Le surcoût serait de 40 M€[295] ;
- lorsque le médecin indique à tort que le transport est en rapport avec l'ALD, soit au mieux le transport ne devrait être remboursé qu'à hauteur de 65 % et non de 100 % (pour un transport en ambulance, un transport avec une distance supérieure à 150 km ou un transport lié à une hospitalisation), soit le transport n'aurait pas dû être remboursé (lorsque le patient se déplace en VSL ou en taxi pour des examens ou une consultation). Le surcoût correspondant serait de 180 M€[296].

Les dépenses injustifiées liées à l'application insuffisamment rigoureuse du référentiel de prescription seraient ainsi au total de l'ordre de 220 M€.

294. L'évaluation porte en effet sur l'ensemble des prescripteurs, ceux-ci ne soignant pas exclusivement les bénéficiaires de la MSA.

295. Le surcoût correspondant est au minimum de 40 M€ : 5,1 % des 15,3 millions de transports en ambulance facturés en moyenne à 95 € alors qu'ils auraient dû être facturés à 40 € (coût moyen d'un TAP), avec un taux moyen de remboursement de 94 %.

296. Les transports de patients en ALD représentent 1,1 Md€ pour les ambulances et 1,6 Md€ pour les TAP. 12,8 % des transports en ambulance auraient dû être remboursés à 65 % et non à 100 %, ce qui représente 49 M€. Sur les 12,8 % des dépenses de TAP (201 M€), en hypothèse haute, ces transports n'auraient pas dû être remboursés et, en hypothèse basse, ils n'auraient dû être remboursés qu'à 65 % (soit 131 M€ d'où un surcoût de 70 M€). Au total, le surcoût est donc compris entre 119 et 250 M€. La valeur médiane a été retenue (180 M€).

B – Une application peu rigoureuse de la règle de l'établissement le plus proche

La règle de l'établissement approprié le plus proche est appliquée peu rigoureusement.

La règle de l'établissement approprié le plus proche

Depuis 1986, la disposition législative du code de la sécurité sociale relative à la prise en charge du trajet le moins onéreux est déclinée, dans la partie réglementaire du code, selon la finalité du transport, de deux façons :

- pour les transports liés aux traitements ou aux examens, la prise en charge du transport se fait sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du patient de la structure de soins appropriée la plus proche. Il s'agit de la règle de l'établissement approprié le plus proche ;

- pour les transports liés à une hospitalisation, la règle de l'établissement le plus proche ne s'applique que lorsque le transport se fait sur une distance supérieure à 150 km. Le transport est toujours remboursé dès lors que l'établissement où est hospitalisé le patient est distant de moins de 150 km du lieu de prise en charge et, au-delà de 150 km, la justification du choix de l'établissement de soins est examinée par le service médical, dans le cadre de la demande d'accord préalable.

Dans les faits, l'assurance maladie n'applique la règle de l'établissement approprié le plus proche que lorsque le transport est soumis à accord préalable pour un transport sur une distance supérieure à 150 km. En effet, d'une part la CNAMTS a donné aux caisses l'instruction de ne pas contrôler le respect de la règle tant que la distance parcourue est inférieure à 150 km et, d'autre part, elle assimile les soins de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie à des hospitalisations, pour lesquelles la règle ne s'applique que si la distance à parcourir est supérieure à 150 km.

Pour les CPAM du périmètre de l'enquête, les services médicaux n'avaient au demeurant pas tous formalisé les critères les conduisant à donner ou refuser leur accord. De plus, pour certains d'entre eux, on ne pouvait être assuré du traitement effectif des demandes d'accord préalable. Dans cette situation, l'assurance maladie peut prendre en charge des transports injustifiés, les demandes non traitées étant de facto acceptées dans la mesure où seul le refus est notifié.

Une application stricte permettrait pourtant de contenir ces dépenses comme l'a démontré une étude de la CPAM du Val-d'Oise. Au travers de l'observation des transports prescrits par une clinique du

département pour des patients dyalisés, la CPAM a mis en évidence que la non-application de la règle s'est traduite par un surcoût pour l'assurance maladie, évalué par la Cour à plus de 30 % des dépenses de transport pour ces patients.

Dans le cas d'une autre étude, la CPAM de l'Aube a constaté qu'un oncologue-radiothérapeute de l'agglomération de Troyes continuait à adresser ses patients pour des traitements à des établissements de Châlons-en-Champagne et de Reims, situés à 80 et 125 km, alors qu'il est possible depuis la fin de l'année 2010 de réaliser ces traitements à Troyes. Par an, les coûts de transport correspondants s'élèvent à environ 90 000 €, alors que si la règle de l'établissement le plus proche était appliquée, ces coûts seraient dix fois inférieurs[297].

C – Une responsabilisation des acteurs encore très limitée

1 – La mise sous accord préalable des médecins de ville

La loi de 2004 relative à l'assurance maladie a créé une procédure d'accord préalable mise en œuvre pour les médecins prescrivant des transports en très grand nombre.

En 2008, à ce titre et pour la première fois, les prescriptions de transport de 76 médecins (65 généralistes et 11 spécialistes) ont été systématiquement soumises à un accord préalable du service médical des caisses pour une période pouvant aller jusqu'à six mois. Cette procédure a permis de ramener, en moyenne pour ces praticiens, le nombre mensuel de prescriptions de transport par médecin de 210 à 92, correspondant à une économie annuelle pour l'assurance maladie de 3 à 4 M€. L'effet de la mesure est pérenne puisque le nombre moyen de prescriptions par médecin n'a pas augmenté depuis qu'ils ne sont plus soumis à accord préalable. Ceci tend à montrer que leur niveau élevé de prescription résultait essentiellement de leurs pratiques habituelles.

Mais cette mesure n'a porté que sur un faible nombre de prescripteurs et ne peut s'appliquer, en l'état actuel des systèmes d'information, qu'aux médecins libéraux dans la mesure où l'assurance maladie ne dispose pas, pour les médecins hospitaliers, d'informations individuelles mais seulement globales au niveau de l'établissement.

297. L'étude des coûts a été faite pour 2010. Dans la mesure où les traitements ont continué à être assurés à Châlons-en-Champagne et à Reims, l'évaluation reste valable pour 2011.

2 – La régulation des dépenses au niveau de l'hôpital

Dans le souci de responsabiliser les établissements de santé au regard des transports prescrits par leurs médecins, qui sont à l'origine de 53 % des dépenses de transport (cf. ci-dessus), la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu que des contrats soient établis entre les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers dont les dépenses de transport résultant des prescriptions des médecins exerçant en leur sein ont connu une augmentation supérieure à un taux fixé annuellement, pour autant que ce dépassement soit occasionné par le non-respect du référentiel de transport. Ces contrats doivent prévoir un objectif de maîtrise des dépenses de transport qui, s'il n'est pas atteint, donne lieu à la prise en charge, par l'établissement, d'une partie des dépenses de transport. Dans le cas contraire, l'établissement bénéficie d'un reversement de la part de l'assurance maladie.

La mesure a été mise en œuvre en 2011 en ciblant 524 établissements, soit 38 % des établissements analysés[298], pour lesquels le taux d'évolution dépassait 4 %, mais de manière imparfaite. En premier lieu, rien n'a été mis en place pour vérifier le respect du référentiel de prescription (cf. ci-dessus). Ensuite les systèmes d'information des établissements n'ont pas encore été modifiés afin de connaître, par médecin, les dépenses résultant des prescriptions de transport. Ainsi, l'outil de base permettant la connaissance fine des dépenses, indispensable pour les maîtriser, n'est pas encore en place.

Ce dispositif contractuel risque dans ces conditions d'être peu opérant. Il s'est substitué notamment à une disposition permettant, à titre expérimental, de faire prendre en charge par les hôpitaux sur leur budget certains transports, afin de responsabiliser les médecins hospitaliers en matière de prescription de transport[299]. Cette mesure sans lendemain était pourtant de nature à avoir immédiatement des effets très sensibles de maîtrise de la dépense, en obligeant les établissements à organiser beaucoup plus rigoureusement les transports à leur niveau.

En matière de transport de patients, l'hôpital représente en effet, sur le plan opérationnel, un point central : non seulement il concentre une part prépondérante des prescriptions, mais il constitue aussi, pour de nombreux trajets, leur point de départ ou de destination. Or l'organisation des transports à l'hôpital souffre de défauts importants, malgré les lignes

298. Soit 1 389 établissements correspondant aux établissements publics de santé (EPS) et aux établissements de santé privés d'intérêt public (ESPIC).
299. Article 64 de la LFSS pour 2008.

directrices édictées par l'administration en 2003, complétées par un référentiel diffusé en 2010.

Elles n'intègrent pas la participation des taxis et a fortiori l'articulation entre les taxis et les entreprises de transport sanitaire pour la réalisation des TAP. Cette articulation est pourtant indispensable, du fait de la part importante des TAP réalisés par les taxis et le déficit de VSL dans certains départements, comme à Paris et dans les départements de la petite couronne.

Ces instructions autorisent par ailleurs les hôpitaux, sans néanmoins les encourager, à déléguer la gestion centralisée des transports aux professionnels du transport sanitaire. Une telle délégation, outre le fait qu'elle éloigne l'hôpital du pilotage des transports, exclut de facto l'intervention des taxis pour les TAP.

Certains logiciels utilisés pour la gestion centralisée de transports, notamment à l'AP-HP, ne respectent pas au demeurant les règles du tour de rôle, en faisant appel aux entreprises de transport avec la même fréquence quelle que soit leur taille, ce qui avantage les petites structures.

Les transports à la charge des établissements hospitaliers

Certains transports de patients sont à la charge des hôpitaux, sur leur budget propre, notamment lorsqu'il s'agit de transferts intra-hospitaliers[300]. Le montant des dépenses correspondantes n'est pas connu au niveau national. Néanmoins, l'extrapolation réalisée à partir des informations relatives à l'AP-HP montre que ces transports représenteraient un montant de l'ordre de 0,2 Md€.

La politique actuelle de regroupement des établissements hospitaliers conduit à une augmentation de ces transports : un transport entre deux sites est considéré, avant regroupement, comme un transfert inter-hospitalier, a priori à la charge de l'assurance maladie et devient, après regroupement, un transfert intra-hospitalier, donc à la charge de l'hôpital.

Les travaux de la Cour sur les transferts intra-hospitaliers ont concerné essentiellement l'AP-HP et les constats réalisés ne sauraient être généralisés. Ceux-ci mettent néanmoins en évidence des points sur lesquels une attention particulière doit être apportée par les autres établissements :

- pour les transports dont elle a la charge, l'AP-HP a passé plusieurs marchés avec des transporteurs sanitaires pour les transports intra-hospitaliers en ambulance et en VSL. Les capacités en VSL des transporteurs choisis par l'AP-HP étant insuffisantes, les TAP ne sont pas réalisés dans les délais satisfaisants. Pour assurer une gestion fluide des

300. Ainsi que certains transports dits secondaires (transports entre deux structures hospitalières ne faisant pas partie du même groupe hospitalier).

transferts, les services de soins font appel, dans quasiment dans tous les cas, aux ambulances, même lorsqu'un TAP suffit ;

- les modalités de liquidation des factures de transport par l'hôpital ne permettent pas d'avoir une assurance suffisante de la réalité de la prestation et du montant facturé ;

- la diversité des règles de prise en charge des transports fait que les services de soins sont, pour certains transports, dans l'incapacité de déterminer si ceux-ci doivent être pris en charge par l'assurance maladie ou par l'hôpital.

Des améliorations peuvent cependant être attendues dans un proche avenir grâce à l'étude lancée en 2011 par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux relative à l'amélioration des transports sanitaires.

Malgré leur caractère tardif et limité, les efforts de maîtrise de la prescription ont sans nul doute contribué à l'infléchissement récent constaté dans la progression des dépenses de transport, mais ils ne peuvent permettre sa régulation durable que si dans le même temps les actions sur l'offre de transports se renforcent notablement.

III - Une offre de transports très mal maîtrisée et mal organisée

Les transports de patients sont effectués par des opérateurs relevant de deux catégories :

- les transporteurs sanitaires, pour les prestations de transports en ambulance (avec 13 745 véhicules en 2011) et de TAP (avec 14 510 VSL). Ils sont régis par le code de la santé publique et, pour ce qui concerne les conditions de prise en charge par l'assurance maladie, par celui de la sécurité sociale et par la convention liant les organisations professionnelles nationales et la CNAMTS, la CCMSA et le RSI ;
- les taxis, qui, avec 34 382 véhicules conventionnés par l'assurance maladie, ne proposent que des prestations de TAP. Ils sont régis par le code des transports et, concernant la prise en charge par l'assurance maladie, par des conventions individuelles, établies avec les caisses locales selon un modèle national décliné au niveau de chaque département.

Le contingentement de l'offre constitue l'outil premier de la maîtrise de la dépense. Mais les dispositifs mis en place à cet effet sont inefficaces.

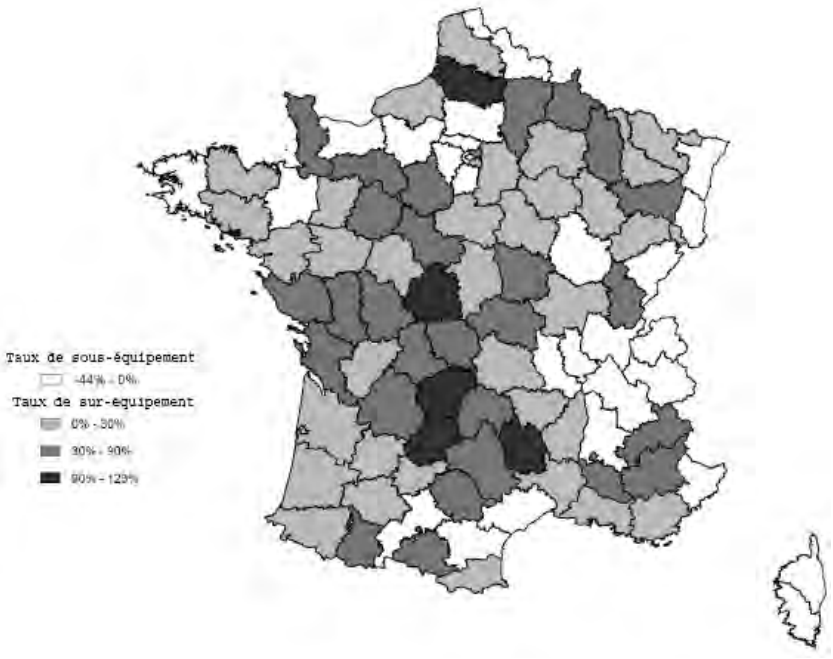
A – Un sur-équipement considérable en véhicules sanitaires

Le plafond limitant le parc d'ambulances et de VSL

Pour limiter le parc de véhicules utilisés pour le transport des patients, une disposition règlementaire a été introduite en 1995. Celle-ci permet de fixer un plafond global (ambulances et VSL) par département en fonction de ses caractéristiques (population totale résidant dans les communes des moins de 10 000 habitants et population totale résidant dans les communes de plus de 10 000 habitants), pouvant être modulé de plus ou moins 10 %. Ainsi, les départements ruraux, pour lesquels les patients sont transportés sur des plus longues distances, peuvent disposer, à population égale, d'un parc plus important[301].

Ce plafond n'est pas respecté pour plus des deux tiers des départements, qui représentent plus de la moitié de la population. Le dépassement moyen est de 12 % et, en se limitant aux seuls départements en dépassement, de 30 %. La représentation suivante montre la distribution des départements en fonction de leur positionnement

Situation des départements en fonction de leur position par rapport au plafond[302] du parc ambulances et VSL



Source : Cour des comptes d'après données CNAMTS

301. Par construction, le plafond est toujours compris entre 0,18 véhicules pour 1 000 habitants (pour un département constitué uniquement de communes de plus de 10 000 habitants avec la minoration de 10 %) et 5,5 (pour un département constitué uniquement de communes de moins de 10 000 habitants avec la majoration de 10 %).
302. Dans les calculs faits par la Cour, le plafond a été majoré et donc le dépassement minoré, dans la mesure où la modulation de +10 % a été systématiquement appliquée.

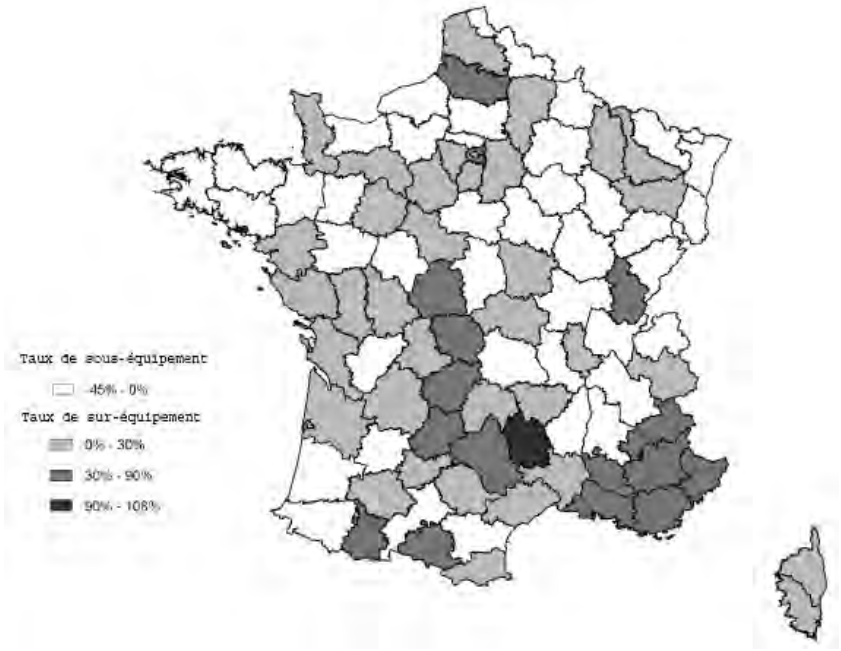
En se limitant aux départements les plus peuplés, ceux présentant un taux de dépassement élevé et donc un sur-équipement, sont les départements de la Somme (dépassement de 123 %), de la Réunion (100 %), de l'Aisne (65 %) et de Seine-St-Denis (54 %). A l'inverse, les départements dont le parc se situe le plus en dessous du plafond sont le Finistère (-44 %), l'Ain (-36 %), le Haut-Rhin (-28 %) et l'Indre-et-Loire (-26 %).

Ces dépassements sont notamment dus à l'importance du parc d'ambulances. Il n'existe certes pas de plafond spécifique aux ambulances puisque le plafond départemental de véhicules sanitaires est global pour les ambulances et les VSL.

Néanmoins, pour identifier les départements présentant une surcapacité de transport en ambulance, on peut considérer que, si un plafond existait, il devrait être équitablement réparti, pour chaque département, entre les VSL et les ambulances dans la mesure où, au niveau national, le nombre de VSL (14 510) est très proche de celui des ambulances (13 745).

En prenant cette hypothèse, la carte suivante présente la distribution des départements en fonction de leur sous ou sur-équipement en ambulances.

Situation des départements en fonction de leur taux de sous-équipement ou sur-équipement en ambulances



Source : Cour des comptes d'après données CNAMTS

En ne s'intéressant qu'aux départements les plus peuplés, ceux qui présentent un taux de dépassement élevé et donc un sur-équipement, sont la Réunion (+148 %), le Val-de-Marne (+108 %), la Seine-St-Denis (+74 %), les Alpes-Maritimes (+72 %), la Somme (+69 %) et les Bouches-du-Rhône (+66 %).

La transformation d'un VSL en ambulance n'étant soumise à aucune demande d'autorisation, les transporteurs jouent de cette possibilité pour augmenter leur parc d'ambulances en diminuant le nombre de VSL. Ils continuent alors à assurer les transports assis en s'équipant de taxis pour lesquels les règles de contingentement sont, en zone rurale, peu contraignantes.

Les transporteurs sanitaires peuvent aussi céder, avec les véhicules, les autorisations de mises en service correspondantes[303], même lorsque le parc de véhicules sanitaires du département est excédentaire.

Si la mise en œuvre de ces deux dispositions avait été conditionnée au non-dépassement du plafond, les sur-équipements en ambulances auraient certainement pu être mieux maîtrisés.

B – Des règles de contingentement des véhicules de transports assis faciles à contourner

Les TAP sont assurés à 60 % (en montant) par les taxis et à 40 % par les VSL, ces deux parcs étant soumis à des règles de contingentement différentes.

Depuis 2008, pour être conventionné par l'assurance maladie, un taxi doit avoir été exploité de façon effective et continue depuis plus de deux ans. Cette disposition n'a eu qu'un effet tout relatif, puisqu'entre le 31 décembre 2008 et le 30 septembre 2011, soit en moins de trois ans, le parc de taxis conventionnés a augmenté de 18 %.

Les VSL sont soumis à une autre règle, puisque les autorisations de mise en service de VSL sont données aux entreprises de transport sanitaire tant que le plafond départemental, pour lequel il n'est pas fait de distinction entre les VSL et les ambulances, n'est pas atteint.

Le parc de VSL est en légère diminution (-0,5 % entre 2009 et 2011). En effet, les entreprises de transport sanitaire transforment leurs autorisations relatives aux VSL en autorisations de mise en service d'ambulances, cette transformation étant possible dès lors que

303. Dans le département des Bouches-du-Rhône, la cession d'une autorisation de mise en service d'une ambulance se négocie pour un montant de 250 000 €.

l'autorisation est accordée depuis plus d'un an. En zone rurale, les entreprises de transport sanitaire, qui exploitent aussi très souvent des taxis[304], substituent alors, pour continuer à assurer les transports assis, les taxis aux VSL.

Du fait de ce contournement, l'offre de TAP se développe ainsi continûment : le parc cumulé de taxis et de VSL a augmenté de 6,2 % entre 2009 et 2011. Dans certains départements, tels la Manche, le parc de véhicules destinés aux TAP et celui des ambulances ont même cru simultanément[305], alors même que le plafond départemental de véhicules sanitaires était déjà dépassé de plus de 40 %.

C – Une garde ambulancière à réformer

Deux services publics ont pour mission les secours et soins d'urgence à la population : les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)[306]. Lorsqu'un appel téléphonique relatif à l'aide médicale d'urgence adressé au centre 15 (SAMU) ou au SDIS ne nécessite pas l'engagement de moyens du service médical d'urgence et de réanimation (SMUR) ou du SDIS, il est traité par le SAMU. Celui-ci peut alors demander l'intervention d'une entreprise de transport sanitaire pour effectuer un transport non médicalisé par ambulance vers un établissement de soins. Il s'agit alors d'un transport urgent pré-hospitalier.

304. Par exemple, dans la Manche, 39 entreprises de transport sanitaire sur 46 exploitent aussi des taxis, dans l'Aube 23 sur 30 et dans le Calvados, 16 sur 40.

305. Le nombre d'ambulances autorisées est passé de 136 à 145 et le nombre cumulé de taxis et de VSL (TAP) de 471 à 473.

306. Les services départementaux d'incendie et de secours ont fait l'objet d'un rapport public thématique de la Cour en décembre 2011.

La garde ambulancière

Pour répondre aux demandes formulées par le SAMU le samedi, le dimanche et la nuit, la LFSS pour 2003 a créé un dispositif de garde ambulancière. Chaque département a été divisé en secteurs (en général six à huit) et l'agence régionale de santé (ARS) affecte, par période de garde, à un secteur une entreprise qui doit être prête à faire intervenir une ambulance à la demande du SAMU. L'entreprise de garde perçoit, par période de 12h00, une indemnité de 346 €. En contrepartie, un abattement de 60 % sur le tarif conventionnel[307], hors suppléments, est appliqué sur les transports réalisés dans le cadre de la garde.

Lorsque le SAMU ne réussit pas à mobiliser l'ambulance de garde (ou dans la journée, une ambulance disponible), il fait appel au SDIS pour assurer le transport du patient. Il s'agit alors d'une carence ambulancière, qui fait l'objet d'une indemnisation du SDIS par l'hôpital siège du SAMU, d'un montant fixé en général à 105 € par intervention.

Le coût total, pour l'assurance maladie, du dispositif de transport urgent pré-hospitalier s'est élevé en 2010 au total à 260 M€.

Coût des transports d'urgence pré-hospitaliers en 2010

	Nombre	Montant (M€)
Transports effectués par les transporteurs sanitaires	1 314 583	97,7
Transports hors période de garde	*664 513*	*63,9*
Transport en période de garde	*650 070*	*33,7*[308]
Gardes	421 162	145,7
Carences ambulancières	160 998	16,9
Total	**-**	**260,3**

Source : CNAMTS et DGOS – retraitements Cour

L'avenant à la convention nationale liant l'assurance maladie aux organisations professionnelles de transporteurs conclue en 2003 prévoyait que le dispositif soit évalué en 2003. Cette évaluation a été régulièrement reportée.[309] L'avenant de mars 2008 ne prévoit plus d'évaluation mais renvoie les améliorations du dispositif de garde à la « future convention », sans précision sur cette échéance[310].

307. Par rapport à un transport de jour prescrit par un médecin, un transport urgent pendant la période de garde donne lieu à une majoration de nuit (+75 %) ou de fin de semaine (+50 %) et à un supplément pour urgence (21,67 €).

308 . L'abattement de 60 % sur les transports de garde est donc de 50,5 M€ (33,7 / 40x 60 M€).

309. Le rapport sur la rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre établi par M. Eyssartier en 2010 à la demande du ministre de la santé traite aussi des transports urgents pré-hospitaliers, mais il ne peut être considéré comme une évaluation du dispositif.

310 . La convention a une durée de cinq ans et est renouvelable par tacite reconduction.

Si cette évaluation n'a pas été menée, les difficultés observées en matière de garde ambulancière ont conduit à ouvrir dans la loi de financement pour 2012 la possibilité d'expérimenter de nouvelles règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers. A ce stade, les modalités de ces expérimentations n'ont pas encore été définies et celles-ci ne devraient de ce fait être engagées qu'à compter de 2013.

A l'occasion de son enquête, la Cour a constaté que l'organisation et la tarification du dispositif de transports d'urgence pré-hospitalière souffraient de deux défauts majeurs.

Le premier porte sur l'abattement de 60 % sur les tarifs de transport. Dès lors que le nombre d'interventions pendant une période de garde dépasse deux ou trois, la marge de l'entreprise de transport devient négative, ce qui ne l'incite pas à répondre aux demandes du SAMU et génère des carences ambulancières.

Le second défaut est que le nombre d'interventions est très variable d'un secteur de garde à l'autre. Ainsi, par exemple, dans certains départements[311], il n'est fait appel, en moyenne, à l'ambulance de garde qu'à peine plus d'une fois par semaine. Le coût moyen d'un transport pour ces départements peut alors devenir prohibitif et dépasser les 1 600 €. Il serait alors plus économique de supprimer la garde ambulancière pour les secteurs donnant lieu à un faible nombre d'interventions et de faire appel en cas de besoin aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), qui, en tout état de cause, doivent prévoir un dispositif d'astreinte.

La refonte du système de garde, d'une part, en supprimant l'indemnité de garde et l'abattement de 60 % et, d'autre part, en remplaçant l'obligation de garde pour les secteurs où la sollicitation de l'ambulance de garde est peu fréquente par un recours au SDIS, permettrait une économie nette de l'ordre de 95 M€[312].

311. Corse-du-Sud, Loire-Atlantique, Lozère.

312. Montant correspondant à la suppression de l'indemnité de garde (145,7 M€) diminué du surcoût résultant de la suppression de l'abattement sur les transports de garde (50,5 M€). Dans les secteurs où les interventions sont peu fréquentes, les transports confiés aux SDIS du fait de la suppression de la garde ambulancière sont valorisés comme les transports confiés aux ambulanciers, c'est-à-dire à 129,60 € en moyenne.

IV - Un pilotage et des contrôles insuffisants

A – Un pilotage déficient

1 – Pour les taxis, une relation ténue avec l'assurance maladie

Sauf pour certaines situations particulières, les autorisations de stationnement, nécessaires pour exploiter un taxi, sont données par les maires, qui ne sont pas liés par l'avis consultatif donné par une commission départementale. C'est le cas notamment dans les communes de moins de 20 000 habitants. Ainsi, même si les caisses locales d'assurance maladie sont souvent représentées au sein de ces commissions, les autorisations sont accordées sans prendre réellement en compte la demande en matière de transport de patients, alors que ces transports représentent, en moyenne, la moitié de l'activité des taxis[313].

En ce qui concerne les relations avec l'assurance maladie, le seul lien de celle-ci avec les taxis consiste en une convention individuelle déclinée de manière très diverse selon les caisses à partir d'un modèle national arrêté par le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Par ailleurs, il n'existe aucune statistique fiable sur ce secteur d'activité, tant en matière d'importance du parc que de chiffre d'affaires, seule l'assurance maladie disposant d'informations, qui ne sont au demeurant que partielles. Elles ne portent en effet que sur une partie du parc (les taxis conventionnés) et de l'activité de ces derniers (le transport de patients).

2 – Des principes de tarification différents

Les transports de patients font l'objet de deux tarifs distincts : d'une part celui s'appliquant aux entreprises de transport sanitaire (ambulances et VSL) et d'autre part celui des taxis.

Le tarif des ambulances et des VSL est prévu par la convention nationale entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles

313. A titre d'exemple, en se limitant aux transports remboursés par le régime général et sans prendre en compte les SLM, le chiffre d'affaires annuel moyen par taxi conventionné généré par les transports de patients était supérieur, en 2009, à 30 000 € dans 18 départements (Orne, Moselle, Aube, Drôme, Haute-Marne, Val-d'Oise, Isère, Indre, Jura, Alpes-de-Haute-Provence, Haute-Saône, Loiret, Ain, Pyrénées-Orientales, Haute-Savoie, Vaucluse, Gard, Var).

de transport sanitaire, établie en 2002 puis modifiée ensuite par voie d'avenant. Le montant d'un transport est constitué d'une prise en charge (dépendant, pour les VSL, du département et pour les ambulances, du fait que le transport ait lieu en agglomération ou non), d'un tarif kilométrique, de majorations (nuit ou week-end) et de suppléments (transports à l'initiative du SAMU, transports de prématurés…). Les tarifs ont été régulièrement revalorisés depuis 10 ans, avec au total, pour les cas types étudiés par la Cour, des augmentations entre 2003 et 2013[314] de 22 à 24 % pour les ambulances et de 48 à 61 % pour les VSL.

Les principes de tarification des taxis sont différents. Le montant facturé est établi à partir du tarif préfectoral des taxis amendé de règles particulières (il s'agit en général de remises sur le tarif) négociées au niveau départemental avec l'assurance maladie et formalisées dans la convention liant le taxi et la caisse locale. Ainsi, le montant facturé à l'assurance maladie par les taxis est constitué, comme le tarif public :

- d'une prise en charge ;
- du montant de l'approche, qui est la distance parcourue entre le lieu où était le taxi lorsqu'il a été appelé et le lieu de chargement à laquelle est appliqué le tarif kilométrique ;
- du montant du trajet proprement dit, de la distance parcourue entre le lieu de prise en charge et le lieu de destination à laquelle est appliqué le tarif kilométrique, le cas échéant majoré du montant correspondant au temps d'attente ou de marche lente.

Si les caisses d'assurance maladie peuvent vérifier la prise en charge et la facturation de la distance parcourue entre le lieu de chargement et la destination, aucun contrôle ne peut être effectué sur la facturation de l'approche et du temps d'attente ou de marche lente. Ceci a conduit quelques caisses à introduire des limitations sur ces éléments.

Le tarif kilométrique utilisé pose aussi des difficultés : en général, le taxi peut choisir, lorsque le transport est composé d'un trajet aller et d'un trajet retour, par exemple en cas d'examen à réaliser à l'hôpital, entre d'une part, deux trajets avec retour à vide et, d'autre part, un aller-retour avec facturation du temps d'attente. Les conventions ne traitent que rarement ce point. Elles permettent donc aux taxis d'optimiser leur facturation, aux dépens de l'assurance maladie.

314. C'est-à-dire en prenant en compte les deux modifications tarifaires (l'une au 1er avril 2012 et l'autre au 1er février 2013) prévues par l'avenant 6 à la convention signé en juillet 2011.

Enfin, une part importante d'entreprises de transport sanitaire exploite à la fois des taxis et des VSL. Elles ont donc la capacité de choisir, en fonction des caractéristiques du transport, le véhicule permettant d'optimiser leur facturation alors que les prestations sont strictement identiques, sauf en ce qui concerne les signes distinctifs des véhicules utilisés.

Ainsi, au final, en 2010, le montant moyen d'un trajet en taxi est de 31 € pour les VSL et de 48 € pour les taxis.

3 – Un pilotage local mal partagé entre les ARS et les CPAM

Pour fonctionner une entreprise de transports sanitaires à besoin d'être agréée par l'ARS et conventionnée par la caisse locale d'assurance maladie.

C'est le directeur général de l'ARS qui agrée les entreprises de transport sanitaire, après avoir vérifié l'existence des véhicules et de leurs équipages ainsi que la conformité par rapport à la réglementation et accorde les autorisations de mise en service des véhicules (ambulances et VSL), en fonction de l'importance du parc par rapport au plafond défini par la réglementation. Les services de l'ARS effectuent aussi des contrôles programmés ou inopinés. En cas de non-respect de la réglementation, le directeur général peut prononcer des sanctions, qui vont jusqu'au retrait définitif d'agrément.

Avant de prendre une décision relative aux transports sanitaires, il est tenu de consulter le sous-comité des transports sanitaires, constitué au niveau départemental, coprésidé par le préfet du département et comprenant notamment les représentants des organisations professionnelles des transporteurs sanitaires. Mais, de droit, aucun représentant des caisses locales d'assurance maladie n'y participe, alors que ces dernières sont les interlocuteurs au quotidien des entreprises, notamment en matière de facturation.

C'est un autre cadre qui définit les relations entre les transporteurs sanitaires et les caisses d'assurance maladie (tarifs applicables, modalités de remboursement des frais de transport…) : chacun des transporteurs adhère, auprès de la CPAM, à la convention nationale établie entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles. Les directeurs des caisses locales peuvent aussi, après consultation d'une commission départementale à laquelle participent les représentants des organisations professionnelles, prononcer des sanctions pouvant aller jusqu'au déconventionnement. Mais si le retrait d'agrément d'un transporteur entraîne automatiquement son déconventionnement, l'inverse n'est pas vrai. Ainsi, une entreprise déconventionnée peut changer de raison sociale

et de gérant et reprendre une activité avec un autre agrément, ce qui réduit fortement les conséquences de la sanction prise par la CPAM.

Enfin, l'administration centrale n'élabore pas de statistiques nationales et les ARS n'ont pas constitué de répertoire national des agréments et des véhicules de transport sanitaire. C'est l'assurance maladie, à des fins de gestion de la facturation, qui a mis en place un tel répertoire, le référentiel national des transports (RNT), accessible par les caisses au moyen d'une application informatique. Mais les ARS n'ont pas accès à ce répertoire, bien qu'elles soient à l'origine d'une part importante des informations contenues dans celui-ci.

4 – La question du libre choix du transporteur

L'article L. 1110-8 du code de la santé publique pose le principe du libre choix, par le patient, de son praticien. Les transporteurs sanitaires ou les taxis ne répondant pas à la définition du praticien, le principe législatif du libre choix ne s'applique donc pas en la matière. Si l'article R. 6312-16 du même code mentionne le libre choix en matière de transport, cette disposition règlementaire, située dans la partie relative aux obligations des transporteurs sanitaires, porte en réalité sur le libre choix par le patient du praticien ou de l'établissement de soins auprès duquel il doit être transporté et non de l'entreprise de transport elle-même.

En définitive, le principe de libre choix du transporteur par l'assuré n'est prévu que par la convention nationale de 2002 liant l'assurance maladie et les organisations professionnelles de transporteurs sanitaires. Mais cette disposition conventionnelle n'est pas compatible avec l'obligation législative du recours au moyen de transport le moins onéreux[315]. En effet, le libre choix permet au patient de refuser un transport partagé (transport simultané de plusieurs patients dans le même véhicule), dont le coût par patient transporté est inférieur à un transport isolé, ou à préférer un transport en taxi à un transport en VSL, ou réciproquement, même si le coût du mode de transport choisi est supérieur à celui qui n'a pas été retenu. Ainsi, la mise en œuvre du libre choix, auquel tous les transporteurs sont d'ailleurs très attachés, peut entraîner des surcoûts pour l'assurance maladie.

Dans les faits les CPAM procèdent au remboursement des factures de transport sans vérifier que le mode de transport utilisé (taxi ou VSL, transport isolé ou partagé) est le moins onéreux et l'impact financier du non-respect de la disposition législative n'a fait l'objet, jusqu'à présent, d'aucune évaluation.

315. Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

B – Une facturation mal contrôlée

Les transporteurs sanitaires et les taxis offrent très largement aux patients la possibilité d'utiliser le tiers payant et transmettent pour paiement aux caisses locales d'assurance maladie leurs factures, sous forme électronique pour plus de 90 % d'entre elles.

Mais ils n'ont pas la possibilité de lire les cartes Vitale des assurés : de ce fait, lorsque le transport ne peut être remboursé en raison de la situation administrative de l'assuré (bénéficiaire non connu de l'assurance maladie ou non considéré en ALD), le transporteur ne peut être réglé par l'assurance maladie et doit se retourner, souvent en vain, contre le patient pour obtenir le paiement du transport effectué.

Par ailleurs les pièces justificatives, c'est-à-dire les factures sous forme papier et les prescriptions de transports, doivent être envoyées aux caisses locales d'assurance maladie, parallèlement aux factures télétransmises. Mais ce n'est que très rarement que les caisses s'assurent de la présence, pour chacune des factures, des pièces justificatives et encore moins de leur conformité aux éléments facturés, les seuls contrôles avant paiement des factures étant effectués par le logiciel sur la facture électronique, sans d'ailleurs porter sur tous les éléments pertinents.

Ainsi, les vérifications suivantes, pourtant indispensables, ne sont en général pas effectuées :

- l'absence de modification de la prescription médicale de transport ;
- la distance facturée par rapport aux lieux de départ et d'arrivée. Ce contrôle n'est pas effectué pour les taxis et ne l'est, pour les transports en ambulance et VSL, que dans moins de la moitié des CPAM dans le champ de l'enquête ;
- la bonne application du tarif pour les taxis ;
- la conformité du moyen de transport facturé avec celui prescrit ;
- l'existence d'un accord préalable lorsqu'un tel accord est nécessaire.

L'absence de ces contrôles conduit immanquablement l'assurance maladie à procéder à des paiements indus. Dans le cadre des travaux nécessaires à la certification de ses comptes et à la demande de la Cour, la CNAMTS a mis en place un indicateur mesurant, par catégorie de professionnels de santé, le niveau des paiements indus qui auraient pu être évités par un contrôle adéquat des factures avant paiement. Pour les transports en 2010, ce niveau est de 5,5 %[316]. Il est deux fois supérieur au

316. Ce taux correspond aux erreurs de facturation de pièces justificatives non conformes (prescriptions, factures papier) et à l'absence de pièces justificatives.

niveau moyen d'erreur mesuré pour les autres professionnels de santé et correspond, pour le seul régime général, sans tenir compte des sections locales mutualistes, à un montant payé indûment de 130 M€.

Même si certaines de ces erreurs résultent de pièces justificatives non conformes (ou absentes), par exemple du fait de l'absence de signature sur la facture papier et peuvent être corrigées sans avoir, in fine, de conséquences financières, le taux d'erreur mesuré est très probablement supérieur. En effet, dans le département des Bouches-du-Rhône, le taux d'indus retenu en 2010 pour le calcul de l'indicateur national est de 0,4 %, alors que le taux mesuré à partir d'un échantillon plus étendu[317] est de l'ordre de 16 %. Le montant d'indus de 130 M€ doit être ainsi considéré comme un minimum.

La CNAMTS a prévu de remplacer à brève échéance le système informatique de gestion et de vérification des factures de transport. Une des améliorations attendues porte sur le renforcement des contrôles effectués et devrait conduire à une diminution des indus. Mais ce nouveau système ne permettra pas d'améliorer de façon significative le contrôle des factures des taxis, dans la mesure où de nombreux éléments facturés ne peuvent donner lieu à un réel contrôle (cf. ci-dessus), sauf à faire évoluer de façon radicale la structure du tarif.

C – Une priorité à donner à la lutte contre les abus et les fraudes

Comme pour d'autres catégories de dépenses de l'assurance maladie, les transports font l'objet, depuis 2007, de plans de lutte anti-fraude définis au niveau national et mis en œuvre par les CPAM.

Ces plans reposent sur l'identification, au moyen de requêtes informatiques, d'entreprises pour lesquels les transports facturés présentent des atypies (en nombre de trajets par bénéficiaire, en nombre moyen de trajets par véhicule…), auxquelles sont ajoutées celles pour lesquelles les CPAM ont des suspicions. Les factures de ces entreprises font ensuite l'objet, a posteriori, de vérifications approfondies. Le bilan des suites des contrôles réalisés est donné par le tableau suivant.

317. Cet échantillon a été choisi, comme celui pour l'indicateur calculé pour la CNAMTS afin d'évaluer le niveau des erreurs de liquidation, de façon aléatoire.

Bilans des suites données aux contrôles contre les abus et les fraudes (2006 à juin 2012)

	Nombre	Montant (K€)
Notification d'indus (nombre et montant notifié)	3 013	17 004
Application de pénalités financières (nombre de dossiers et montant des pénalités)	119	421
Transactions (nombre et montant de la transaction)	156	3 539
Actions civiles (nombre et montant réclamé par les CPAM)	19	538
Poursuites pénales (nombre et montant réclamé par les CPAM)	458	26 744
Procédures conventionnelles (nombre d'avertissements ou de déconventionnements)	241	-

Source : CNAMTS – Bilan au 4 juillet 2012

Ce bilan ne quantifie que la fraude et les abus détectés (de l'ordre de 50 M€), mais ne peut donner une mesure objective du niveau réel de fraude.

Il apparaît très sous-évalué par rapport à certains constats locaux faits par la Cour lors de son enquête. Ainsi, par exemple, lors la mise en œuvre du premier plan de contrôle national, seules les factures des transports réalisés au cours du mois d'octobre 2007, pour les entreprises identifiées, ont fait l'objet d'investigations de la part de la CPAM du Val-d'Oise et sont donc prises en compte dans le bilan national (cf. encadré). Pour cette seule CPAM, l'extension du contrôle à la totalité de l'année 2007 aurait conduit à augmenter le montant total du bilan élaboré au niveau national pour la période allant de 2006 à juin 2012 de 5 M€, soit de plus de 10 %.

La lutte contre la fraude dans le département du Val-d'Oise

La CPAM du Val-d'Oise, lors de la mise en œuvre du premier plan national relatif aux transports élaboré par la CNAMTS, a détecté, en contrôlant 2 023 factures de 19 transporteurs (13 sociétés d'ambulances dont sept identifiées par la requête de la CNAMTS et six artisans taxis tous sélectionnés par la CNAMTS) sur un mois de facturation (octobre 2007), un montant de préjudice total de 421 494 €[318]. Bien que ce préjudice soit particulièrement élevé, puisqu'il représente 13 % des

318. Pour les cas les plus graves, la CPAM a saisi les tribunaux répressifs. Ainsi, en 2012, un ambulancier du département a été condamné à 15 mois d'emprisonnement avec sursis et l'obligation de régler l'entier préjudice, soit 255 424 €.

dépenses de transport de la CPAM pour la période contrôlée, il n'a pas donné lieu à des investigations sur une période plus étendue.

Par ailleurs le bilan national montre qu'une part importante des actions de contrôle ne donne lieu qu'à une récupération d'indus, sans aucune pénalité. Pour les entreprises concernées, les contrôles n'ont alors aucun caractère dissuasif. A titre d'exemple, pour les taxis, un indu de 3 000 € sur six mois (soit plus de 10 % du chiffre d'affaires total moyen), ne donne lieu qu'à récupération de l'indu sans aucune pénalité.

L'absence de sanction dans les Bouches-du-Rhône

La CPAM des Bouches-du-Rhône a effectué a posteriori, sur des transports facturés en 2009, des contrôles de vraisemblance (véhicule présent simultanément dans deux lieux différents, chauffeur assurant deux transports avec des horaires incompatibles, durée et distance d'un trajet incompatibles, abattement pour transports simultanés non appliqué, double facturation) qui n'ont donné lieu qu'à la récupération d'indus. Ainsi, deux transporteurs, pour lesquels les montants des indus détectés s'élèvent respectivement à 18 900 et 15 007 €, n'ont donné lieu, en plus de la récupération des montants payés indûment, pour l'un qu'à un entretien avec le gérant et pour l'autre qu'à l'envoi d'une lettre de mise en garde.

Enfin, seules certaines caisses locales procèdent à des contrôles sur place en plus de ces contrôles a posteriori de factures. Les contrôles, réalisés à l'entrée des établissements de soins ou sur la voie publique avec les forces de l'ordre, constituent pourtant le seul moyen de s'assurer de la réalité des prestations facturées et de l'existence, lors de la réalisation du transport, d'une prescription de transport en bonne et due forme.

CONCLUSION

Les transports constituent une prestation sans doute de plus en plus indispensable au bon fonctionnement du système de soins du fait du vieillissement de la population, de l'évolution des pathologies, de la diversification des modes de prise en charge médicale et de l'accélération de la réorganisation de l'offre de soins. Mais les règles qui les régissent, ou l'application qui en est faite, font qu'une partie très notable de ces dépenses pourrait être évitée sans fragiliser aucunement l'accès aux soins.

Dans ce contexte et compte tenu de l'importance des enjeux financiers, une action plus ferme sur la prescription, une redéfinition plus stricte de certaines modalités de prise en charge, un contingentement global de l'offre mieux construit, un contrôle et une lutte contre les abus et les fraudes plus décidés, un pilotage mieux partagé et plus volontaire sont désormais indispensables. Ainsi le non-respect du référentiel de

prescription induit des dépenses supplémentaires de l'ordre de 220 M€ et la réforme du système de garde ambulancière pourrait permettre d'économiser près de 100 M€. Si l'on ajoute à ces deux postes un meilleur contrôle de la liquidation des factures, notamment en matière de kilométrages facturés, pouvant générer 120 M€ d'économies, les dépenses de transport sanitaire évitables seraient au minimum de 450 M€ par an, au regard d'une dépense totale de quelque 3,5 Md€ en 2010.

RECOMMANDATIONS

38. Procéder sans délai, dans chaque département, sous la responsabilité de l'ARS, à partir notamment des données de l'assurance maladie, à une analyse de la demande et de l'offre en matière de transport sanitaire pour définir un plan d'action avec des objectifs chiffrés de diminution des dépenses.

39. Renforcer la coordination entre les ARS et les caisses d'assurance maladie en matière d'agrément, de conventionnement et de contrôle des entreprises de transport sanitaire et de taxis.

40. Instaurer un double plafond départemental pour l'offre de transport, d'une part pour les ambulances et d'autre part globalement pour les VSL et les taxis conventionnés.

41. Définir, pour les VSL et les taxis, une tarification commune et contrôlable et réduire le taux de paiements indus en vérifiant de manière efficace les factures.

42. Systématiser la lutte contre la fraude et revoir le barème des pénalités en cas de facturation abusive ou frauduleuse pour les rendre dissuasives.

43. Revoir les conditions dans lesquelles les demandes d'accord préalable sont nécessaires, réactiver la règle de l'établissement le plus proche, y compris pour les traitements de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie et faire contrôler le respect du référentiel de prescription par le service médical de l'assurance maladie.

44. Envisager le transfert sur le budget des hôpitaux de la dépense de transports qu'ils initient pour mettre sous contrainte d'enveloppe la prescription, l'organisation et la gestion en termes de commande publique de cette dépense.

45. Procéder à une évaluation approfondie du système de garde ambulancière pour en revoir l'organisation.

Chapitre XII

Les activités de soins de suite et de réadaptation

PRESENTATION

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour objet[319] *de « prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ». Dispensés en général au sortir d'une hospitalisation de court séjour dans un service de chirurgie ou de médecine, ils consistent en des actes de rééducation, de réadaptation à la vie quotidienne ou de surveillance médicale de la convalescence destinés à permettre aux patients de regagner dès que possible leur domicile ou d'être admis dans un établissement médico-social si leur situation le nécessite.*

Ce secteur de l'offre hospitalière regroupe près de 1800 établissements qui comptent 106 000 lits et places et accueillent chaque année, en hospitalisation complète ou partielle, un peu plus de 900 000 patients (36 millions de journées en 2010 pour une durée moyenne d'un mois environ).

La Cour avait précédemment relevé[320] *le caractère méconnu de ces activités dont le développement était à la fois nécessaire et insuffisamment structuré. Depuis lors, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement ont été réformées et ce secteur a connu une expansion rapide. La dépense d'assurance maladie qui en résulte a crû de fait de près de 16 % entre 2007 et 2011. En 2012, son montant prévisionnel s'élève à 7,8 Md€, soit un peu plus de 10 % de l'enveloppe affectée à l'ensemble des établissements de santé ou encore un financement à peine inférieur à la contribution de l'assurance maladie aux établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées.*

Ce dynamisme a conduit les pouvoirs publics à annoncer une réforme du financement des SSR avec un passage à la tarification à l'activité (T2A).

Dans ce contexte, les juridictions financières ont consacré en 2011 une enquête spécifique à ce secteur, qui a porté sur les établissements privés aussi bien que publics car les premiers représentent un peu plus de la moitié de l'activité. A l'égard du secteur public, elle a été menée conjointement par la Cour et quatorze chambres régionales des comptes[321]

319. Art. R. 6123-18 du code de la santé publique.

320. RALFSS 2008 chapitre VII – L'accès en ligne aux dossiers médicaux.

321. Les CRC d'Aquitaine-Poitou-Charentes, Basse Normandie-Haute Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Limousin, Champagne-Ardenne-Lorraine, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais-Picardie, Pays de la Loire et Auvergne-Rhône-Alpes.

auprès d'une cinquantaine d'établissements[322] et des agences régionales de santé (ARS) qui en assurent la tutelle et ont la responsabilité de la planification et de l'organisation de l'offre de soins.

Il résulte de ces investigations le double constat d'une extrême hétérogénéité de ces activités en dépit de la réforme intervenue en 2008 pour mieux les spécifier et de leur très fort dynamisme, inégal cependant selon les catégories d'établissements (I). Ce rapide développement qui a fortement contrarié la maîtrise globale des dépenses d'assurance maladie n'a suscité que des réactions tardives des pouvoirs publics pour mieux réguler les capacités d'accueil et l'activité (II), alors même que restent encore à concevoir les voies et moyens d'un renforcement de l'efficience globale de ce secteur (III).

I - Une offre de soins hétérogène et dynamique

A – Une réponse à des besoins très divers

1 – La multiplicité des types de prise en charge

Le secteur des soins de suite et de réadaptation regroupe depuis 2008 deux ensembles auparavant distincts : celui qualifié naguère de « convalescence » et celui de la médecine physique et de réadaptation, dont la seule caractéristique commune était de supposer des hospitalisations relativement longues, d'où leur désignation traditionnelle comme « moyens séjours ».

Leur nouvelle dénomination unique continue à masquer une grande diversité de pratiques. En effet, l'hétérogénéité du secteur est en bonne part inhérente aux types de soins assurés. La plupart des patients sont admis à la suite d'une hospitalisation en médecine ou chirurgie (MCO) de court séjour ou en psychiatrie et en fonction de pathologies multiples : affections neuromusculaires, rhumato-orthopédie et affections post-traumatiques, qui génèrent la plus forte activité, mais aussi insuffisance respiratoire, maladies neuro-dégénératives, les cancers, états végétatifs chroniques, addictions… Plus de la moitié des séjours visent à des soins de rééducation.

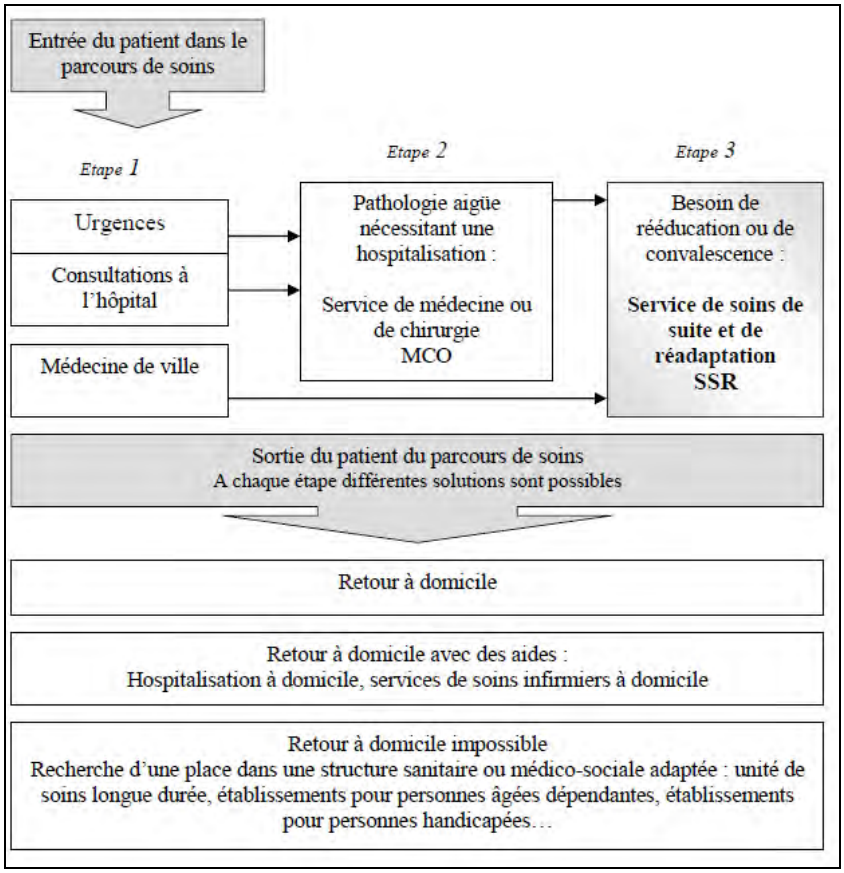
322 . Dont six établissements spécialisés en SSR et trois CHU. Le reste de l'échantillon est composé d'hôpitaux généraux dotés d'une activité de SSR. A l'égard du secteur privé la Cour a directement conduit une enquête auprès de responsables d'établissements et de groupes d'établissements en se fondant sur l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières qui l'habilite à cet effet.

La lourdeur et la complexité des prises en charge en SSR augmentent depuis quelques années, à cause du vieillissement de la population mais également du fait que les patients restent moins longtemps dans les services de médecine ou de chirurgie (la durée moyenne de séjour a diminué de 17 % entre 2001 et 2009 dans le secteur MCO).

Les SSR doivent ainsi rassembler -et souvent associer autour du même patient- de multiples compétences médicales et paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciennes…). L'activité doit de fait se comprendre moins en termes d'actes -comme dans le MCO- qu'en termes de séquences, qui sont souvent susceptibles de variantes. Elle n'est au demeurant que faiblement protocolisée et n'est que marginalement couverte par un référentiel de la Haute autorité de santé (HAS).

Un trait, cependant, est commun à l'ensemble des activités de SSR : elles sont dans une position d'intermédiaire, maillon certes indispensable au bon fonctionnement d'ensemble de la filière de soins mais aussi en situation de forte dépendance à l'égard d'autres institutions. Les entrées directes via la médecine de ville étant minoritaires, l'activité des établissements de SSR et une bonne part de leurs modalités de fonctionnement sont tributaires des prescriptions du secteur sanitaire en amont -c'est-à-dire de l'organisation et des optimisations, notamment de durée de séjour, propres au fonctionnement des services de court séjour- et des capacités d'accueil du secteur médico-social situé en aval. Comme le montre le schéma ci-dessous, le fonctionnement efficient des SSR dépend fondamentalement de la bonne articulation des secteurs sanitaires et médico-sociaux dans le parcours de soins du patient.

La place des SSR dans le parcours de soins des patients



Commentaire : Le schéma propose ici une version simplifiée du parcours de soins du patient. Des allers retours entre les différents services et établissements sont toujours possibles notamment en cas de dégradation de son état général.

Source : Cour des comptes

2 – L'ébauche de clarification de la réforme de 2008

Deux décrets du 17 avril 2008 ont cherché à réorganiser le secteur des SSR. Le premier a institué des normes minimales de fonctionnement (notamment les compétences pluridisciplinaires à réunir, l'adaptation des effectifs, l'accès à un plateau technique), inégalement précises cependant selon les orientations. Le deuxième a entendu structurer l'offre suivant une approche par discipline en distinguant neuf prises en charge spécialisées (par exemple affections du système nerveux ou cardio-vasculaires) en plus d'une catégorie de soins de suite polyvalents

indifférenciés. Chaque établissement a dû alors solliciter une autorisation d'exercice auprès de l'ARH-ARS au titre d'une ou plusieurs de ces catégories.

Ces deux textes ont participé d'un effort de médicalisation et de technicisation du secteur, même si la norme qu'ils portent n'est pas très exigeante pour la plus importante des catégories, la catégorie polyvalente.

La frontière entre cette dernière et la spécialisation de prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance n'a de fait guère été clarifiée, avec pour conséquence de nombreuses approximations dans l'orientation des patients. Comme le montre l'exemple de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), les SSR gériatriques peuvent devenir des structures d'accueil pour les pathologies les plus diverses.

L'accueil en SSR gériatriques à l'AP-HP

Selon une étude de l'AP-HP, 15 % de son activité en SSR pour personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance concernaient en 2008 des patients de moins de 75 ans, notamment faute de place dans les unités cancérologiques. Globalement, 40 % des prises en charge de ces unités gériatriques avaient certes un lien avec le vieillissement mais auraient nécessité un accueil en SSR spécialisé en cardiologie, en neurologie ou en orthopédie.

B – Un secteur composite

1 – Des statuts d'établissements différents et des profils divergents

Les établissements de soins de suite et de réadaptation relèvent de trois statuts juridiques : les établissements publics de santé (EPS), qui regroupent près de 40 % des capacités, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) qui en représentent un peu moins du tiers, les cliniques privées à but lucratif qui en rassemblent plus du quart.

L'offre et l'activité en SSR selon le statut de l'établissement

	EPS	ESPIC	CLINIQUES	TOTAL
Etablissements	872 48,5 %	479 26,7 %	446 24,8 %	1 797 100%
Lits et places	42 377 39,8 %	33 833 31,7 %	30 398 28,5 %	106 608 100%
Journées (en million)	15,1 41,4 %	10,8 29,4 %	10,7 29,2 %	36,7 100%

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)- Panorama des établissements de santé 2011.

Ces trois catégories n'ont pas les mêmes points forts, ni sur le plan géographique (les cliniques sont fortement représentées dans le midi, les ESPIC en Alsace, Lorraine et Bretagne) ni sur le plan thérapeutique. Les cliniques, notamment, ont des parts de marché approchant ou dépassant 40 % en rhumato-orthopédie, en affections post-traumatiques, en affections de l'appareil circulatoire. A l'inverse les EPS sont dominants pour les troubles mentaux et les affections du système nerveux. Les ESPIC ont une répartition plus égale de leur activité mais un poids important pour l'accueil des enfants et adolescents.

Le secteur public compte deux fois plus d'établissements que les cliniques mais ses établissements sont en moyenne plus petits (48 lits et places en moyenne contre 66) et moins spécialisés. La grande majorité des capacités publiques est située dans des établissements pratiquant aussi la médecine et la chirurgie et les admissions en SSR s'effectuent prioritairement par ce canal.

Les grands types de SSR publics

Au-delà des fortes différences de taille, les profils des EPS relèvent de quelques grands types divergents. Il faut d'une part distinguer, dans leur logique de fonctionnement, les établissements entièrement consacrés aux SSR et ceux qui appartiennent à des centres hospitaliers comportant du MCO. Les premiers sont en général des structures anciennes, souvent d'anciens sanatoriums reconvertis et leur localisation est parfois isolée. Leur taille moyenne est importante (près de 200 lits) mais diminuera si se confirme la perspective de conversion d'hôpitaux locaux en SSR.

Les SSR intégrés à des hôpitaux généraux sont majoritaires mais de capacités très inégales, certains atteignant à peine 10 lits (par exemple Montreuil-sous-Bois jusqu'en 2011 ; à l'inverse, le CHD de Vendée compte 206 lits et places ; l'AP-HP en compte 4 600 sur de multiples

sites). L'essentiel de leur patientèle leur est adressé par les services de court séjour de l'hôpital et ils appartiennent souvent à une filière locale assez complète allant du court séjour gériatrique à l'accueil médico-social.

Dans de nombreux cas, la taille du SSR voire son existence même sont le produit d'une reconversion récente de lits de MCO, soit parce qu'il a fallu créer un débouché pour des services engorgés soit parce que le volume d'activité en médecine ou chirurgie ne justifiait plus le maintien de toutes les capacités de MCO (dans ce cas, le SSR peut être l'activité la plus dynamique d'un hôpital). La mise en œuvre de la T2A dans le MCO public et la tendance au raccourcissement des séjours qu'elle y a impulsée ont été un moteur puissant de ces conversions ; les ARH et ARS ont en général œuvré en ce sens, notamment dans les régions présentant une offre excédentaire en MCO.

Une forte proportion des établissements[323] n'assure que des soins polyvalents et des soins de la spécialisation « personnes âgées polypathologiques » ; ils sont alors, en général, intégrés à des hôpitaux généraux et ont pour première fonction de faciliter la rotation dans le court séjour. Presque tous les services intégrés[324] ont du reste des capacités dans ce groupe de prises en charge ; lorsqu'ils assument également d'autres orientations, c'est de façon minoritaire, à la différence de nombre d'établissements indépendants.

A l'inverse, dans les établissements privés les SSR constituent souvent la seule activité, avec fréquemment une spécialisation unique, comme la rééducation orthopédique ou les affections respiratoires.

Si l'offre de ces trois secteurs n'est donc pas la même, il est en revanche difficile de dire que l'un d'entre eux se distingue en termes de lourdeur des cas traités. Selon, en effet, qu'on retient comme critère de cette lourdeur l'âge moyen des patients, le taux de patients dépendants ou le nombre moyen d'actes techniques de rééducation dispensés par jour, le classement ne sera pas le même : le secteur public l'emporte au regard des deux premiers critères, le privé au regard du troisième. En tout état de cause, les résultats diffèrent beaucoup d'un établissement à l'autre du même secteur.

2 – Des disparités dans la gestion

Une grande prudence s'impose dans la comparaison des données de gestion du secteur public et du secteur privé, d'une part à cause de certaines imperfections de l'appareil statistique, d'autre part parce que l'activité des deux secteurs n'a pas une composition identique.

323 . La moitié dans l'échantillon de l'enquête, tous intégrés dans des hôpitaux généraux.

324. A l'exception, dans l'échantillon, de Dunkerque.

Sous ces réserves, apparaissent néanmoins sur différents plans de sensibles différenciations entre les catégories d'établissements :

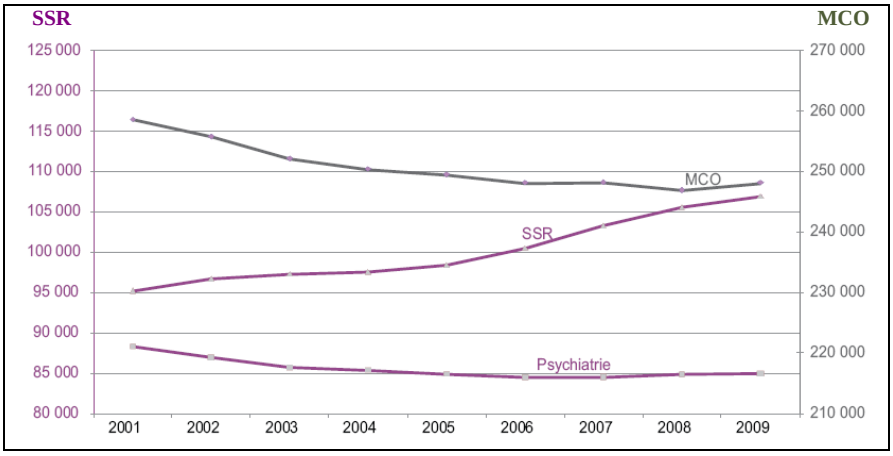
- les coûts journaliers apparents obtenus en rapportant les dépenses constatées en 2010 toutes spécialités confondues au nombre de journées réalisées diffèrent de 40 % entre le secteur financé par dotation globale (EPS et ESPIC) et celui financé par prix de journée (247 € et 149 €) ;
- les EPS emploient plus de personnel soignant par lit que les cliniques (deux fois plus) et les ESPIC (1,5 fois plus). Selon la DREES, 40 % des écarts peuvent s'expliquer par les types de prise en charge, la patientèle accueillie et la taille des établissements ; le reste serait ainsi lié à des différences d'organisation. Quant aux emplois médicaux, une comparaison a été faite par la Cour entre les données 2010 issues d'un échantillon de 120 cliniques appartenant aux principaux groupes et celles que les EPS et les ESPIC ont transmises à l'administration : elle fait apparaître une moyenne de 0,04 ETP de médecins par lit dans les cliniques contre 0,05 dans les ESPIC, 0,07 dans les centres hospitaliers généraux et 0,13 dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- le taux d'occupation des lits dans les EPS n'est pas optimal puisque voisin de 85 %, certains établissements de l'échantillon ne parvenant pas même à 75 %[325]. Cette sous-utilisation a des causes diverses, dont parfois un manque de moyens d'exploitation (cf. infra), mais l'écart avec les cliniques est de dix points, suffisant là aussi pour inciter à penser qu'elle résulte en partie au moins de l'organisation des établissements ;
- les différences de durée moyenne de séjour (DMS) ne sont pas considérables entre les secteurs. Cependant les cliniques évitent mieux que les EPS et les ESPIC les séjours très longs, sans doute parce qu'elles accueillent moins de personnes multi-dépendantes mais c'est lié parce qu'elles rencontrent moins de blocages dans le processus de sortie des patients.

325. Taux calculé par rapport aux lits installés, donc plus fort que par rapport aux lits autorisés.

C – Le dynamisme de l'offre

L'accroissement récent des capacités d'accueil des SSR fait contraste avec la baisse de celles du court séjour (MCO), comme le fait apparaître le graphique ci-dessous (les capacités de SSR et de psychiatrie se lisent sur l'échelle de gauche, celles de MCO à droite).

Capacités (lits et places) des établissements de santé par discipline d'équipement entre 2001 et 2009



Source : DREES

En huit ans, la capacité d'accueil en SSR a augmenté de 12,3 % mais la progression n'a pas été linéaire. Une première accélération date de 2002, une seconde a eu lieu de 2005 à 2007, après quoi la progression a continué d'être plus rapide qu'entre 2002 et 2004.

Toutes les augmentations annuelles ont été dues au secteur privé lucratif, seule celle de 2007 est partagée entre les cliniques et les EPS. Année après année, la capacité des cliniques a progressé de plus de 3 % (à l'exception de 2003 et 2005) : 5,7 % en 2002, 5,5 % en 2006, encore 7,1 % en 2008, soit des taux de progression extrêmement dynamiques. Sur 8 ans, la progression totale a atteint 40 %. A l'inverse, les ESPIC montrent une parfaite stabilité globale et les EPS n'ont jamais connu de croissance annuelle supérieure à 1 % au cours de cette période, hors 2006 et 2007. L'absence de contrainte d'enveloppe régionale limitative pour le financement de places dans les établissements financés par prix de journée, contrairement à ceux sous dotation globale, n'est pas sans lien avec cette croissance dissymétrique entre les trois secteurs.

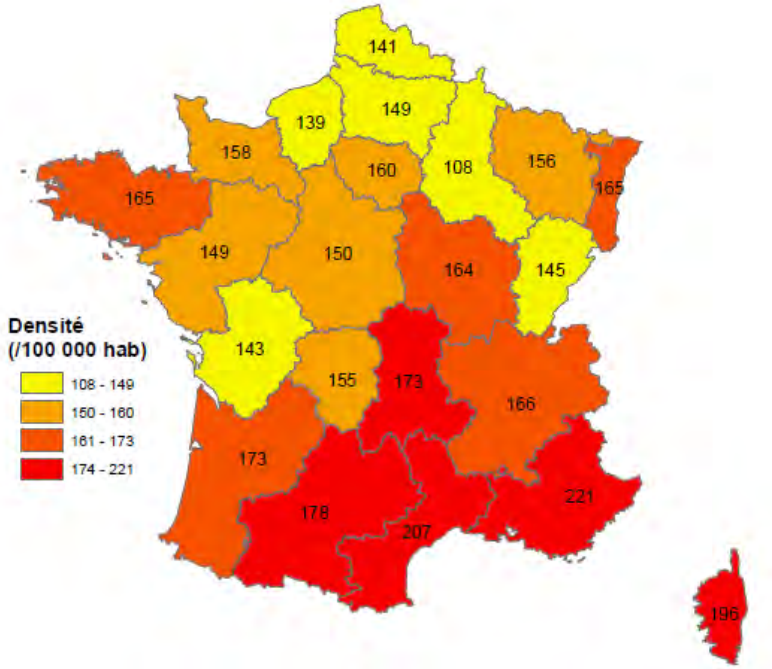
Les écarts de croissance entre les capacités privées et celles du public ont été plus importants encore pour les places d'hospitalisation partielle, qui ont augmenté plus de quatre fois plus vite depuis 2005 que les lits d'hospitalisation complète.

La vive progression des capacités du secteur privé à but lucratif s'est accompagnée d'un mouvement de concentration, comme dans le MCO, qui a abouti à la constitution de plusieurs grands groupes de cliniques spécialisées en soins de suite et de réadaptation dont la création remonte à une douzaine d'années. Les quatre premiers, cotés en bourse, détiennent un quart du parc privé et produisent près d'un tiers de l'activité.

L'activité des SSR (+53,5 % entre 2001 et 2009) a ainsi progressé autant que les capacités, sur un rythme qui s'est fortement accéléré après 2005 (+7,7 % annuellement), avec des écarts entre les trois secteurs à peu près les mêmes que pour les capacités. Ils ne sont pas sans lien avec les différences de modes de financement : EPS et ESPIC sont financées par des dotations annuelles de financement (DAF), les cliniques le sont sur la base de prix de journée, qui incitent davantage à développer l'activité puisque leur chiffre d'affaires dépend du nombre de journées réalisées.

Cette forte croissance au cours des dernières années n'a pas fait disparaître des disparités territoriales anciennes et toujours marquées : les densités d'équipement vont du simple au double entre régions, avec un nombre de places particulièrement élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon.

Densité de lits et places de SSR pour 100 000 habitants



Source : CNAMTS : rapport charges et produits pour l'année 2011

*
* *

La dynamique d'expansion des activités de SSR a eu pour conséquence une forte progression des charges supportées à ce titre par l'assurance maladie. Les dépenses au titre de la DAF ont augmenté, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, au rythme de 2,5 % par an entre 2007 et 2010, pour atteindre 5,64 Md€ ; celles dues aux cliniques ont connu un rythme annuel de 8,1 % (1,73 Md€ en 2010), du fait essentiellement de la progression des volumes.

La tutelle n'a cependant pris conscience que lentement des insuffisances de pilotage et de régulation de ce secteur.

II - Une régulation tardive et partielle

Le pilotage régional du développement des SSR a été insuffisamment rigoureux et ce n'est que tardivement qu'ont été mis en place par la tutelle nationale des outils de régulation, à l'efficacité peu probante.

A – Un pilotage sans cap précis

1 – Une analyse des besoins insuffisante

La forte croissance des capacités s'est effectuée sans que la tutelle n'ait disposé d'une analyse des besoins globaux ni mis à la disposition des ARH-ARS des outils à même de faciliter leur appréciation de l'offre de soins de SSR en termes qualitatifs et quantitatifs.

Les indicateurs disponibles restent limités et ne sont pas d'une interprétation simple et univoque. Ainsi, le fait que les capacités régionales installées soient généralement inférieures aux capacités autorisées ne suffit pas à démontrer que tous les besoins effectifs sont satisfaits. Il s'explique en effet par diverses contingences : délais d'investissement, problèmes de financement, changements de stratégie des établissements ou des ARS, difficultés à recruter des personnels spécialisés…

Des difficultés de recrutement

Les difficultés de recrutement de personnel, qui comptent parmi les facteurs expliquant les médiocres indices d'occupation voire d'installation, sont certaines dans la plupart des régions pour quelques professions paramédicales, au premier rang desquelles les kinésithérapeutes [326]. Certaines régions peinent également à recruter des personnels infirmiers. Au total, il arrive souvent que les engagements pris lors de la sollicitation des autorisations ne puissent être tenus, ce qui explique la lenteur à demander les visites de conformité prévues par les textes[327]. Les effectifs de diplômés en médecine physique et de rééducation sont au demeurant probablement insuffisants désormais pour couvrir les besoins du secteur.

326. Les établissements ne peuvent assumer des rémunérations comparables à ce qu'offrent les cabinets de ville.

327. La DGOS a cependant recommandé que ces visites s'attachent davantage à la « sécurité » et à la « qualité » des soins qu'au strict respect des engagements contractuels.

De même, les médiocres taux d'occupation des lits peuvent être liés à des problèmes de moyens d'exploitation. Les autorisations d'ouverture n'entraînent donc pas d'augmentation de l'offre disponible à due hauteur.

A l'inverse, des délais d'attente avant admission en SSR ou de forts taux de refus ne signifient pas nécessairement une insuffisance de capacités. Certes, les attentes d'admission peuvent couramment représenter 10 % ou 20 % des patients présents dans certains services de court séjour et les taux de refus atteignent fréquemment 50 %. Mais la cause peut en être des adressages erronés, des demandes simultanées d'admission dans plusieurs services de SSR ou l'exclusivité dont bénéficient de facto les demandes émanant du court séjour du même hôpital, aussi bien que des insuffisances de capacités, avérées elles aussi.

Il est enfin délicat d'apprécier si l'offre est suffisante dès lors que tous les lits actuels de SSR ne sont pas occupés par des patients relevant de ce type de soins (cf. infra).

Seule une approche fine par pathologies est de fait à même de faciliter l'analyse et l'interprétation de ces indicateurs car la réalité des difficultés d'accueil est fortement marquée par elles. La DREES n'a que tout récemment étudié l'adéquation de l'offre de SSR aux réalités pathologiques régionales en comparant l'activité et les capacités des SSR aux statistiques de mortalité pour certaines maladies. Le résultat n'est que relatif puisqu'il n'aboutit qu'à un classement des régions[328]. Et l'éventuelle diffusion nationale d'outils développés localement comme l'instrument élaboré en Rhône-Alpes et appelé « Trajectoire » est restée, malgré leur apport, au stade de l'étude par l'administration centrale.

L'aide à l'orientation des patients en région Rhône-Alpes

En région Rhône-Alpes a été déployé un logiciel d'aide à l'orientation des patients, dénommé « Trajectoire », dont l'objectif est de faciliter le circuit des patients entre les services de court séjour et les unités de SSR. Déployé dans tous les hôpitaux de Rhône-Alpes, il permet à la fois de connaître en temps réel les disponibilités des lits en SSR et de procéder aux demandes d'admission. L'extraction des données relatives aux demandes d'admission qui subissent de longs délais d'attente et/ou n'aboutissent pas à l'orientation souhaitée a montré en Rhône-Alpes que certaines catégories de pathologies souffraient particulièrement d'un manque de places en SSR (neurologie et cancérologie). Profitant du déploiement en cours de Trajectoire ou d'instruments comparables dans tout le pays, la systématisation d'études précises devrait améliorer la connaissance des besoins.

328. Publication DREES de décembre 2011. Les résultats les moins favorables sont ceux de Champagne-Ardenne, Franche Comté et Haute Normandie.

La défaillance du niveau national dans l'analyse des besoins a conduit à valoriser une approche relativiste fondée sur le constat d'inégalités entre régions et, à l'intérieur d'une même région entres territoires et à enclencher un mouvement d'expansion mal maîtrisé.

2 – Une planification régionale largement empirique

L'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins a été l'occasion de la part des ARH-ARS d'un travail volumineux, fondé sur un examen souvent minutieux des problématiques locales. Mais les diagnostics portés ont souffert de plusieurs limites :

- la démarche suivie tient souvent pour une analyse des besoins de la population ce qui n'est qu'un tableau des inégalités intra-régionales. Les deux notions ne sont certes pas dénuées de correspondances mais l'outil de régulation qui découle de la seconde est nécessairement imparfait et court le risque d'être inflationniste ;
- les analyses n'ont pas utilisé toute l'information disponible. Elles ont à juste titre intégré les perspectives démographiques ainsi que des paramètres épidémiologiques et comportementaux (par exemple le taux de fuite de la patientèle) mais n'ont pas exploité les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du secteur MCO, pourtant riches d'informations sur les besoins prévisibles en SSR ;
- si l'expression des besoins d'équipement a souvent tenu compte de la sous-occupation chronique des lits, elle n'en a pas fait autant du phénomène tout aussi constant des hospitalisations inadéquates en SSR, qui amplifient artificiellement les apparences de pénurie.

Dans ces conditions d'analyse très imparfaite de la réalité des besoins, la réforme de 2008 qui imposait à tous les établissements de solliciter une autorisation pour leurs activités existantes de manière notamment à vérifier la conformité aux nouvelles normes réglementaires n' a pu entraîner à ce stade une réelle optimisation de l'offre. D'une part en effet la démarche a été progressive puisque les autorisations ont été délivrées à titre provisoire et à charge pour les établissements de SSR qui ne satisfaisaient pas aux normes d'y parvenir avant la réalisation d'une visite de conformité à effectuer dans les trente mois. D'autre part, en ce qui concerne le remodelage de l'offre, pour répondre aux besoins des régions, cette revue générale a été neutre : elle a majoritairement reconduit l'existant au lieu d'aider à la suppression de capacités excédentaires dans certains territoires. En tout état de cause, les autorisations ne portent plus mention, depuis la mise en œuvre des

schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), des capacités d'accueil des établissements, qui ne sont donc pas une variable régulée.

3 – Des impacts financiers mal appréhendés

Se limiter à une estimation empirique des besoins locaux peut difficilement permettre le pilotage d'une politique nationale, surtout quand l'absence de consolidation prive en réalité l'administration centrale, par ailleurs fortement mobilisée sur les problématiques de l'offre MCO et traditionnellement soucieuse d'accélérer la baisse de la durée moyenne de séjour dans ce secteur, de toute visibilité sur les évolutions en cours, de possibilité d'impulsion raisonnée et de capacité d'arbitrage sur le volume de financements à mobiliser.

Il n'est donc guère étonnant que ni les schémas régionaux ni leur traduction contractuelle avec chaque établissement -les OQOS-volume, exprimés en journées d'activité pour l'hospitalisation complète et en venues pour celle à temps partiel- n'aient intégré la dimension économique et financière du développement des SSR.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)

Institués par l'ordonnance n°2003-853 promulguée dans le cadre du plan Hôpital 2007 en septembre 2003, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont de trois types : ceux relatifs au nombre d'implantations, ceux relatifs à l'accessibilité et ceux relatifs à l'activité, communément désignés comme les « OQOS-volume ». Ils sont annexés aux SROS et ont été déclinés dans le contrat d'objectifs et de moyens de chaque établissement. Les OQOS-volume ont été affectés d'une borne haute et d'une borne basse, correspondant aux volumes d'activité maximum et minimum réputés en adéquation avec les besoins sanitaires identifiés dans les SROS, chacune des bornes augmentant annuellement. Un dépassement de la borne haute doit donner lieu en principe à une sanction financière, aux termes de l'article R. 6114-10 du code de la santé publique.

De fait les OQOS ont pris la forme de fourchettes assez larges pour que la plupart des établissements y satisfassent au terme convenu, le fait que les dépassements de la branche haute de la fourchette soient rares ne signifiant au demeurant pas nécessairement que le dispositif ait été correctement calibré. En tout état de cause, jusqu'en 2010, il n'a jamais été question de sanctionner les dépassements d'activité contractualisés, malgré les dispositions règlementaires qui le prévoyaient.

B – Une réaction tardive et aux effets incertains

Les conséquences en termes de dépenses d'assurance maladie de la faiblesse du pilotage de la dynamique des SSR ont conduit à un brusque coup de frein en mai 2010. Cette soudaine prise de conscience est intervenue cependant après que la plupart des demandes d'autorisation requises par le décret de 2008 aient été instruites, ce qui restreignait nécessairement la capacité à agir. Une note de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) aux ARS leur a demandé de ralentir ce qui restait à mener, de limiter les OQOS-volume susceptibles d'être contractualisés au niveau d'activité atteint en 2009 et d'appliquer les sanctions réglementaires en cas de dépassement. De fait, les autorisations non encore accordées sont restées en suspens jusqu'à l'élaboration des SROS suivants (soit 2012).

Un mécanisme d'accord préalable a par ailleurs été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 pour les admissions en SSR consécutives à certains actes de MCO. Il n'a à ce jour été mis en œuvre que pour les quatre types d'actes orthopédiques ayant fait l'objet de référentiels de la HAS, dans une partie seulement des établissements SSR les pratiquant.

Ce durcissement relatif a été contemporain de la mise en place au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) d'un sous-objectif spécifique aux activités de SSR, désormais distinct de celui de la psychiatrie et du remplacement -en cours de mise en œuvre- des OQOS par les « indicateurs de pilotage d'activité » (IPA) destinés à permettre une meilleure maîtrise du volume d'activité parce que fondés sur une concertation locale autour d'un niveau d'évolution de l'activité et donc de la dépense.

Ces inflexions importantes traduisent le passage, tardif, à une régulation privilégiant le respect de l'ONDAM. L'approche des besoins eux-mêmes s'en trouve modifiée : il devient crucial d'en resserrer la mesure. La DGOS a ainsi commandé une étude nationale pour vérifier si les besoins de débouchés du MCO vers le SSR étaient aussi considérables qu'on se l'était représenté jusqu'alors. Cette étude, livrée à la fin de 2011, évalue à 10 % la proportion de lits de court séjour dont l'occupation est inadéquate (17 % pour la médecine). Dans la plupart des cas, la prolongation inadaptée des séjours en est la cause. Cette durée de séjour excessive n'est pas imputée au seul manque de lits de SSR car elle résulte souvent, semble-t-il, de défauts d'organisation internes au MCO. Néanmoins, l'étude évalue à 3600 le nombre de lits qu'il faudrait créer en SSR pour résorber cette inadéquation.

Il est cependant difficile de tirer des enseignements de ce travail tant que l'équivalent n'aura pas été mené à propos des occupations inadéquates de lits de SSR, qui sont également nombreuses. Si le principe de ce second volet a été décidé, il est fort dommageable que sa réalisation ait été reportée. Elle permettrait en effet de mieux mesurer les obstacles à surmonter pour améliorer l'efficience globale du secteur au regard du parcours de soins du patient comme dans son fonctionnement et son organisation.

III - Un renforcement de l'efficience du secteur qui doit constituer la priorité

La pertinence d'une régulation peut se juger à son aptitude à assurer non seulement une offre suffisante mais encore la fluidité des parcours des patients, depuis le court séjour jusqu'au retour vers le lieu de vie, avec un dispositif de financement incitant à la bonne allocation des ressources. A ce jour, l'administration centrale semble avoir fait de la réforme du financement sa priorité, comptant expressément sur une tarification à l'activité inspirée de celle du MCO pour générer un fonctionnement efficient de la filière.

La question se pose toutefois si l'amélioration de ce fonctionnement n'est pas un préalable à la mise en œuvre d'un nouveau système de financement plutôt qu'un des effets à en attendre.

A – L'enjeu du parcours des patients

1 – Des difficultés pouvant entraîner des risques pour les patients

Dans l'articulation entre court séjour et SSR, le problème actuel n'est pas seulement l'encombrement des lits d'amont, précédemment décrit, bien que ce soit celui que l'administration a objectivé. Vu du côté des structures d'accueil, les difficultés résultent de deux défauts majeurs, qui engagent aussi bien l'amont que l'aval.

Tout d'abord les inadéquations d'admission sont nombreuses mais leur niveau est cependant mal connu, faute de mesure sous forme d'une coupe à un moment donné. Elles sont souvent, par expérience, estimées à 10 ou 20 % des lits.

L'admission en SSR comme solution d'attente

Le service SSR du CH de Blois estime à 20 % la proportion des demandes d'admission qui lui sont inadéquatement adressées et à 10 % la proportion de celles qu'il refuse.

La première cause d'inadéquation réside dans le fait qu'on lui adresse des malades qui attendent une admission dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou qui se heurtent à la saturation des places de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans le cas du CH de Saint-Yrieix-la Perche, une des causes identifiées des inadéquations est que l'admission en SSR permet d'attendre la libération de lits en unité de soins de longue durée (USLD).

D'autre part, les admissions précoces en provenance du MCO de patients non stabilisés, c'est-à-dire ne relevant pas encore, pour la plupart, des soins de SSR et encourant de ce fait des risques de dégradation de leur état de santé, sont elles aussi nombreuses et, semble-t-il, de plus en plus (par exemple Les Tilleroyes pour les sorties du court séjour du CHU de Besançon ou les CH de Blois et de Dijon). La généralisation d'instruments tels que Trajectoire devrait cependant améliorer la qualité des orientations décidées par l'amont, ce qui apportera progressivement une réponse au moins partielle à cette inadéquation.

La difficulté est plus manifeste encore à l'égard des sorties de SSR puisqu'en ce qui les concerne, aucun instrument de mise en transparence n'existe ni n'a été ébauché. Les durées de séjour inadaptées, dues aux difficultés de sortie, sont très peu objectivées par les établissements. L'enquête des juridictions financières a néanmoins montré qu'elles pouvaient couramment concerner entre 10 et 30 % des patients, qui attendent une place en EHPAD ou dans des unités de long séjour (40 % aux Tilleroyes, 50 % à Meaux au moment de l'enquête). La durée d'attente peut être très longue : aux Tilleroyes, 22 % des patients en attente l'étaient depuis plus de trois mois. En outre, la structure de sortie finalement trouvée ne correspond pas toujours au besoin (par exemple Blois : taux d'insatisfaction de 20 %). Ces difficultés se rencontrent moins souvent dans les SSR spécialisés qu'en gériatrie mais avec plus d'acuité.

Parmi les raisons invoquées de ces blocages, la saturation des structures médico-sociales est malaisée à vérifier en l'absence de système d'information indiquant les disponibilités en temps réel. En revanche, la difficulté de trouver des places pour les patients très dépendants et ceux atteints de démence est certaine (les CH de Vendôme, Blois et Dijon font même état d'une impossibilité). Le mode de financement des structures médico-sociales est aussi en cause, du fait de la contribution qu'il exige

des intéressés ou de leur famille. En cas de demande d'aide sociale, la sortie est retardée par les délais d'attribution (de quatre à six mois au CH de Meaux). De même les demandes de protection juridique imposent-elles de longs délais du fait de leurs procédures complexes. Il arrive enfin que des patients en situation d'« impasse sociale » ne soient acceptés dans aucune structure (AP-HP). Pour autant le retour à domicile, qui représente souvent moins de la moitié des sorties en gériatrie, n'est pas toujours possible sans de longs délais, faute d'aide mobilisable sur place (par exemple CHI du Haut-Limousin). Les sorties vers une hospitalisation à domicile (HAD) sont extrêmement rares (toujours moins de 1 %), notamment à cause de conditions contraignantes en termes de présence médicale.

De nombreux établissements se sont donné ou pensent se donner des moyens de rendre plus fluide le processus de sortie, en renforçant la présence d'assistantes sociales ou en mettant en place des équipes mobiles de gériatrie. En revanche, peu de partenariats solides comme ceux constatés aux CH d'Albertville, de Versailles, de La Roche-sur-Yon ont été développés avec des structures d'aval. En fait, malgré l'existence d'une convention type élaborée par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), diffusée tardivement et encore assez peu connue ainsi que l'élaboration souvent annoncée de filières gériatriques, nombre de SSR fonctionnent avec ces dernières selon une logique informelle de réseau (par exemple Brive, Blois) qui reste fragile, n'autorise pas de véritable évaluation et, au total, n'est pas durablement à la hauteur du problème.

Cette situation, dans son ensemble, est une illustration aiguë des difficultés souvent considérables d'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social puisque n'existent encore à ce jour ni logique commune ni instruments concrets de mise en cohérence.

2 – Une dépendance à l'égard des établissements de l'amont et de l'aval

La conséquence de ces dysfonctionnements sur la gestion des établissements peut s'apprécier à travers les durées moyennes de séjour (DMS).

Globalement, ces dernières stagnent, par contraste avec la nette diminution de celles du court séjour : en huit ans, selon la DREES, la DMS des SSR a à peine baissé (3 %, soit près de six fois moins en proportion que dans le MCO). La différence ne s'explique pas seulement par des progrès de la médecine plus rapides en court séjour. La stagnation de la performance du SSR, quant à elle, provient notamment de la

persistance et parfois de l'augmentation des séjours très longs, c'est-à-dire des difficultés de sortie : en effet, les séjours de plus de trois mois, qui impactent fortement les DMS du secteur public sont en général moins dus au fait qu'un état de santé requiert vraiment des soins de SSR qu'à l'absence de disponibilités connues dans des structures plus adéquates.

Cependant, plus encore que par le niveau préoccupant des DMS, la situation actuelle se caractérise par la maîtrise imparfaite qu'en ont les services de SSR. La fréquence des admissions inadéquates, pourtant souvent repérées comme telles dès l'origine, celle aussi des admissions de patients non stabilisés montrent que les SSR n'ont pas les moyens ni peut-être l'intention d'imposer leurs propres contraintes d'organisation. Cela tient notamment à des raisons structurelles : les SSR intégrés aux hôpitaux représentent la majorité des structures publiques. Les services de MCO du même établissement assurent entre 80 et 100 % de leur activité. Il n'est donc guère étonnant qu'ils offrent souvent l'image d'un simple exutoire du court séjour. Sans aller toujours jusqu'à cette situation, nombre d'établissements n'ont qu'une faible maîtrise des admissions.

Cette situation de dépendance n'est certes pas irrémédiable. Progressivement s'accroît la faible part des admissions directes, dues à la qualité de la relation des établissements avec la médecine de ville. En revanche, rien de tel ou presque ne se constate pour les recrutements venant d'autres centres hospitaliers et a fortiori fort peu d'accords sont formalisés pour organiser les flux. Cette situation structurelle ne peut évoluer que lentement ce qui marque une différence essentielle avec le secteur MCO aux débuts de la T2A.

Comme on l'a vu précédemment, les SSR n'ont pas non plus la maîtrise des sorties de leurs patients, alors que le développement des capacités en soins de suite et de réadaptation a au contraire permis de renforcer l'aval des services de cout séjour.

Les activités de soins de suite et de réadaptation sont ainsi au sein de la filière de soin dans une situation de double dépendance qui a nécessairement une incidence sur la problématique de leur financement, ne serait-ce que parce que la réduction des durées de séjour, principal levier de rationalisation qui a accompagné la mise en place de la T2A pour le MCO, n'est pas à la portée de la plupart des services de SSR.

B – Un secteur à la recherche d'un financement adapté

Les modes actuels de financement souffrent de plusieurs défauts mais on ne peut pour autant en déduire que la solution réside dans un passage à une T2A structurée comme celle du MCO.

1 – Les défauts des modes actuels de financement

a) La dotation annuelle de fonctionnement

La DAF se présente comme la somme d'une base et de multiples mesures nouvelles, positives ou négatives, qui peuvent être mécaniques (mesures salariales, contribution à l'effort national d'économies…), correspondre à des plans de santé publique ou, au contraire, être spécifiques pour chaque établissement. Les ARS pratiquent des modalités différentes d'attribution des mesures nouvelles et la détermination de leur dotation manque de transparence pour les établissements, EPS et ESPIC, qui sont financés selon cette modalité.

De fait, cette dotation varie beaucoup d'un établissement à l'autre sans qu'on puisse toujours en discerner les raisons. Une exploitation statistique réalisée par la Cour à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) montre en tout cas qu'il n'y a pas de corrélation entre ces différences et les lourdeurs relatives des prises en charge. Les variations interannuelles sont également d'ampleur très inégale, parfois parce que l'activité des établissements a elle-même connu de fortes variations (par exemple du fait de fermetures de lits), parfois du fait de décisions de la tutelle (par exemple lorsque les mesures nouvelles servent en fait de subvention d'équilibre). Cependant, les causes ne sont pas toujours identifiées par les établissements et l'instabilité de la DAF finit par conférer de l'imprévisibilité à leur financement.

En sens inverse, la DAF est souvent décalée par rapport aux évolutions des structures et notamment à celles de leurs capacités. Il en découle parfois des effets d'aubaine, dont certains établissements savent jouer, puisqu'une diminution du nombre de lits ouverts et donc des charges n'entraîne pas de réduction immédiate de la dotation. Il arrive que le résultat des établissements ne soit équilibré que du fait de ce décalage temporel, ce qui, d'une part, peut leur donner une impression faussée de leur situation économique et, d'autre part, constitue une incitation paradoxale à la sous-optimisation des capacités opérationnelles.

Le changement de politique nationale en 2010 s'est cependant répercuté dans l'évolution des ressources, du moins pour les EPS et les ESPIC : la progression moyenne de la DAF a décéléré en 2010 et 2011. Sur l'échantillon de l'enquête, les mesures nouvelles n'atteignent pas 2 % de la DAF en 2011, contre 6 % en 2008.

b) Le prix de journée

Le dispositif tarifaire applicable aux cliniques est plus complexe encore que la DAF. Il est articulé en trois parties, elles-mêmes composites : les frais de structure et de soins, qui comprennent un prix de journée proprement dit et six forfaits et suppléments divers ; la facturation en sus de certains médicaments et dispositifs médicaux ; les honoraires des professionnels et les actes médico-techniques (qui relèvent du sous-objectif « soins de ville » de l'ONDAM). Certaines ARS ont opté pour des tarifs « tout compris » ou des systèmes hybrides, sans base réglementaire.

Les tarifs « tout compris » de l'Ile-de-France

La région Ile-de-France a instauré son propre système de tarification à partir de 1995, sous la forme d'un tarif « tout compris », c'est-à-dire intégrant toutes les dépenses liées à la prise en charge des patients admis en SSR, qu'il s'agisse des médicaments, des actes médico-techniques, des transports ou de la rémunération des médecins. Ces tarifs sont déterminés à partir de cahiers des charges définis lors de l'élaboration du SROS pour chaque spécialité ; ils étaient au nombre de neuf en 2011. Il s'agissait d'inciter des établissements de court séjour à se reconvertir en SSR grâce à des tarifs attractifs -ce que le cadre de droit commun des tarifs de convalescence ne permettait pas-, de manière à résorber des excédents en chirurgie et à atteindre à un meilleur niveau de médicalisation des soins de suite.

Les prix de journée se rapportent encore aux anciennes « disciplines médico-tarifaires » (DMT)[329], au nombre de 45, qui ont l'inconvénient de ne correspondre ni à la nomenclature en vigueur dans l'octroi des autorisations ni aux catégories cliniques du PMSI. Pour une même orientation au sens du décret de 2008 peuvent être utilisées différentes DMT, au gré des ARS. On compte finalement presque autant de panachages de catégories que de cliniques, ce qui rend les comparaisons difficiles pour les agences.

Les niveaux tarifaires, qui sont essentiellement le reflet de pratiques régionales remontant à l'époque où la compétence appartenait aux CRAM[330], sont disparates. Une étude de la DGOS en 2010, par exemple, trouvait pour la DMT « moyen séjour indifférencié » des tarifs allant de 1 à 2,7.

329 . Par exemple « convalescence », « repos-convalescence indifférenciés », « chroniques et convalescents indifférenciés », mais aussi « post-cure pour alcooliques ».

330. Jusqu'à la création des ARH.

La situation n'est donc pas sans rappeler celle du court séjour avant l'introduction de la T2A, même si elle est un peu plus complexe. Elle est en tout cas inflationniste. Les ARS sont mal armées pour maîtriser complètement la négociation tarifaire lorsqu'il y en a une, ce qui ajoute ses effets à ceux de l'absence d'enveloppe régionale limitative pour les cliniques. Ainsi dans le cas de la fixation des tarifs initiaux applicables aux créations d'activité, l'ARS ignore souvent la réalité des coûts et ne dispose pas toujours des compétences nécessaires pour détecter d'éventuels biais du budget prévisionnel présenté ; il n'est ensuite pas systématiquement vérifié que tous les emplois sont effectivement pourvus et une éventuelle baisse des coûts de ce fait n'entraînera pas de révision tarifaire.

Les suppléments hôteliers

Un poste de recettes ne fait l'objet d'aucun suivi par les tutelles : les prestations hôtelières, notamment les suppléments pour chambre particulière, parfois justifiées par l'idée qu'est ainsi financée une partie des charges de soins et d'investissement. Ils sont déterminants désormais pour la rentabilité d'établissements à but lucratif puisqu'ils représentent environ 20 % du chiffre d'affaires[331] proportion qu'on ne retrouve pas dans le MCO.

Alors même que certains établissements publics commencent à facturer ce type de prestation, il n'est sans doute pas souhaitable que ce modèle de financement devienne la référence, à l'image d'autres secteurs de la santé qui ont pu jouer de la liberté des prix laissée à une partie de leur activité. Il rend en tout cas encore plus complexe la définition d'un futur système harmonisé de financement du SSR.

2 – L'orientation vers la T2A

Après avoir été plusieurs fois repoussée dans le temps, la mise en œuvre de la T2A-SSR a été annoncée pour 2013 avant d'être de nouveau reportée en 2016[332]. Il est prévu qu'elle assure dès ses débuts la convergence entre secteur public et secteur privé. Dans cette attente, la DGOS a défini en 2009 un modèle intermédiaire fondé sur un mécanisme de modulation des recettes.

331. Le pourcentage du chiffre d'affaires est corroboré par l'enquête EUROSTAF réalisée à l'initiative du groupe Les Echos publiée en mars 2011 et les informations financières pour les groupes cotés. Dans l'échantillon de l'enquête de la Cour, le supplément pour chambre particulière varie de 20 à 160 € journaliers. Ils peuvent être fonction, entre autres, de la couverture par les mutuelles.

332. DGOS, comité de pilotage SSR du 28 juin 2012.

a) La modulation « IVA »

L'objectif de cette modulation est de commencer à mieux prendre en compte l'activité effective dans l'allocation des ressources aux établissements, que celle-ci prenne la forme de dotations annuelles ou de tarifs. Elle est réalisée en usant d'un « indice de valorisation de l'activité » (IVA) calculé sur la base des données PMSI et intégrant entre autres les caractéristiques de morbidité, d'âge, de dépendance et le nombre d'actes. Cet indice permet de déterminer les ressources « théoriques » qui devraient être attribuées à l'établissement. La comparaison de ces dernières aux ressources effectivement perçues débouche sur un indice de modulation qui sera appliqué à la DAF ou aux tarifs prévus. De ce fait, les ressources d'un établissement peuvent être revues à la baisse si le calcul a montré qu'il était « sur-doté ». Cependant, l'effet est atténué par deux facteurs : d'une part la modulation porte sur une petite partie de la DAF ou du taux d'évolution des prix de journée (respectivement 2 % et 0,5 % pour 2009, 5 % et 0,5 % en 2010 et 2011) ; d'autre part, la réduction peut être compensée et au-delà par l'octroi de mesures nouvelles (cf. supra), qui portent sur des montants plus importants que la fourchette de modulation.

En partie dissuadées par la faiblesse des montants concernés, les ARS n'ont guère assuré d'accompagnement pédagogique de la modulation et n'ont pas non plus utilisé les marges de manœuvre expressément laissées par le ministère. Celle-ci leur est apparue comme une expérimentation vouée à laisser rapidement la place à un dispositif plus complet, plutôt que comme un moyen de corriger certains défauts des modes de financement actuels.

L'implication limitée des ARS peut aussi tenir à ce que la modulation par les points IVA a été lancée sur des fondements quantitatifs (PMSI-SSR) manifestement imparfaits, dont la fiabilité n'a pas manqué d'être contestée[333] et dont l'abandon était déjà programmé au moment où on l'appliquait aux établissements.

333. L'AP-HP, par exemple, a élaboré son propre critère de modulation de répartition de la DAF. La contestation du point IVA a été le fait, parmi les établissements touchés par l'enquête, de structures de taille très diverse.

Les lacunes du PMSI-SSR

Le PMSI-SSR est fondé sur une description hebdomadaire des séjours des patients, qui sont ensuite classés dans 13 catégories majeures cliniques (CMC) et 52 groupes de morbidité dominante (GMD) adultes ou 31 GMD enfants. Ces données sont complétées par des informations permettant de mesurer la dépendance et concernant les actes médicaux ou de rééducation effectués.

Il soulève plusieurs problèmes : un manque de précision sur la nature des prises en charge du fait des définitions de CMC (p.ex. un patient atteint de la maladie d'Alzheimer pourra être classé dans trois CMC différentes) et du caractère sommaire de la description par les GMD (les patients sont souvent classés dans un GMD « Autres », faute de rubriques adaptées) ; l'incertitude sur la fréquence réelle des relevés, qui sont très lourds ; la difficulté du contrôle de la conformité des activités avec les autorisations parce que les CMC ne correspondent pas aux catégories des décrets de 2008. Une refonte du PMSI doit aboutir en 2012.

Avec toutes ses limites, cet exercice de modulation a mis en lumière l'existence de substantiels écarts de sur-dotation et de sous-dotation entre établissements ainsi que d'une forte dispersion des coûts. Un quart des établissements sous DAF ont reçu en 2011 une dotation inférieure de plus de 20 % à leur dotation théorique et la situation des cliniques ne paraît pas essentiellement différente.

L'approche consistant à ne pratiquer la modulation que marginalement et selon une méthodologie fragile n'est pas satisfaisante. Compte tenu des difficultés d'application d'une tarification à l'activité de type MCO dans les SSR (cf. infra), on ne peut exclure que la modulation des dotations et prix de journée s'avère une voie incontournable, une fois le PMSI-SSR rendu complètement pertinent, à utiliser alors plus pleinement que cela n'a été le cas depuis 2009.

b) La préparation technique de la T2A-SSR

Le schéma cible de la T2A-SSR est présenté comme proche du modèle MCO[334]. Il reposerait sur quatre compartiments : l'activité, compartiment prépondérant ; les molécules onéreuses ; les plateaux techniques ; les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC). Chacun fait l'objet d'études spécifiques depuis 2011.

L'instauration d'une tarification à l'activité suppose remplies deux conditions : d'une part, disposer d'une classification assez précise qui

334 . Cf. RALFSS 2011, chapitre VII – Tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 199.

permette de décrire les différents processus de prise en charge ; d'autre part, identifier des groupes médico-économiques de patients homogènes ou des coûts par type de prises en charge pour fixer ensuite les tarifs. Aucune de ces deux conditions n'est à ce jour atteinte. La version actuelle du PMSI-SSR étant inadaptée, il faut donc élaborer une nouvelle classification et un nouveau catalogue des actes de rééducation, dont une première version provisoire est a été diffusée par l'ATIH fin mars 2012.

Les éléments d'une échelle de coûts à méthodologie commune ont commencé d'être rassemblés en 2009 mais leur traitement est toujours en cours au sein d'un comité technique. Certains prérequis à la construction du modèle tarifaire ne sont pas encore stabilisés, notamment le choix de l'unité de valorisation (le séjour, la semaine, la journée, la ou les séquence(s) de soins...).

L'ATIH a mené en 2011 deux enquêtes sur les compartiments « molécules atypiques ou coûteuses » et « plateaux techniques et appareillages », auprès de la quasi-totalité des établissements. L'exploitation a cependant pris du retard et n'est pas terminée.

Au-delà de ces difficultés techniques, des questions essentielles et complexes, qui déterminent le contenu de la réforme et le scénario cible, n'ont pas encore été tranchées : le rythme de montée en charge de la réforme, le périmètre de la convergence, le poids respectif des quatre compartiments, d'éventuels mécanismes amortisseurs et mesures d'accompagnement, le montant de la nouvelle enveloppe financière consacrée au SSR.

Le report de 2013 à 2016, annoncé en juin dernier, devrait permettre de limiter l'incidence des difficultés opérationnelles qui pourraient survenir dans les établissements -et singulièrement les petits- du fait de l'application de nouvelles nomenclatures et règles de codage et de la refonte des systèmes d'information. L'assurance maladie elle-même aura besoin d'un temps d'adaptation.

Il conviendra notamment de mettre à profit ce nouveau délai pour évaluer les effets des nouveaux outils et en corriger les défauts. Plus fondamentalement cependant, cette réforme peut paraître mal adaptée à la réalité actuelle du fonctionnement des SSR.

3 – Des problèmes de fond laissés sans réponse par le projet de T2A

La T2A, qui enlève à la tutelle la responsabilité de décider de l'allocation des ressources en conditionnant celles-ci à l'activité des établissements, n'a de sens qu'avec des opérateurs capables de choix autonomes, de finesse de pilotage et de détermination d'une stratégie et dont la gestion ne soit pas essentiellement contrainte par celle d'autres secteurs.

Force est de constater que le SSR, notamment public, n'est pas aussi avancé que le MCO en termes d'instruments de pilotage. Les établissements sur lesquels a porté l'enquête se sont souvent montrés incapables de fournir des données précises sur les taux d'inadéquation de séjours, les délais d'admission, les surcoûts des attentes de sortie, le nombre de réhospitalisations subséquentes. L'aptitude à concevoir une stratégie, notamment dans les structures dont la patientèle n'est pas automatiquement procurée par les services voisins de court séjour, dépend aussi d'outils d'analyse des besoins qui restent à ce stade très insuffisants (cf. supra).

En l'état actuel, bien des établissements ne paraissent pas susceptibles, à court et moyen terme, d'adapter assez finement leur offre, d'optimiser leurs capacités ni de faire en sorte de fluidifier les parcours. Il serait peu réaliste de penser que la mise sous tension inhérente à la T2A suffira à les en rendre capables. Elle ne suffira pas davantage à révéler des disponibilités à l'aval ni n'affranchira de la relation asymétrique avec les services MCO.

Les défauts des modes actuels de financement -pour l'essentiel manque d'équité, de transparence et de prévisibilité- n'impliquent pas à eux seuls qu'on transpose aux SSR le modèle de la T2A dont l'exemple du MCO montre clairement les conditions de mise en œuvre et les risques.

Un dispositif de tarification à l'activité dans un secteur qui ne maîtrise pas le parcours de soins de ses patients ni en amont ni en aval en raison des difficultés d'articulation entre les différents maillons de la chaîne de prise en charge risque immédiatement d'être rendu inopérant par ces dysfonctionnements mêmes et ne pourra être à lui seul l'outil d'une réorganisation efficiente de l'offre. Il risque cependant de provoquer les mêmes effets inflationnistes que ceux constatés pour le MCO s'il n'est pas assorti d'un mécanisme de régulation budgétaire reposant sur un système de dotations forfaitaires analogues aux MIGAC du MCO.

La mise au point d'un système de financement pertinent suppose ainsi encore de gros efforts de conception et d'expérimentation au-delà des problématiques techniques à régler. Plus essentiellement, sa mise en œuvre nécessite sans doute le préalable d'une meilleure fluidité du parcours de soins des patients qui constitue tout l'enjeu des projets régionaux de santé en cours d'élaboration par les agences régionale de santé, mais dont l'effet concret reste à venir.

CONCLUSION

Le secteur des soins de suite et de réadaptation n'est pas encore au bout de son processus de spécification : il vient en grande part d'un ensemble indifférencié, le « moyen séjour » et n'en est pas encore complètement sorti, malgré l'effort réglementaire de 2008. Cela ne l'a pas empêché de connaître récemment une forte croissance, largement sous l'impulsion du secteur privé mais aussi parce que la composante MCO du secteur public en a exprimé le besoin. Cette dynamique a été encouragée par une planification qui a manqué d'outils d'analyse des besoins, avec pour conséquence une dépense en progression d'autant plus forte et rapide que les efforts de régulation ont été particulièrement tardifs.

Pour autant, les patients continuent à subir blocages, délais et orientations inadéquates dans leur entrée en SSR comme pour leur sortie. L'enjeu est majeur pour les ARS de parvenir à une meilleure fluidité dans une trajectoire de soins articulant de manière cohérente MCO et SSR, SSR et médico-social, SSR et dispositifs de soutien au retour à domicile, qu'il s'agisse des professionnels de santé libéraux ou des travailleurs sociaux gérés notamment par les départements.

Sans ce meilleur fonctionnement global, la mise en œuvre d'une tarification à l'activité, qui suppose en tout état de cause d'importants arbitrages de fond qui n'ont pas encore été rendus et l'achèvement d'un travail technique très lourd et complexe, risque fort d'augmenter les multiples dysfonctionnements constatés plus qu'elle ne contribuerait à les résoudre.

Dans ce contexte, la priorité réside dans une amélioration rapide de l'efficience de la filière en identifiant les inadéquations de séjours liés tant aux défauts d'orientation en amont que des difficultés de sortie en aval et en fixant aux ARS des objectifs précis à cet égard. Parallèlement doit être mise en œuvre dans un premier temps une modulation plus pertinente et plus forte des DAF et des prix de journée en fonction des soins dispensés, de manière à préparer des évolutions plus profondes du mode de financement de ce secteur, tenant compte de ses spécificités et éclairée par des expérimentations préalables.

RECOMMANDATIONS

46. Evaluer sur le plan national et selon une méthodologie homogène les inadéquations de séjours en SSR et en déduire les besoins réels de capacités d'accueil, en fonction des pathologies à traiter.

47. Fixer en conséquence des objectifs précis aux ARS pour résoudre les difficultés d'orientation vers l'aval des patients dont l'état permet une sortie des SSR. A cette fin mettre rapidement en œuvre les instruments de transparence opérationnelle (Trajectoire ou autre) sur les disponibilités en lits et places :

- *entre MCO et SSR, d'une part ;*
- *entre les SSR et l'aval médico-social, d'autre part.*

48. Faire précéder l'engagement de la réforme du financement par des expérimentations propres à garantir qu'elle rationalisera effectivement ce dernier sans induire de problèmes supplémentaires en termes de parcours des patients. Dans l'intervalle, rendre plus opérationnelle la modulation des DAF et du prix de journée en fonction notamment de la lourdeur des soins dispensés.

Chapitre XIII

La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé

PRESENTATION

Une obligation de certification, d'abord confiée à l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) puis par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie à la Haute autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique[335]*, s'impose à tous les établissements de santé, publics et privés, depuis 1996, en application de l'article L. 6113-3 du code de la santé publique (CSP).*

La procédure de certification[336] *a pour objectif de s'assurer selon les termes de la loi de « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients ». Elle vise à porter une appréciation globale et indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de celui-ci.*

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002[337]*, la Cour regrettait que cette démarche soit centrée exclusivement sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge du malade, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire de la qualité de l'acte médical lui-même. Elle déplorait aussi la lenteur avec laquelle elle avait été mise en œuvre et plus encore les faibles conséquences qui en étaient tirées pour l'exercice de la tutelle.*

Dix ans plus tard, la Cour a souhaité faire le point sur la mise en œuvre de la certification (I) et mettre en évidence les nécessaires progrès qui restent à réaliser (II).

335. La HAS est également chargée d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits de santé remboursables ainsi que de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels et plus largement de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'information médicale.

336. Bien que le terme utilisé soit identique, cette démarche est sans aucun rapport avec une certification comptable. Antérieurement à la loi de 2004, le terme retenu était celui d'accréditation, désormais utilisé pour l'appréciation des pratiques médicales des médecins (article L. 4135-1 du CSP).

337. RALFSS 2002 chapitre VI sur le pilotage de la politique hospitalière.

I - La mise en œuvre de la certification

La procédure de certification s'inspire des modèles étrangers et évolue parallèlement à eux. Elle s'est efforcée progressivement de mettre l'accent sur la médicalisation et la simplification de la démarche. Son bilan quantitatif satisfaisant montre les efforts produits pour généraliser la démarche à l'ensemble des établissements.

A – L'influence des modèles étrangers

1 – Les précédents dans d'autres pays

Le premier programme de certification a été lancé aux Etats-Unis en 1918 par une association de chirurgiens ; il a été repris par quatre associations de professionnels de santé, qui ont créé un organisme, appelé aujourd'hui *Joint commission*, qui certifie 95 % des lits des établissements américains. Cet organisme a développé ses interventions à un rythme rapide à la suite de la création du système *Medicare* de soins aux personnes âgées et aux handicapés en 1965, le remboursement des actes étant réservé aux établissements certifiés.

Les professionnels de santé canadiens qui s'étaient associés à la *Joint Commission* en 1950, ont pris leur autonomie et créé en 1958 *Accreditation Canada*. Le programme de certification australien a été lancé en 1974, en s'inspirant du modèle canadien. La plupart des autres pays développés ont adopté la certification plus récemment.

L'influence des exemples étrangers a été déterminante dans le cas français : les présidents des organismes américain et canadien de certification ont fait partie du conseil scientifique de l'ANAES de 1998 à 2004 ; la HAS a fait accréditer les versions successives de son manuel de certification par le seul organisme international compétent en la matière, *l'International Society for Quality in Health Care Ltd* (ISQua), installé en Irlande.

La procédure de certification française partage les pratiques suivantes avec les Etats-Unis, le Canada et l'Australie :

- au début de la procédure, l'organisme certificateur collecte le maximum d'informations sur l'établissement et ce dernier procède à une auto-évaluation de ses performances à partir d'une grille de recueil fourni par l'organisme ;
- les résultats de cette auto-évaluation sont contrôlés sur place par une équipe d'experts-visiteurs (cette visite est programmée en France

comme au Canada et en Australie, elle est inopinée aux Etats-Unis) ; les experts-visiteurs sont des pairs, appartenant au monde hospitalier qui utilisent des manuels de certification indiquant la liste des critères à contrôler et la manière d'opérer ; leurs rapports comme les rapports d'auto-évaluation qui les précèdent cotent les performances des établissements selon les critères précités ; ils utilisent si possible des indicateurs de performance quantifiés pour cette cotation ;

- une fois établis, les rapports des experts-visiteurs font l'objet d'une procédure contradictoire, à l'issue de celle-ci, ils sont révisés par les organismes certificateurs dont les décisions peuvent faire l'objet d'appels ;
- quatre types de décisions sont prises : certification pleine, certification avec recommandations ou réserves impliquant un suivi rapproché, certification conditionnelle [338] , non certification ; les décisions prises et les conclusions des rapports de visite sont rendues publiques.

Le cycle de certification dure trois ans aux Etats-Unis et au Canada. Pour s'en rapprocher, la HAS, qui avait adopté initialement un rythme de cinq ans, a réduit d'une année le cycle en septembre 2004, un rythme de trois ans paraissant trop contraignant.

2 – Les singularités françaises

Au-delà de ces points communs, la procédure de certification française comporte plusieurs spécificités:

- elle est obligatoire, alors qu'elle est le plus souvent facultative à l'étranger, sauf en Australie depuis 2004 ou au Québec depuis 2010 ;
- elle est confiée à un organisme national unique (comme aux Etats-Unis et au Canada) tandis qu'en Australie l'organisme dominant n'en a pas le monopole et qu'en Allemagne, en Espagne, en Suisse et en Italie, elle dépend de multiples opérateurs privés, eux-mêmes accrédités par un organisme public unique (en Allemagne, par exemple, la *Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH* a reconnu 29 certificateurs privés) ;
- les résultats de la procédure de certification n'ont pas de conséquences juridiques ou financières pour les établissements, (alors

338. La « certification conditionnelle » a été remplacée en France, sous l'égide du manuel V2010, par le sursis à certification.

que l'agence fédérale américaine[339] qui gère le système *Medicare* n'accorde de financement qu'aux seuls établissements certifiés).

Cette influence des modèles internationaux a eu des effets heureux. Elle a permis la mise au point rapide du processus de certification des établissements et fait profiter la HAS des progrès de la réflexion des organismes certificateurs étrangers. Plus encore, elle permet de situer et d'évaluer les performances du système français par rapport à ses homologues étrangers.

Cependant, cette influence a joué un rôle dans le décalage observé entre les méthodes initialement suivies en France et la définition de la certification donnée par la loi (« l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »). En effet, les manuels de certification étrangers accordent une très grande importance à l'étude de l'organisation et de la gestion de chaque établissement, même lorsque ces données ne traitent pas directement de la qualité et de la sécurité des soins.

B – L'évolution vers la médicalisation et la simplification de la démarche

Trois cycles ont été lancés depuis 1996. Pour chacun d'entre eux, un manuel spécifique explique la démarche, en cherchant à chaque étape à la médicaliser et à la simplifier.

1 – Un premier cycle de certification orienté vers le contrôle de la gestion globale des établissements

L'ordonnance de 1996 créant l'ANAES prévoyait un premier cycle « d'accréditation » de tous les établissements en cinq ans, jusqu'en avril 2001. Mise en place en 1998, l'agence a mené à bien après avoir formé des experts-visiteurs, lancé une procédure expérimentale dans une cinquantaine d'établissements volontaires et préparé un manuel expérimental, puis un premier manuel officiel (la version V1), publié en février 1999.

Ce manuel V1 se caractérisait par l'importance attachée au contrôle de l'ensemble des aspects de la gestion des établissements, (y compris les aspects logistiques les moins directement liés aux soins dispensés), par la place accordée aux modalités de prise en charge administrative des patients (accueil et constitution de leur dossier) et par l'absence quasi-complète de contrôle des actes médicaux eux-mêmes.

339. La *Health care financing administration*.

Comme l'avait relevé la Cour en 2002, on aboutissait à une situation quelque peu paradoxale, où un organisme entièrement confié à des professionnels issus du corps médical se prononçait sur des processus purement administratifs et non sur la qualité des soins prodigués aux malades, au risque qu'un « hôpital accrédité sans réserves » ne soit pas nécessairement un établissement dans lequel les équipes médicales sont de bonne qualité.

Cette conception résultait de l'exemple de la plupart des programmes étrangers, qui mettaient l'accent sur l'étude des structures et de la prise en charge des patients. Elle traduisait aussi un choix délibéré du conseil d'administration de l'ANAES qui considérait que la grande majorité des dysfonctionnements du système de soins provenait de l'absence de coordination entre services, plus que de défaillances dans les pratiques médicales. Les indicateurs disponibles en matière de qualité des soins étaient jugés par ailleurs insuffisants.

2 – Un second cycle de certification incitant les établissements à évaluer les pratiques professionnelles

Un second manuel (la version V2) a été expérimenté au premier semestre de 2004 auprès de 34 établissements et publié en septembre 2004. Il est entré en vigueur officiellement en 2005 sous la responsabilité de la HAS que la loi du 13 août 2004 a créée entre-temps, en lui donnant notamment les attributions de l'ANAES[340]. Il a servi de premier support au second cycle de certification.

Ce manuel cherchait à médicaliser la procédure, à la simplifier et à la rendre plus lisible.

Il inscrivait parmi les objectifs poursuivis « l'amélioration du service médical rendu au patient » et introduisait à cette fin quatre changements par rapport au premier manuel V1 :

- l'évaluation de la prise en compte de la qualité des soins par les dirigeants des établissements (par référence à la *« clinical governance »* des manuels anglo-saxons) ;
- l'introduction de références à la prise en charge médicale (et non plus seulement administrative) du patient ;

340. La HAS a reçu les attributions de l'ANAES, dont elle a repris la direction de l'accréditation et celles de deux commissions de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), chargées de rendre un avis sur le remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux par l'assurance maladie.

- la prise en compte des diverses activités médicales de prise en charge du patient : soins courte durée de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ; psychiatrie et santé mentale ; soins de longue durée ; soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD) ;
- la mise en place d'« évaluations de pratiques professionnelles » (EPP).

Cette dernière innovation consiste pour les établissements à lancer plusieurs projets-pilote d'amélioration de leurs pratiques professionnelles choisies librement en fonction de leur spécialisation. Même si elle repose sur le libre choix des établissements, cette méthode présente l'intérêt d'introduire une première auto-évaluation des pratiques médicales dont les résultats sont consignés, en début de procédure de certification, dans les dossiers d'auto-évaluation adressés à l'HAS.

Par ailleurs, pour simplifier la procédure, les établissements ont été notamment autorisés à faire réaliser leur auto-évaluation par des structures préexistantes comme les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) au lieu de créer des groupes pluri-professionnels d'auto-évaluation, comme le stipulait le manuel V1.

En 2007, la HAS a actualisé le manuel V2, après avoir consulté l'ensemble des experts-visiteurs et une vingtaine d'établissements et poursuivi le second cycle de certification avec un nouveau manuel -le manuel V2007- dont les modifications avaient trois objets :

- alléger la démarche en diminuant le nombre de références de 53 à 44 et celui des critères[341] de 215 à 138 ;
- améliorer sa lisibilité en introduisant un système de cotation de chaque critère selon quatre niveaux (A, B, C et D) ;
- prendre en compte les orientations générales de la HAS en matière d'évaluation des pratiques professionnelles, en préconisant une démarche intégrée à l'exercice clinique (« l'analyse des données de leurs pratiques doit devenir de plus en plus habituelle, voire routinière, pour les équipes médicosoignantes »).

341. Les références sont des thèmes d'auto-évaluation et d'évaluation par les experts-visiteurs (par exemple « La prise en charge de la douleur ») : elles sont déclinées en critères (par exemple « Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement »).

3 – Un troisième cycle de certification qui identifie des pratiques prioritaires et réduit le périmètre de la démarche

Le manuel V2010 adopté en juin 2009 dans le cadre du troisième cycle de certification est le fruit de la consultation de groupes de travail thématiques, rassemblant experts et représentants des établissements et des usagers et de la réalisation d'une enquête auprès de 821 professionnels de santé par un institut de sondages.

La refonte opérée a trois objectifs principaux : poursuivre la simplification de la démarche ; accentuer sa médicalisation ; mieux insérer la certification dans l'ensemble des politiques menées par les ARS.

a) La simplification de la démarche

Afin d'éviter toute redondance, le manuel est désormais divisé en deux chapitres consacrés respectivement au « management » de l'établissement et à la prise en charge du patient.

La division des chapitres en « références » et « critères » est complétée par la présentation « d'éléments d'appréciation » de chaque critère[342], pour lesquels des points doivent être attribués lors de l'auto-évaluation (ce qui facilite la cotation des critères en quatre niveaux, en fonction du nombre de points accumulés pour chaque élément d'appréciation). En conséquence les visites de certification peuvent être allégées : elles ne portent plus sur la totalité des critères mais sur ceux cotés C ou D aux termes de l'auto-évaluation, sur certains thèmes prioritaires (les pratiques exigibles prioritaires citées ci-dessous) et sur quelques critères cotés A ou B choisis au hasard.

b) La médicalisation accentuée de la démarche

Le manuel V2010 a donné à 13 « critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées » le statut de « pratiques exigibles prioritaires (PEP) » correspondant aux « sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». C'est pourquoi les PEP font l'objet d'une étude systématique par les experts-visiteurs. L'éventuelle insuffisance de l'établissement soumis

342. Le chapitre 1, « management de l'établissement », comprend par exemple une référence 8 « le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques », qui inclut une référence 8f « gestion des évènements indésirables », dont un des éléments d'appréciation s'intitule « l'analyse des causes profondes des événements indésirables grave est réalisée en associant les acteurs concernés ».

à certification sur ces exigences est susceptible de motiver des réserves majeures voire une décision de « non certification ».

Dans un souci de continuité l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), innovation introduite dans le manuel précédent, constitue désormais la première pratique exigible prioritaire.

Les 13 pratiques exigibles prioritaires (PEP)

	Critère concerné	Définition de la PEP
1	Critère 1.f	Politique et évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
2	Critère 8.b	Fonction de gestion des risques
3	Critère 8.f	Gestion des événements indésirables
4	Critère 8.g	Maîtrise du risque infectieux
5	Critère 9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations
6	Critère 12.a	Prise en charge de la douleur
7	Critère 13.a	Prise en charge des droits des patients en fin de vie
8	Critère 14.a	Gestion du dossier du patient
9	Critère 14.b	Accès du patient à son dossier
10	Critère 15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
11	Critère 20.a	Démarche de qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
12	Critère 25.a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés
13	Critère 26.a	Organisation du bloc opératoire

Source : Cour des comptes, d'après le manuel V2010.

En outre, des « indicateurs de mesure de la qualité des soins » choisis parmi les indicateurs nationaux définis par le ministère de la santé ou créés par la HAS ont été introduits, en particulier pour la maîtrise du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques, la prise en charge de la douleur, la gestion du dossier patient, la prise en charge médicamenteuse du patient, la sortie du patient ou encore l'organisation du bloc opératoire.

Cette refonte en vue d'une médicalisation plus accentuée de la certification constitue un progrès important. Le processus de certification se conforme ainsi à la définition législative de la certification, l'article L. 6113-3 du CSP prévoyant explicitement que la HAS conduit sa mission « à l'aide d'indicateurs ». Surtout, elle rend la cotation de chaque critère plus objective et facilite la comparaison entre établissements.

c) L'articulation de la certification et des autres formes de contrôle de la qualité des établissements

Le « recentrage » du manuel sur la capacité de l'établissement à mettre en œuvre une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a conduit à écarter les critères retenus par les manuels précédents correspondant à d'autres formes de maîtrise des

risques : sécurité incendie (vérifiée par les préfectures et les services départementaux d'incendie et de secours), normes de prise en charge du cancer (dépendant de l'institut national du cancer) ou celles de stérilisation (contrôlées par les pharmaciens inspecteurs des ARS).

En revanche, le nouveau manuel recherche une meilleure articulation de la certification avec les missions des agences régionales de santé (ARS). En amont de la procédure, ces dernières sont destinataires du calendrier des visites de certification qui seront réalisées dans leur ressort et doivent valider la « fiche interface » remplie par chaque établissement précisant si ce dernier satisfait ou non à l'ensemble des contrôles administratifs traditionnels. En aval de la procédure, elles reçoivent copie de l'ensemble des rapports de certification pour qu'elles puissent en tenir compte dans les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'elles passent avec les établissements et notamment dans leurs annexes relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

C – Un bilan quantitatif satisfaisant

Au terme de trois cycles de certification, le bilan de la procédure engagée par l'ANAES puis par la HAS peut-être jugé globalement satisfaisant sur un plan quantitatif.

1 – Une quasi-totalité des établissements en cours de certification pour la troisième fois

La quasi-totalité des établissements français ont fait l'objet de deux procédures de certification et sont engagés dans une troisième.

Dans le cadre du premier cycle de certification, 2 887 établissements ont suivi la procédure de certification sur un total de 2 942 ; 2 749 établissements l'ont été dans le cadre du second cycle sur un total de 2 808 (le nombre d'établissements ayant diminué dans l'intervalle du fait des restructurations hospitalières). Seuls quelques établissements n'ont pas été engagés dans la procédure (56 pour le premier cycle et 59 pour le second) car ils ont été créés depuis moins de deux ans ou n'ont pas d'activité de soins autonome[343]. En outre, la certification des réseaux de santé, prévue par la loi, n'a pas été lancée, selon la HAS en raison de l'hétérogénéité et de l'instabilité des réseaux de santé français, en constante évolution.

343. Certains groupements de coopération sanitaire (GCS) exploitent des autorisations de soins détenues par les établissements membres : ils sont couverts par la procédure de certification de ces établissements et non par une procédure spécifique.

Au 1er novembre 2011, 914 visites de certification avaient été réalisées sous le régime du manuel V2010, soit 34,1 % des 2 678 établissements engagés dans la procédure ; pour 539 établissements, soit 8,9 % du total, cette procédure était terminée.

L'objectif quantitatif assigné par l'ordonnance du 24 avril 1996 -la certification obligatoire de tous les établissements français- a donc été atteint rapidement pour les établissements stricto sensu, ce qui justifie l'appréciation de l'ISQua, qui se félicite de « la remarquable réussite, en un temps limité » de la HAS « dans la mise en œuvre d'un programme efficace, crédible et durable de certification des établissements ».

2 – La mobilisation de compétences diversifiées

Cette réussite est fondée sur un dispositif souple reposant sur la mobilisation d'environ 800 professionnels de santé, intervenant pour la plupart à temps partiel. Les 89 agents de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), dont 11 chefs de projets permanents préparent les visites de certification, assurent les liens avec les ARS et les établissements et révisent les rapports de certification. Ces derniers sont établis par 681 experts-visiteurs, qui sont des professionnels de santé en activité exerçant cette fonction à temps partiel (à l'exception d'une cinquantaine de retraités de moins de 68 ans ayant quitté le monde hospitalier depuis moins de trois ans). Ces experts sont recrutés parmi les gestionnaires d'établissements (33,4 %), les médecins (27 %), les autres soignants (infirmières pour la plupart : 31,7 %) et les experts (responsables de la qualité et pharmaciens : 7,7 %).

191 experts exercent la fonction de « coordonnateur », responsable d'une équipe de certification d'un établissement.

Tous les experts-visiteurs doivent remplir des déclarations d'intérêts en signant le contrat de trois ans par lequel ils s'engagent à effectuer au minimum 12 visites. Ces déclarations doivent mentionner tout lien direct ou indirect avec tout établissement et toute activité personnelle ou professionnelle en rapport direct ou indirect avec les missions de la HAS et incluent un engagement de signaler une modification de leur situation. Les experts-visiteurs doivent se récuser lorsqu'ils sont pressentis pour la visite d'un établissement s'ils ont déjà travaillé avec le personnel de ce dernier. Le représentant légal de l'établissement peut en outre récuser un ou plusieurs experts avant la

visite, au titre d'un conflit d'intérêt avéré[344]. La HAS modifie dans ce cas la composition de l'équipe.

Les experts reçoivent une formation initiale de sept jours au sein de la HAS et effectuent une visite « tutorée » en surnombre d'une équipe ; ils bénéficient par ailleurs de programmes de formation continue.

3 – Un coût de la certification partiellement identifié

Le coût global de la certification pour la HAS est estimé par cette dernière à 22,4 M€ en 2010, soit 28 900 € en moyenne par visite de certification (à raison de 774 visites par an en moyenne[345]) et donc par établissement, aucun hôpital n'étant visité deux fois par an, en pratique.

Ce coût représente environ 1/10 000ème du chiffre d'affaires des établissements visités chaque année. Il est financé pour un peu moins de la moitié (10,8 M€ sur 22,4 M€, soit 48 % en 2011) par une contribution spécifique de l'assurance maladie, après l'avoir été par une contribution de chaque établissement concerné. Le reste de la dépense est pris en charge par les recettes ordinaires de la HAS, c'est-à-dire par des subventions de l'Etat, par quelques taxes affectées et par une dotation non affectée de l'assurance maladie, les subventions de l'Etat représentant environ le tiers du total depuis 2006.

En revanche et c'est une lacune, le coût de la certification pour les établissements eux-mêmes n'est pas connu de la HAS. Si le coût est difficile à mesurer pour les établissements, il ne faut pas négliger la charge de l'auto-évaluation, du renseignement parfois manuel des indicateurs et de l'accueil des équipes d'experts-visiteurs qui mobilisent un effectif important.

*
* *

Les choix méthodologiques et organisationnels opérés ont permis à la HAS de mettre en œuvre la certification de manière satisfaisante. Toutefois malgré les efforts déployés, le bilan qualitatif reste contrasté et des progrès sont attendus en matière de simplification et de médicalisation.

344 . Une quinzaine de récusations d'experts visiteurs est demandée par les établissements et acceptées par la HAS chaque année.

345. Le nombre total de visites de certification (initiales et de suivi) s'est élevé à 795 en 2009, 826 en 2010 et 703 en 2011.

II - Les progrès qualitatifs à réaliser

L'enquête par sondage réalisée en 2009 et les quelques études relatives à la certification française[346] font apparaître quatre apports de la certification dans les établissements :

- l'émergence d'une culture de la qualité des soins ;
- la création d'instances chargées de veiller à la qualité des soins, telles que la création de cellule « qualité » et la nomination de responsables de la qualité au sein des établissements ;
- le début du décloisonnement des services ;
- la prise en compte de l'avis du personnel infirmier et administratif.

La certification a amorcé le processus de décloisonnement des établissements que la loi « Hôpital, patient, santé et territoire (HPST) » du 1er juillet 2009 cherche à amplifier par la création des pôles de santé à fin de briser les traditionnelles barrières entre services hospitaliers travaillant isolément, qui font obstacle à la fois à la prise en charge médicale optimale du patient, à l'accélération de la durée de son séjour ainsi qu'aux progrès de la productivité de l'établissement.

La procédure a entraîné d'emblée l'adhésion d'une très forte majorité des cadres de santé et des cadres administratifs des établissements, car ils y ont été associés et ont pu faire part de leurs observations sur les dysfonctionnements dont ils étaient témoins ainsi que sur les remèdes susceptibles d'y être apportés. L'étude par sondage de 2009 note en particulier que « l'auto-évaluation, attitude de questionnement structuré des pratiques, est appréciée par les personnels impliqués par la certification ».

L'adhésion des médecins a été plus tardive mais la HAS observe que la création des pôles de santé a entraîné une mobilisation grandissante des responsables de ces pôles.

Malgré les résultats obtenus, de nouveaux progrès doivent être réalisés pour éviter que la démarche ne s'enlise dans la routine : ils doivent s'appliquer aux modalités de la procédure et à son contenu.

346. Ces études sont citées dans « L'analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé » conduite par le cabinet *Matrix Insight* et publiée par la HAS en novembre 2010.

A – Les modalités de la certification

1 – Un périmètre de certification à réduire et une simplification à accentuer

En premier lieu, la question du périmètre de la certification est posée dès lors que la démarche est en règle générale organisée par entité juridique : chaque établissement est donc l'objet d'une seule procédure de certification (impliquant une seule visite initiale et un seul rapport), même si son activité s'exerce sur plusieurs sites.

Cette conception est logique dans la mesure où la certification porte notamment sur la stratégie de développement de la qualité des soins, qui est définie par les instances dirigeantes de l'entité juridique. Mais elle présente deux risques :

- un risque d'amalgame, dans la même procédure, de sites de qualité différente, ce qui conduit à un résultat moyen qui ne reflète les résultats réels ni des meilleurs, ni des moins bons sites de chaque ensemble ;
- un risque d'inégalité entre les conditions de certification selon la taille des établissements, le travail des experts-visiteurs risquant d'être moins approfondi dans les entités multi-sites, même si les équipes de visite y sont plus nombreuses et y restent plus de temps sur place que dans les petits établissements.

Il paraît donc souhaitable de réviser en ce sens les modalités de certification de certaines des plus grandes entités juridiques (Paris et Marseille).

Dans le cas de l'AP-HM, qui compte quatre hôpitaux, une visite par site a été conduite lors du premier cycle et une visite globale lors du second cycle, la méthode à adopter pour la procédure V2010 faisant actuellement l'objet de réflexions. L'AP-HP, quant à elle, a été certifiée jusqu'ici en 38 établissements ; elle doit l'être à partir de 2012 en 16 procédures, pour tenir compte de la division en quatre établissements et 12 « groupes hospitaliers » opérée en 2010, en application de la loi HPST.

Dans ces deux grands ensembles, les visites par entités juridiques pourraient être complétées par des visites de sites, pour tenir compte des différences de qualité entre les sites relevées lors des cycles de certification précédents, conformément à la pratique déjà adopté pour les hôpitaux civils de Lyon.

En second lieu, la simplification engagée avec l'introduction de 13 pratiques exigibles prioritaires dans le manuel V2010 doit encore progresser. Deux types de mesures peuvent y contribuer.

La première serait la réalisation d'une « cartographie des risques » par établissement. Fondée notamment sur les résultats des cycles de certification précédents et sur les signalements des événements porteurs de risques par les médecins accrédités, elle permettrait de rendre les visites encore plus sélectives : la visite serait, comme cela se pratique aux Etats-Unis et en Ecosse, consacrée pour l'essentiel aux zones à risques liées à des activités non encore parfaitement maîtrisées ainsi qu'à quelques thèmes choisis de manière aléatoire par l'équipe de certification.

Une seconde mesure serait l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers pour leur permettre de produire de façon automatisée les indicateurs de qualité prévus par la version V2010, alors que de nombreux établissements doivent réaliser aujourd'hui un travail manuel particulièrement fastidieux[347].

La commande par la DGOS à une équipe de chercheurs en informatique d'applications renseignant des indicateurs directement à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) constitue une perspective bienvenue.

2 – Un impact de la certification qui n'est pas suffisamment mesuré

Les études concernant l'impact de la certification sur les établissements français sont peu nombreuses et imparfaites. Elles traitent le plus souvent de l'ensemble des pays concernés et montrent les effets positifs de la certification sur l'organisation et la gestion des établissements et sur la mise en œuvre de bonnes pratiques, déterminantes pour la qualité des soins, mais elles explorent peu le lien direct entre certification et résultats des soins. Or, c'est l'appréciation de ce lien qui est la raison d'être de la procédure.

Pour combler cette lacune, la HAS participe au projet de recherche européen DUQuE *(« Deepening our understanding of quality improvement in Europe »)*, mené par l'université de Barcelone auprès de

347. Cette solution a été proposée par un récent rapport de l'IGAS sur la contribution de la HAS à la sécurité des soins.

240 établissements de huit pays[348], qui cherche à mieux mettre en lumière le lien précité.

Il est souhaitable que la HAS complète les études confiées à des tiers par une exploitation des données qu'elle a elle-même recueillies à l'occasion des trois cycles de certification, en analysant les progrès constatés dans les établissements au fil des procédures successives et en cherchant l'efficacité respective des différentes décisions de certification. Un tel travail de relecture serait particulièrement précieux pour évaluer l'impact de la certification et produirait, à n'en pas douter, des informations utiles pour les établissements eux-mêmes.

Cet exercice permettrait par ailleurs de dresser une typologie des établissements, en comparant l'efficacité et la sécurité des soins par catégorie juridique et taille d'établissements, par activité et par régions.

Les statistiques produites par la HAS sur le second cycle de certification montrent de grandes différences dans les scores obtenus par les différentes catégories d'établissements comme le révèle le tableau ci-dessus.

348. Allemagne, Espagne, France, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume Uni et Turquie.

Comparaison des niveaux de certification par types d'établissement pour les 2 749 établissements concernés par le second cycle de certification (manuels V2 et V2007)[349]

Niveaux de certification	CH	CHS & EPSM	CHU	CLCC	ESPIC	Privé lucratif	Divers	Total	%
Certification pleine	263 (30,9 %)	22 (27,5 %)	15 (22,7 %)	11 (73,3 %)	336 (57,4 %)	694 (70,6 %)	3 (60,0 %)	1 344	48,9
Certification avec suivi	512 (60,1 %)	49 (61,2 %)	39 (59,0 %)	4 (26,6 %)	222 (37,9 %)	391 (39,7 %)	2 (40,0 %)	1 219	44,3
Certification conditionnelle	76 (8,9 %)	9 (11,2 %)	12 (18,1 %)	0	27 (4,6 %)	58 (5,9 %)		182	6,6
Non certification	2	0	0	0	1	1		4	ε
Total	**851**	**80**	**66**	**15**	**585**	**983**	**5**	**2 749**	**100**

Sigles : CH (centres hospitaliers), CHS (centres hospitaliers spécialisés), EPSM (établissements publics de santé mentale[350]), CHU (centres hospitaliers universitaires), CLCC (centres de lutte contre le cancer), ESPIC (établissements de santé privé d'intérêt collectif). Les établissements classés en « divers » sont un GCS, un établissement privé non lucratif et les établissements de Monaco et de Nouvelle Calédonie.

Source : Cour des comptes, d'après les données communiquées par la HAS.

La Cour estime tout à fait regrettable que ces écarts n'aient donné lieu à ce jour à aucune analyse approfondie, qu'il s'agisse des disparités repérées entre catégories d'établissements mais aussi selon les régions. Une telle lacune, outre qu'elle peut conduire à des interprétations hasardeuses, interdit que la procédure lourde de certification puisse permettre de mieux identifier les leviers d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins[351].

349. Les niveaux de certification ont évolué entre les différents cycles de certification mais on retrouve à chaque fois, sous des appellations différentes, les quatre strates présentées dans le tableau suivant.

350. Les établissements psychiatriques qualifiés de « CHS » et « EPSM » évoqués par ce tableau sont tous des établissements publics.

351. La décision du collège de la HAS n'a pas de conséquence directe, juridique ou financière, pour chacun des établissements concernés ; elle va seulement décider du type de suivi et de la fréquence des visites des experts-visiteurs. En cas de non certification, les ARS peuvent agir sur les financements accordés au titre des actions d'amélioration des soins et du service rendu prévus dans les CPOM..

3 – L'information du public sur les résultats de la certification à améliorer

Le site internet de la HAS, dans sa partie accessible au grand public, communique l'intégralité des rapports de certification des versions V2 et V2010[352], un compte-rendu de certification de la version V1 ainsi que les rapports synthétiques créés pour les versions V2 et V2010.

Le caractère exhaustif de cette information et sa facilité d'accès doivent être salués mais l'interprétation de la masse de données ainsi diffusée est difficile pour un non spécialiste : une fois que l'observateur a accédé à l'établissement qui l'intéresse, aucun commentaire ne lui indique quel rapport choisir parmi les quatre ou cinq documents mis en ligne pour chaque établissement.

Il conviendrait à tous le moins de compléter les brèves informations données par le site sur la procédure de certification par « un mode d'emploi » expliquant pourquoi plusieurs rapports sont présentés et précisant la date de chacun.

Un renvoi pourrait également être proposé vers le site « Platines[353] (plateforme d'information sur les établissements de santé) » conçu par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour le ministère chargé de la santé, qui donne des « étoiles » aux établissements, notamment pour les différents aspects de la qualité de leur prise en charge en MCO et leurs résultats dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Enfin et surtout, il paraît essentiel que la HAS présente sur son site un bilan global annuel de la certification par catégorie d'établissements, en montrant les zones de risques qu'elle a détectées, en mettant à la disposition des ARS des informations relatives à leurs régions respectives susceptibles d'orienter le public.

352. Une partie de ces éléments sont repris par d'autres opérateurs dont la CNAMTS sur son site ameli-direct.
353. Adresse électronique : platines@sante.gouv.fr.

B – Le contenu de la certification

Trois orientations importantes devraient permettre d'enrichir le contenu de la certification et son efficacité. Elles touchent à la détection des risques, la médicalisation et l'évaluation des équipes médicales ainsi qu'à la prise en compte des résultats dans les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les établissements de santé.

1 – La détection de toutes les zones de risques

La HAS indique qu'elle compare systématiquement les événements indésirables graves (EIG) souvent médiatisés qui se produisent dans les établissements aux décisions de certification qui les ont précédés. Elle a ainsi organisé en décembre 2007 un séminaire pour étudier les discordances constatées entre rapports de certification et événements médiatisés et a modifié pour l'avenir ses méthodes de certification en fonction des leçons tirées des cas étudiés.

Mais elle n'est pas à l'heure actuelle en mesure de produire des comptes rendus synthétiques de ses observations récentes en la matière, ce qui est regrettable.

La Cour a en effet constaté, dans les cas étudiés par le séminaire de 2007 comme dans un cas récent similaire qu'elle a examiné, que les dysfonctionnements graves qui s'étaient produits dans des services bien identifiés des établissements n'avaient pas été détectés par les rapports de certification précédents. Pourtant, les établissements concernés avaient tous fait l'objet de décisions de certification avec réserve majeure (même si celles-ci portaient sur d'autres zones de faiblesse des établissements) et de critiques concernant leurs pratiques médicales témoignant d'une médiocre gestion de la qualité.

Il paraît donc important que la HAS reçoive une notification de l'ensemble des EIG recensés par les ARS, compare systématiquement les dysfonctionnements constatés et les évaluations de ses rapports de certification et en tire des enseignements pour l'avenir.

Il est notamment essentiel que la HAS incite à l'avenir les établissements à choisir leurs thèmes d'évaluation des pratiques prioritaires dans les zones de risques identifiées par les procédures de certification précédentes ou par d'autres canaux (rapports d'inspection générale, notification des EIG...). Le caractère volontaire de la sélection actuelle des évaluations des pratiques professionnelles par les établissements présente en effet l'inconvénient de permettre à des établissements qui ne sont pas pleinement entrés dans la démarche de

certification d'esquiver leurs vraies zones de risques pour privilégier des études d'importances secondaires.

2 – La médicalisation et l'évaluation périodique des médecins

La médicalisation de la certification constitue une des priorités de la procédure régie par le manuel V2010. La HAS cherche à renforcer cette orientation par une série d'initiatives :

- la mise en œuvre des recommandations de l'audit[354] réalisé sur l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », dont l'utilisation, préconisée par le manuel V2010, est encore imparfaite ;
- le développement de la vérification, amorcée par ce manuel, de l'association des patients au contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, les patients étant très sensibles aux incohérences qu'ils constatent dans les propos tenus par les soignants et dans les modalités de leur prise en charge ;
- la multiplication des indicateurs de pratiques cliniques, dont la mise au point fait l'objet de travaux communs de la DGOS et de la HAS ;
- l'application des dernières recommandations de l'ISQua datant d'octobre 2010, qui tendent notamment à l'inclusion dans le manuel de nouvelles directives sur les pratiques cliniques et au développement de l'évaluation périodique de la compétence des praticiens ;
- le repérage et la diffusion des pratiques remarquables de certaines équipes médicales ;
- la création de labels d'équipes médicales « entraînées » et « avancée s» répondant à certaines normes de qualité, l'expérience montrant par exemple que la gestion des événements indésirables graves est mieux maîtrisée par les équipes qui se sont entraîné à gérer des situations à risques, en simulant des cas cliniques complexes.

Elle réfléchit par ailleurs à la réalisation de visites inopinées dans les établissements, comme cela se pratique aux Etats-Unis. Une telle démarche suscite des réserves de la part du ministère de la santé, qui veut maintenir une distinction claire entre la procédure de certification et les différentes formes d'inspection des établissements en vigueur et de celle des établissements, qui craignent la pression susceptible d'être exercée sur leur personnel par cette démarche.

354. Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check list « sécurité du patient au bloc opératoire », réalisée par le GCS « EPSLIM » du Limousin et publiée par la HAS en décembre 2010.

La Cour estime que l'accentuation de la médicalisation de la certification en lien avec une évaluation périodique des médecins est une nécessité pour donner toute sa signification à la démarche de qualité introduite par la certification.

L'absence d'évaluation périodique des médecins constitue en effet un angle mort de la procédure, d'ailleurs relevée par l'ISQua. L'accréditation des médecins créée par la loi du 13 août 2004, qui pouvait constituer une alternative à la certification de parties ou d'activités d'établissements, ne s'est développée que chez les médecins libéraux des cliniques privés mais non dans les hôpitaux publics. Quant à l'accréditation des équipes médicales, également prévue par la loi, elle n'a eu aucun succès[355]. Il y a là une lacune très regrettable. Il est essentiel pour les malades et pour les médecins que les équipes médicales soient régulièrement évaluées. Les perspectives offertes par le développement professionnel continu (DPC) et par la reconnaissance d'équipes médicales « entraînées » et « avancées »[356] ne constituent pas des substituts à l'évaluation périodique des médecins dont la Cour ne méconnaît pas les résistances qu'elle provoque.

Pour augmenter la qualité et la sécurité des soins, il serait également utile de compléter la certification par établissement par une certification par ensembles cohérents d'activités, ciblée sur les activités à risques particuliers repérées lors des premiers cycles de certification. Cette certification par activité pourrait intervenir dans l'intervalle entre deux procédures de certification, ce qui contribuerait à répondre au souhait de la HAS de prolonger les effets de la certification entre deux missions des experts-visiteurs. Elle pourrait également se substituer à l'avenir aux visites globales d'établissements : au lieu de contrôler l'ensemble de ces derniers, les experts-visiteurs ne contrôleraient que les activités à risques et, comme aujourd'hui, quelques critères choisis de manière aléatoire, ce qui contribuerait à la simplification de la procédure souhaitée par les établissements.

Enfin, la promotion de la qualité et de la sécurité des soins ne peut pas reposer exclusivement sur un système d'auto-évaluation, de contrôles extérieurs et de sanctions. Elle ne peut réussir que si chaque catégorie de personnel de l'établissement est intimement persuadée de son importance et connaît les pratiques à respecter. C'est pourquoi les procédures de

355. L'accréditation s'est développée chez les médecins libéraux des spécialités prévues par la loi car elle leur permet de bénéficier d'une prise en charge partielle par l'assurance-maladie de leurs primes d'assurance des risques civils professionnels, alors que cette assurance est payée par les hôpitaux publics.

356. Cette initiative ne peut pas s'appliquer dans les établissements du secteur privé où l'exercice libéral prévaut dans la majorité des cas.

certification étrangères attachent une très grande importance au « portage » de la certification, c'est-à-dire à l'ensemble des initiatives prises pour convaincre, former et informer le personnel.

Le lancement d'actions de formation par la HAS elle-même n'entre pas dans ses compétences juridiques mais elle peut inciter les organismes de formation à intervenir dans les secteurs qu'elle estime les plus importants pour la promotion de la qualité et de la sécurité des soins et mettre à leur disposition des éléments utiles pour ces formations.

Elle pourrait par exemple élaborer des cahiers des charges de formation aux bonnes pratiques, à l'attention de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et des établissements.

3 – La prise en compte des résultats de la certification dans les contrats d'objectifs des établissements

Alors que des systèmes d'incitation ont été créés à l'étranger, aucune incitation externe n'encourage les établissements à progresser dans la voie de la certification « pleine », sans réserves ni recommandations. Plusieurs réformes sont concevables dans cette perspective.

Une première voie consisterait à renforcer l'articulation entre la procédure de contractualisation des établissements par les ARS et la procédure de certification par la HAS. Les ARS peuvent en effet jouer un grand rôle pour développer l'importance de la certification. Le manuel V2010 vise d'ailleurs à augmenter leur implication dans la procédure et à mieux articuler cette dernière avec les autres formes de régulation des établissements. C'est ainsi que la DGOS a inscrit dans les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) signés par les ARS avec l'Etat, l'objectif de « réduire la part des établissements certifiés avec réserve » et l'indicateur de résultats correspondant.

Les ARS peuvent également inscrire dans les CPOM des objectifs correspondant aux mesures nécessaires pour appliquer les recommandations et lever les réserves émises dans le cadre de la certification. Un pas plus ambitieux consisterait à donner leur plein effet aux dispositions de la loi HPST qui précisent que les CPOM déterminent les orientations stratégiques des établissements et en particulier leurs objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et qu'ils fixent les pénalités financières applicables en cas de non-respect des engagements de l'établissement (article L. 6114-1 du CSP). Ces pénalités qui ne peuvent excéder 5 % des produits reçus par l'établissement au cours de

l'exercice précédent sont susceptibles de concerner n'importe quel engagement pris par l'établissement dans le cadre du contrat.

Or, l'importance attachée aux résultats de la certification par le « guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM » de 2012 est étonnamment faible. L'établissement peut choisir ses objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins en fonction des priorités régionales éventuelles et de son propre diagnostic, qui ne correspond pas nécessairement à l'auto-évaluation réalisée dans le cadre de la certification. De même, l'ARS et l'établissement ne sont pas tenus de reprendre dans le CPOM le plan d'action de l'établissement établi pour se conformer aux recommandations de la HAS.

Le CPOM pourrait devenir un instrument autrement plus efficace d'application de ces recommandations, si les mesures à prendre dans cette perspective étaient systématiquement incluses dans ces contrats, ce qui permettrait aux ARS de moduler leurs aides aux établissements en fonction du respect de leurs engagements en la matière.

Enfin, une dernière incitation pourrait résulter de la procédure de délivrance des autorisations de soins à risques. Ces autorisations sont données par les ARS en fonction de critères d'agrément technique, de seuils d'activité minimale annuelle et de conditions d'évaluation à fixer par les CPOM, sans référence à la certification. Les décrets relatifs aux conditions de création de ces activités devraient donc être complétés pour prendre en compte les résultats de la certification des établissements concernés. Il serait logique que la non certification d'un établissement ou le sursis à décision de certification motivée par des réserves majeures concernant ces pratiques cliniques constituent un motif de refus d'autorisation d'exercice d'une activité de soins.

Il convient de noter à cet égard que le lancement de la certification par activité évoquée précédemment aiderait les ARS à fonder leurs décisions d'autorisation sur les résultats d'un audit complet des activités en cause.

CONCLUSION

La Cour a constaté les progrès réalisés par la HAS dans le sens de la simplification de la démarche de certification, de sa médicalisation et de sa meilleure insertion dans l'ensemble des régulations hospitalières.

Consciente du risque d'atténuation de l'efficacité de la certification qui s'observe au fil des procédures dans tous les pays concernés, la HAS cherche à perfectionner son approche.

A l'appui de cette détermination heureuse, la Cour estime que la HAS doit compléter sa réflexion en étudiant de façon approfondie l'impact de la certification sur les établissements et les conditions de prise en charge des patients, à partir d'une analyse des données recueillies par ses rapports successifs et en comparant les écarts constatés entre les résultats de la certification et les événements indésirables graves portés à sa connaissance.

Le troisième cycle de certification en cours est caractérisé notamment par un effort de sélectivité: cette orientation doit être renforcée en lançant la certification par activité, autorisée par la loi mais non mise en œuvre jusqu'ici.

Enfin, l'impact des décisions de certification doit être accru par l'inclusion systématique des mesures nécessaires pour tenir compte des recommandations de la HAS dans les CPOM passés entre les établissements et les ARS.

RECOMMANDATIONS

49. Réaliser des études d'impact par cycles, par catégories d'établissements, par régions et en tirer des enseignements pour l'amélioration de la procédure de certification et enrichir la connaissance des établissements.

50. Accentuer la médicalisation de la démarche en étudiant systématiquement les situations de décalage constatées entre les décisions de certification et les événements indésirables graves portés à la connaissance de la HAS, en développant l'accréditation des médecins et des équipes médicales, en favorisant les actions de formation aux bonnes pratiques du personnel et en expérimentant la certification d'ensembles coordonnés d'activités.

51. Intégrer les résultats de la certification dans les contrats négociés par les ARS avec les établissements pour suivre l'application des recommandations de la HAS, lever les réserves et en tirer si nécessaire des conséquences financières.

QUATRIEME PARTIE

LA SOLIDARITE A L'EGARD DES RETRAITES ET DES FAMILLES

La situation des retraités

Chapitre XIV – La couverture vieillesse
des personnes les plus pauvres

Chapitre XV – Les dispositifs fiscaux et sociaux
propres aux retraités

Cour des comptes
Sécurité sociale 2012 – septembre 2012
13 rue Cambon 75100 PARIS CEDEX 01 - tel : 01 42 98 95 00 - www.ccomptes.fr

INTRODUCTION

Tous régimes confondus, 16 170 000 retraités percevaient une pension fin 2010, les prestations de retraite ainsi versées s'élevant à 270 Md€ pour un montant moyen de pension directe de 1 216 € par personne, en progression de plus de 18 % en euros courants et de 8 % en euros constants par rapport à 2004[357].

Cette population connaît des situations d'une extrême diversité. Si en effet les retraités récents bénéficient très généralement de ressources supérieures aux générations précédentes et disposent pour un nombre croissant d'un niveau de vie analogue à celui des actifs, une part non négligeable vit dans le même temps sous le seuil de pauvreté.

La Cour a cherché à éclairer cette réalité contrastée et multiforme en examinant d'une part la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres, d'autre part l'adéquation à leur situation actuelle des dispositifs fiscaux et sociaux adoptés dans l'objectif d'assurer aux retraités une meilleure égalité de niveaux de vie avec le reste de la population.

Dans un contexte marqué par l'importance durable de la population bénéficiaire du minimum vieillesse, elle conclut à la nécessité de repenser un certain nombre de mécanismes d'aides pour mieux cibler les efforts sur ceux des retraités les plus fragiles du fait de la modestie de leurs ressources ou en raison de leur perte d'autonomie et être davantage à même de répondre aux nouveaux enjeux de solidarité entre générations qui se font jour.

357. DREES, Les retraités et les retraites en 2010 Etudes et résultats, février 2012.

Chapitre XIV

La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres

PRESENTATION

Selon l'INSEE, près d'un million de personnes âgées de plus de 64 ans vivaient sous le seuil de pauvreté en 2009[358], soit plus de 10 % de cette classe d'âge.

Devant un tel constat, la Cour a cherché à analyser les modalités de la couverture vieillesse mise en place au bénéfice des personnes les plus pauvres dont l'essentiel des ressources provient de fait de la protection sociale, régimes de retraite d'une part et dispositif de solidarité nationale, avec le minimum vieillesse, d'autre part.

Elle observe à cet égard non seulement que le minimum vieillesse conserve toujours aujourd'hui un rôle essentiel, en dépit de la généralisation des minima de pensions, pour limiter le taux de pauvreté des retraités les plus modestes (I), mais que sa place devrait dans la période à venir encore s'élargir, alors même que les possibilités de régulation de la dépense qui en résulte sont des plus limitées (II).

I - Une généralisation des minima de pensions qui n'a pas supprimé le rôle majeur du minimum vieillesse

Dès lors qu'elles n'ont pas pu suffisamment cotiser aux régimes de retraites jusqu'à la liquidation de leurs pensions, les personnes âgées sont appelées à dépendre essentiellement des différents dispositifs de solidarité, que sont d'une part les minima de pensions et d'autre part le minimum vieillesse.

A – Des minima de pensions généralisés à tous les principaux régimes de retraite de base

Les minima de pensions mis en place dans les principaux régimes de retraite se distinguent du minimum vieillesse sur deux points essentiels : d'une part, ils ne tiennent compte que des pensions personnelles des bénéficiaires (et non de l'ensemble des ressources dont il dispose ni de celles du couple dont il peut faire partie) et, d'autre part, ils

358. Données sur la France métropolitaine, tirées de l'enquête 2009 sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS) et pour un seuil de pauvreté monétaire fixé à 60 % du revenu médian (954 € par mois en 2009).

sont octroyés et modulés en fonction des durées d'assurance validées auprès des différents régimes.

1 – Les minima de pension des principaux régimes

Dans le cas du régime général et des régimes alignés[359], le minimum de pension est le « minimum contributif », ou MICO, mis en place en 1983. Il s'agit d'un montant, fixé par décret, auquel est portée la pension de base liquidée à taux plein lorsqu'elle est inférieure à ce montant. Il ne bénéficie donc qu'aux retraités ayant eu une carrière complète ou ayant liquidé leur retraite à l'âge du taux plein. Son montant est proratisé en fonction du nombre de trimestres validés dans le régime et fait l'objet d'une majoration en fonction du nombre de trimestres cotisés. Fin 2011, il était attribué à 4,9 millions de retraités du régime général.

Au sein du régime des exploitants agricoles, les mesures de revalorisations successives de pensions de retraite sur la période 1996-2002 ont notamment été marquées par la mise en place à partir de 1999 d'un véritable minimum pour la pension « proportionnelle »[360]. Ce minimum appelé PMR (pension minimum de référence) était obtenu, sous conditions de durée d'assurance minimale au régime, par l'octroi gratuit de points de retraite « proportionnels ». La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 a achevé la mise en place de minima de pensions en remplaçant le dispositif antérieur par un minimum garanti sur le montant de la pension de base totale. Ce minimum est dorénavant assuré au moyen du versement de majorations de pensions, à l'instar du MICO. Fin 2011, plus de 380 000 retraités du régime des exploitants agricoles bénéficiaient d'une PMR.

Au sein du régime de pensions des fonctionnaires, le bénéfice de la pension minimum garantie (MIGA) est désormais réservée aux fonctionnaires partant en retraite à l'âge du taux plein ou réunissant la durée de service permettant l'annulation de la minoration du taux de liquidation.

359. Régime des salariés agricoles et régime des artisans, commerçants et industriels (RSI).

360. La pension de retraite de base des non salariés agricoles se compose d'une retraite « forfaitaire », proratisée en fonction de la seule durée d'assurance dans le régime des exploitants agricoles et d'une retraite « proportionnelle » par points, ces points étant normalement acquis en fonction des cotisations versées au régime.

2 – Un plafonnement récent des minima de pensions qui les rapproche de la logique des minima sociaux

Sans plafonnement, les minima de pensions pouvaient bénéficier à des polypensionnés aux niveaux de retraite totale élevés. Partant de ce constat, la Cour avait recommandé en 2008[361] de tenir compte de l'ensemble des pensions de base pour l'attribution du MICO. Cette recommandation a été suivie et, depuis le 1er janvier 2012, les polypensionnés ne peuvent bénéficier du MICO que dans la limite où l'ensemble de leurs pensions de base et complémentaires ne dépasse pas un certain plafond. De la même façon, depuis 2009, le versement de la PMR au régime des exploitants agricoles n'intervient que dans la limite d'un montant personnel de pensions tous régimes de base et complémentaires.

Au-delà de l'objectif premier de lutter contre les effets d'aubaine, la mise en place de tels plafonnements, en cherchant à cibler les plus petits niveaux de retraites, conduit de fait à rapprocher les minima de pension d'une logique de minima sociaux, même si les ressources prises en compte se limitent aux pensions personnelles du bénéficiaire.

B – Un minimum vieillesse qui demeure essentiel

1 – Un dispositif ancien récemment modernisé

Le « minimum vieillesse » constitue historiquement le premier minimum social. Mis en place en 1956, il permet de compléter l'ensemble des ressources de ses bénéficiaires et de leur conjoint éventuel, jusqu'à un niveau de 777,16 € par mois pour une personne seule et de 1 206,39 € pour un couple[362]. Dès lors qu'elle en fait la demande, toute personne âgée d'au moins 65 ans (ou ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail) peut en bénéficier quelle que soit sa nationalité[363]. Les allocations du minimum vieillesse ont représenté en 2011 un coût total de 3 030 M€, financé par le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

A la suite de l'ordonnance du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, celui-ci est désormais attribué aux nouveaux bénéficiaires sous la forme d'une allocation différentielle unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Cette allocation n'est attribuée qu'après

361. RALFSS 2008 p. 392-393.

362. Montants en vigueur au 1er avril 2012.

363. Des conditions d'attribution spécifiques, notamment une durée minimum de détention de titres de séjour, sont cependant exigées pour les ressortissants étrangers.

liquidation de l'ensemble des droits à pensions acquis par ailleurs par ses bénéficiaires. Son service est soumis à une condition de résidence stable et régulière sur le sol français, qui se vérifie désormais pour des séjours en France de plus de six mois par an. Enfin, l'ASPA fait l'objet d'une procédure de récupération sur succession au décès de l'allocataire, au-delà d'un certain montant d'actif net successoral (39 000 €) et dans la limite d'un montant maximum d'allocation mensuelle.

L'ASPA est venue se substituer à un dispositif constitué de l'empilement de plusieurs types d'allocations aux montants et aux critères différents.

Le dispositif des « anciennes » allocations du minimum vieillesse

Les « anciennes » allocations du minimum vieillesse s'organisent en deux niveaux.

Le 1er niveau concerne des allocations visant à compléter la seule pension de retraite de base, ou l'absence de toute pension de base, jusqu'au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), soit 276,39 € par mois, dans la limite toutefois d'un plafond de ressources totales égal au minimum vieillesse, soit 777,16 € par mois. Il s'agit notamment de :

- l'AVTS elle-même, instaurée en 1941 et versée aux personnes de plus de 65 ans relevant d'un régime de base pour lequel elles ont insuffisamment cotisé pour bénéficier d'une pension ;

- l'allocation spéciale de l'article L. 814-1 du code de la sécurité sociale, créée en 1972, versée par le service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV, logé au sein de la caisse des dépôts) aux personnes de plus de 65 ans ne relevant d'aucun régime vieillesse de base ;

- la majoration prévue à l'article L. 814-2, créée en 1972, complétant l'avantage vieillesse d'un régime de base pour le porter au niveau de l'AVTS ;

Le 2nd niveau concerne des allocations visant, en complément éventuel d'une allocation de 1er niveau, à porter les ressources du bénéficiaire au niveau du minimum vieillesse. Il s'agit presque exclusivement de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) de l'article L. 815-2, créée en 1956.

L'ASV comptait ainsi 598 000 allocataires fin 2006 tandis que des allocations de 1er niveau étaient servies à 491 000 personnes.

Parmi ces allocations, seules l'ASV et l'allocation spéciale étaient explicitement non « exportables » et donc soumises à condition de résidence sur le sol français. En revanche, aucune de ces allocations n'était plus soumise à condition de nationalité depuis 1998. Enfin, seule l'ASV fait l'objet de récupération sur succession au décès du bénéficiaire, à l'instar des autres minima sociaux.

2 – Un recours au minimum vieillesse qui perdure malgré la généralisation des minima de pensions

a) Une généralisation qui a déjà produit ses effets sur le minimum vieillesse

L'existence ou la mise en place des minima de pensions a permis à un certain nombre de personnes âgées de sortir du dispositif du minimum vieillesse en leur accordant des ressources excédant (éventuellement de très peu) le plafond du minimum vieillesse. A titre d'illustration, le nombre d'allocataires issus du régime des exploitants agricoles a été ainsi réduit de 80 % entre 1994 et 2004 à la faveur des plans pluriannuels de relèvement des petites retraites agricoles. Fin 2010, ce nombre était tombé à 41 700 alors qu'il était de 352 600 en 1994.

L'introduction des minima de pensions a ainsi déjà, pour l'essentiel, produit ses effets sur le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse. Parmi ceux-ci, la part de ceux qui ne peuvent prétendre aux minima de pension, en raison principalement de carrières incomplètes, est dès lors devenue prépondérante (soit près de 75 %). Sauf à assouplir leurs conditions d'octroi, en termes nécessairement de durée d'assurance requise, les minima de pensions ne peuvent pas contribuer davantage à améliorer les niveaux de retraites de ces personnes.

Seules des mesures ciblées sur d'autres publics que ceux visés par les minima de pensions, à l'image de la majoration des pensions de réversion décidée en 2009, pourraient réduire encore le recours au minimum vieillesse.

b) Une configuration des minima de pensions qui permet leur coexistence avec le minimum vieillesse

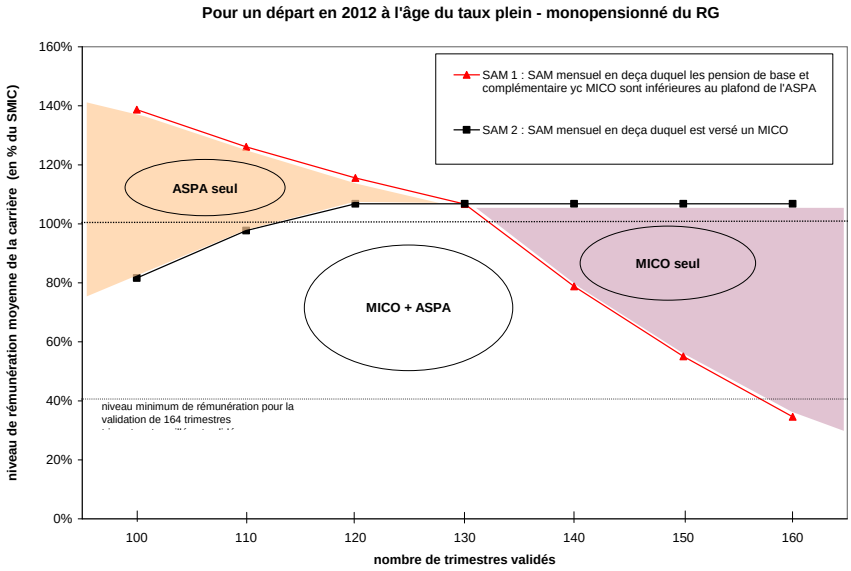
Le minimum vieillesse intervient de façon subsidiaire par rapport aux pensions liquidées, qui incluent au préalable l'effet éventuel des minima de pensions. Ainsi, 26 % des allocataires du minimum vieillesse gérés par le régime général et par le régime des exploitants agricoles, soit près de 120 000 personnes, cumulaient une allocation du minimum vieillesse avec le bénéfice d'un MICO ou d'une PMR.

Les trois quarts des situations de cumul du MICO et du minimum vieillesse résultent d'une liquidation à l'âge du taux plein au terme d'une carrière incomplète. Dans cette situation[364], la modulation du MICO en fonction de la durée d'assurance conduit, pour des durées d'assurance

364. Pour le cas simple d'un monopensionné du régime général vivant seul.

comprises entre 110 et 130 trimestres et des carrières rémunérées au plus au SMIC, à ce qu'une pension portée au MICO ne suffise pas à atteindre un niveau de ressources au moins égal au minimum vieillesse[365].

Situations de bénéfice du MICO et de l'ASPA en fonction de la durée d'assurance et du salaire annuel moyen porté au compte de l'assuré



Note de lecture : pour une durée d'assurance de 140 trimestres, une carrière rémunérée au SMIC justifie le bénéfice du MICO et permet d'obtenir une pension totale, de base et complémentaire, supérieure au plafond du minimum vieillesse. Le retraité bénéficie donc d'un MICO seul, sans ASPA. Ce n'est que pour une carrière rémunérée à moins de 70 % du SMIC que la pension totale devient inférieure au minimum vieillesse et peut justifier le recours à l'ASPA en complément du MICO.

Source : calculs Cour des comptes

En revanche, pour des durées d'assurance supérieures à 130 trimestres, le MICO assure une substitution totale par rapport au minimum vieillesse pour des carrières rémunérées au SMIC.

365. En raison dès lors d'une trop faible pension de retraite complémentaire.

Les modes de financement respectifs des minima de pensions et du minimum vieillesse

Présenté depuis l'origine comme « contributif », le MICO était intégralement pris en charge et financé jusqu'en 2010 par les régimes d'assurance vieillesse par opposition aux allocations du minimum vieillesse qui, relevant de la solidarité nationale et n'étant pas conditionnées à des cotisations ni même à des affiliations, sont financées aujourd'hui par le FSV (lui-même financé majoritairement par différents impôts affectés et par une part du produit de la CSG, à l'exclusion de toute cotisation sociale). De la même façon, les minima de pensions du régime des exploitants agricoles et le minimum garanti de la fonction publique sont toujours pris en charge par les régimes correspondants.

Or, les effets de substitution que produit l'attribution de ces minima sur le recours au minimum vieillesse s'accompagnent de transferts de dépenses entre le FSV et les régimes de retraites qui perturbent la lisibilité des évolutions du coût de la couverture vieillesse globale des bénéficiaires du minimum vieillesse. Ainsi, la mise en place des PMR au sein du régime des exploitants agricoles et leur montée en charge entre 1999 et 2002, ont-ils représenté un transfert de charge annuel de près de 175 M€ à partir de 2003.

Il en résulte un besoin de clarification des financements respectifs du minimum vieillesse et des minima de pensions. A cet égard, les dispositions de la LFSS 2011 ont prévu que le FSV contribue désormais au financement du MICO pour un montant forfaitairement déterminé chaque année en LFSS (en l'occurrence 3,5 Md€ en 2011 et 3,9 Md€ en 2012). Il s'agit là cependant d'une demi-mesure puisqu'elle laisse les variations du coût du MICO à la charge de l'assurance vieillesse du régime général alors que les variations du coût de l'ASPA, y compris induites par l'évolution du MICO, restent bien à la charge du FSV.

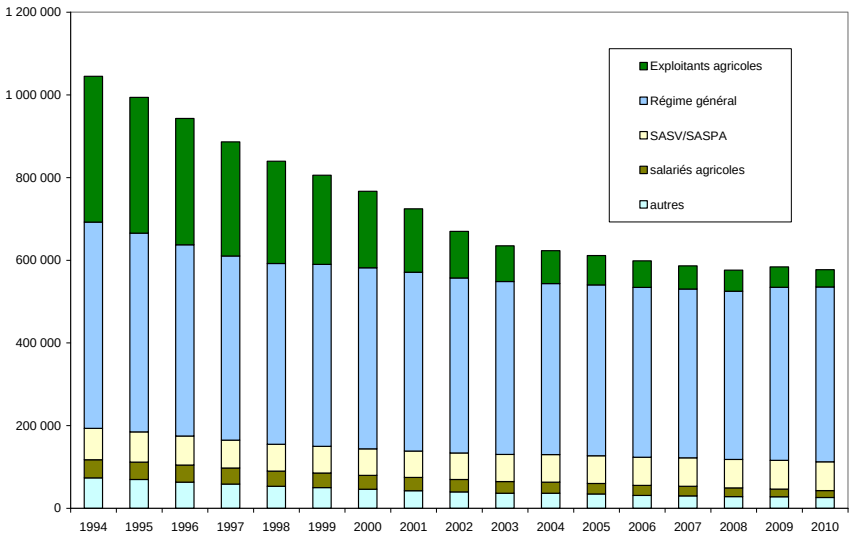
3 – Une réduction du nombre d'allocataires du minimum vieillesse qui s'est interrompue

Dans ces conditions, le nombre d'allocataires du minimum vieillesse, hors résidents à l'étranger, tend à se stabiliser depuis 2007, ce qui marque une rupture nette avec la tendance historique à la réduction des effectifs observée depuis 50 ans. La baisse du nombre total d'allocataires du minimum vieillesse a été en effet alimentée en continu jusque dans les années 1980 par la montée en charge des régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaires. Le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse (au sens de l'ASV) a ainsi été divisé une première fois par deux entre 1959 et 1989, puis une deuxième fois entre 1989 et 2006 pour tomber à cette date à un peu moins de 600 000. Toutefois, la baisse ne s'est poursuivie sur l'ensemble de cette seconde période que grâce à la mise en place des minima de pensions dans les

principaux régimes de base et en dernier lieu au sein du régime des exploitants agricoles.

Hors régime des exploitants agricoles, le nombre d'allocataires du minimum vieillesse s'est stabilisé depuis le début des années 2000, notamment pour ceux relevant du régime général, qui représentent désormais près de 75 % du total contre 48 % en 1994.

Evolution du nombre d'allocataires de l'ASV ou de l'ASPA par organisme servant le principal avantage vieillesse



Source : données FSV

Fin 2010, le nombre total des seuls allocataires de l'ASV et de l'ASPA se montait ainsi, selon le FSV, à 576 978 personnes, soit un niveau quasiment stable depuis 2007[366]. Les allocataires du minimum vieillesse étaient, fin 2010, pour plus de 55% des femmes. Cette proportion est toutefois en diminution régulière depuis 15 ans. L'âge médian des allocataires se situe, pour les femmes, entre 75 et 80 ans et, pour les hommes, entre 70 et 75 ans. Un quart des femmes allocataires a plus de 80 ans.

366. Les évolutions décrites ici ne tiennent cependant pas compte de la population spécifique des bénéficiaires d'une majoration L. 814-2 résidant à l'étranger, qui, sauf exception, ne touchent ni l'ASV ni l'ASPA. La population correspondante a quasiment doublé entre 1998 et 2006, mais elle est appelée à disparaître progressivement, aucune nouvelle attribution d'allocation « exportable » n'étant plus possible depuis 2007.

Considéré selon un champ plus large, le minimum vieillesse bénéficiait à cette même date à près de 940 000 personnes.

Les bénéficiaires du minimum vieillesse : un effectif variable selon le champ considéré

Les effectifs de bénéficiaires du minimum vieillesse figurant dans les publications de la DREES ou de l'INSEE ne concernent généralement que les seuls allocataires de l'ASV ou de l'ASPA. Ces derniers représentaient fin 2010 près de 577 000 personnes. Ce décompte exclut cependant un contingent significatif de personnes bénéficiant d'une allocation du 1er niveau mais pas de l'ASV. Il s'agit de :

- près de 239 500 personnes résidant à l'étranger qui continuent à percevoir une allocation au titre de l'ancien article L. 814-2 mais qui, par définition, ne peuvent recevoir ni ASV ni ASPA ;

- près de 12 000 allocataires du 1er niveau résidant en France sans toucher l'ASV. Cette dernière situation pouvant résulter aussi bien des modalités d'octroi et de calcul des différentes allocations, qui permettent dans certains cas aux bénéficiaires d'atteindre le niveau de ressources du minimum vieillesse avec les seules allocations de 1er niveau, que d'un renoncement au bénéfice spécifique de l'ASV en raison de la récupération sur succession dont elle fait l'objet.

Enfin, au-delà des allocataires eux-mêmes, les allocations versées au sein d'un couple couvrent de fait les conjoints qui ne seraient pas directement titulaires d'une allocation. Cette situation concerne au moins 112 000 allocations, ASV ou ASPA, versées par la CNAV et le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) fin 2010.

Au final, sur ces bases, le minimum vieillesse couvrait ainsi, fin 2010, près de 940 000 personnes.

C – Des dispositifs qui assurent un niveau de vie proche du seuil de pauvreté

Parce qu'il intervient de façon subsidiaire au minima de pension, le minimum vieillesse reste le dernier filet de sécurité pour les retraités les plus pauvres. Le plafond du minimum vieillesse pour une personne seule a fait l'objet d'une revalorisation spécifique de près de 13 % au-delà de l'inflation entre 2009 et 2012. En 2009, en tenant compte du logement il garantissait déjà à ses bénéficiaires un niveau de vie intermédiaire entre le seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian et le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian.

Les minima de pensions peuvent quant à eux contribuer à porter les ressources de leurs bénéficiaires au-delà du plafond du minimum vieillesse, mais souvent de peu.

1 – Un minimum vieillesse qui permet de garantir un niveau de vie proche du seuil de pauvreté

a) Le niveau de vie des bénéficiaires du minimum vieillesse en 2009

La simple comparaison du barème du minimum vieillesse et des seuils de pauvreté calculés par l'INSEE donnerait à penser que ce dispositif ne permet pas de garantir des ressources au moins égales au seuil de pauvreté à 50 %, le barème pour un couple étant toutefois nettement plus proche de ce seuil que le barème pour une personne seule.

Barème « minimum vieillesse » et seuils de pauvreté en 2009

En € mensuel

	Plafond «minimum vieillesse»	Seuil de pauvreté à 50 %	Seuil de pauvreté à 60 %
Personne seule	692,43	795	954
Couple	1 147,14	1 193	1 431

Source : INSEE

Mais ces comparaisons sont biaisées par l'absence de prise en compte du logement dans le calcul des ressources et des niveaux de vie. Ainsi, les allocations logement, qui sont exclues des ressources prises en compte pour le calcul des allocations du minimum vieillesse, doivent être le cas échéant ajoutées à leur montant pour les bénéficiaires locataires de leur logement[367]. Elles conduisent, selon les données de 2008, à porter les ressources des bénéficiaires juste au-dessus du seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian. Pour les bénéficiaires propriétaires de leur logement, soit plus de 70 % des retraités touchant une pension inférieure à 750 € par mois, ou logés à titre gratuit, la prise en compte de l'avantage procuré par la possession du logement[368] (sous forme de loyers fictifs nets de charges[369]) portaient déjà (à partir des données de 2006) le niveau

367. Selon l'enquête de l'INSEE sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS) pour 2008, 536 000 ménages dont la personne de référence a au moins 75 ans touchent une allocation logement pour un montant moyen de 139 € par mois.

368. Le niveau de vie est ici abordé en termes exclusivement monétaires. Il ne tient pas compte des conditions de vie, liées par exemple à l'état de vétusté du logement possédé.

369. Les loyers « fictifs » imputables aux retraités touchant des pensions inférieures à 750 € ont été évalués par la DREES à près de 300 € par mois en valeur 2003 à partir des résultats de l'enquête logement 2002.

de vie au-delà du seuil de pauvreté à 50 % et même jusqu'au seuil à 60 % dans le cas d'un couple[370].

L'existence du minimum vieillesse conduit à ce que la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à 50 % était en 2009 nettement plus faible chez les plus de 65 ans que dans l'ensemble de la population comme le fait apparaître le tableau suivant.

Taux de pauvreté des personnes âgées et de l'ensemble de la population française en 2009[371]

En %

	Taux de pauvreté à 50 % (1)	Taux de pauvreté à 60 % (2)	Taux de pauvreté « intermédiaire » (2)-(1)
Ensemble de la population	7,5	13,5	6,0
Personnes âgées de 65 ans et plus	3,6	10,4	6,8

Source : INSEE ERFS 2009

Elle se traduit aussi par une concentration relative des niveaux de vie des plus de 65 ans entre le seuil de pauvreté à 50 % et le seuil de pauvreté à 60 %.

b) L'impact du plan de revalorisation 2007-2012

Dans le cadre du « rendez-vous 2008 sur les retraites »[372], les pouvoirs publics s'étaient fixé pour objectif d'accroître de 25 % le montant de l'ASPA pour une personne seule entre 2007 et 2012 sous la forme d'un plan pluriannuel de revalorisation. Ce plan, mis en œuvre en application de l'article 73 de la LFSS pour 2009, a prévu une

370. En revanche, le fait que les allocations du minimum vieillesse ne sont soumises ni à l'impôt sur le revenu ni à la CSG n'apporte pas d'avantage spécifique à leurs bénéficiaires puisque les plafonds de ressources conditionnant l'octroi du minimum vieillesse correspondent de facto à des situations de non imposition selon les barèmes de ces impôts. Ces éléments sont pris en compte dans les calculs de niveau de vie de l'INSEE.

371. Les premières données sur les niveaux de vie en 2010 publiées récemment par l'INSEE (INSEE première n°1412, « les niveaux de vie en 2010 », septembre 2012) font apparaître une dégradation du taux de pauvreté par rapport à 2009. Le taux de pauvreté à 50% passe ainsi de 7,5% à 7,8% et le taux de pauvreté à 60% de 13,5% à 14,1%.

372. Document publié par le gouvernement le 28 avril 2008.

augmentation, en valeur absolue, des plafonds et des montants maximum de l'ASPA « personne seule » jusqu'en 2012.

La revalorisation de 25 % en cinq ans englobant l'indexation légale du minimum vieillesse[373], l'effort supplémentaire aura été en réalité inférieur à 16 % pour ce qui est du montant maximum. En ce qui concerne le plafond, qui détermine pour plus de 70 % des allocataires le montant de l'allocation versée, l'augmentation hors prise en compte de l'inflation sera même finalement inférieure à 13 %. En effet, jusqu'en 2008, le plafond de ressources pour une personne seule était supérieur de près de 2,5 % au montant maximum de l'ASPA. Au sein des 25 % de progression programmés pour le montant maximum de l'ASPA, la revalorisation engagée en 2009 a dès lors, pour 1/10ème de l'effort, consisté seulement à aligner le montant maximum sur le plafond.

Le choix de faire porter la revalorisation des montants et des plafonds du minimum vieillesse sur le seul barème applicable aux personnes seules a permis de rétablir le différentiel qui existait jusqu'en 2008 entre l'échelle d'équivalence appliquée pour les calcul de niveaux de vie et celle sous-jacente au barème du minimum vieillesse[374]. Ce faisant, il conduit à rapprocher le niveau de vie d'un allocataire célibataire ou veuf du seuil de pauvreté à 60 %.

2 – Des dispositifs qui concentrent les pensions de leurs bénéficiaires juste au-dessus du plafond du minimum vieillesse

Les minima de pensions peuvent évidemment permettre à leurs bénéficiaires de disposer des niveaux de retraite supérieurs au plafond du minimum vieillesse. Pour autant, le barème du minimum vieillesse et les niveaux de ressources assurés par le MICO ou par les PMR agricoles sont très proches pour une personne seule.

373. Indexation légale identique en pratique à celle des pensions de retraite de base.

374. Les calculs de niveau de vie comptent 1,5 unité de consommation pour un couple alors que le plafond ASPA pour un couple avant 2009 représentait 1,8 fois le plafond pour une personne seule. Au terme du plan de revalorisation, ce ratio est abaissé à 1,55.

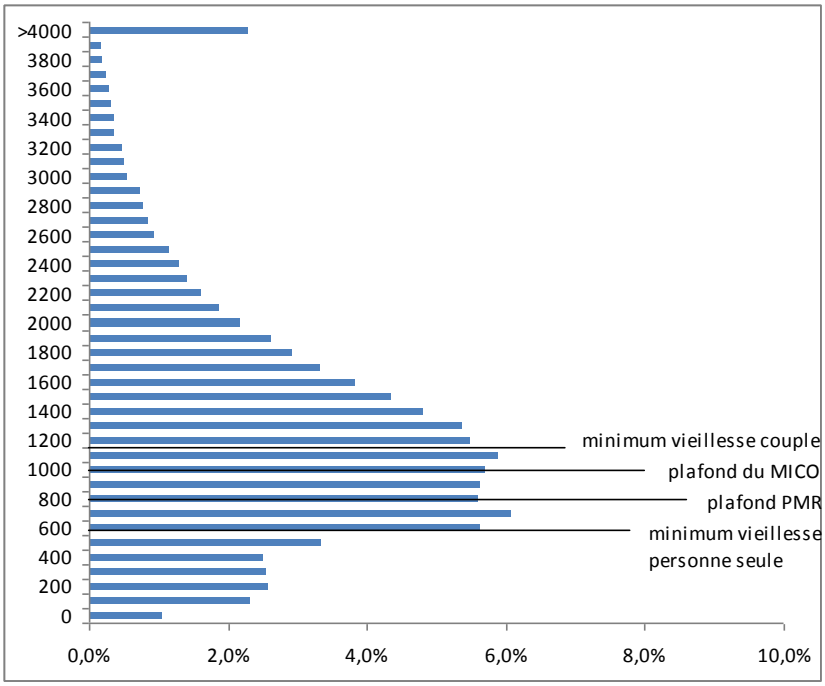
Barèmes du MICO et de la PMR au 1er avril 2012

	Montants mensuels	Ratio sur plafond ASPA	
		Personne seule	Couple
MICO plein majoré	678,50 €	0,87	0,56
MICO plein majoré + retraite complémentaire pour une carrière complète au SMIC	923,50 €	1,19	0,77
Plafond MICO toutes pensions	1 005,00 €	1,29	0,83
PMR pleine « chef d'exploitation »	672,46 €	0,87	0,56
Plafond PMR	841,45 €	1,08	0,70

Source : CNAV, CCMSA et FSV

Cette proximité conduit déjà à concentrer, pour l'essentiel, les niveaux de pension les plus faibles dans l'intervalle délimité par les plafonds du minimum vieillesse pour une personne seule et pour un couple. Cet intervalle constitue la zone la plus dense de la distribution des pensions globales selon leur montant mensuel, telle qu'elle ressort de l'échantillon inter-régimes (EIR) des retraités.

Distribution des pensions globales (y compris minimum vieillesse) des retraités de droits direct de 65 ans et plus résidant en France[375]



Source : DREES à partir de l'EIR 2008

375. Cette distribution, regroupant près de dix millions de retraités, inclut ainsi les pensions et les allocations d'au plus 450 000 allocataires du minimum vieillesse (ceux de plus de 65 ans qui disposent d'une pension de droit direct d'un régime de base français).

Dans cette zone, chaque tranche de 25 € de pension mensuelle en plus ou en moins regroupe un effectif de près de 150 000 retraités de plus de 65 ans. La mise en œuvre du plafonnement du MICO à partir de 2012 ainsi que l'achèvement du plan de revalorisation du minimum vieillesse, dont les effets n'apparaissent pas encore sur la distribution ci-dessus, devraient encore accroître ce phénomène de concentration.

*
* *

Au final, en dépit de la généralisation des minima de pensions, le minimum vieillesse reste ainsi un dispositif absolument majeur pour la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres. Parce qu'il garantit en dernier ressort le niveau de ressources des personnes âgées, le minimum vieillesse couvrait en 2009 près des trois quarts des personnes vivant sous le seuil de pauvreté (à 60 %). Alors même que le nombre de ses allocataires a cessé de diminuer depuis cinq ans, plusieurs éléments laissent envisager une sensible progression.

II - Une dépense qui pourrait rester dynamique dans les années à venir

Plusieurs facteurs se conjuguent pour laisser présager une poursuite de la progression de la dépense du minimum vieillesse au cours des prochaines années. Celle-ci après avoir atteint son niveau le plus bas en 2000 -soit 2,5 Md€-, est en constante augmentation depuis cette date pour atteindre 3,03 Md€ en 2011[376]. De fait les mécanismes de régulation mis en œuvre ne peuvent avoir qu'une portée limitée, alors même que le FSV, dont le minimum vieillesse représente près de 15 % des dépenses, enregistre chaque année depuis 2009 un déficit de plus de 3 Md€.

A – La nécessité d'une information plus active des bénéficiaires potentiels

L'objectif primordial de lutte contre la pauvreté des personnes âgées qui est depuis toujours assigné au minimum vieillesse aurait dû conduire à des analyses précises de la population qui y est éligible. Tel n'est cependant pas le cas, alors même qu'il existe de sérieuses

376. Ces évolutions concernent l'ensemble de la dépense au titre du minimum vieillesse, dont les allocations servies à l'étranger. Pour les seules allocations servies en France, le niveau le plus bas de la dépense a plutôt été atteint en 2004.

présomptions qu'une part des retraités qui y auraient droit n'en fait pas la demande en l'absence de dispositif d'information adapté.

1 – Une méconnaissance de la population potentiellement concernée

Une évaluation du nombre de personnes âgées qui, bien que disposant de ressources inférieures au minimum vieillesse, ne seraient pas effectivement prises en charge par ce dispositif, est un exercice délicat. En effet, le non recours au minimum vieillesse par défaut d'information ne peut pas être mis en évidence à partir des fichiers des pensionnés des régimes de retraite de base.

Tout d'abord, au sein de chaque régime, ces fichiers ne permettent même pas de connaître l'ensemble des pensions perçues notamment celles des polypensionnés. Seul le répertoire géré par la CNAV dans le cadre des « échanges inter-régime de retraite » (EIRR) prévus par l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (article L. 161-1-6 du code de la sécurité sociale) rassemble tous les éléments de pensions des régimes obligatoires de base ou complémentaires. Toutefois, un travail de détection systématique, sur le stock des retraités, des situations susceptibles, au regard des seules pensions, d'ouvrir droit à l'ASPA, reste impraticable tant que le code de la sécurité sociale n'autorise pas l'utilisation de l'EIRR à cette fin. En tout état de cause, puisqu'ils ne concernent que les pensions personnelles des retraités, les éléments que fournirait l'EIRR ne constitueraient que des présomptions à confirmer, en dépit de la prédominance des pensions dans les ressources totales des personnes de plus de 65 ans et celles des personnes isolées dans cette même tranche d'âge.

Les mêmes limites s'appliquent à l'échantillon inter-régime (EIR) géré par la DREES, qui peut en revanche être utilisé à des fins statistiques. Il regroupe en effet des pensionnés sans indications sur leur situation matrimoniale et donc sans possibilité de consolider les pensions au niveau d'un couple. Dès lors, les indications que cet échantillon fournit quant à la distribution des pensions selon leur montant ne permettent pas de cerner les cas potentiellement éligibles au minimum vieillesse.

En ce qui concerne les personnes âgées non affiliées à un régime de retraite français, seule l'action d'information et de prospection qu'organise et coordonne le SASPA [377], permet de détecter les bénéficiaires potentiels. Par définition, le « vivier » n'est pas quantifiable au-delà des titulaires de l'AAH qui arriveraient à l'âge de 60 ans sans avoir acquis de droits à pensions. En revanche, au stade de l'instruction des demandes, le SASPA recense des abandons « après demande de pièces justificatives » de l'ordre de 1 000 par an. Les motifs n'en sont cependant pas recensés, ne permettant pas de distinguer les dossiers qui auraient pourtant abouti à attribution et qui correspondent vraisemblablement à des renoncements pour cause de récupération sur succession notamment.

Ainsi, à défaut de mener des campagnes de prospection susceptibles d'engendrer de nouveaux flux d'attribution, les différents organismes et administrations n'ont aujourd'hui pas les moyens de connaître le nombre de personnes qui rempliraient les conditions pour bénéficier du minimum vieillesse mais n'en ont pas fait la demande.

2 – Un plan de revalorisation qui n'a pas eu d'effet sur les effectifs d'allocataires

Le plan de revalorisation 2009-2012 de l'ASPA, en faisant progresser le plafond de ressources du minimum vieillesse au-delà de l'indexation normale des pensions, aurait dû conduire normalement à accroître, toutes choses égales par ailleurs, le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse. Plus précisément, sur la base de la distribution des pensions globales pour les retraités de 65 ans et plus issue de l'EIR 2008, on peut estimer qu'au terme de la revalorisation du 1er avril 2010, près de 85 000 nouveaux allocataires auraient déjà pu être enregistrés au-delà du flux tendanciel d'entrées. Les revalorisations de 2011 et 2012 pourraient théoriquement induire près de 65 000 attributions supplémentaires.

Or, les effectifs des allocataires de l'ASV et de l'ASPA réunis sont revenus fin 2010 à un niveau quasiment stable par rapport à 2008 (+0,18 %) après avoir augmenté ponctuellement en 2009. Les premiers éléments recueillis par le FSV sur les effectifs 2011 montrent même une légère diminution du stock des allocataires gérés par la CNAV (-0,22 %). Les flux d'entrée dans le dispositif, au moins pour la CNAV, ne marquent pas non plus de rupture dans le sens d'un accroissement à partir de 2009.

377 . Le SASPA qui dépend de la caisse des dépôts et consignations gère les allocataires qui n'ont acquis aucun droit dans les régimes de retraite français (70 000 bénéficiaires en 2011). Depuis 1999, un tiers des nouvelles attributions annuelles (qui sont de l'ordre de 5 500) concernent des ressortissants étrangers.

Flux annuels d'attribution par la CNAV

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'attribution d'ASV ou d'ASPA	37 605	37 068	40 828	42 283	40 411	35 582

Source : CNAV données transmises au FSV

L'absence d'effet significatif du plan de revalorisation du minimum vieillesse sur les effectifs d'allocataires suggère alors qu'une part importante des personnes que le plan ferait devenir éligibles, alors qu'elles ont déjà liquidé leurs pensions et dépassé l'âge de 65 ans, n'aurait pas spontanément présenté des demandes d'ASPA.

Face à cette situation, la mise en place de campagnes spécifiques d'information des publics qui seraient devenus potentiellement éligibles au minimum vieillesse à la suite de sa revalorisation apparaîtrait cohérente avec les objectifs poursuivis en matière de lutte contre la pauvreté. De telles campagnes ont du reste été menées s'agissant du RSA ou de la prime pour l'emploi.

3 – Une information des nouveaux retraités qui n'est pas apportée nécessairement au bon moment

Le caractère quérable des allocations du minimum vieillesse justifie l'obligation d'information que la loi[378] impose aux caisses de retraite. Cette obligation se limite pourtant à donner aux assurés, au moment de la liquidation de leur pension, les informations relatives aux conditions d'octroi du minimum vieillesse et aux procédures de récupération sur succession.

Or, près de 80 % des pensions de droits directs du régime général et du régime des exploitants agricoles sont liquidés avant 65 ans. Ce décalage temporel entre le moment de l'information et l'âge à partir duquel une demande d'ASPA peut être faite engendre un risque systématique de non recours au minimum vieillesse par défaut d'information délivrée au bon moment. Du reste, seuls 40 % au maximum des attributions d'ASPA par la CNAV en complément d'un droit propre (hors attributions pour inaptitude) concernent des retraités ayant liquidé leur pension avant l'âge d'obtention du taux plein. Cette différence peut traduire soit le fait que les personnes qui anticipent un niveau de pension inférieur au minimum vieillesse sont poussées à différer la liquidation de leur pension jusqu'à 65 ans (pour bénéficier notamment du « minimum

378. Article L. 815-6 du code de la sécurité sociale.

contributif » au sein du régime général), soit le fait qu'un retraité ayant liquidé sa pension avant 65 ans oublie, arrivé à cet âge, qu'il peut demander à bénéficier de l'ASPA.

Si une information complémentaire était délivrée par exemple dans le cadre d'un « rendez-vous des 65 ans » pour des publics ciblés en fonction de leur niveau de pension, elle permettrait de limiter ces situations. Si un tel dispositif était estimé trop coûteux à mettre en place, les actions partenariales entre les caisses de retraite et les services sociaux de proximité mériteraient d'être renforcées pour assurer l'information des bénéficiaires potentiels.

B – Une dégradation du niveau des pensions liquidées par les nouveaux bénéficiaires qui pourrait se prolonger

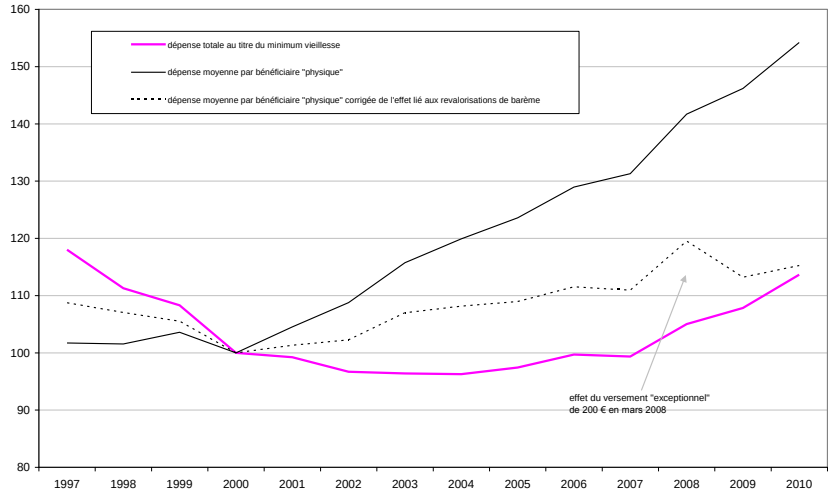
La dégradation récente des ressources moyennes des allocataires traduit une évolution préoccupante.

1 – Des bénéficiaires aux ressources, avant allocations, de plus en plus faibles en moyenne depuis une dizaine d'années.

La fin de la baisse des effectifs d'allocataires du minimum vieillesse s'est accompagnée sur les dix dernières années d'une augmentation du taux de service moyen[379] des allocations, traduisant un recul progressif des ressources moyennes des bénéficiaires. Sur les seuls allocataires résidant en France, le taux de service moyen a ainsi crû de plus 10 % entre 2000 et 2007. Cette croissance correspond à un recul de plus de 5 % en euros constants du niveau moyen des ressources des allocataires, avant allocation.

379. Il s'agit ici du montant par tête d'allocation servie (toutes allocations de 1er et 2nd niveau cumulées) corrigé des effets des revalorisations annuelles. Un taux de service proche de 100 % correspond à des ressources quasi-nulles. Inversement un taux de service proche de 0 % correspond à des ressources proches du plafond de l'ASPA.

Evolution du montant par tête des allocations servies en France, avec et sans correction de l'effet des revalorisations (base 100 en 2000)



Source : données FSV et calculs Cour des comptes

Ce recul marque non seulement la progression de la proportion des allocataires relevant du SASPA liée en particulier à la suppression à compter de 1998 des conditions de nationalité pour l'octroi du minimum vieillesse, mais aussi l'arrêt de la progression du niveau moyen des pensions liquidées par les allocataires relevant du régime général. Ce dernier phénomène est illustré par l'augmentation, jusqu'en 2007, parmi les allocataires gérés par la CNAV et résidant en France, de la part des bénéficiaires d'une allocation du 1er niveau, qui perçoivent donc des pensions inférieures au niveau de l'AVTS, soit un tiers du plafond du minimum vieillesse.

Part des allocataires de 1er niveau parmi les bénéficiaires du minimum vieillesse gérés par la CNAV et résidant en France

En %

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
19,	19,5	20,0	20,6	21,2	21,6	22,0	22,5	22,7

Source : FSV

Ce phénomène peut s'expliquer soit par le mécanisme de réversion [380] -mais cette hypothèse s'accommode mal de la baisse continue observée depuis 1998 sur la proportion des femmes parmi les bénéficiaires de l'ASV-, soit par l'arrivée à l'âge de 65 ans de générations ayant connu des périodes significatives de chômage ou de RMI, soit enfin par la prise en charge de retraités d'origine étrangère ayant acquis peu de droits à pension en France[381] .

La tendance à la progression des taux de services se poursuit au-delà de 2006 et jusqu'en 2010, même en neutralisant l'effet du plan de revalorisation initié en 2009. Elle laisse penser que l'inflexion observée au cours de la dernière décennie dans l'évolution des dépenses pourrait être durable. A titre d'exemple, le montant moyen des pensions de base liquidées au régime général pour les nouveaux allocataires du minimum vieillesse ayant eu des carrières incomplètes liquidées avant l'âge du taux plein a baissé entre 2006 et 2010 puisqu'il est passé de 314 € à 294 €[382].

Fin 2010, on pouvait évaluer à moins de 400 € par mois et par personne les ressources moyennes des allocataires, avant allocations du minimum vieillesse. Cette moyenne intégrait deux extrêmes : les allocataires pensionnés du régime des exploitants agricoles, qui avaient des ressources mensuelles proches de 600 € par personne et les allocataires du SASPA, qui auraient eu moins de 60 € par mois sans allocation.

2 – Une augmentation prévisible des carrières incomplètes qui pourrait alimenter une croissance du nombre de bénéficiaires.

Parmi les allocataires du minimum vieillesse résidant en France, la DREES estime à seulement 13 % la part des personnes ayant eu des carrières complètes au sens du nombre de trimestres validés.

Cette faible proportion résulte notamment de la mise en place de minima de pensions dans les principaux régimes de base, dont l'octroi est en général conditionné à une durée minimale d'assurance. Elle suggère alors que de nouvelles mesures d'amélioration des petites retraites, si elles veulent respecter un principe contributif et donc favoriser les

380. En effet, un allocataire de l'ASV dont les seules ressources consistaient en des pensions supérieures au niveau de l'AVTS mais inférieures à 75 % du niveau du minimum vieillesse laisse à sa veuve, si elle ne bénéficie pas de pension de droit propre par ailleurs, une pension de réversion alors inférieure au niveau de l'AVTS.

381. Une fois l'attribution du minimum vieillesse décidée, la CNAV ne conserve toutefois pas les données correspondant à la nationalité des allocataires.

382. En euros constants 2006.

carrières complètes, auront de moins en moins d'effets à la baisse sur le nombre d'allocataires du minimum vieillesse.

Répartition des allocataires du minimum vieillesse selon leurs droits à pensions

En %

Allocataires sans droit propre	21
– Pension de droit dérivé uniquement	9
– SASPA	12
Allocataires ayant acquis un droit propre	79
– Carrière incomplète	66
– Carrière complète	13
Ensemble des allocataires	100

Champ : allocataires ASV et ASPA résidant en France au 31/12/2008
Source : EIR 2008, DREES

En revanche, la population, majoritaire parmi les allocataires, des retraités à carrières incomplète, si elle compte aujourd'hui en grande partie des titulaires de pensions liquidées pour inaptitude ou invalidité[383], est susceptible de voir ses effectifs croître avec l'arrivée aux âges de la retraite de générations ayant connu des carrières plus marquées que les précédentes par l'inactivité dans des conditions n'autorisant pas toujours la validation de trimestres au titre du chômage.

Ce phénomène, dont on observe sans doute les prémices à travers l'inflexion constatée récemment dans l'évolution des effectifs d'allocataires et dans l'évolution des montants d'allocation, pourrait contribuer à moyen terme à alimenter les effectifs et les dépenses du minimum vieillesse d'autant que les générations nombreuses nées après-guerre vont atteindre l'âge de 65 ans.

383. Ceux-ci représentaient 53 % des allocataires gérés par la CNAV fin 2010.

C – Des mécanismes de régulation aux effets limités

Les leviers pour peser sur la dépense sont peu nombreux et d'un effet modeste.

1 – De nouvelles conditions d'attribution de l'ASPA qui ne concernent que les nouveaux allocataires

a) La possibilité de continuer à bénéficier des anciennes allocations

La nouvelle allocation unique mise en place à partir de 2007 ne concernait fin 2010 encore qu'une minorité des bénéficiaires du minimum vieillesse : à cette date, seules 143 000 personnes percevaient l'ASPA, contre 434 000 personnes qui continuaient à percevoir l'ASV. Par ailleurs, 395 000 personnes recevaient encore une allocation de 1er niveau. Cette situation résulte de la possibilité laissée aux allocataires de l'ancien dispositif de conserver le bénéfice des anciennes allocations, selon les conditions en vigueur avant 2004, y compris pour celles servies à l'étranger.

Or, le maintien du service des anciennes allocations empêche la généralisation rapide des nouvelles conditions de service associées à l'ASPA s'agissant en particulier de la non-« exportabilité », de l'élargissement de la notion de couple[384] et enfin de la récupération systématique sur succession. Ces nouvelles conditions, plus restrictives, expliquent probablement en retour l'absence de basculement de l'ancien dispositif vers le nouveau dès lors que ce choix est laissé aux allocataires.

b) Un maintien du service d'anciennes allocations à l'étranger au fondement fragile

Si la réforme de simplification du minimum vieillesse s'est cantonnée, pour l'essentiel, à la substitution d'une allocation unique à une superposition de diverses allocations, plusieurs textes ultérieurs ont apporté des modifications de substance au dispositif global. Ainsi, la LFSS pour 2006 a-t-elle supprimé toute possibilité de nouvelle attribution d'allocations du minimum vieillesse hors du sol français[385] tandis que les

384. La notion de couple est étendue, pour l'ASPA, aux concubins et aux personnes liées par un PACS, ce qui revient à durcir les conditions d'octroi par la prise en compte des ressources du conjoint concubin ou pacsé.

385. L'ordonnance de 2004 préservait, à côté de l'ASPA, la possibilité d'octroyer un « complément de retraite » au titre du minimum vieillesse exportable à l'étranger.

conditions d'attribution de l'ASPA aux ressortissants étrangers hors de l'Espace économique européen ont été progressivement durcies.

En dernier lieu, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a rendu applicable au service des anciennes allocations les règles de suspension ou de suppression relatives à l'ASPA, notamment celles concernant la condition de résidence. L'application littérale de cette disposition aurait dû conduire à supprimer le service de toute allocation de l'ancien dispositif à des non-résidents, en particulier pour la majoration de l'ancien article L. 814-2. Considérant qu'une telle suppression n'était pas dans l'intention du législateur mais que la formulation de la loi était ambigüe et pouvait autoriser plusieurs interprétations, la direction de la sécurité sociale a circonscrit par un simple courrier du 7 avril 2011 adressé à la CNAV le champ d'application de cette disposition aux seules allocations qui faisaient déjà l'objet d'une condition explicite de résidence, permettant *a contrario* aux majorations L. 814-2 de continuer à être servies à l'étranger à près de 240 000 personnes.

La CNAV ne comptabilise pas de façon distincte les montants correspondants mais, sur la base du taux moyen de service de cette majoration, il est possible d'évaluer à plus de 450 M€ le coût de ces allocations servies hors de France. Ce coût ne se réduit aujourd'hui qu'au rythme des décès enregistrés parmi les bénéficiaires.

Il est ainsi indispensable de clarifier le fondement juridique du service de ces allocations.

c) Des dispositifs de contrôles qui gagneraient à être harmonisés

La liquidation et le service des allocations du minimum vieillesse relèvent de chaque organisme versant les avantages vieillesse du demandeur. Ceux-ci sont donc les caisses des régimes de retraite de base français et à défaut le service de l'allocation spéciale aux personnes âgées (SASPA, ex-service de l'allocation spéciale vieillesse ou SASV)[386]. Ces organismes sont dès lors chargés de mener les contrôles permettant de vérifier les respects des conditions de ressources, de résidence et de non-décès des allocataires.

La pluralité des organismes gestionnaires et l'hétérogénéité de leurs pratiques en termes de contrôle (entre contrôles de masse, contrôles

386. Pour les polypensionnés, un ordre de priorité est établi par décret : les caisses du régime des exploitants agricoles pour ceux qui ont liquidé une pension à ce régime, à défaut la CNAV pour ceux qui ont liquidé une pension au régime général, puis à défaut la caisse du régime débiteur du principal avantage vieillesse.

ciblés, sur pièces voire sur place) et de suivi du dispositif ne permettent pas une vision consolidée de la qualité de la gestion du minimum vieillesse. A titre d'exemple, le SASPA contrôle chaque année près de 30% du stock de ses allocataires, y compris sur leurs ressources à partir de relevés de comptes, tandis que les contrôles de ressources menés par la CNAV ne concernent que 15 % du stock de ses allocataires, aucun contrôle systématique n'étant plus mené après quatre année de versement d'allocations.

De façon générale, la mise au point coordonnée, par les principaux organismes gestionnaires, de tableaux de bord relatifs à l'activité de contrôle, à partir d'une nomenclature commune s'agissant des types de contrôles effectués, en termes de moyens et de résultats, faciliterait l'évaluation globale de la gestion du dispositif.

Au-delà de l'évaluation, l'efficacité des contrôles devrait être renforcée. Il conviendrait en particulier de réviser les modalités de contrôle des ressources. L'absence de contrôle systématique, à la CNAV et à la CCMSA, au-delà des quatre premières années de versement, fondée sur une circulaire de 1975, pourrait notamment être remise en cause pour tenir compte de l'augmentation de l'espérance de vie. Plus généralement, un alignement des dispositifs de contrôle de chaque organisme sur les meilleures pratiques devrait être recherché, en tirant notamment les enseignements des contrôles ciblés expérimentés par la CNAV en matière de ressources des allocataires.

2 – Des ajustements envisageables mais à portée très limitée

a) Une extension de la récupération sur succession

La récupération sur succession dont l'ASPA et l'ASV font l'objet s'opère d'une part sur la base des allocations versées dans la limite d'un montant mensuel de 509,77 €[387] et d'autre part sur la part de l'actif net successoral excédant 39 000 €. Les montants ainsi récupérés ont atteint 138 M€ en 2010.

Le plafonnement de la récupération sur succession à hauteur du montant de l'ancienne ASV prolonge en quelque sorte l'exonération dont bénéficiait le 1er niveau. Or, l'ensemble des allocations, y compris de 1er niveau, relève pleinement de la solidarité nationale. A cet égard, il semblerait donc plus juste de supprimer le plafonnement sur l'ASPA et de généraliser la récupération aux allocations de 1er niveau en cours de

387. Montant au 1er avril 2012, soit le montant mensuel maximum de l'ancienne ASV. Ce plafond ne joue donc que pour l'ASPA.

service, y compris dans ce cas à l'étranger. Les effets financiers seraient toutefois très modestes, le montant moyen des allocations ASPA servies aujourd'hui étant inférieur au plafond actuel de récupération et la mise en œuvre pourrait être délicate dans le cas des allocataires vivant à l'étranger.

En tout état de cause, une vigilance particulière est indispensable en matière d'établissement et de recouvrement des créances enregistrées au titre de la récupération sur succession. Le taux de recouvrement, entendu comme le rapport entre le montant des créances recouvrées dans l'année et le montant des créances ouvertes au cours de la même année, diminue en effet régulièrement depuis 2007 sur les créances enregistrées par la CNAV : il est passé de plus de 100 % en 2007 à 87 % en 2011.

b) Une meilleure articulation à rechercher avec les mesures d'âge de la réforme des retraites

Etant données les conditions actuelles d'octroi du « minimum contributif » d'un côté et du minimum vieillesse de l'autre, pour une carrière effectuée au plus au SMIC, un assuré du régime général arrivant à l'âge légal de départ en retraite avec moins de 110 trimestre validés ne peut pas espérer porter sa pension au-delà du minimum vieillesse en poursuivant son activité seulement jusqu'à l'âge d'annulation de la décote, ou âge du taux plein.

Mais, en cas de liquidation immédiate de sa pension, cet assuré verrait ses ressources réduites à moins de 300 € par mois, soit le montant des pensions alors liquidées. Dès lors, dans ce cas, les incitations à poursuivre jusqu'à l'âge du taux plein, la recherche ou l'exercice d'une activité sont essentiellement liées au fait que l'ASPA, sauf cas d'inaptitude, ne peut pas être touchée avant l'âge de 65 ans.

Or, le recul progressif de l'âge d'annulation de la décote, de 65 à 67 ans, ne s'est pas accompagné d'un glissement identique de l'âge d'ouverture du droit à l'ASPA. Celui-ci reste en effet fixé à 65 ans. On peut alors s'attendre, en tout état de cause, à ce que le recul de l'âge du taux plein ne diffère pas les départs à la retraite des personnes arrivant à l'âge légal avec moins de 110 trimestres validés au SMIC. Pour éviter cet effet et tenir compte plus généralement de l'allongement de l'espérance de vie pour le bénéfice de l'ASPA, il pourrait être envisagé de faire reculer l'âge minimal de bénéfice du minimum vieillesse de façon parallèle à celui du « taux plein ».

Ce recul permettrait de limiter à la marge les flux annuels d'attribution de l'ASPA sur les prochaines années, pour les générations

du « baby-boom » passant l'âge de 65 ans. Il n'aurait un impact que pour les allocataires qui ne liquident pas leur pension au titre de l'inaptitude.

CONCLUSION

Malgré l'achèvement de la montée en puissance depuis 60 ans des régimes de retraite de base et complémentaire et la mise en place de minima de pensions au sein de tous les principaux régimes de retraite, le minimum vieillesse reste toujours un outil majeur de lutte contre la pauvreté des personnes âgées.

Après des décennies de baisse, l'effectif des allocataires a atteint un étiage autour de 600 000 personnes auxquelles est garanti un niveau de ressources qui en dépit d'un plan de revalorisation récent reste très modeste, au niveau du seuil de pauvreté.

La nécessité d'une information plus active pour permettre à ce dispositif de solidarité de jouer plus complètement et plus efficacement son rôle afin de limiter la pauvreté des personnes âgées, la baisse récente des ressources moyennes des allocataires avant allocation, l'arrivée aux âges de la retraite de générations nombreuses aux carrières professionnelles plus discontinues que leurs devancières pourraient conduire pour les années à venir à entretenir une dynamique d'entrée dans un dispositif longtemps considéré comme voué à une extinction progressive.

La faiblesse des mécanismes de régulation d'une dépense croissante, dès lors que pour des raisons aisément compréhensibles, le choix du législateur a été de n'en durcir les conditions d'attribution que pour les nouveaux entrants, ne rend que plus impérative la nécessité absolue de se mettre en situation d'en assurer un financement clair et soutenable.

Il importe en effet que soient apportées au FSV, au déséquilibre duquel il contribue fortement, des ressources pérennes à hauteur d'un déficit qui a atteint 3,45 Md€ en 2011 sauf à continuer à faire financer ce dispositif de solidarité nationale par la dette sociale, c'est- à-dire par les générations à venir.

RECOMMANDATIONS

52. Assurer un financement clair et stable des dépenses de minimum vieillesse par un relèvement des ressources affectées au FSV.

53. Clarifier le fondement juridique du maintien du service de la majoration L. 814-2 à l'étranger.

54. Harmoniser entre les différents organismes gestionnaires du minimum vieillesse les modalités des contrôles et de leur suivi, en les alignant sur les meilleures pratiques.

55. Supprimer le plafonnement du montant des allocations ASPA récupérable sur succession et généraliser la récupération sur succession aux arrérages à venir de toutes les allocations de 1er niveau.

56. Reculer l'âge minimum de droit commun pour le bénéfice de l'ASPA au même rythme que l'âge d'annulation de la décote au régime général.

57. Mettre en œuvre un dispositif d'information adapté :

- *en organisant à la CNAV et à la CCMSA un « rendez-vous des 65 ans » pour renouveler l'information sur l'ASPA effectuée au moment de la liquidation de la pension ou en renforçant les actions partenariales entre les caisses de retraite et les services sociaux des collectivités locales ;*
- *en menant une campagne de prospection active auprès des retraités qui seraient devenus éligibles au minimum vieillesse à l'issue du récent plan de revalorisation.*

Chapitre XV

Les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités

PRESENTATION

Les règles applicables en matière de prélèvements obligatoires comme de transferts sociaux comportent de nombreuses dispositions spécifiques en faveur des retraités[388]*. Une égalisation des niveaux de vie des actifs et des retraités, aujourd'hui au nombre de 16,2 millions*[389]*, constitue, de fait, un objectif ancien et constant des politiques publiques dans notre pays.*

La Cour a procédé à l'examen approfondi de certaines d'entre elles, dans un contexte où la contrainte s'exerçant sur les comptes publics exige une évaluation systématique des dépenses fiscales et des « niches » sociales pour apprécier si elles apportent bien un soutien à ceux qui en ont le plus besoin.

L'ensemble des dispositifs étudiés par la Cour représente un coût total de près de 12 Md€ (I). Or, malgré la persistance de situations individuelles préoccupantes [390] *, la population retraitée s'avère aujourd'hui, sous l'angle financier, dans une situation globale en moyenne plus favorable que celle des actifs (II), ce qui est de nature à justifier, dans un souci d'équité et d'efficacité de la dépense publique, de revoir graduellement certains d'entre eux, lorsqu'ils n'apparaissent plus aussi pertinents, de manière à permettre par redéploiement le financement des efforts de solidarité qu'appellent de nouvelles problématiques sociales, en particulier l'amélioration de la prise en charge de la dépendance ou le renforcement des actions d'insertion des jeunes (III).*

I - Des dispositifs diversifiés, d'un coût de près de 12 Md€

Ont été analysées certaines règles en matière de prélèvements fiscaux (impôt sur le revenu et fiscalité locale) et sociaux (CSG, cotisations sociales).

388. Un certain nombre des dispositifs examinés se fonde sur un critère d'âge et peut inclure de ce fait des personnes âgées non retraitées.

389. DREES, Les retraités et les retraites en 2010, Etudes et résultats, février 2012.

390 . Cf. chapitre précédent « La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres ».

A – Des avantages fiscaux importants

1 – L'impôt sur le revenu

Les dépenses fiscales portant sur l'impôt sur le revenu (IR) par définition ne concernent que les contribuables imposables, ce qui n'est pas le cas d'un grand nombre de retraités aux revenus modestes. A l'inverse elles apportent un soutien croissant avec le niveau de revenu et profitent donc davantage aux retraités aisés.

a) L'abattement de 10 % sur les pensions

Cet abattement est plafonné à 3 660 € (par foyer fiscal)[391], ce qui correspond à un montant mensuel de pension d'environ 3 000 € net, la moitié pour un couple de retraités mariés ou pacsés. Il bénéficie à environ 7 millions de foyers fiscaux[392]. Son coût qui correspond à de moindres recettes fiscales était estimé à 2,8 Md€ pour 2010 par le rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales[393] et est évalué à 3 Md€ pour 2012 dans le projet de loi de finances pour 2012.

Le parallèle avec l'abattement de 10 % dont bénéficient les salariés au titre de leurs frais professionnels ne peut justifier cette disposition puisque les retraités n'ont plus à supporter de dépenses de ce type. Au total, la moitié de la dépense fiscale correspondante va aux 20 % des foyers les plus aisés et environ 30 % au décile supérieur de revenus, au sens du revenu fiscal de référence (RFR), pour un avantage moyen de 670 €.

Le RFR : une mesure imparfaite des ressources des retraités

Ce concept fiscal défini à l'article 1417 du code général des impôts et remontant à la loi de finances pour 1991, permet d'appréhender un revenu disponible par foyer plus proche de la réalité que le revenu imposable. Il rassemble l'ensemble des revenus catégoriels, qu'ils soient taxés au barème progressif (le revenu net imposable à l'IR) ou de manière proportionnelle : revenus soumis aux prélèvements libératoires ainsi que

391. Ce plafond est complété par un montant minimum de déduction de 374 €.

392. Imposables ou rendus non-imposables grâce à cet abattement.

393. Conformément à la loi de programmation des finances publiques du 9 février 2009, ce comité a eu pour mission d'évaluer le coût et l'efficacité de l'ensemble des niches fiscales et sociales. Son rapport déposé en 2011 a passé en revue 470 dépenses fiscales et 68 niches sociales.

les plus-values mobilières et immobilières taxables[394]. Il réintègre aussi certains abattements -de 40 % sur les dividendes, sur les cessions de valeurs mobilières etc.-, les revenus exonérés en vertu de conventions internationales et certaines charges déductibles du revenu global, comme les cotisations d'épargne retraite (plan d'épargne retraite populaire -PERP- et assimilés).

Toutefois, s'agissant de catégories de revenus que peuvent percevoir les retraités, le RFR ne réintègre pas les composantes suivantes : l'abattement de 10 % sur les pensions, celui en faveur des personnes âgées de condition modeste, les majorations de pensions pour les parents de 3 enfants, les revenus de l'épargne défiscalisée, sauf exceptions, l'abattement annuel applicable aux produits tirés de certains bons de capitalisation et contrats d'assurance-vie, les abattements sur les plus-values immobilières en fonction de la durée de détention, la plupart des prestations sociales, les plus-values sur cession de la résidence principale, les plus-values professionnelles en cas de départ en retraite. Dans ces conditions, le RFR qui sert de critère à l'exonération ou à l'imposition à taux réduit des retraités (au titre de la CSG mais aussi de la taxe d'habitation) peut s'écarter sensiblement du revenu réel.

Cet abattement entraîne, selon la DREES, une charge complémentaire de 1,6 Md€ pour les finances publiques au titre de toute une série d'autres avantages fiscaux ou sociaux (hors effet sur la fiscalité locale), dont le bénéfice et le calcul dépendent du caractère imposable ou non des personnes concernées ou du revenu fiscal de référence. C'est le cas de la CSG et de la CRDS (cf. infra), au bénéfice d'1,6 million de ménages pour un coût total de 0,9 Md€, de certaines prestations pouvant bénéficier aux personnes âgées comme les allocations de logement (800 000 ménages concernés pour un coût de 0,5 Md€) et de l'allocation pour les adultes handicapés (200 000 personnes et 0,2 Md€). Ces avantages annexes ne procurent que des gains faibles ou nuls pour la moitié des revenus les plus élevés, qui n'y sont pas éligibles, mais ont un effet anti-redistributif dans le bas de la hiérarchie des revenus (qui en bénéficient), puisque calculés en partie en pourcentage de ceux-ci.

Dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2011, la Cour a ainsi estimé que « l'abattement de 10 % sur les pensions, qui n'a guère de justifications et réduit la progressivité de l'impôt sur le revenu des retraités, devrait être réexaminé ».

394. Les plus-values immobilières taxables, en principe comprises dans le RFR, en étaient exclues en pratique, mais la LFI pour 2012, qui a créé une contribution exceptionnelle sur les hauts revenus assise sur le RFR, prévoit une obligation déclarative spécifique à cet effet.

b) Le non assujettissement des majorations de pension pour enfants

De même, la Cour a recommandé la suppression de l'exonération des majorations de pension des personnes ayant eu ou élevé au moins trois enfants (cf. infra), qui représente une charge de 800 M€. Elle a considéré que « ces mesures complèteraient la réforme des retraites qui n'a pas demandé d'efforts aux retraités actuels »[395]. Par ailleurs, cet avantage est croissant avec le montant de la pension. Divers effets induits sur les taxes foncière et d'habitation notamment viennent en majorer le coût pour les finances publiques.

c) L'abattement accordé aux personnes âgées modestes

Les contribuables âgés de plus de 65 ans bénéficient d'un abattement sur leur revenu net global de 2 312 € en 2011 si ce dernier ne dépasse pas 14 220 € et de 1 156 € s'il se situe entre 14 220 € et 22 930 €. Il est multiplié par deux dans le cas des foyers fiscaux dont les deux membres satisfont aux conditions requises. Contrairement au niveau de l'abattement, la condition de revenu est indépendante de la composition du foyer, ce qui n'est guère logique.

L'introduction d'une condition de ressource permet d'éviter certains effets anti-redistributifs. Toutefois, elle n'empêche pas, d'une part, l'existence d'une inégalité entre personnes aux revenus comparables mais d'âges différents, c'est-à-dire entre retraités modestes d'une part, actifs modestes d'autre part, ni le fait que les retraités les plus défavorisés n'en profitent pas puisqu'ils auraient été non-imposables de toute façon (cf. supra). Ce dispositif bénéficie à 1,5 million de foyers fiscaux pour un coût de 260 M€.

395. Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, juin 2011.

d) Récapitulation

Au total, le coût des dépenses fiscales au titre de l'IR atteindrait environ 4,5 Md€[396].

Règles particulières au titre de l'IR et avantages annexes : récapitulation pour 2010

Dépense fiscale	Coût (en M€)	Nombre de foyers fiscaux bénéficiaires (en millions)
Abattement de 10 % sur les pensions	2 780	7,2
Avantages annexes à l'abattement de 10 % (hors CSG)	700	0,8[397]
Exonération des majorations de pension pour enfants	800	
Abattement en faveur des personnes âgées de condition modeste	260	1,5
Total	**4 540**	

Source : IGF, DGFIP

2 – Les impôts locaux

Les contribuables dont le revenu fiscal de référence au titre de 2010 est inférieur ou égal à 835,33 € par mois (1 281,33 € pour un couple) sont exonérés de taxe d'habitation (TH) à condition d'avoir 60 ans ou plus, ou d'être veuf(ve) et de ne pas être passibles de l'ISF. Sous les mêmes conditions de ressources et d'âge, ils bénéficient d'un dégrèvement voire d'une exonération totale de taxe sur le foncier bâti.

A partir du rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales, le coût net afférent peut être estimé, en 2010, à 400 M€, une fois pris en compte le fait qu'une partie des personnes concernées seraient de toute façon éligibles au plafonnement de la TH en fonction du RFR. Ce dernier a également pour conséquence qu'un tel avantage fiscal, concentré sur les quatre premiers déciles de revenus, l'est plus particulièrement sur le troisième et non le premier. De fait, la TH qui aurait été due dépend de la

396. D'autres dépenses fiscales bénéficient aux personnes âgées sans avoir pour principal objectif l'amélioration de leurs revenus, comme les exonérations d'IR sur les plus-values professionnelles et les abattements sur les plus-values de cession des PME à l'occasion du départ en retraite du dirigeant (388 M€) ou ceux qui s'appliquent à certaines indemnités de mise en retraite (sous plafond) ou de départ en retraite dans le cadre d'un plan de sauvegarde (230 M€).

397. Ici en nombre de ménages et pour les seules allocations de logement.

valeur cadastrale du logement et donc du revenu, même si la corrélation entre les deux est imparfaite. L'effet redistributif n'est donc que partiellement atteint.

A cet avantage au titre de la taxe d'habitation peut être ajouté le coût du dégrèvement (à partir de 65 ans) et de l'exonération (à partir de 75 ans) de la taxe sur le foncier bâti, estimé à 290 M€ en 2009, ainsi que l'exonération de la contribution à l'audiovisuel public, liée à la TH (coût 79 M€ en 2009).

Au total, ces avantages au titre de la fiscalité locale auraient un coût net de l'ordre de 750 M€.

B – Des mesures coûteuses en matière de prélèvements sociaux

1 – La contribution sociale généralisée

Le taux de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les pensions[398] est en principe de 6,6 %[399], contre 7,5 % pour les rémunérations des actifs, mais les retraités disposant de ressources faibles ou modestes bénéficient d'une exonération ou sont assujettis à un taux inférieur à la suite du basculement intervenu en 1998 des cotisations d'assurance maladie sur la CSG.

Le transfert des cotisations d'assurance maladie des retraités sur la CSG

En 1998, la CSG sur les salaires est passée de 3,4 % à 7,5 % en compensation d'une baisse des cotisations salariales de 4,75 points. Parallèlement, un certain nombre de dispositions ont été prises pour limiter l'effet d'une augmentation de la CSG sur les retraités, qui n'ont par définition pu profiter de l'allègement concomitant de cotisations salariales. Ainsi, en plus de la suppression d'une cotisation d'assurance-maladie sur leurs pensions de base (au taux de 2,8 %), de sa baisse de 3,8 % à 1 % sur les pensions complémentaires et de la fixation du taux de la CSG à un taux inférieur à celui des salariés, à hauteur alors de 6,2 % (soit +2,8 points), les retraités ont bénéficié de l'instauration de mesures d'exonération de CSG ou de réduction de son taux en fonction du niveau de leurs revenus. Il

398. Par ailleurs les retraités sont redevables d'une CRDS sur leurs pensions au taux de 0,5 % (comme l'ensemble des salariés) ou bénéficient d'une exonération dans les mêmes conditions que pour la CSG (cf. infra).

399. Depuis la loi d'août 2004 relative à l'assurance-maladie, qui l'a relevé de 6,2 % à 6,6 % parallèlement à la réduction de l'abattement pour frais professionnels sur l'assiette salariale de la CSG.

aurait pu, en effet, résulter une perte de pouvoir d'achat de cette hausse et de cette baisse pourtant symétriques. Elles ne se compensent pas parfaitement en raison de différences d'assiettes entre la CSG et cette cotisation maladie. Contrairement à celle de la CSG, l'assiette de la cotisation excluait les majorations pour enfants et, dans le cas des artisans, des commerçants et des professions libérales, les pensions complémentaires. Elle était par ailleurs limitée au plafond de la sécurité sociale pour les retraités de la fonction publique. Au final ce transfert a été neutre pour sept retraités sur dix et pour neuf sur dix, en-deçà d'une pension mensuelle de 609 € de l'époque[400].

Ainsi, les retraités résidant en métropole dont le revenu fiscal de référence (RFR) ne dépassait pas, en 2010, 10 024 €[401] pour une part de quotient familial[402] sont exonérés de CSG et de CRDS sur les pensions versées en 2012. Au-dessus de ce seuil mais en cas de non-imposition à l'IR, s'appliquent un taux réduit de CSG (3,8 %) ainsi que la CRDS (0,5 %). La non-imposition s'applique lorsque le montant total des pensions est inférieur à 13 273 € par an pour une personne seule ne percevant pas d'autres revenus en 2010.

Le tableau suivant synthétise ces différents régimes d'assujettissement.

Taux de CSG applicables aux retraités

En %

	RFR < seuil d'exonération	- RFR> seuil d'exonération - contribuable non-imposé *	Contribuable imposé	*Pour mémoire* : taux applicables aux salariés
CSG déductible	0	3,8	4,2	5,1
CSG non déductible	0	0	2,4	2,4
CSG totale	0	3,8	6,6	7,5

** pour les pensions versées en 2012, le taux de CSG de 3,8% s'applique lorsque la cotisation d'IR due en 2011 au titre des revenus de l'année 2010 est inférieur au seuil de mise en recouvrement de l'IR, soit 61 €.*

Source : DSS

Ce dispositif fait qu'un retraité déclarant pour tout revenu 10 024 € de pension après abattement de 10 % sur les pensions, soit 11 138 € avant abattement, ne s'acquitte d'aucune CSG (ni CRDS). Un salarié touchant

400. Etudes et résultats n° 43, « Les retraites en 1998 », décembre 1999.

401. 11 861 € dans les DOM hors Guyane.

402. +2 676 € par demi-part supplémentaire.

une rémunération nette équivalente (11 138 €) doit pour sa part régler plus de 1 000 € de CSG et de CRDS[403].

Ce barème progressif se traduit par certaines incohérences entre retraités eux-mêmes puisque, contrairement à celui de l'IR, il ne définit pas des tranches de prélèvement à taux marginal mais au premier euro, d'où de très sensibles effets de seuil. Ainsi un retraité ayant touché une pension de 11 139 € avant abattement, constituant tout son revenu, devra-t-il s'acquitter de 479 € sous forme de CSG (au taux de 3,8 %) et de CRDS (0,5 %), alors qu'il aurait été exonéré si sa retraite n'avait atteint que 11 138 €. Il s'ensuit un revenu net de prélèvements sociaux inférieur, pour un revenu brut supérieur.

L'introduction d'une forme de progressivité conduit à mêler deux approches, celle de la CSG, prélèvement individualisé à taux fixe s'appliquant à une assiette large et celle de l'IR, prélèvement progressif et familialisé s'appliquant à un revenu net. Cette double logique conduit à des différences de traitement peu justifiables. Par exemple, un pensionné peut être exonéré de CSG parce que son foyer comprend une ou plusieurs autre(s) personne(s) à charge, ce qui réduit son RFR ou son revenu imposable par part fiscale, mais tel ne sera pas le cas d'un(e) salarié(e) rémunéré(e) au SMIC, père ou mère de famille nombreuse.

Le critère de l'impôt dû, qui conditionne l'application du taux de 6,6 %, fait dépendre celle-ci des règles de l'IR, sans la correction minimale qu'apporte le RFR. Les modifications fréquentes du barème de cet impôt, les dépenses fiscales et les stratégies d'optimisation des ménages pèsent donc indirectement sur les recettes de CSG.

L'échantillon inter-régimes de retraites de 2008 montre que 49 % des retraités seulement sont assujettis à la CSG au taux de 6,6 %, 12 % au taux réduit et 32 % (incluant les bénéficiaires de l'ASPA) en sont exonérés. La DREES a évalué à environ 6 Md€ le gain potentiel pour les finances sociales d'un alignement sur le taux de la CSG en vigueur pour les salaires (7,5 %) du taux applicable à tous les retraités (en incluant ceux qui touchent de faibles revenus), dont 1,2 Md€ au titre des pensions actuellement au taux de 6,6 %, 1,2 Md€ au titre de celles au taux de 3,8 % et 3,6 Md€ au titre de celles qui sont exonérées[404].

403. Ces prélèvements s'appliquant à 98,25 % du salaire brut (donc y compris cotisations salariales, qui représentent approximativement 15 % de ce dernier).

404. Ces travaux ont été menés dans le cadre de la réflexion sur la prise en charge de la dépendance en 2011.

La Cour indiquait déjà dans le RALFSS 2010[405] qu'un taux de 6,6% de CSG en matière de pension ne lui paraissait pas justifié d'un point de vue économique ou social, en tout cas pour les retraites les plus élevées.

2 – Les cotisations d'assurance-maladie

Comme indiqué, les pensions servies par les régimes de base sont exonérées de cotisations sociales d'assurance-maladie depuis 1998. Seule subsiste une cotisation d'assurance maladie au taux de 1 % sur les avantages complémentaires ou supplémentaires de retraite (déduction faite des majorations pour enfant), financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur. Cependant, les pensions versées par les régimes de retraite des travailleurs indépendants, agricoles comme non-agricoles sont exonérées de cette cotisation maladie. Il en va de même des retraites servies par la CNRACL et par la majorité des régimes spéciaux, notamment celui des fonctionnaires de l'Etat, pour lesquelles la pension n'est pas composée de deux étages, retraite de base et retraite complémentaire. Sont aussi exonérés les titulaires de certaines allocations non-contributives ou qui appartiennent à des foyers fiscaux eux-mêmes exonérés d'impôt sur le revenu. Au total, cette cotisation d'assurance-maladie a seulement rapporté 676 M€ en 2010.

3 – Les exonérations de cotisations patronales pour les particuliers employeurs âgés

Les particuliers employeurs de plus de 70 ans bénéficient d'une exonération de cotisations patronales[406], sous un plafond de 65 SMIC horaires par mois (soit une économie maximale de cotisations de l'ordre de 245 € par mois) et ce quel que soit leur revenu. Selon la direction de la sécurité sociale, le montant de ces exonérations s'élève à 380 M€ pour 585 000 bénéficiaires.

*
* *

Au total, les dépenses fiscales et les niches sociales ainsi examinées représentent un coût cumulé de près de 12 Md€, soit 0,6 % du PIB.

405. RALFFS 2010, chapitre IV- Le suivi des niches sociales, p.101.
406. Hors AT-MP (accidents du travail et maladies professionnelles).

Récapitulation des dispositifs étudiés

En Md€

Dispositif	Coût
Dépenses fiscales	**5,3**
Dont avantages au titre de l'impôt sur le revenu	*4,5*
Dont avantages au titre de la fiscalité locale	*0,8*
Niches sociales	**6,4**
dont avantages en matière de CSG (taux plein, taux réduit, exonération)	*6*
dont exonération de cotisations sociales pour les particuliers employeurs	*0,4*
Total[407]	**11,7**

Source : calculs Cour des comptes

Ces dispositifs se cumulent avec de nombreux autres modes d'intervention publique destinés à apporter un soutien aux revenus des retraités et personnes âgées. Certains sont financés par les collectivités territoriales, notamment sous forme de gratuité ou de réduction de tarifs en matière de transports urbains ou d'accès à certains équipements de proximité, mais aussi traditionnellement par le biais de prestations d'action sociale facultative. D'autres résultent de transferts sociaux non contributifs, pris en charge par la solidarité nationale ou professionnelle, au premier rang desquels les avantages familiaux de retraite.

Les avantages familiaux de retraite

Sous cette appellation sont regroupés principalement trois dispositifs qui, tout en participant de la politique familiale, ont été également conçus comme des mécanismes de soutien financier à certaines catégories de retraités.

Les majorations de pension pour les parents de trois enfants et plus bénéficient aux femmes et aux hommes ayant eu ou élevé au moins trois enfants pendant neuf ans avant leur 16ème anniversaire : 10 % dans l'ensemble des régimes de base et complémentaires auxquels s'ajoutent pour la fonction publique et les régimes spéciaux une majoration de 5 % par enfant au-delà du troisième [408]. Ces majorations qui profitent

407. Ce total ne tient pas compte des effets induits sur d'autres dispositifs qui peuvent alourdir ou diminuer leur poids sur les finances publiques.

408. Il est à noter, dans le cas de l'AGIRC et de l'ARRCO, qu'un accord entre partenaires sociaux de mars 2011 les a soumises à un plafond de 1 000 € pour une carrière complète, par régime et par an et ce pour les nouveaux points acquis.

davantage aux hommes qu'aux femmes sont à la fois proportionnelles au niveau des pensions et défiscalisées (cf. supra), ce qui fait que pour le dernier décile des pensions, elles représentent 4 % de la retraite (soit près de 800 € en moyenne) contre moins de 2 % pour les premiers (soit à peine quelques euros), selon une étude de l'Ecole d'économie de Paris[409]. Elle peuvent aussi excéder, de manière paradoxale, le montant des prestations familiales versées pendant l'éducation effective des enfants[410].

La majoration de durée d'assurance (MDA) permet d'attribuer des trimestres d'assurance supplémentaires en fonction des enfants et l'assurance-vieillesse pour les parents au foyer (AVPF) autorise à comptabiliser les périodes passées au foyer pour élever des enfants (ou de réduction de son activité professionnelle à cette fin) comme des périodes d'assurance dans le calcul des pensions.

Selon le conseil d'orientation des retraites, l'ensemble des droits familiaux à retraite, qui est très dynamique, représentait en 2006 un coût estimé à environ 15 Md€ par an (6,4 Md€ au titre des majorations pour enfants, 6,0 Md€ pour la MDA 1,1 Md€ pour l'AVPF et 1,7 Md€ pour d'autres droits liés aux charges de famille).

Ces droits familiaux jouent un rôle important dans la réduction des inégalités entre hommes et femmes ainsi qu'entre femmes (dans la mesure où ils ont un effet redistributif sensible au profit des petites pensions féminines) mais ils ont aussi un effet sur les comportements, en conduisant une partie des intéressé(e)s à anticiper leur départ en retraite. L'Ecole d'économie de Paris a ainsi évalué dans son étude précitée le coût « économique » de la majoration de pension pour enfants, de la MDA et de l'AVPF, pour le seul régime général (soit les 2/3 du coût des avantages familiaux), à 6 Md€ actualisés pour une génération (en l'occurrence née en 1939), soit autant que le montant des allocations familiales versées à celle-ci.

Les comparaisons internationales mettent en valeur l'importance du soutien multiforme ainsi apporté aux personnes retraitées.

409. « Politiques familiales et droits familiaux de retraite », Ecole d'économie de Paris, juin 2008.

410. Ainsi un cadre supérieur du secteur public ou privé ayant trois enfants à charge ne percevra que des allocations familiales non soumises à condition de ressources, soit environ 3 478 € par an en 2012. Parallèlement, un salarié de ce niveau partant en retraite la même année, s'il touche par exemple une pension de 4 600 € mensuels, recevra un supplément de retraite défiscalisé de l'ordre de 5 500 € par an.

Comparaisons internationales

Chez nos voisins européens, les retraités et personnes âgées bénéficient assez souvent d'un traitement privilégié au titre de l'IR. Toutefois, ils apparaissent moins importants qu'en France et/ou réservés aux seuls retraités les plus modestes. Selon des estimations de l'OCDE, déjà anciennes et fondées sur des cas types[411], il peut arriver que les retraités soient avantagés à revenus identiques, quand ces derniers restent faibles, mais plus lourdement imposés quand ils deviennent élevés (Suède). Il existe des cas de surtaxation des retraités quel que soit le niveau des revenus (Italie, Finlande), ce qui s'explique par l'abattement pour frais professionnels, réservé aux salariés.

S'agissant des prélèvement sociaux, les pensions sont souvent exonérées[412], mais il faut tenir compte du fait que la couverture maladie peut y être essentiellement financée par des primes, dans le cadre d'assurances privées, ce qui constitue une formule peu avantageuse pour des personnes âgées regardées comme de « mauvais » risques. Elles peuvent également l'être par l'impôt (Royaume-Uni, Suède, Danemark, Espagne, Italie…) et, dans ce cas, les retraités ne bénéficient donc d'un avantage qu'au titre d'éventuelles dépenses fiscales qui leur seraient spécifiques. Ces dernières sont souvent plus limitées ou soumises à des conditions de revenus plus exigeantes qu'en France.

Les comparaisons internationales tendent aussi à faire ressortir l'importance des dispositifs français en matière de droits familiaux de retraite. Comme le conclut le COR[413] au terme d'une analyse portant plus particulièrement sur six pays[414], dans ceux où ont été mis en place de tels avantages, soit un seul est développé par régime de retraite, soit les mères n'ont accès qu'à un seul à la fois -à la différence de la France, où plusieurs dispositifs peuvent se superposer.

Le rapport du conseil des prélèvements obligatoires « prélèvements obligatoires sur les ménages, progressivité et effets redistributifs », de mai 2011, a tenté de faire une synthèse des différences de traitement qui existent selon la nature des revenus (salaires, pensions, revenus financiers…). Il s'est intéressé aux prélèvements tant fiscaux que sociaux à caractère non-contributif, c'est-à-dire ne créant pas de droits[415], mais

411. *« Financial resources and retirement in nine OECD countries : the role of the tax system »*, OCDE, 2003.

412. Il peut cependant arriver qu'elles soient soumises à l'équivalent de cotisations salariales, voire, plus rarement, patronales comme salariales (Pays-Bas).

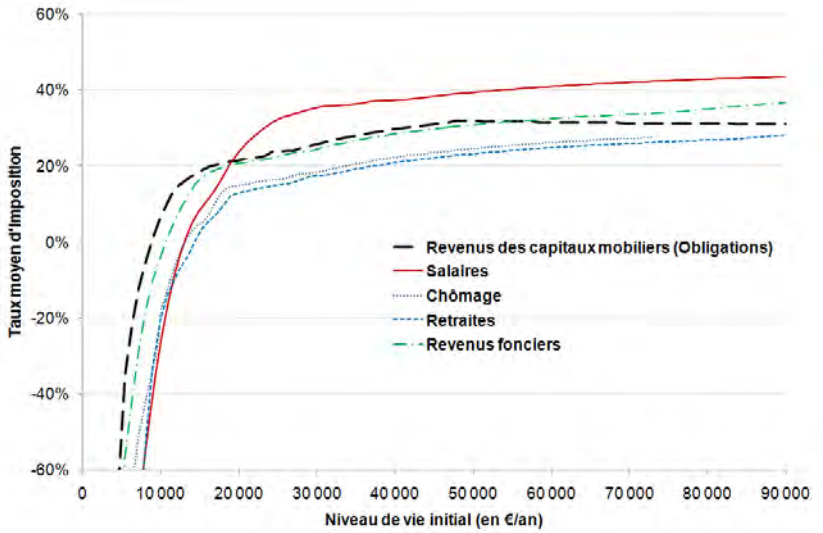
413. « Retraites, droits familiaux et conjugaux », 6ème rapport du COR, décembre 2008.

414. Etats-Unis, Allemagne, Italie, Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas.

415. En y incluant en particulier les avantages familiaux de retraite et les cotisations patronales finançant des droits quasi-universels (assurance-maladie, allocations familiales) qui pèsent indirectement sur le niveau des salaires.

aussi aux prestations sociales reçues, là encore quand elles ont un caractère non-contributif (c'est-à-dire quand elles ne dépendent pas de cotisations antérieures), en les considérant en quelque sorte comme des « impôts négatifs » et en calculant ainsi des taux de prélèvement net que retrace le graphique suivant.

Taux moyen de prélèvement net suivant le type de revenu
Cas d'une personne seule



Hypothèses : les ménages ne perçoivent qu'un seul type de revenu et le retraité a plus de 65 ans. Source : Maquette PARIS, Législation 2010, DG Trésor.

Source : Conseil des prélèvements obligatoires « Prélèvements obligatoires sur les ménages, progressivité et effets redistributif », mai 2011, p. 210.

Si, dans le bas de l'échelle, la différence de taux de prélèvement net entre pensions et salaires reste ténue du fait des allègements de cotisations sociales (maladie et famille), de la prime pour l'emploi et du RSA « activité », elle devient substantielle à partir de 25 000 € et se maintient au-delà. Une telle situation n'est pas sans poser une question d'équité par rapport au reste de la population.

II - Une situation devenue en moyenne globalement meilleure que celle du reste de la population

Différents indicateurs font apparaître qu'en dépit du maintien de cas individuels très délicats[416], la situation de la population retraitée s'est continûment améliorée jusqu'à rejoindre sinon dépasser celle des actifs.

A – Une amélioration principalement liée à la montée en charge des régimes de retraite

Jusqu'aux années 1970, la situation financière des retraités a constitué une question sociale d'importance majeure. Dans un premier temps, les systèmes de retraite mis en place après-guerre n'ont, en effet, pas offert une protection efficace contre le risque de pauvreté. Cette situation a justifié la création du « minimum vieillesse » en 1956, dont bénéficiaient initialement plus de 2,5 millions de personnes, soit près la moitié des retraités de l'époque. En 1970, le niveau de vie des retraités était encore inférieur de plus de 20 % à celui des actifs[417].

A partir des années 1970, leur position relative s'est grandement améliorée, le ratio « niveau de vie des retraités/niveau de vie des actifs » augmentant d'environ 20 points jusqu'au milieu des années 90. La prestation moyenne versée par le régime général a de fait été multipliée par 3,8 (+280 %) en monnaie constante entre 1960 et 1998, tandis que le salaire moyen des cotisants ne faisait qu'un peu plus que doubler (+120 %)[418].

Ce rattrapage a été particulièrement net jusqu'au début des années 1980, en raison de l'arrivée progressive à maturité des régimes de base et d'un taux de revalorisation élevé des pensions en général et du « minimum vieillesse » en particulier. Le changement de certaines règles, rendues plus généreuses par la loi Boulin de 1971 (en matière de taux de remplacement et de calcul du salaire de référence) et la généralisation des régimes complémentaires, devenus obligatoires pour les salariés du secteur privé en 1972 ont aussi fortement participé à cette amélioration.

L'effet classique de « noria » contribue toujours à la poursuite de ce mouvement. Les nouvelles générations de retraités qui remplacent

416. Cf. chapitre précédent.

417. Source enquête Budget de famille 1970, d'après Fouquet et Godelinais, 1973.

418. 1er rapport du COR (décembre 2001) : « Retraites : renouveler le contrat social entre générations ».

celles qui disparaissent ont accumulé des droits à pension plus élevés. Ainsi, les primo-liquidants de 2010 ont perçu un montant moyen de pension de droit direct de base et complémentaire, égal à 1 350 €[419] et supérieur de 11 % à celui de l'ensemble des retraités, de 1 216 €. De la sorte, les pensions moyennes continuent d'augmenter plus vite que l'inflation et le taux de revalorisation annuelle légale. Ce montant moyen n'atteignait que 1 029 € en 2004, ce qui correspond à une augmentation de 8 % de son pouvoir d'achat depuis lors.

B – Un patrimoine moyen supérieur à celui des actifs

En 2004[420], le patrimoine moyen net des ménages retraités était de 252 700 €, contre 213 600 € pour les actifs et ce, avant toute prise en compte de la taille des ménages (plus réduite dans le cas des retraités). Il y a de fait une forte corrélation entre âge et patrimoine, indépendamment de celle qui existe entre revenu et patrimoine. Aux âges élevés, il peut arriver que des personnes percevant de faibles revenus possèdent un certain patrimoine (certes moins important que celui des « jeunes retraités », mais elles sont aussi plus souvent seules).

Patrimoine net par ménage en fonction de la tranche d'âge de la personne de référence

	Moyen	Médian	D9*	D1**
Moins de 30 ans	32 700	7 200	91 500	300
De 30 à 39 ans	127 100	48 600	312 700	800
De 40 à 49 ans	243 700	132 500	510 700	1 300
De 50 à 59 ans	303 500	203 700	648 500	2 000
De 60 à 69 ans	345 500	211 500	693 300	3 300
70 ans et plus	259 800	148 600	524 600	3 800

**Seuil de patrimoine au-dessus duquel se situent les 10 % les plus riches, ** : seuil en dessous duquel se situent les 10 % les plus pauvres*

Source : INSEE, enquête Patrimoine 2009-2010, INSEE-Première n°1380, 2011

La détention d'un patrimoine n'est pas sans incidence sur le niveau de vie des retraités. Il peut donner lieu à des revenus et à des plus-values, mal appréhendées par les données disponibles. Il permet aussi dans certains cas de consommer plus que l'on ne perçoit en pensions. A contrario, les actifs se trouvent souvent dans l'obligation d'épargner,

419. Une fois pris en compte les liquidations tardives.

420. INSEE, « Les revenus et le patrimoine des ménages », édition 2009.

c'est-à-dire de consommer moins qu'ils ne gagnent, pour rembourser des prêts ou précisément pour préparer leur retraite.

Cette situation relativement favorable est à l'origine, dans une certaine mesure, de l'augmentation des transmissions à titre gratuit au bénéfice des plus jeunes, c'est-à-dire des dons et des legs versés à des descendants, regroupés sous le nom de « retours familiaux », à hauteur d'environ 6,5 % du PIB, dont 3,5 % inter vivos. En raison de l'allongement de l'espérance de vie, ces legs profitent de plus en plus à des personnes ayant déjà atteint un certain âge : de 46 ans en moyenne pour les enfants en 2000 (52 ans tous héritiers confondus), soit une augmentation de cinq ans depuis 1984 de cet âge moyen d'obtention de l'héritage.

C – Un niveau de vie moyen aujourd'hui supérieur à celui du reste de la population

L'évaluation des niveaux de vie[421] met notamment en jeu la question des revenus financiers et celle de la propriété de la résidence principale.

Possédant un patrimoine, en particulier financier, plus élevé que le reste de la population, les retraités en tirent aussi des revenus sensiblement plus importants. Leur importance est la conséquence de leur position dans le « cycle de vie » (puisqu'ils ont pu épargner et hériter). Elle ne va pas sans de notables inégalités entre retraités. Dans le cas des anciens travailleurs indépendants, par exemple, leur part élevée, liée à la revente de leur outil professionnel, s'accompagne de moindres cotisations de retraite et de pensions plus faibles. C'est donc bien en prenant en compte l'ensemble des revenus que l'on doit juger du niveau de vie selon l'âge.

Par ailleurs, l'acquisition d'une résidence principale est souvent considérée comme un investissement en vue de la retraite et comme le premier étage, en quelque sorte, d'un complément de retraite par capitalisation. Le loyer dit « fictif » associé à la propriété de la résidence principale s'assimile à un revenu, même s'il s'agit à proprement parler

421. On estime le niveau de vie d'une personne au moyen du revenu disponible par unité de consommation. Ce dernier prend en compte l'ensemble des revenus nets perçus par le ménage auquel elle appartient, ainsi que la composition démographique de ce dernier, l'hypothèse étant faite que tous ses membres ont le même niveau de vie. Le système d'unités de consommation utilisé le plus souvent compte une part pour le premier adulte du ménage, 0,5 part pour les autres personnes âgées de 14 ans et plus et 0,3 part pour les personnes âgées de moins de 14 ans.

d'une économie[422]. Il convient donc de rajouter ces loyers fictifs dans le cas des propriétaires de leur résidence principale (en retranchant la taxe foncière et les intérêts versés par les propriétaires accédants au titre des emprunts immobiliers souscrits). Or, les personnes âgées sont plus souvent propriétaires occupants que les autres -c'est le cas de 72 % des plus de 60 ans, contre 58 % en moyenne- et ont le plus souvent déjà remboursé leurs emprunts[423].

Au final, le niveau de vie moyen des retraités serait, selon l'INSEE, ainsi devenu depuis quelques années légèrement supérieur à celui des actifs et supérieur de 15 % à celui de l'ensemble des non-retraités[424].

Les niveaux de vie moyens en 2006[425]

En €

	Niveau de vie + loyers imputés nets d'intérêts d'emprunt
Actifs (en emploi et chômeurs)	23 060
Retraités	23 970
Ratio retraités/actifs	*1,04*
Non retraités (actifs, adultes inactifs, enfants)	20 764
Ratio retraités/non retraités	*1,15*

Source : Données INSEE

Il ne s'agit cependant là que de moyennes, recouvrant une hétérogénéité certaine. La notion de « petite retraite » garde de fait toute sa pertinence[426]. Ainsi, la pension moyenne de droit direct n'atteignait-elle en 2008 que 663 € pour les femmes de plus de 85 ans. Ces disparités sont également significatives selon l'ancien statut socio-professionnel; les retraités unipensionnés du régime des salariés agricoles ne touchaient (avant intervention du minimum vieillesse) une pension moyenne que de

422. Le loyer hors charges absorbe en moyenne 20 % du revenu d'un ménage locataire (Jacquot, Jezequel et Minodier, 2004).

423. Par ailleurs, les retraités apparaissent plus souvent logés à titre gratuit (cas de 15 % des retraités non-propriétaires) ou dans le parc social (cas de 46 % d'entre eux), mais l'avantage afférent n'est pas pris en compte dans ces calculs.

424. Ces estimations ne prennent pas en compte les taxes à la consommation alors qu'elles se révèlent moins lourdes, en moyenne, dans le cas des personnes âgées du fait de leur structure de consommation spécifique.

425. Ces résultats n'intègrent pas le cas des personnes âgées vivant dans des maisons de retraite (au sens large), au nombre d'environ 600 000, non plus que celui des personnes plus jeunes vivant en institution.

426. Cf. chapitre précédent.

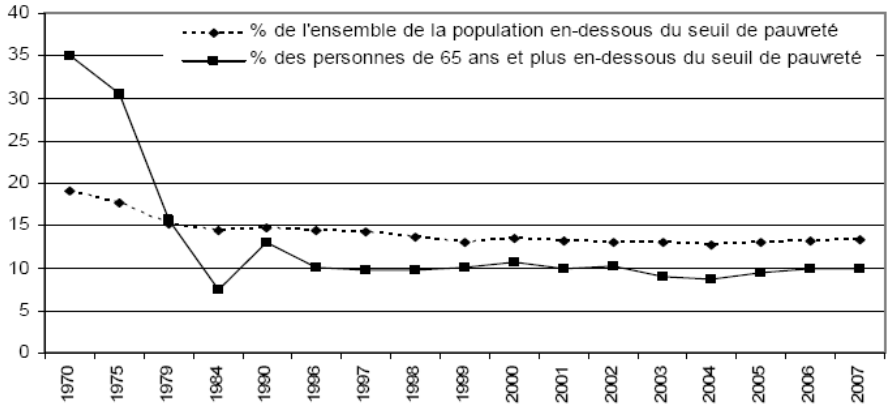
585 € en 2010, contre 1 084 € pour ceux du régime général et 1 909 € pour les retraités de professions libérales. Par ailleurs, la perte d'autonomie liée au grand âge se traduit pour un nombre important de retraités par des dépenses dont le montant finit, à mesure que leur dépendance s'alourdit, par dépasser celui de leur pension en dépit des dispositifs de solidarité mis en place. Pour autant la population retraitée considérée dans son ensemble est globalement moins soumise au risque de pauvreté que les autres catégories.

D – Une classe d'âge relativement moins exposée au risque de pauvreté.

1 – La pauvreté monétaire

Le taux de pauvreté des plus de 65 ans (au seuil de 60 % du niveau de vie médian), qui était d'environ 35 % en 1970, n'est plus que 10,3 % en 2008. Deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population au début des années 70, il lui est devenu inférieur dans les années 80.

Evolution du taux de pauvreté de l'ensemble de la population et des personnes de 65 ans et plus



Source : INSEE-DGI, enquêtes revenus fiscaux

Le tableau ci-après met en lumière cette situation particulière, notamment en termes d'intensité de pauvreté, par rapport aux actifs.

Taux et intensité de la pauvreté selon la catégorie en 2009[427]

En %

	Taux de pauvreté	Nombre de personnes pauvres (milliers)	Intensité de la pauvreté
Retraités	9,9	1 308	11,9
Ensemble de la population	13,5	8 173	19
Ensemble des actifs	10,1	2 796	20,2
Enfants	17,7	2 387	19

Source : INSEE Première n°1365, août 2011, « les niveaux de vie en 2009 »

Encore ces données ignorent elles les loyers imputés (cf. supra), alors que les personnes âgées, même de condition modeste, sont souvent propriétaires de leur logement. Leur prise en compte aurait ainsi ramené, en 2003, dernière année pour laquelle de telles données sont disponibles, le taux de pauvreté chez les personnes âgées de 65 à 74 ans de 7,1 % à 6,1 % et de 11,2 % à 7,4 % chez les plus de 75 ans.

2 – La pauvreté en conditions de vie

Les indicateurs de niveau de vie et de pauvreté monétaire ne donnent pas toujours une image fidèle des conditions d'existence, qui dépendent d'autres variables comme le coût de la vie à l'échelle locale, les besoins spécifiques de chacun etc. Aussi l'INSEE mesure-t-il également une « pauvreté en conditions de vie » définie par des difficultés dans la vie quotidienne et la privation d'un certain nombre d'éléments de bien-être largement diffusés dans la population. Cette analyse fait ressortir une amélioration continue avec l'âge, même après 80 ans, contrairement au taux de pauvreté monétaire.

427. L'« intensité de la pauvreté » se définit comme l'écart entre le seuil de pauvreté et le niveau de vie médian des ménages situés en-deçà de celui-ci. Par ailleurs, les premières données sur les niveaux de vie en 2010 publiées récemment par l'INSEE (INSEE première n°1412, « les niveaux de vie en 2010 », septembre 2012) font apparaître une dégradation du taux de pauvreté par rapport à 2009. Le taux de pauvreté des retraités augmente de 0,3 point à 10,2% et concerne 1,357 million de personnes, celui de l'ensemble de la population progresse de 0,6 point à 14,1% et recouvre 8,617 millions de personnes, celui de l'ensemble des actifs augmente de 0,1 point à 10,2% et concerne 2,849 millions de personnes, celui des enfants connaît une très forte progression de 1,9 point à 19,6 % et intéresse 2,665 millions d'enfants.

Pauvreté en conditions de vie selon les caractéristiques de la personne de référence du ménage en 2008

En %

16-25 ans	19,1
26-45 ans	14,5
46-65 ans	12
66-80 ans	11,3
81 ans ou plus	9,7
Ensemble des ménages	**12,9**

Source : INSEE, enquêtes Statistiques sur les revenus et les conditions de vie (SRCV), 2004 à 2009

En matière de pauvreté, la très sensible amélioration de la situation des personnes âgées en France se singularise par rapport aux tendances constatées dans les autres pays de l'Union européenne, dans lesquels une dégradation est généralement observée. En niveau, la France est le pays où le niveau de vie des retraités est le plus élevé et présente la particularité d'être le seul dans l'Union à 15, avec les Pays-Bas, où le taux de pauvreté des plus de 65 ans est inférieur ou égal à celui des 25-54 ans. A l'inverse, le taux de pauvreté chez les 18-25 ans en France s'est dégradé au cours des dix dernières années.

Niveau de vie des plus de 65 ans rapporté à celui des moins de 65 ans

	1996	2008
France	0,91	0,96[428]
UE15	0,87	0,84
Allemagne	0,93	0,87
Royaume-Uni	0,72	0,71
Italie	0,92	0,88
Espagne	0,96	0,78
Pays-Bas	0,91	0,84
Suède	Nd	0,75

Source : European Community Household Panel 1996, Enquête européenne EU-SILC, 2008

428. Cet indicateur de niveau de vie relatif diffère de celui, indiqué précédemment, qui est issu des travaux de l'INSEE du fait de différences en termes de champ (ici les plus de 65 ans et non les retraités) et surtout de méthodes d'évaluation (par exemple quant à la prise en compte de l'avantage au titre de la propriété de la résidence principale, le calcul s'effectuant sans prendre en compte les loyers imputés).

Au total, si les retraités forment un ensemble hétérogène, il s'avère que leur situation moyenne a connu sous l'angle financier une amélioration indéniable et a rejoint celle des actifs, voire peut apparaître à certains égards plus favorable que celle du reste de la population. Au moment où l'allongement de la durée de la vie nécessite de renforcer les mécanismes de prise en charge de la dépendance liée au grand âge et où certaines autres catégories, en particulier les jeunes actifs, voient leur condition se dégrader, ce constat suggère la nécessité d'un réexamen d'ensemble des mécanismes de soutien existants, souvent encore issus d'une période où la situation des personnes âgées, encore peu bénéficiaires de retraites, était particulièrement précaire.

III - Des évolutions devenues nécessaires

A – Des justifications moins probantes

La sédimentation d'avantages en faveur des retraités n'apparaît plus guère justifiée aujourd'hui, au vu de leurs niveaux de vie actuels. Le cap fixé dans les années 1970, à savoir une certaine parité entre actifs et retraités, a été atteint.

Certes la situation relative des retraités sera amenée à évoluer à long terme du fait des réformes des retraites. Quel que soit le scénario de projection retenu, le COR prévoit une baisse du ratio entre la pension moyenne et le revenu d'activité moyen, de l'ordre de 15 à 20 % à l'horizon de 2050[429]. Mais cette anticipation de long terme ne saurait justifier le maintien en l'état de dispositifs aujourd'hui inadéquats en termes d'égalité et d'efficacité.

Les formules retenues pour apporter un soutien au revenu des retraités se révèlent de fait souvent inappropriées en ce qu'elles créent des effets d'aubaine importants au profit des plus aisés, leur procurant des gains proportionnels à leurs revenus, donc supérieurs à ceux qu'en tirent des foyers modestes. Le constat de cette anomalie a pu donner lieu, au fil du temps, à différents expédients, notamment à l'introduction de conditions de ressources ou de plafonnements. Ceux-ci, insuffisamment coordonnés et sédimentés, ont complexifié le droit fiscal et social tout en induisant leurs propres effets pervers, liés en particulier à la définition très imparfaite des ressources prises en compte et à l'étroite connexion

429. 8ème rapport du COR, avril 2010. Ces prévisions reposent néanmoins sur des hypothèses relatives à l'évolution de l'âge de départ en retraite, de la productivité et du chômage que les réformes et la crise économique peuvent remettre en cause.

entre eux de certains abattements, exonérations et taux réduits. Dans le même temps, ils n'ont pas éliminé ces effets d'aubaine, mais les ont seulement limités, ni résolu la question de principe de savoir pourquoi, à revenu égal, un actif ou une personne plus jeune devrait payer plus de prélèvements qu'un retraité ou qu'une personne âgée.

Cette question revêt une acuité d'autant plus pressante que la contrainte sur les finances publiques se renforce considérablement, que des efforts supplémentaires sont demandés aux actifs pour les redresser et que de nouveaux besoins se sont fait jour. Il en est ainsi en particulier de la problématique de la prise en charge de la dépendance des plus âgés: selon les estimations réalisées en 2011 dans le cadre de la réflexion nationale sur ce sujet, les besoins de financement complémentaires s'élèveraient à 10 Md€ à horizon 2040[430]. Il en va de même aussi des questions de formation et d'insertion dans l'emploi et le logement des jeunes qui constituent une priorité des pouvoirs publics. Sans redéploiement d'un certain nombre de dispositifs, ces efforts de solidarité ne pourront être financés à hauteur des enjeux.

B – Plusieurs options de redéploiement possibles avec un même souci de ne pas fragiliser la situation des retraités les plus modestes

Un réaménagement de certains dispositifs pour une meilleure solidarité entre générations suppose bien évidemment d'éviter la remise en cause de la situation des retraités les plus fragiles en faisant porter sur les plus aisés les efforts demandés et d'éclairer la décision entre les options possibles par des études d'impact rigoureuses et précises.

Plusieurs choix de redéploiement sont en effet concevables et de nature à dégager des marges de manœuvre importantes. A cet égard, comme la Cour l'a déjà fait valoir dans différents rapports, la réflexion devrait prioritairement concerner quatre dispositifs: l'abattement de 10 % sur les pensions pour l'impôt sur le revenu, le taux réduit de CSG à 6,6 % applicable aux retraités aux revenus les plus élevés, l'exonération au titre de l'impôt sur le revenu des majorations de pension pour enfants, l'exonération de cotisations patronales pour les particuliers âgés employeurs à domicile, qui devrait être soumise à condition de

430 . Rapport du groupe de travail sur « Les perspectives démographiques et financières de la dépendance » de juin 2011; projection intermédiaire en valeur du PIB 2010, avec une hypothèse d'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes de 1,1 million en 2010 à 2,3 millions en 2060 et une indexation des barèmes et prestations sur les prix.

ressources. Parallèlement, la question de l'élargissement de la cotisation d'assurance maladie de 1 % au-delà de son champ actuel mériterait d'être aussi examinée.

Les marges de manœuvre financières ainsi dégagées sur tel ou tel dispositif, de manière nécessairement progressive pourraient être redéployées au service de la prise en charge de la dépendance, d'un soutien accru aux retraites les plus modestes ou encore de dépenses sociales « actives », en particulier en matière d'accès à emploi, sans préjudice de leur contribution à la réduction des déficits publics.

CONCLUSION

De multiples dispositifs spécifiques se sont au fil des temps construits pour permettre aux retraités dont la situation a été longtemps plus que précaire, voire indigne, de disposer de meilleures ressources. Dépenses fiscales et niches sociales en leur direction représentent aujourd'hui près de 12 Md€, soit environ 0,6 point de PIB.

Même si de trop nombreux pensionnés, tout particulièrement des femmes, connaissent encore des situations individuelles extrêmement modestes et si certains sont du fait de leur situation de perte d'autonomie conduits à supporter des dépenses dont le montant peut dépasser celui de leur pension, la population retraitée considérée dans son ensemble a fini par rejoindre globalement le niveau de vie des actifs et dépasse même sans doute légèrement celui du reste de la population.

Dans un contexte social qui appelle à terme rapproché de nouveaux et lourds efforts de solidarité intergénérationnelle, qu'il s'agisse d'améliorer la prise en charge de la dépendance des plus âgés ou de faciliter l'insertion dans la vie active des jeunes et à un moment où les finances publiques doivent impérativement revenir à l'équilibre, il est désormais nécessaire de procéder à un réexamen d'ensemble de mécanismes sédimentés qui se superposent souvent au détriment de l'efficacité et de l'équité. Cette démarche doit impérativement préserver la situation des retraités les plus fragiles, demander un effort prioritaire de solidarité aux plus aisés et permettre de contribuer au financement des nouveaux besoins sociaux comme aussi à la réduction des déficits.

La Cour considère à cet égard nécessaire que différents mécanismes fiscaux et sociaux soient réexaminés comme elle l'a déjà préconisé dans différents rapports au cours des dernières années dans l'optique de leur suppression progressive. Elle estime aussi souhaitable que d'autres dispositifs fassent également l'objet d'un semblable examen.

Les recommandations qui suivent sont à considérer à cet égard comme un inventaire des options possibles pour une plus grande solidarité

et une plus forte équité, sans que la liste ainsi dressée des choix envisageables signifie d'aucune manière que leur cumul soit préconisé.

RECOMMANDATIONS

58. Comme déjà préconisé par la Cour, supprimer progressivement les dépenses fiscales et niches sociales suivantes :

- *l'abattement de 10 % sur les pensions, en matière d'impôt sur le revenu (gain d'une suppression : 2,7 Md€) ;*
- *l'exonération à l'impôt sur le revenu des majorations de pensions pour les parents de trois enfants (gain d'une fiscalisation : 0,8 Md€) ;*
- *le non alignement du taux de CSG sur les pensions les plus élevées (6,6 %) sur celui appliqué aux salaires (7,5 %) (gain d'un alignement : 1,2 Md€).*

59. Soumettre à condition de ressources l'exonération totale de cotisations patronales dont bénéficient certaines catégories de particuliers employeurs.

60. Etendre l'assiette de la cotisation d'assurance maladie au taux de 1 % à toutes les retraites complémentaires, ainsi qu'aux pensions de base (au-dessus d'un certain seuil) lorsque la distinction entre ces deux types d'avantages de retraite n'est pas pertinente.

61. Examiner les conséquences d'une suppression à terme des avantages en matière de fiscalité locale fondés sur un critère d'âge.

Chapitre XVI

La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources

PRESENTATION

La mise sous condition de ressources d'une partie des prestations familiales a compté parmi les évolutions majeures du système de protection sociale à partir des années 1970 en assignant pour finalité à la politique familiale, au-delà de son objectif traditionnel de compensation des différences de niveau de vie entre familles sans enfants et familles avec enfants, de contribuer à la diminution des écarts de revenus entre les familles avec enfants.

La Cour s'est attachée à apprécier la portée en termes de redistribution de revenus, encore appelée « redistribution verticale », des prestations sous conditions de ressources liées à l'enfance. Les aides au logement, spécifiques et financées seulement partiellement par la sécurité sociale, ne font pas partie du champ de l'enquête, sans nullement méconnaître la grande diversité des objectifs qu'elles peuvent poursuivre par ailleurs. Elle a entendu en effet éclairer un aspect particulier de la politique familiale, portant le plus expressément sa finalité sociale, en cherchant à mesurer l'apport propre à cet égard de cet ensemble d'allocations à la réduction des inégalités de revenus.

Leur fonction redistributive est en effet généralement appréciée dans le cadre d'une analyse globale des effets combinés sur les ressources et le niveau de vie des familles des différents instruments de la politique familiale -prestations sociales et aides fiscales-, au détriment d'une approche plus spécifique du rôle joué par ces prestations à l'importance grandissante.

La Cour a analysé ainsi le fort dynamisme des prestations familiales conditionnées par les ressources qui leur a fait atteindre en 2010 un montant total de 13,3 Md€ et mis en lumière leur caractère particulièrement composite (I). Elle en a examiné ensuite les effets en termes de réduction des inégalités de revenus, qui, sous les modalités actuelles, s'avèrent limités et font apparaître l'existence de réelles marges de redéploiement (II).

I - Des prestations à la place grandissante et sans cohérence d'ensemble

A – Un dispositif de prestations familiales particulièrement complexe

1 – Trois ensembles distincts selon le mode de prise en compte des ressources

La politique familiale poursuit des objectifs multiples, ainsi que le souligne le Haut conseil de la famille[431]: soutenir la natalité, compenser les charges de famille, contribuer à la lutte contre la pauvreté, faciliter une bonne articulation de la vie professionnelle, de la vie familiale, de la vie personnelle et de la vie sociale, aider à la prise en charge des jeunes adultes. Cette diversité se traduit par un nombre de prestations qui demeure élevé malgré de multiples tentatives de simplification. Même si chacune peut poursuivre simultanément plusieurs finalités, elles peuvent cependant être regroupées en trois sous-ensembles :

- un premier bloc comprend les prestations dont le montant ne dépend pas d'une condition de ressources (prestations universelles). Elles visent principalement un objectif de redistribution horizontale[432] ; il s'agit essentiellement des allocations familiales (AF), de l'allocation de soutien familial [433] , de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et du complément de libre choix d'activité (CLCA) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- un deuxième bloc comprend les prestations soumises à une condition de ressources du foyer allocataire et a notamment vocation à soutenir spécifiquement les familles modestes auxquelles elles apportent une

431. Avis du 13 janvier 2011 L'architecture de la politique familiale, éléments de problématique.

432 . D'après le rapport du conseil des prélèvements obligatoires (CPO), « Prélèvements obligatoires sur le ménages, progressivité et effets redistributifs », mai 2011, l'analyse de la redistribution dans sa dimension horizontale consiste à examiner la façon dont le prélèvement (ou la dépense) opèrent, pour un niveau de revenu donné, selon un axe horizontal, des transferts en fonction du type de ménages, du nombre d'enfants, de l'existence de handicaps, ou éventuellement d'autres caractéristiques.

433. L'allocation de soutien familial (ASF) est une prestation destinée aux personnes élevant seules leurs enfants et versée lorsque l'un des conjoints se soustrait à son obligation d'entretien de l'enfant (généralement le versement d'une pension), ainsi qu'aux enfants orphelins ou dont la filiation n'est pas établie pour l'un des parents.

aide accrue (redistribution verticale [434]) ; appartiennent à cette catégorie le complément familial (CF), l'allocation de rentrée scolaire (ARS), les primes de naissance ou d'adoption (PN) et l'allocation de base (AB) de la PAJE[435] ;

- un troisième bloc comprend les prestations dont le montant est modulé selon les ressources du foyer allocataire et s'inscrit plus particulièrement dans la recherche de la facilitation de la vie familiale et de la vie professionnelle ; il s'agit des prestations de garde des enfants constituées des compléments de mode de garde (CMG assistante maternelle, salarié à domicile et structure) de la PAJE.

Ce dispositif se révèle particulièrement complexe. Des réformes -comme la création de la prestation d'accueil du jeune enfant en 2004 (PAJE)[436]- ont cherché à donner une lisibilité accrue au dispositif, mais le résultat n'est que partiellement atteint : ainsi, la PAJE comprend quatre composantes réparties dans chacun des trois sous-ensembles évoqués ci-dessus.

2 – Une forte dynamique des prestations conditionnées par les ressources

La juxtaposition des objectifs assignés à la politique familiale, notamment l'aide aux familles modestes puis, au début des années 2000, l'aide à la petite enfance et le soutien du travail des femmes grâce à un effort accru en faveur de la garde d'enfants, s'est traduite par la croissance de l'ensemble formé par les prestations conditionnées par les

434 . D'après le conseil des prélèvements obligatoires, op. cit., l'analyse de la redistribution dans sa dimension verticale, c'est-à-dire par rapport au revenu (voire au patrimoine), consiste à appréhender la façon dont le prélèvement ou le transfert modifie la répartition initiale des revenus (voire des patrimoines).

435. L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) n'a pas été étudiée en raison de son caractère spécifique et des faibles montants en cause.

436. La création de la PAJE a substitué à :

– l'allocation parentale d'éducation (APE) : le complément de libre choix d'activité (CLCA) et le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) ;

– l'allocation pour jeune enfant (APJE) et à l'allocation d'adoption (AAD) : les primes à la naissance et à l'adoption (PN) et l'allocation de base (AB) ;

– l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) : le complément mode de garde assistante maternelle ;

– l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) : le complément mode de garde à domicile.

En outre, la PAJE a vu la création du complément mode de garde-structure dans le cas du recours aux services d'une entreprise ou d'une association.

ressources. Cependant, cette progression a été inégalement dynamique selon les types de prestations en raison de l'évolution de la composition des familles ou sous l'effet des mécanismes d'indexation (cf. infra), mais aussi du fait des inflexions qui ont pu être apportées à leur architecture d'ensemble : ainsi notamment de l'introduction en 1998 d'un critère de modulation des prestations en fonction des ressources pour l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED), puis en 2001 pour l'allocation pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA).

Alors que le nombre des familles bénéficiaires des allocations familiales (non conditionnées par les ressources) a progressé sur les dix dernières années d'environ un demi-point par an en raison de la remontée de la natalité, l'évolution de celui des familles percevant des prestations conditionnées par les ressources a été très variable comme le fait apparaître le tableau ci-après.

Nombre de familles bénéficiaires des principales prestations depuis 2000 (effectifs en milliers au 31 décembre, évolutions)

	2000 (1)	2005 (2)	Variation 2000-2005 en %	2010 (4)	Variation 2005-2010 en %
Allocations familiales	4 709	4 839	+2,8	4 920	+1,7
Complément familial (CF)	960	899	-6,4	863	-4,0
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	3 185	3 075	-3,5	3 022	-1,7
PAJE-PN : Prime à la naissance ou à l'adoption – (APJE courte avant 2004)	428 (1)	56 (2)	-	54 (2)	-3,6
PAJE-AB : Allocation de base - (APJE longue avant 2004)	1 076	1 332	+23,8	1 944	+45,9
PAJE-CMG : Complément mode de garde – assistante maternelle – (AFEAMA avant 2004)	566	687	+21,4	744	+8,3
PAJE-CMG : Complément mode de garde – garde à domicile – (AGED avant 2004)	62	56	-9,7	67	+19,6

(1) L'APJE courte était répartie sur plusieurs mois alors que la prime à la naissance est versée en une fois ; les séries ne sont donc pas comparables.

(2) Chiffres pour les seuls mois de décembre 2005 et 2010

Bénéficiaires tous régimes, France entière.

Source : DREES.

Ainsi notamment :

- le nombre de bénéficiaires de l'allocation de rentrée scolaire a connu une baisse due notamment à l'évolution des plafonds d'attribution qui a été inférieure à celle des salaires ;

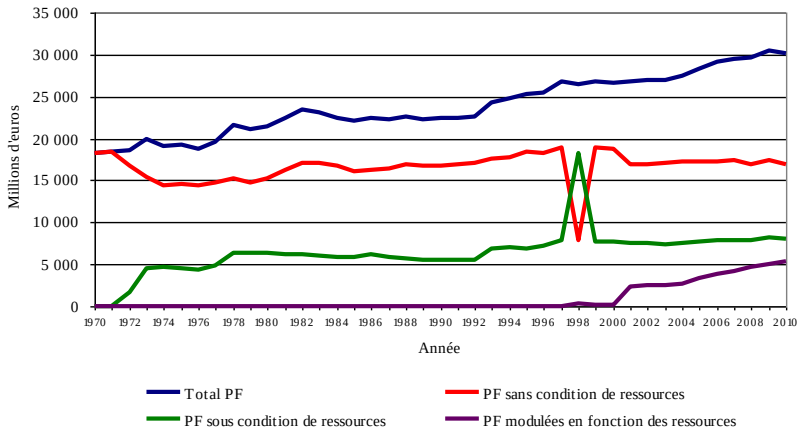
- le complément familial qui concernait près d'un million de familles de trois enfants ou plus en 2000 s'est érodé progressivement compte tenu de la diminution des familles nombreuses et de l'indexation des plafonds d'attribution inférieure aux salaires. Il ne concerne plus que 863 000 familles, soit une minorité de l'ensemble des familles ;
- s'agissant de la PAJE, sa substitution aux prestations antérieures s'est traduite tout au long de cette décennie par un important accroissement du nombre de bénéficiaires du fait en particulier du fort relèvement des plafonds de ressources qui a accompagné sa création et de l'attractivité du complément de mode de garde qui en est la composante la plus importante.

S'agissant des montants de prestations versées, les constats sont également contrastés.

Sur longue période (1970-2010) et en euros constants 2010, si l'ensemble des prestations familiales, qui sont passées de 18,2 Md€ en 1970 à 30,2 Md€ en 2010, a augmenté de +66 %, soit un taux de croissance moyen annuel de 1,3 %, leur part dans le PIB a diminué en passant de 2,3 % à 1,6 %.

Les prestations sans condition de ressources, qui sont revenues durant la même période de 18,2 Md€ à 16,9Md€, ont baissé de 7 % et ne représentent plus que 0,9 % du PIB (contre 2,3 % en 1970) tandis que les prestations conditionnées par les ressources atteignent 0,7 % du PIB (0 % en 1970).

Evolution des prestations familiales en euros constants (2010)



Nota : la rupture de 1998 correspond à la mise sous condition de ressources des allocations familiales pendant quelques mois.

Source : Cour des comptes

Sur les dix dernières années, dans un ensemble de prestations familiales en augmentation de 13,5 % en euros constants 2010 (26,6 Md€ en 2000, 30,2 Md€ en 2010), l'évolution la plus marquante a été la forte croissance des prestations modulées. Elles sont passées en effet de 0,1 Md€ en 2000 à 5,3 Md€ en 2010, du fait notamment de la transformation en 2001 de l'AFEAMA de prestation sans condition de ressources en prestation modulée (pour un montant de 1,9 Md€).

Les prestations familiales sous condition de ressources *stricto sensu* sont restées quant à elles quasiment stables (7,6 Md€ en 2000, 8,0 Md€ en 2010), mais leur poids relatif a baissé de deux points.

Dans le même temps, les prestations familiales sans condition de ressources (c'est-à-dire principalement les allocations familiales) ont diminué de 10,2 % en passant de 18,8 Md€ en 2000 à 16,9 Md€ en 2010, alors même que d'après l'INSEE, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, le nombre des jeunes de moins de 18 ans s'est stabilisé autour de 13,5 millions en France métropolitaine, ce qui traduit l'importance des mutations intervenues dans la composition des familles[437].

Au total, les prestations avec conditions de ressources ou modulées en fonction des ressources ont représenté, en 2010, 44 % du volume des prestations familiales contre 29 % en 2000.

B – Un ensemble disparate

1 – Des prestations qui répondent à des problématiques spécifiques sans vision d'ensemble

Les différentes prestations conditionnées par les ressources répondent à des objectifs très différents, qu'il s'agisse de la prise en compte des dépenses liées à la petite enfance (prime à la naissance et allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant) ou à la scolarisation (allocation de rentrée scolaire), de l'aide aux familles nombreuses (complément familial) ou de la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale (complément mode garde de la prestation d'accueil). De ce fait, elles obéissent à des règles d'attribution chaque fois spécifiques et souvent fortement évolutives en fonction des priorités que s'assignent les pouvoirs publics.

437. Ces mutations s'expliquent notamment par la baisse du nombre de familles nombreuses et l'augmentation des familles monoparentales n'ayant qu'un enfant, qui ne bénéficient pas des allocations familiales.

Ainsi l'allocation de rentrée scolaire, servie aux familles avec des enfants d'âge scolaire, quel que soit le nombre d'enfants, concerne un nombre de bénéficiaires élevé pour une masse financière relativement faible (1,4 Md€) : la prestation moyenne, versée une fois par an, est de 493 €. La majoration annoncée de 25% de son montant représentera pour la branche famille un effort financier supplémentaire de 0,4 Md€.

Le complément familial est une prestation versée mensuellement qui vise pour sa part à aider les familles nombreuses : il est attribué au 3ème enfant dès lors qu'ils sont tous âgés de trois ans ou plus et jusqu'à 21 ans. Le montant moyen annuel par famille s'élève à 1 922 €.

Pour ce qui est de l'aide à la petite enfance, la prestation d'accueil du jeune enfant, entrée en vigueur au 1er janvier 2004, qui apparaît sans unité réelle, est fortement généreuse. La prime de naissance comme l'allocation de base sont servies sous condition de ressources mais le plafond a été très fortement revalorisé, de 37 %, par rapport à celui appliqué pour l'ouverture de droit à l'allocation pour jeune enfant, dont la PAJE a pris la suite, de manière que les nouvelles prestations soient versées à 200 000 familles supplémentaires et bénéficient à près de 90 % des familles accueillant un enfant.

La mise en place de la PAJE (en substitution des dispositifs antérieurs) s'est accompagnée en outre de la création de compléments de libre choix du mode de garde (CMG assistante maternelle / CMG garde à domicile et CMG structure) en vue de faciliter la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, avec par rapport aux prestations antérieures une très sensible augmentation des niveaux de ressources pris en compte et des montants de rémunération pris en charge.

En comparaison, les prestations sans condition de ressources apparaissent beaucoup plus stables et simples dans leur définition et de ce fait d'autant plus lisibles pour les familles que les modalités d'attribution des prestations conditionnées par les ressources sont au contraire d'une réelle complexité.

2 – Des plafonds de ressources très différents et un positionnement particulier du CMG à cet égard

Les plafonds de ressources[438] et les barèmes des prestations sont marqués par une hétérogénéité extrêmement forte comme le fait apparaître le tableau ci-après.

Les plafonds des prestations conditionnées par les ressources sont de fait le reflet d'un ciblage plus ou moins accentué, sans cohérence d'ensemble et présentent une très grande dispersion. Par exemple, ils s'étalent de 23 200 € pour l'ARS à 45 068 € pour l'AB et la PN de la PAJE, dans le cas d'un couple biactif avec un enfant. Leur fixation n'obéit à aucune règle commune : ainsi, la majoration des plafonds en cas de monoparentalité ne s'applique pas à toutes les prestations et notamment pas à l'ARS.

A cet égard, le positionnement du CMG est très particulier : il s'agit d'une prestation dont le montant est certes modulé selon les ressources de la famille (avec trois tranches dont les limites varient en fonction du nombre d'enfants) mais dont toutes les familles peuvent bénéficier quel que soit leur niveau de revenu. Ainsi, dans la tranche supérieure, une famille touchant 20 000 € par mois a droit au CMG, d'un montant pour un enfant de moins de trois ans de 171 €[439] (ou 342 € pour deux enfants), montant au demeurant égal à celui dont bénéficie une famille dont le revenu est situé au bas de la même tranche (4 200 € de revenu mensuel).

Indépendamment même du caractère ponctuel de certaines d'entre elles, le montant des prestations, déterminé en pourcentage de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), n'obéit pas davantage à une approche homogène du coût de l'enfant.

438. Le plafond de ressources est le niveau de ressources au-delà duquel la prestation n'est plus versée. Pour l'ARS et le CF qui sont deux prestations différentielles, les familles peuvent percevoir partiellement ces prestations avec des revenus supérieurs au plafond.

439. Ces montants s'appliquent jusqu'à trois ans et sont diminués de moitié de trois à six ans. Cette prestation est versée jusqu'à l'âge de six ans.

Plafonds et barèmes des prestations familiales conditionnées par les ressources au 1er avril 2012

Intitulé Date de création Codification	Condition de ressources	Plafonds		Barèmes (en % de la BMAF)	
		Niveau	Remarques	Niveau	Remarques
Allocation de rentrée scolaire Loi du 16 juillet 1974 Art. L. 543-1 et 2	Oui	23 200 € pour un enfant + 5 354 € par enfant supplémentaire	Allocation différentielle si léger dépassement du plafond	89,72 % (356,20 €) à 97,95 % (388,87 €) suivant l'âge de l'enfant[440]	De 6 à 18 ans
Complément familial Loi du 12 juillet 1977 Art. L. 522-1 et 2	Oui	35 848 € pour un couple de 3 enfants avec un seul revenu et 43 853 € pour le même couple avec 2 revenus ou isolement	Allocation différentielle si léger dépassement du plafond + 8 005 € si bi-activité ou isolement	41,65 % soit 165,35 €	Au 3ème enfant dès lors qu'ils sont tous âgés de 3 ans ou plus et jusqu'à 21 ans Si naissance d'un 4ème enfant perte du CF (AB de la PAJE)
PAJE prime à la naissance ou à l'adoption LFSS 2004 Art L 531-2	Oui	34 103 € pour un couple avec 1 revenu et 1 enfant et 60 074 € pour un couple avec 2 revenus et 3 enfants	8 185 € par enfant supplémentaire + 10 965 € si bi-activité ou isolement	229,75 % soit 912,12 € en cas de naissance, 459,50 % soit 1 824,25€ en cas d'adoption Majoration pour parents isolés	Versée au 7ème mois de grossesse
PAJE allocation de base LFSS 2004 Art. L 531-3	Oui	34 103 € pour un couple avec 1 revenu et 1 enfant et 60 074 € pour un couple avec 2 revenus et 3 enfants	8 185 € par enfant supplémentaire + 10 965 € si bi-activité ou isolement	45,95 % soit 182,43 €	Non cumulable avec le CF Cumulable avec AJPP et ASF, AF, CLCA, CMG
PAJE complément de libre choix du mode de garde LFSS 2004 Art. L 531- 5 à 9[441]	Modulation du montant de la prestation en fonction du niveau de revenu	deux seuils de revenus par enfant, définissant trois tranches (par exemple pour 1 enfant : une tranche inférieure à 20 281 €, une tranche de 20 281 € à 45 068 € et une tranche supérieure à 45 068 € sans plafond)	Pour une famille de 4 enfants, la 3ème tranche a pour seuil 68 259 € sans plafond	Dépend du revenu, de l'âge de l'enfant, du mode d'emploi de l'AM ou de la garde à domicile, des horaires de travail des parents	Prise en charge cotisations (totale pour AM ou partielle pour GAD) et salaire (partielle : minimum de reste à charge de 15 %) Non cumulable avec un CLCA taux plein

Source : CNAF

440. L'ARS est versée annuellement en une seule fois. Montants à la rentrée 2012.
441. Le décret n° 2012-666 du 4 mai 2012 a notamment majoré de 40 % le barème de ressources applicable aux familles monoparentales.

Il résulte de ces disparités très marquées un nombre de bénéficiaires et une dépense annuelle par bénéficiaire qui se situent dans un rapport de un à quatre pour le nombre de bénéficiaires et de un à quinze pour la dépense.

Nombre de familles bénéficiaires et masse financière par prestation en 2010 en France métropolitaine

Prestation	Nombres de bénéficiaires (en milliers)	Montant total (en M€)	Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire (en €)
PN de la PAJE	707	629	890
AB de la PAJE	1 870	4 065	2 174
CF	829	1 594	1 922
ARS	2 850	1 406	493
CMG	828	5 262	6 400 (estimation)

Source : CNAF, Cour des comptes. Les données relatives aux bénéficiaires divergent de celles du premier tableau de ce chapitre car elles concernent uniquement la métropole, tous régimes.

3 – Des mécanismes de revalorisation inégalement protecteurs

Les prestations conditionnées par les ressources sont, pour leur quasi-totalité, revalorisées en fonction de l'inflation comme l'ensemble des prestations familiales depuis 1995 (loi Veil du 25 juillet 1994, pérennisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000). Ce mode d'indexation, s'il maintient le pouvoir d'achat des prestations, n'empêche pas un décrochage du niveau de vie des familles, notamment des allocataires modestes, par rapport à l'évolution générale des salaires. L'indexation des plafonds sur les prix peut aussi faire progressivement sortir du bénéfice des prestations des familles qui y avaient initialement droit.

Il en va très différemment du complément mode de garde dont l'évolution est corrélée, outre les ressources des bénéficiaires et la progression du recours aux modes de garde y ouvrant droit, à celle, très dynamique, de la rémunération des assistantes maternelles ainsi que des cotisations sociales y afférentes. La progression du salaire des assistantes maternelles, depuis la création de cette prestation a été de 29 %[442], alors que l'indice des prix sur la période (2005-2011) a augmenté de 12%.

Plus généralement, ces mécanismes de revalorisation jouent de manière importante sur les projections à long terme de l'évolution des

442. Calculs Cour à partir de chiffres ACOSS.

différentes catégories de prestations, comme le montrent celles réalisées[443] par le haut conseil de la famille.

La structure des prestations familiales à horizon 2025

Sous l'hypothèse du scénario macro-économique retenu par le Conseil d'orientation des retraites (croissance de 1,5 % par an et taux de chômage diminuant jusqu'à 4,5 %) et d'une stabilisation de la natalité, la structure des dépenses de la branche famille serait profondément modifiée. Les prestations sous condition de ressources enregistreraient une baisse sensible, tandis que les prestations modulées en fonction des ressources continueraient de croître fortement (+27 %), en raison d'une demande en hausse et de l'évolution des rémunérations et des cotisations

Evolution des dépenses de prestation sous condition ou modulées en fonction des ressources (France métropolitaine et DOM)

Métropole + DOM	2010	2025 (euros 2009)	Evolution 2010 - 2025	Moyenne annuelle 2010 – 2025
CF	1 605	1 370	-15 %	-1,0 %
PN PAJE	648	562	-13 %	-0,9 %
AB PAJE	4 209	3 661	-13 %	-0,9 %
CMG PAJE	5 116	6 482	+27 %	+1,6 %
dont prise en charge de cotisations	*2 796*	*3 798*	*+36 %*	*+2,1 %*
dont rémunérations prises en charge	*2 320*	*2 683*	*+16 %*	*+1,0 %*

Nota : les projections relatives à l'ARS, n'ont pas été reprises compte tenu de la décision récente de revaloriser la prestation de 25 %, dont les effets n'ont pas pu être pris en compte dans ces projections qui datent de 2010.

Source : HCF

Le Haut conseil de la famille a considéré que le risque d'une érosion de la politique familiale constituait un scénario plausible, ayant notamment comme conséquences une baisse du niveau de vie relatif des familles, d'autant plus que les prestations comptent pour une part importante de leurs ressources, principalement les familles nombreuses et les plus modestes et un accroissement de la pauvreté des familles et des enfants.

*
* *

Conçues comme des dispositifs indépendants, vecteurs de priorités à la fois spécifiques et disparates, les prestations conditionnées par les ressources n'apparaissent pas répondre à une vision cohérente autre que

443. Projection de la situation financière de la branche famille à l'horizon 2025, septembre 2010.

la logique de redistribution verticale, qui est en réalité leur seul facteur d'unité. C'est ainsi principalement à cette aune que doit être mesuré leur apport d'ensemble.

II - Des effets de réduction des inégalités de revenus peu marqués

Du point de vue de la redistribution verticale des revenus, les prestations sous conditions de ressources stricto sensu (allocation de base et prime à la naissance de la PAJE, complément familial et allocation de rentrée scolaire) n'ont que des effets relativement limités alors que les prestations modulées en fonction des ressources (compléments de mode de garde de la PAJE), qui répondent à des objectifs de conciliation de vie familiale et professionnelle, bénéficient relativement plus aux familles aisées. Au total, les prestations familiales conditionnées ou modulées en fonction des ressources jouent un rôle relativement peu marqué dans la réduction des inégalités.

A – Les effets limités des prestations conditionnées stricto sensu par les ressources

1 – Un ciblage très variable selon les prestations

L'analyse du taux d'exclusion des prestations, c'est-à-dire le pourcentage de familles éligibles[444] mais disposant de ressources trop élevées pour bénéficier de la prestation, montre de fortes différences d'une prestation à l'autre comme le fait apparaître le tableau suivant.

444. Une famille éligible est celle qui présente les caractéristiques de composition familiale requises pour l'attribution de la prestation.

Taux d'exclusion des prestations conditionnées stricto sensu par les ressources

Allocation	Taux de ménages exclus à cause du seul critère de revenu	Coût de la suppression des conditions de ressources (en Md€)
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	52 %	1,3
Complément familial (CF)	24 %	0,5
Allocation de base PAJE (AB PAJE)	14 %	0,7

Source : Calculs DREES, enquête revenus fiscaux et sociaux 2007 (actualisée 2009)

Au total, en moyenne, le taux d'exclusion s'établit à 34 %[445], ce qui atteste d'une sélectivité globalement modérée. La suppression de toute condition de ressources sur l'ARS, le CF et l'AB de la PAJE majorerait selon la DREES le montant de la dépense de 2,5 Md€, ce qui témoigne que les conditions de ressources n'éliminent qu'une minorité de familles.

L'allocation de base de la PAJE apparaît quasi universelle. Comme le fait apparaître le tableau ci-après, la répartition par déciles de niveau de vie des familles bénéficiaires[446] de cette allocation est à peu près identique à la répartition de l'ensemble des familles par décile de niveau de vie - sauf pour les deux derniers déciles du fait des plafonds de

445. Haut conseil de la famille « Architecture des aides aux familles : quelles évolutions pour les quinze prochaines années - annexe 2 simulations réalisées par la DREES », avril 2011 d'après enquête revenus fiscaux et sociaux 2007 (actualisée 2009), modèle INES, calculs DREES.

446. Le revenu disponible du ménage est défini comme la somme des revenus d'activité perçus, des autres revenus et des prestations (allocations logement, prestations familiales, RSA et autres minima sociaux - allocation adulte handicapé, minimum vieillesse, allocation spécifique de solidarité), nette des prélèvements fiscaux directs (impôt sur le revenu y compris PPE, taxe d'habitation). Le niveau de vie est obtenu en divisant le revenu disponible par le nombre d'unités de consommation (UC) du ménage. Le nombre d'UC est obtenu en ajoutant : 1 UC pour le premier membre du ménage ; 0,5 UC pour les autres membres de plus de 14 ans ; 0,3 UC pour les autres membres de moins de 14 ans (selon un modèle OCDE repris par l'INSEE).

ressources élevés-. Or, s'agissant d'une prestation sous condition de ressources, un effet plus marqué aurait pu être attendu pour les familles des premiers déciles.

Répartition des bénéficiaires de l'allocation de base et de la prime à la naissance de la PAJE par décile de niveau de vie

En %

Décile de niveau de vie	PN de la PAJE	AB de la PAJE	Ensemble des familles
	Bénéficiaires	Bénéficiaires	
1	11	14	14
2	16	14	12
3	11	11	11
4	10	11	10
5	12	12	10
6	13	15	11
7	14	12	10
8	10	9	9
9	3	1	7
10	0	0	7
Ensemble	**100**	**100**	**100**

Source : Modèle de micro-simulation Saphir ERFS 2008, législation 2010, DG Trésor.

Ce constat amène à s'interroger sur la pertinence de la hausse du plafond de ressources qui, lors de la création de la PAJE, a permis aux familles plutôt aisées de bénéficier de son allocation de base. En outre, en cas de cessation d'activité et de recours au complément de libre choix d'activité (CLCA) -qui n'est pas une prestation sous condition de ressource- les familles qui ont des revenus supérieurs à ceux autorisant le versement de l'allocation de base voient leur complément de libre choix majoré à due concurrence : la portée de la condition de ressource est donc encore affaiblie dans ce cas. Compte tenu d'un coût de ces deux composantes de la PAJE qui dépasse 4,5 Md€, le dispositif gagnerait à être réaménagé afin de mieux définir les familles cibles, de gagner en lisibilité en termes d'objectif de redistribution et d'en diminuer la dépense.

A l'inverse, l'allocation de rentrée scolaire est une prestation très sélective car des familles modestes situées dans les plus faibles déciles n'en bénéficient pas. Comme le montre le tableau suivant, le taux des familles à composition familiale éligible effectivement bénéficiaires de l'ARS par décile de niveau de vie est inférieur (et parfois de manière marquée, notamment pour les familles des déciles 4 et 5) à celui du complément familial aujourd'hui et de l'APJE autrefois. En outre, pour les cinq premiers déciles, il est en diminution sensible entre 2003 et 2010.

Taux de familles à composition familiale éligible effectivement bénéficiaires d'une prestation familiale sous conditions de ressources en 2003 et en 2010

En %

Décile de niveau de vie	Bénéficiaires du complément familial		Bénéficiaires de l'allocation de rentrée scolaire		Bénéficiaires de l'APJE (2003) et de l'allocation de base de la PAJE (2010)	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010
1	100	100	99	99	99	100
2	100	100	98	95	100	100
3	100	99	93	84	100	100
4	100	97	83	61	99	100
5	94	91	55	38	97	100
6	88	73	28	19	95	99
7	63	42	10	11	88	95
8, 9, 10	10	8	2	3	30	48
Total	**79**	**75**	**53**	**49**	**76**	**85**

Source : ERF 2001 et ERFS 2008, modèles INES 2003 et 2010, DREES

2 – Des effets limités sur le revenu des familles et la réduction du taux de pauvreté

Comme le montre le tableau ci-après, les prestations familiales conditionnées par les ressources représentent une faible part du revenu disponible de leurs bénéficiaires, à l'exception des familles nombreuses. Le niveau moyen atteint 5 % du revenu disponible, mais varie de 3 % pour les personnes seules actives ayant un enfant à 14 % pour les personnes seules inactives ayant trois enfants[447].

De la même manière, le montant moyen par unité de consommation va de 34 € par mois pour une personne seule active ayant un enfant à 114 € pour une personne seule inactive ayant trois enfants, avec une moyenne mensuelle de 61 €.

447. Moyenne sur un échantillon représentatif de la population métropolitaine.

Part des prestations familiales sous condition de ressources dans le revenu disponible des bénéficiaires selon la configuration familiale

	Ensemble des prestations d'entretien sous condition de ressources		
	Montant moyen (en €/mois)	Montant moyen par unité de consommation (en €/mois)	Part dans le revenu disponible (en %)
Personne seule active 1 enfant	45	34	3
Personne seule active 2 enfants	58	35	3
Personne seule active 3 enfants ou +	223	101	9
Personne seule inactive 1 enfant	67	50	5
Personne seule inactive 2 enfants	95	59	6
Personne seule inactive 3 enfants	242	114	14
Couple inactif ou mono-actif 1 enfant	97	54	5
Couple inactif ou mono-actif 2 enfants	142	67	6
Couple inactif ou mono-actif – 3 enfants	207	83	7
Couple inactif ou mono-actif 4 enfants ou +	314	105	10
Couple biactif – 1 enfant	125	70	5
Couple biactif – 2 enfants	109	52	4
Couple biactif – 3 enfants	195	77	6
Couple biactif– 4 enfants ou +	255	86	7
Ménage complexe avec enfant	121	51	4
Ensemble des familles avec enfant(s)	**129**	**61**	**5**

Source : Modèle de micro-simulation Saphir ERFS2008, législation 2010, direction générale du Trésor.

Ce faible impact sur le revenu des familles limite les effets en termes de réduction de la pauvreté. D'après la direction générale du Trésor, les prestations familiales sous condition de ressources ne permettent qu'à près de 6 % de leurs bénéficiaires de sortir de la pauvreté[448], soit de l'ordre de 300 000 familles. Si l'allocation de base de la PAJE et le complément familial ont un impact important sur le taux de pauvreté de leurs bénéficiaires, notamment pour les familles nombreuses, en revanche, le bilan est décevant pour les personnes seules actives ou

448. Le seuil de pauvreté mensuel s'établissait en 2009 à 954 € par mois et à 964 € en 2010.

inactives ayant un ou deux enfants et les couples mono-actifs ayant également un ou deux enfants.

L'impact de ces prestations reste ainsi limité au regard du taux de pauvreté des familles, qui reste élevé comme le souligne l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Celui-ci a indiqué que le taux de pauvreté des familles monoparentales s'établissait à 30,9 % et celui des familles nombreuses à 21,2 %. En outre, le taux de pauvreté des moins de 18 ans, qui s'élevait à 17,7 % (soit 2,4 millions d'enfants) en 2009[449], après avoir baissé durant la première partie des années 2000, a augmenté d'un point depuis 2004[450].

B – Un complément de mode de garde modulé en fonction des ressources qui bénéficie principalement aux familles aisées

Ce sont les familles aisées qui bénéficient le plus du complément de mode de garde de la PAJE, cette prestation visant à compenser les dépenses liées à la garde des enfants et à faciliter la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle.

Ainsi que le montre le tableau suivant, la masse financière perçue en prestations modulées en fonction des ressources (ce qui correspond pour l'essentiel aux dispositifs d'aides à la garde) croît généralement très fortement avec le décile de revenu par unité de consommation[451]. En 2009, les 10 % des familles les plus pauvres bénéficiaient de 120 M€ et les 10 % des familles les plus aisées de 1 053 M€.

Entre 2001 et 2009, si les écarts de prestations perçues entre le 1er et le dernier décile de niveau de vie diminuent fortement en valeur

449. Crise économique, marché du travail et pauvreté, rapport ONPES 2011-2012.

450. Evaluation à partir d'une source INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA. Par ailleurs, les premières données sur les niveaux de vie en 2010 publiées récemment par l'INSEE (INSEE première n°1412, « les niveaux de vie en 2010 », septembre 2012) font apparaître une dégradation du taux de pauvreté par rapport à 2009. Le taux de pauvreté des familles monoparentales passe de 30,9% à 32,2%, celui des enfants de moins de 18 ans connaît une très forte progression de 1,9 point à 19,6% et intéresse 2,665 millions d'enfants.

451. A la demande de la Cour, la CNAF a analysé en collaboration avec l'INSEE, sur la période 2000-2009, l'évolution en masse du montant financier des prestations versées aux familles selon leur niveau de vie. Dans cette analyse, le niveau de vie est apprécié par rapport au revenu brut par unité de consommation et non par rapport au revenu disponible.

relative (on passe d'un rapport de 1 à 19 en 2001 à un rapport de 1 à 9 en 2009), il n'en va pas de même en ce qui concerne les masses financières versées, pour lesquelles l'écart augmente de manière importante sur la période, passant de 580 M€ en 2001 à plus de 900 M€ en 2009[452].

Masses financières versées aux familles bénéficiant au moins d'une prestation modulée en fonction des ressources (CMG)

en M€ courants

Déciles de niveau de vie	2001	2005	2009
D1	33	51	120
D2	45	82	202
D3	61	91	202
D4	65	76	145
D5	66	98	173
D6	107	174	340
D7	194	340	593
D8	320	507	882
D9	418	705	1 041
D10	612	788	1 053
Total	**1 921**	**2 913**	**4 752**

Légende : les déciles sont calculés à partir du revenu brut par unité de consommation
Source : CNAF, FILEAS de 2000 à 2009, Echantillon national des allocataires de 2000 à 2009, Brochure « prestations familiales 2010 – Statistiques nationales »

Parallèlement, les montants moyens servis au titre du complément de mode de garde ont doublé depuis la mise en place de la PAJE (passant d'environ 250 € par mois à plus de 500 € par mois). Selon la direction de la sécurité sociale, parmi les familles susceptibles d'avoir recours à un mode de garde, celles constituant le 1er quartile de revenu ne sont cependant que 5 % à bénéficier de cette prestation, contre près de 60 % parmi les 25 % des ménages les plus aisés qui peuvent au surplus bénéficier le plus fortement de l'avantage fiscal lié à l'emploi d'un salarié à domicile [453], ou avec celui relatif à la garde d'enfants de moins de six ans en cas de recours à une assistante maternelle.

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, les choix de mode de garde des enfants varient suivant les revenus des familles. Dans les familles appartenant au 1er quintile de revenu, la garde des enfants par les parents est très majoritaire (91 % en 2007). Inversement, les familles

452. Ainsi, l'écart de 580 M€ en 2001 correspond à la différence entre 612 M€ de prestations au titre du dernier décile et 33 M€ au titre du premier décile.

453. Environ 10 % des bénéficiaires du complément de mode de garde recourent de fait à une garde à domicile.

appartenant au 5ème quintile de revenu ont beaucoup plus recours aux assistantes maternelles (37 % d'entre elles en 2007) ou à la garde à domicile (7 % d'entre elles en 2007). Cette étude réalisée par la DREES montre au demeurant que les autres modes de garde, notamment les crèches financées en partie par l'action sociale de la branche famille et les collectivités locales, bénéficient aussi très majoritairement aux familles aisées.

Répartition des enfants de moins de 3 ans selon leur mode de garde principal en semaine en 2007

En %

Niveau de vie du ménage	Parents	Grands-parents ou autres	Assistantes maternelles	Crèches	Ecole	Garde à domicile	Autre mode de garde	Ensemble	Part dans la population des enfants de moins de 3 ans
1er quintile	91	1	2	4	1	0	1	100	21
2ème quintile	84	2	5	5	2	0	2	100	20
3ème quintile	64	6	18	9	2	0	1	100	21
4ème quintile	44	7	29	16	2	1	1	100	19
5ème quintile	31	5	37	16	3	7	1	100	19

Source : DREES etudes et résultats, n° 678 – février 2009

C – Un rôle dans la réduction des inégalités de revenus paradoxalement inférieur à celui des prestations universelles

Le rôle des prestations familiales sous condition de ressources stricto sensu est en matière de réduction des inégalités inférieur à celui joué par les prestations familiales sans condition de ressources[454], comme le met en lumière le tableau suivant.

454. Les prestations suivantes sont retenues ici : allocations familiales (y compris majorations pour âge et allocation forfaitaire à 20 ans) et allocation de soutien familial, CLCA.

Contribution relative à la réduction des inégalités de revenus des prestations familiales sans conditions de ressources et de celles conditionnées stricto sensu par les ressources

	Indice de progressivité[455]	Masse financière (en Md€)	Contribution en % à la baisse des inégalités de revenus
Prestations	**-**	**22,7**	**100**
PF sans conditions	0,49	15,0	**60,2**
dont AF	*0,46*	*11,8*	*45,2*
PF sous conditions	0,65	7,7	**39,8**
dont PN de la PAJE	*0,49*	*0,6*	*2,2*
dont AB de la PAJE	*0,53*	*4,1*	*17,2*
dont CF	*0,78*	*1,6*	*10,2*
dont ARS	*0,89*	*1,4*	*9,7*

Source : DG Trésor, modèle de micro-simulation Saphir ERFS 2008, à législation 2010 ; calculs Cour pour la contribution à la baisse des inégalités de revenus.

Au sein des prestations liées à l'enfance, les effets de réduction des inégalités de revenus sont de fait majoritairement dus aux prestations sans condition de ressource, qui y contribuent à hauteur de 60,2 %, celles sous condition de ressources n'y contribuant que pour 39,8 %.

Cette situation apparemment paradoxale s'explique par le volume des prestations sans condition de ressources, qui est très supérieur à celui des prestations sous condition de ressources (15 Md€ pour les prestations sans condition de ressources et 7,7 Md€ pour les prestations sous condition de ressources comme le montre le tableau ci-dessus). Or l'impact d'une prestation sur la réduction des inégalités de revenus dépend de deux facteurs : son ciblage sur les ménages modestes et son poids relatif par rapport au revenu initial. Ainsi, les prestations universelles représentent une part relative du revenu initial plus élevée pour les ménages modestes.

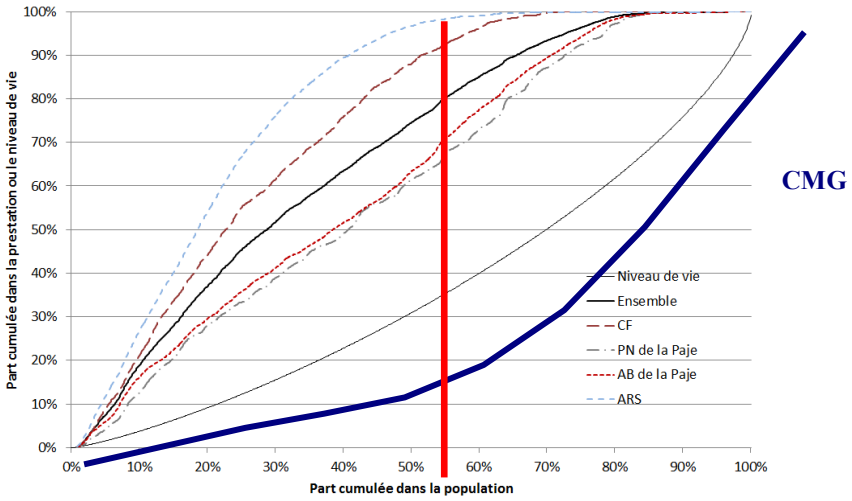
Parmi les prestations familiales sous condition de ressources l'allocation de base de la PAJE est la prestation qui contribue le plus à la réduction des inégalités de revenus. Même si elle est peu progressive par rapport au complément familial ou à l'allocation de rentrée scolaire, sa masse financière est importante (4 Md€) de sorte que pour les familles les plus modestes, elle peut atteindre près de 10% du revenu disponible. Au sein des prestations familiales, le complément familial et l'allocation de rentrée scolaire contribuent chacun à hauteur d'environ 10 % à la

455. L'indice de progressivité est d'autant plus élevé que la part de la prestation concernée dans le revenu diminue davantage à mesure que le niveau de vie initial s'accroît.

réduction des inégalités de revenus. Bien que dotés d'un indice de progressivité important (respectivement 0,78 et 0,89), leur masse financière, bien inférieure à celle de l'allocation de base de la PAJE, limite leur effet en termes de réduction des inégalités. Enfin, la prime de naissance de la PAJE ne joue qu'un faible rôle dans ce domaine.

Ce tableau n'inclut pas le complément de mode de garde de la PAJE, modulé en fonction des ressources, dont le poids financier dépasse désormais les 5 Md€ après une montée en charge très forte ces dernières années et auquel l'absence de plafonnement confère un caractère antiredistributif marqué. Comme le montre le graphique ci-après, les différentes prestations ont un impact très variable en termes de redistributivité des différentes prestations examinées.

Courbes de concentration des prestations familiales sous condition de ressources (ARS, CF, PN et AB de la PAJE) et modulées en fonction des ressources (complément de mode garde de la PAJE)[456]



Source : DG Trésor, modèle de micro-simulation Saphir ERFS 2008,à législation 2010 ; Cour des comptes pour le complément de mode de garde de la PAJE.

456. Les courbes du graphique relatives à la PAJE, à l'ARS et au CF sont construites à partir d'un classement des ménages par niveau de vie net croissant (soit le revenu net rapporté au nombre d'unité de consommation) alors que la courbe CMG est construite à partir d'un concept de niveau de vie légèrement différent fondé sur le revenu déclaré des ménages. Les différences sont de deux ordres : d'une part, une différence tenant aux revenus du patrimoine non imposables, à la CRDS et à la CSG non déductibles, d'autre part, une différence tenant aux unités de consommation considérées, la CNAF introduisant un coefficient de 0,2 supplémentaire pour les familles monoparentales. Toutefois, ces différences n'ont qu'un impact marginal et ne modifient pas le constat général.

Les 50 % des ménages les moins favorisés -qui ne représentent que 30 % des revenus- cumulent 75 % des prestations sous condition de ressources et ne perçoivent que 20 % des prestations modulées en fonction des ressources.

Par ailleurs, le tableau ci-dessous montre que les masses financières des prestations familiales sous condition de ressources -y compris les prestations modulées en fonction des ressources- ont augmenté de 73 % entre 2001 et 2009 (6 904 M€ en 2001 et 12 153 M€ en 2009).

Masses financières des prestations familiales sous condition de ressources versées aux familles (y compris les prestations modulées)

En M€ courants

Déciles de niveau de vie	2001	2005	2009
D1	1 525	1 696	1 939
D2	1 000	1 151	1 598
D3	728	800	1 076
D4	508	547	703
D5	380	455	581
D6	407	517	788
D7	528	768	1 122
D8	642	989	1 517
D9	560	1 179	1 641
D10	627	905	1 187
Total	**6 904**	**9 006**	**12 153**

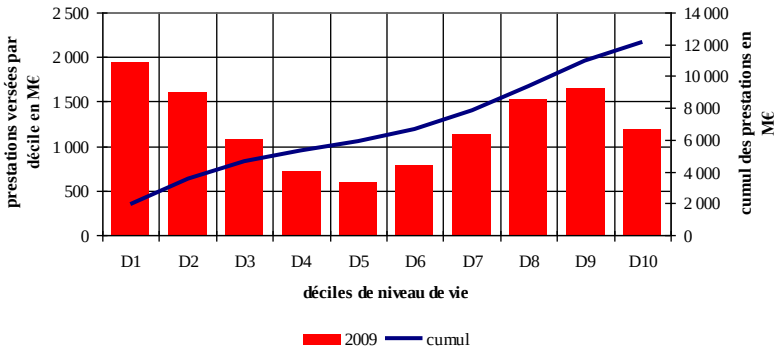
Légende : les déciles sont calculés à partir du revenu brut par unité de consommation
Source : Cour des comptes à partir des données CNAF, FILEAS de 2000 à 2009, échantillon national d'allocataires de 2000 à 2009, Brochure « prestations familiales 2010 – Statistiques nationales ».

Pour autant, une analyse de leur répartition par décile de revenu fait apparaître que les masses financières ne sont pas décroissantes en fonction du revenu et que ce phénomène s'est accentué depuis 2001. Par exemple, en 2009, la masse perçue par le neuvième décile (1 641 M€) est supérieure à celle perçue par le deuxième décile (1 598 M€) et celle perçue par le huitième décile (1 517 M€) est supérieure à celle perçue par le troisième (1 076 M€). Cela s'explique en partie par l'augmentation du montant des prestations liées au mode de garde.

Ainsi que l'illustre le graphique ci-après, la courbe des prestations sous condition de ressources par décile de niveaux de vie en 2009 présente une forme en U, traduisant une concentration relative des aides

sur les premiers et les derniers déciles. En cumul, la courbe est fortement croissante, sauf pour les déciles intermédiaires.

Répartition des prestations familiales sous condition de ressources (y compris les prestations modulées) par décile de niveau de vie et cumul en 2009



Source : Cour des Comptes à partir des données CNAF reprises dans le tableau précédent.

*
* *

Les prestations familiales conditionnées par les ressources ont ainsi globalement perdu de leur efficacité sociale. Leur importance financière accrue témoigne d'un élargissement à des catégories qui dépassent les familles les plus modestes pour bénéficier à des revenus plus élevés au service d'objectifs moins directement centrés sur la réduction des inégalités de ressources entre familles que d'autres priorités, plus larges.

Un abaissement du plafond de ressources de l'allocation de base qui est à un niveau particulièrement élevé et l'introduction d'un plafond de ressources à la tranche supérieure du complément de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant se traduirait ainsi par le dégagement de marges de manœuvre non négligeables qui pourraient être redéployées au bénéfice des familles les plus modestes sans préjudice de la nécessité de résorber le déficit de la branche famille.

Les familles appartenant au 9ème décile de niveau de vie [457]ont de fait collectivement perçu en 2009 1,6 Md€ de prestations conditionnées par les ressources, dont 1 Md€ au titre du complément de mode de garde et 0,6 Md€ au titre d'autres prestations conditionnées par les ressources. Celles situées au 10ème décile de niveau de vie ont bénéficié pour leur part d'1,2 Md€ de prestations sous condition de ressources, dont 1,1 Md€ au titre du complément de mode de garde et 0,1 Md€ pour les autres prestations familiales sous conditions de ressources. Un réexamen des paramètres de ces prestations s'impose d'autant plus que ces mêmes familles sont par ailleurs les principales bénéficiaires des aménagements de la fiscalité liés à des objectifs de politique familiale.

CONCLUSION

Au croisement de la politique familiale et de la politique de réduction des inégalités, le dispositif des prestations familiales conditionnées par les ressources constitue un ensemble disparate, sans vision globale et sans hiérarchisation des priorités.

La mise sous condition de ressources n'atteint de ce fait que partiellement l'objectif de redistribution et de diminution des inégalités qui en a été au fondement. L'absence de cohérence des plafonds de ressources, le défaut d'harmonisation de la prise en compte de la taille de la famille comme de la prise en considération du coût de l'enfant attestent qu'à la préoccupation d'aider davantage les familles modestes se sont superposés progressivement d'autres objectifs d'une politique familiale aux finalités multiples.

Au-delà de la complexité qui en résulte, cette évolution interroge le principe même de la mise sous condition de ressources : quand le plafond fixé, voire l'absence de plafond pour le CMG, aboutit à un taux de sélectivité extrêmement faible, il s'agit plus d'un simple dispositif de régulation de la dépense que de la poursuite d'une finalité réellement redistributive.

Dans un contexte où la pauvreté de certaines familles avec enfants reste une réalité préoccupante et où le retour à l'équilibre de la branche famille, aux déficits désormais récurrents, doit constituer un impératif , un tel constat doit conduire à revoir l'économie d'ensemble de ces prestations et à mobiliser activement les marges de manœuvre que certaines d'entre elles comportent dans le cadre d'une réflexion plus large sur la modernisation de l'architecture et des outils de la de la politique familiale.

457. Il est précisé que les familles appartenant aux 9ème et 10ème déciles de revenu avaient en 2009 respectivement un revenu annuel moyen disponible de 52 600 € et de 91 000 €, à comparer avec un revenu disponible annuel moyen par ménage de 34 500 € et un revenu médian de 28 700 € pour l'ensemble des ménages.

RECOMMANDATION

62. Revoir l'économie d'ensemble des prestations familiales sous condition et modulées en fonction des ressources :

- *d'une part en renforçant l'objectif d'aide aux familles vulnérables ;*
- *d'autre part en réformant la prestation d'accueil du jeune enfant en ce qui concerne l'allocation de base et le complément de mode de garde de manière à cibler plus étroitement les familles bénéficiaires et en appliquant un plafond de ressources pour le bénéfice du complément de mode de garde.*

CINQUIEME PARTIE

LES BESOINS D'AMELIORATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre XVII

Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général

PRESENTATION

La caisse nationale des allocations familiales (CNAF), chargée de la gestion de la branche famille du régime général, a versé près de 77 Md€ de prestations en 2011 à plus de onze millions d'allocataires et emploie 31 000 personnes en équivalent temps plein. C'est dire l'importance essentielle de son système d'information pour la bonne exécution de ses responsabilités et sa capacité à dégager des gains d'efficience indispensables, dans un contexte marqué par une réglementation particulièrement complexe et mouvante, l'évolution rapide de la situation des bénéficiaires et la forte tradition d'autonomie des 102 caisses d'allocations familiales (CAF).

Alors que la convention d'objectifs et de gestion qui lie la CNAF à l'Etat et fixe pour quatre ans les orientations stratégiques de la branche arrive à son terme fin 2012, la Cour a cherché à mesurer les progrès accomplis dans ce domaine.

Elle a constaté une gouvernance inefficiente associée à une stratégie incertaine (I), une trop grande dispersion des structures et des moyens (II) et, en conséquence, des retards préoccupants de modernisation des systèmes d'information (III).

I - Une gouvernance inefficiente associée à une stratégie imprécise

La gouvernance du système d'information manque de clarté et de fermeté de pilotage, au détriment d'une vision stratégique cohérente et continue. La responsabilité en incombe aussi bien à l'Etat qu'à la CNAF.

A – Des priorités stratégiques floues

1 – Des conventions d'objectifs et de gestion exagérément ambitieuses

La modernisation du système d'information de la branche famille constitue un axe essentiel des trois dernières conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées par l'Etat et la caisse nationale. Elles assignent toutefois des objectifs trop nombreux sans fixer de réelles priorités.

Le système d'information de la branche famille comprend une cinquantaine d'applications nationales, anciennes. Les plus importantes concernent la liquidation de l'ensemble des prestations familiales (CRISTAL) et la gestion des aides versées aux structures de garde des enfants (SIAS). D'autres applications permettent à la CNAF de gérer ses agents (GRH) ou sa comptabilité (MAGIC). Un navigateur intranet multiservice (portail NIMS), déployé en 2011, permet aux agents de naviguer entre les différentes applications et nécessite de constantes évolutions.

La COG 2001-2004 a ainsi engagé le système d'information de la branche famille dans une voie de mutations majeures, sans les hiérarchiser clairement et précisément. Elle prévoyait tout à la fois d'améliorer la qualité du service rendu aux allocataires, d'automatiser des processus de gestion, de développer l'évaluation des performances des caisses et l'aide au pilotage et de mieux structurer la maîtrise d'ouvrage.

La COG 2005-2008 a confirmé l'objectif central de rénovation du système d'information mais avec de nouvelles orientations. L'amélioration de la qualité des bases de données relatives aux allocataires est devenue une préoccupation majeure, avec la constitution d'un référentiel national des bénéficiaires (RNB) et l'utilisation du numéro d'identification du répertoire national (NIR). L'accent a également été mis sur le développement, grâce à Internet, des procédures interactives à distance et des échanges automatisés avec les allocataires et les partenaires. Les applications anciennes telles que celle chargée de la liquidation des prestations (CRISTAL) ont donc appelé d'importants aménagements. En dépit de l'importance de ces enjeux, ont été aussi multipliés des projets plus sectoriels (action sociale, gestion budgétaire et comptable, ressources humaines, outils de pilotage et de suivi des projets, informatique décisionnelle). Ce programme extrêmement ambitieux a privé la COG de sa pertinence en tant qu'instrument de pilotage stratégique.

Certaines de ces difficultés ont été implicitement mais tardivement prises en compte dans la COG 2009-2012, qui s'articule autour de trois grandes cibles (offre globale de service aux allocataires, renforcement des processus de gestion, amélioration du fonctionnement de la branche en réseau). Elle préconise par ailleurs de créer des tableaux de bord permettant d'assurer un suivi permanent des développements et de leur déploiement aux dates d'échéance convenues. Elle propose également d'actualiser chaque année les travaux au regard de leur exécution effective. Enfin, elle prévoit de renforcer la maîtrise d'ouvrage et de réorganiser les services chargés du système d'information de la branche.

Pour autant, ces objectifs demeurent toujours aussi mal hiérarchisés. L'amélioration du service rendu aux allocataires et l'accroissement de la productivité des CAF restent des axes fondamentaux, mais de nouvelles préoccupations nécessitent la conduite simultanée de nombreux projets : ainsi de la lutte contre la fraude, de la mutualisation des moyens et du processus de départementalisation des CAF.

2 – Des schémas directeurs insuffisamment réalistes

Dans ces conditions, les schémas directeurs du système d'information (SDIS), destinés à mettre en œuvre opérationnellement les objectifs des COG et qui font l'objet, une fois établis, d'une approbation par la tutelle, ont manqué de réalisme.

Leur élaboration a laissé en effet trop peu de place à l'appréciation des forces et des faiblesses des applications existantes. Au surplus, ils ne reposent pas sur un dispositif permanent de planification à long terme mais sont élaborés à l'occasion du renouvellement de la COG. Aucun plan informatique à court terme ne vient non plus les préciser à mesure de leur exécution.

Le SDSI 2001-2004 n'a été ainsi que partiellement mis en œuvre. Trop fourni, il comptait 71 programmes dont le taux de réalisation ne ressortait qu'à 70 % à sa date d'expiration. En raison notamment d'un partage des responsabilités insuffisamment clarifié, la moitié des projets non réalisés concernait deux applications informatiques essentielles (CRISTAL et MAGIC). Alors que la COG faisait de l'accroissement de la productivité des CAF un de ses axes majeurs, la CNAF a repoussé à plus tard le développement des modules visant à automatiser davantage le paiement des prestations.

Le SDSI 2005-2008 avait pour principal objectif d'assurer une meilleure transversalité de gestion de la branche à l'aide de deux instruments : d'une part, la constitution d'une base de données unique, commune à toutes les applications formant le système d'information de la branche et accessible au moyen de deux clés : le NIR pour les allocataires (référentiel national des bénéficiaires -RNB-) et le numéro d'identification des établissements (SIRET) pour les partenaires ; d'autre part l'introduction de la technologie des moteurs de recherche. Or pour cette dernière la mise en place du « navigateur intranet multiservices » (NIMS) qui a nécessité par ailleurs des développements nouveaux très importants, a soulevé des problèmes techniques mal appréciés à l'origine en raison notamment d'une sous-estimation des travaux préalables de fiabilisation des applications existantes. En outre, le SDSI n'a pas pris en compte les adaptations nécessitées par la certification des comptes de la branche

famille (renforcement du contrôle interne, fiabilisation de la comptabilité), l'incidence sur le système d'information de la multiplication des aides complexes et la modernisation de l'application SIAS (introduction du contrôle interne, mise en place d'un pilotage des prestations de service au titre de l'accueil de la petite enfance)[458].

Un même défaut d'anticipation et de réactivité marque l'exécution du SDSI 2009-2012. Contrairement à ses prédécesseurs, ce dernier n'a au demeurant même pas dressé le bilan exhaustif de l'exécution de celui qu'il remplace. Il a été de fait élaboré centralement sans que soit recherché l'appui des services opérationnels de la branche.

La CNAF a pris tardivement la mesure de ces faiblesses à la suite d'un audit externe. Elle a alors élaboré un SDSI transitoire pour les années 2011 à 2013, qu'elle n'a toutefois pas soumis au conseil d'administration ni aux autorités de tutelle. Ce document, qui demeure en partie le fruit d'une compilation de projets, ne détermine pas les moyens à mobiliser ni les coûts prévisionnels des travaux à réaliser.

Or, l'enjeu de la modernisation du système d'information repose précisément sur une correcte appréciation de l'adaptation des moyens que la branche peut lui consacrer au regard de la multiplicité des projets engagés (300 environ en 2008-2009, plus de 400 début 2010, de l'ordre de 330 début 2011). A cet égard, selon un audit, si le nombre de chefs de projet était suffisant, il en allait différemment pour les responsables de maîtrise d'ouvrage (déficit de 37 % mi 2008, 39 % début 2009 et 58 % début 2011) et de maîtrise d'œuvre (déficit de 20 % mi 2008, 30 % début 2009 et 54 % début 2011). Ni la CNAF ni sa tutelle n'ont pris la juste mesure de ce décalage croissant entre ambitions stratégiques et capacité à faire.

B – Une forte responsabilité de l'Etat

1 – Une implication trop faible dans la modernisation de la branche

L'Etat porte une large part de responsabilité quant aux faiblesses des instruments de pilotage (COG et SDSI) du système d'information.

La tutelle a de fait conclu des COG comportant un nombre élevé d'objectifs sans se préoccuper de savoir si la CNAF avait la possibilité de

458. Voir RALFSS 2006 chapitre 9 sur l'action sociale dans le régime général (p. 259 et suivantes) et les rapports de certification des comptes de la sécurité sociale 2007 (p. 95-96), 2008 (p. 92-93) et 2010 (p. 88-89).

les atteindre de manière réaliste. Ainsi, les COG 2005-2008 et 2009-2012 prévoyaient au total respectivement 138 et 157 objectifs, dont 50 % seulement ont été complètement réalisés. Les objectifs de la COG 2009-2012 ont été déclinés en pas moins de 301 actions dont seulement 136 étaient achevées fin 2011. Ont été de fait approuvé, parfois tardivement[459] des SDSI présentant les mêmes travers et les mêmes limites que les COG.

Le suivi de l'exécution des COG a reposé sur une batterie très étendue d'indicateurs (49 pour la COG 2005-2008 et 82 pour la COG 2009-2012), mais seulement trois d'entre eux ont pour objet de suivre le système d'information et un seul de ces derniers rend compte de l'exécution du SDSI en mesurant le respect des échéances[460]. La tutelle n'a pas tiré les enseignements des retards ou des échecs mis en évidence par cet indicateur. Elle n'a pas davantage pris les mesures qu'appelaient les nombreuses actions réalisées en dehors des prévisions de la COG (très souvent à son origine) : ainsi, durant les années 2005-2008, celles-ci ont représenté 58 % des actions à mener.

2 – Un cadre législatif et réglementaire exagérément mouvant

Plus encore que pour la branche maladie[461], l'Etat multiplie les évolutions de la réglementation dont les dates d'entrée en vigueur, fixées en fonction de considérations de court terme, sont difficilement compatibles avec les délais indispensables pour les modifications du système d'information qu'elles nécessitent. Chaque nouvelle mesure entraîne en effet des développements informatiques que la CNAF doit souvent réaliser dans l'urgence, au détriment du déroulement des travaux programmés et en méconnaissance des contraintes opérationnelles, avec pour conséquence inévitable des retards et des reports.

La Cour en a relevé plusieurs exemples :

- à la suite du vote d'un amendement lors de l'examen du projet de loi du 25 mars 2009 qui a rendu obligatoire la création de commissions spécialisées de coordination des actions de prévention des expulsions locatives et sur instruction ministérielle du 31 décembre 2009, ces commissions n'ont été mises en place qu'en mars 2010 et le transfert

459. Par exemple en mars 2010 pour la version définitive du SDSI 2009-2012 de juin 2009.

460. Les deux autres indicateurs de suivi du système d'information portent sur la disponibilité et les délais de traitement des anomalies.

461. RALFSS 2010, Le système d'information de la branche maladie du régime général, p. 133-134.

subséquent aux CAF des dossiers d'impayés de loyer, antérieurement suivis par les commissions départementales de l'APL, a dû être différé au 1er janvier 2011 pour permettre l'adaptation du système informatique ;

- le passage d'une périodicité annuelle à une fréquence trimestrielle de l'examen de l'ouverture des droits au regard des ressources des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, annoncée lors de la conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, a été reporté à plusieurs reprises, de juin 2010 au 1er janvier 2011 : les premiers développements informatiques nécessaires à cette réforme n'avaient en effet pas abouti ;
- pour ce qui est de la fusion de la déclaration annuelle de ressources et de la déclaration de revenus, les difficultés de développement des applications concernées ont été aggravées par l'évolution du contenu de la demande elle-même, préjudiciable au bon déroulement de la phase de conception qui a pris du retard. Pour ne pas différer trop longtemps le déploiement du programme, tous les tests prévus n'ont pas été effectués. Des anomalies sont donc apparues : ainsi la qualification d'« invalide » a été introduite à tort pour 230 000 allocataires dans l'application CRISTAL[462] tandis que l'absence des déclarations de ressources de 600 000 autres a entraîné, à tort, des ouvertures de droit pour les uns, des suspensions pour d'autres et une surcharge de travail pour les agents des CAF. Début 2009, ce sont des retards de paiement de l'allocation personnalisée au logement (APL) à plusieurs dizaines de milliers de bénéficiaires qui ont dû être gérés.
- pour la mise en place du régime de sanctions opposables aux titulaires du revenu de solidarité active (RSA) déterminées par le décret du 1er mars 2012, alors même que la CNAF avait indiqué qu'elle ne pouvait envisager une intégration de ce dispositif avant début 2013, l'Etat a fixé une entrée en vigueur dès le 1er avril suivant, la dernière réunion d'interprétation des textes ayant eu lieu le 8 mars.

L'insuffisante association de la branche en amont de la rédaction des textes aggrave les difficultés liées à la fixation d'échéances irréalistes. Il est en complet décalage avec les engagements pris à cet égard par l'Etat dans les COG successives : la COG 2009-2012 a même formalisé les relations sur ce point entre l'Etat et la CNAF. Cependant la direction de la sécurité sociale n'a jamais organisé les rendez-vous périodiques avec la CNAF prévus en janvier, juin et septembre de chaque année, pour porter à sa connaissance les mesures envisagées et lui permettre d'adapter en conséquence son plan de charge.

462. Rapport de certification des comptes 2009 du régime général de sécurité sociale, p. 75.

Or il est notable que lorsqu'elle a effectivement eu lieu, l'association de la CNAF à la phase d'élaboration des évolutions législatives et réglementaires (transfert aux CAF de la gestion des prestations familiales des fonctionnaires, mise en place de l'allocation journalière de présence parentale, du complément optionnel de libre choix d'activité ou du RSA) s'est traduite par une prise en compte des nouvelles dispositions par le système d'information dans des conditions relativement sereines.

C – Les défaillances de la CNAF

1 – L'émergence tardive d'une maîtrise d'ouvrage bien identifiée

La CNAF a créé en 2006 une direction de l'évaluation et de la stratégie (DES), dans le but de renforcer le pilotage de son système d'information et de développer la fonction essentielle de maîtrise d'ouvrage, jusqu'alors exclusivement assurée par la direction des systèmes informatiques (DSI). La DES devait être le lieu de synthèse des projets stratégiques de la branche et avait pour mission de développer et d'unifier le contrôle de gestion, de coordonner la maîtrise d'ouvrage et de permettre une coopération entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre.

Ce nouveau département a permis des progrès significatifs, même si la fonction de maîtrise d'ouvrage ne s'est véritablement structurée qu'à partir de septembre 2008, dans ses aspects tant stratégiques qu'opérationnels, à l'occasion de la préparation de l'entrée en vigueur en juin 2009 du RSA. Depuis lors, les autres directions techniques ont désigné un ou plusieurs agents, à temps plein ou partiel, chargés de la maîtrise d'ouvrage. Cette réforme substantielle a permis d'établir des relations plus formalisées et plus transparentes entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre, au bénéfice d'un suivi objectif et partagé de l'avancement de ces projets : désormais, contrairement à ce qui prévalait auparavant, les agents chargés de la maîtrise d'ouvrage à la CNAF connaissent les tests menés par les équipes de développement ainsi que les travaux du comité de suivi des anomalies.

En dépit de ces avancées, la maîtrise d'ouvrage ne parvient toujours pas à identifier tous les besoins de la branche en matière de traitement de l'information, notamment dans le domaine des fonctions supports. Indépendamment des problématiques de moyens (cf. infra), elle ne peut s'appuyer sur une gouvernance interne organisée de manière efficace.

2 – Une organisation inefficiente en cours de changement

Le bilan de la COG 2001-2004 avait mis en évidence la lourdeur et la complexité d'une organisation reposant sur un trop grand nombre d'instances.

La COG 2005-2008 a tenté de remédier à cette situation, sans parvenir à résoudre, loin s'en faut, toutes les déficiences d'un dispositif foisonnant. En particulier, le groupe de réflexion stratégique créé auprès du directeur de la caisse nationale n'a pas joué le rôle de coordination qui lui était dévolu : il ne s'est réuni qu'une seule fois, en février 2006. Les douze comités de pilotage des projets prioritaires, bénéficiant de l'appui de plusieurs dizaines de groupes de travail, ont donc pris une importance plus grande que celle qu'ils devaient avoir[463]. Au surplus, la gouvernance du système d'information proprement dite a reposé sur cinq niveaux de structures dont les plus importantes n'ont eu qu'une existence virtuelle : un comité de pilotage stratégique du système d'information, un comité de pilotage opérationnel qui s'est réuni deux fois seulement en 2007, un bureau de coordination opérationnel qui n'a jamais été installé, sept comités « métiers et processus », désormais au nombre de neuf, auxquels étaient rattachés plus de 70 groupes de projets.

La COG 2009-2012 a entendu clarifier la gouvernance du système d'information tout en y associant le réseau. Le nombre de niveaux d'instances a été réduit et leur coordination renforcée. Reprenant les attributions du précédent comité de pilotage stratégique, un comité stratégique de la branche a été mis en place. Le comité opérationnel a été supprimé. Une coordination renforcée entre la DES et la DSI lui a été substituée et trois types de comités sont, par ailleurs, chargés des aspects opérationnels : le comité opérationnel de la branche (pilotage du déploiement des projets), les comités de programmes (conduite des projets déclinés en programmes et actions) et les neuf comités « métiers » (mise en cohérence des développements du système d'information avec les besoins des services administratifs et de prestations de la branche). De nombreux groupes de travail ou comités ad hoc, chargés d'un programme ou d'une action spécifique, relèvent, pour une partie d'entre eux, des comités de programmes.

463. Ils ont élaboré les doctrines et les recommandations découlant des objectifs de la COG. Ils sont même allés jusqu'à édicter des instructions en direction de la branche bien que les directions techniques de la caisse nationale fussent compétentes en la matière.

Un foisonnement d'instances

En dépit de cette réorganisation, la CNAF compte encore 120 instances qui pallient en réalité ses insuffisances dans son rôle de pilotage et qui mobilisent beaucoup d'agents.

Les différentes structures prévues par la COG 2009-2012 réunissent ainsi 1 000 personnes dont près de 700 viennent des CAF et 160 de la CNAF, les autres étant issus des structures régionales et locales du réseau. Certains cadres de la CNAF occupant d'importantes responsabilités au sein de l'établissement public participent ainsi à plus d'une dizaine de comités en moyenne. Il en est de même pour les responsables des services locaux. Le fonctionnement des services dont ils ont la responsabilité peut en souffrir. Le coût de fonctionnement de toutes ces instances n'est pas connu.

La dilution des responsabilités et la dispersion géographique des structures sont une source de difficultés. Une même personne relève à la fois non seulement de sa hiérarchie ordinaire mais aussi d'une direction opérationnelle ou d'un département transversal et d'une « hiérarchie projet ». Dans une proportion qui reste indéterminée, il arrive parfois que le supérieur hiérarchique dépende fonctionnellement de son subordonné pour la conduite de certains projets.

Devant ce manque de lisibilité, on comprend que la caisse nationale ait ressenti le besoin en janvier 2011 de diffuser dans le réseau une plaquette cherchant à présenter aussi simplement que possible une organisation particulièrement complexe.

La CNAF a mesuré toutes les limites de ces réorganisations et a fini par instituer au printemps 2011 un comité de direction du système d'information présidé par le directeur de la caisse nationale. La confrontation au sein de cette nouvelle instance des besoins exprimés par la maîtrise d'ouvrage, des contraintes ou des possibilités techniques mises en évidence par la DSI, des axes stratégiques suivis par la branche et des nouvelles demandes de la tutelle est de nature à atténuer les inconvénients de la profusion d'instances dans la conduite des évolutions du système d'information. Elle ne supprime pas pour autant loin s'en faut tous les risques de dilution de responsabilité d'autant que sur le plan opérationnel se constate un même danger.

II - Une trop grande dispersion des structures et des moyens

L'éclatement de l'organisation opérationnelle mise en place pour administrer et faire évoluer le système d'information nuit à l'efficience de la branche et à la transparence de sa gestion.

A – Une organisation dépassée au regard des enjeux

La tête du réseau -la direction des systèmes d'information (DSI)- présente une forte originalité par rapport aux structures équivalentes des autres caisses nationales. La DSI dispose en effet d'un nombre très réduit de personnels à l'échelon central (moins de 40 agents) mais d'un effectif important affecté dans des nombreux organismes :

- les centres nationaux d'étude et de développement informatique (CNEDI)[464] (426 emplois équivalents temps plein (ETP), dépourvus de personnalité morale et donc rattachés à des organismes locaux -CAF ou CERTI- ;
- les centres régionaux de traitement informatique (CERTI)[465] (380 ETP), qui sont des unions de caisses ;
- les CAF elles-mêmes.

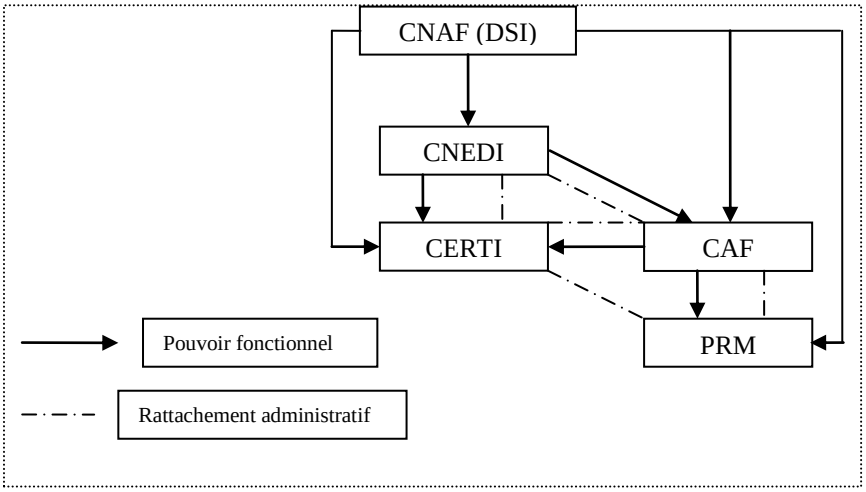
Sur un plan technique, s'opère depuis 2007, un double mouvement de concentration des serveurs, des CAF vers les CERTI et des CERTI vers un ou deux sites d'exploitation des principales applications. Les conséquences de cette évolution importante n'ont pas été tirées sur les nombreuses structures existantes. Au contraire, celles-ci se sont caractérisées au même moment par un éparpillement supplémentaire.

S'ajoutent en effet désormais à cet ensemble treize centres d'expertise communs aux organismes locaux, les pôles régionaux mutualisés (PRM), dont une partie des moyens participe à l'évolution du système d'information. Dépourvus de la personnalité morale et rattachés à un CERTI ou une CAF, ils n'ont pas d'équivalent dans d'autres branches et rendent encore moins lisible le dispositif.

---

464. Caen, Rennes, Lyon (sites auxiliaires : Clermont-Ferrand, Macon, Grenoble), Nice (sites auxiliaires : Angoulême et Montpellier), Montreuil (site auxiliaire : Amiens) et Metz.

465. Rennes, Le Mans, Noisy-le-Grand, Valenciennes, Dijon, Lyon, Bordeaux et Nice.



1 – La direction des systèmes d'information : une structure aux contours mal définis

La structure opérationnelle du système d'information est peu lisible et son directeur se trouve, dans les faits, privé d'une partie de ses attributions et de sa responsabilité. En effet, la DSI comporte une double organisation : l'une concernant uniquement l'établissement public et les agents qui lui sont directement rattachés et une autre, fonctionnelle, intégrant tous les personnels concourant à sa mission (CNAF, CNEDI et CERTI), avec six départements apportant un soutien horizontal à la branche et cinq directions opérationnelles, répondant chacune à l'une des principales étapes d'un projet informatique.

Ces structures enchevêtrées constituent une nébuleuse fonctionnant avec des ressources dispersées au sein des CNEDI et des CERTI. Ainsi, des CNEDI assurent des missions que devraient conduire les services centraux. Par exemple, celui rattaché à la CAF de Seine-Saint-Denis participe au contrôle de gestion des projets en cours dans l'ensemble de la branche, aux instances de gouvernance, à la mise en œuvre du SDSI et à la politique nationale de sécurité.

Le fonctionnement des directions opérationnelles et de certains départements dépend de ce fait des décisions d'instances collégiales ad hoc et de comités de coordination divers, de sorte que les services centraux de la DSI ne jouent pas pleinement leur rôle.

2 – Des centres nationaux gérés de façon hétérogène

Au nombre de six depuis 2007 et comportant six antennes en voie d'extinction[466], les CNEDI sont spécialisés par domaine. Leurs directeurs rendent compte au directeur de la DSI, mais les conditions de leur insertion dans le dispositif d'ensemble contribuent à rendre celui-ci opaque. Les CNEDI sont en effet dépourvus de personnalité morale et rattachés à la CAF ou au CERTI de leur lieu d'implantation.

La CNAF et les organismes auxquels les CNEDI sont rattachés ont conclu des conventions aux termes desquelles la caisse nationale nomme leurs directeurs, supporte le coût de leurs investissements et rembourse les frais de personnel et de fonctionnement courant occasionnés par leur activité. Mêmes si elles ont amélioré la situation antérieure, ces conventions demeurent insuffisantes, certaines ne mentionnant pas les moyens matériels mis à la disposition des centres informatiques ou les frais supplémentaires de fonctionnement (frais de personnel, tenue de la comptabilité) prévus par d'autres conventions ou des pratiques plus anciennes.

3 – Des centres régionaux en voie de restructuration

Les huit CERTI ont été initialement constitués pour mettre en commun les moyens informatiques, essentiellement pour la gestion des prestations familiales au bénéfice des CAF. Depuis lors, les serveurs consacrés aux prestations ont été concentrés sur deux sites[467], Bordeaux (BULL) en 2010 et Nice (IBM) en 2007, les autres CERTI hébergeant les serveurs dédiés aux autres applications. La mission première des CERTI tend donc à s'effacer au profit de travaux à vocation nationale confiés à chaque centre (gestion des prestations, action sociale, application dédiée aux ressources humaines, système d'informations décisionnelles, gestion électronique de données, comptabilité). En 2010, les agents des CERTI assuraient de moins en moins au profit des CAF les fonctions d'exploitation qui leur incombaient à l'origine. Les effectifs apportant leur concours aux traitements liés à la production représentaient 62,8 % seulement du total, dont moins de 46 % au profit des CAF adhérentes. Cette dernière proportion ressortait à un peu plus de 30 % dans un CERTI.

466. Elles sont maintenues à seule fin de conserver des agents sur d'anciens sites en attendant leur départ.

467 . Le système d'exploitation de l'application la plus importante, à savoir CRISTAL, est fondé sur la coexistence de serveurs BULL utilisés par cinq centres d'exploitation et IBM pour les trois autres.

Dans un contexte de mutation et de concentration technique, l'organisation de ces centres et leurs conditions de fonctionnement ont beaucoup évolué sans réflexion d'ensemble. Très hétérogènes, elles paraissent désormais inadaptées. Ainsi, le CERTI d'Ile-de-France (CREATIF) est seulement un service de la CAF de la Seine-Saint-Denis tandis que les centres de Lyon et de Rennes hébergent également des CNEDI. Le CERTI de Nice est, quant à lui, dans une situation particulière : outre le rattachement d'un CNEDI et d'un service commun à vocation nationale destiné à l'ensemble des CAF, il dispose depuis fin 2008, à titre d'expérimentation non généralisée à ce jour, du pôle régional mutualisé. Au surplus, les CERTI de Bordeaux, du Mans et de Valenciennes réalisent des études et des travaux de développement à l'instar des CNEDI. Cette activité mobilise 15 % et 25 % des effectifs à Bordeaux et au Mans.

4 – Des caisses d'allocations familiales aux missions à redéfinir

Les CAF assuraient traditionnellement trois missions informatiques : l'exploitation des systèmes d'information, la participation à des opérations de fin de développements d'applications nationales et la conception de logiciels locaux.

Compte tenu de la concentration des serveurs, les CAF abandonnent progressivement leurs responsabilités de gestion des ressources informatiques de production. Désormais, leurs missions consistent essentiellement à assurer la maintenance physique des matériels, l'assistance de proximité aux utilisateurs et la sécurité du système d'information au plan local. Cette mutation lente se traduit par des sureffectifs, sans être véritablement pilotée par la CNAF qui n'a pas véritablement arrêté de ligne de conduite en la matière, hormis pour la mission de sécurité.

Dans ces conditions, non seulement la DSI continue de puiser dans les ressources des CAF pour assurer les travaux liés aux développements nationaux, mais les caisses disposent toujours d'une grande latitude pour concevoir des produits locaux, contrairement à la recommandation de la Cour en 2006 d'« interdire les applications locales[468] », reprise alors momentanément par la CNAF, mais désormais abandonnée. Les CAF ont continué de développer, pour répondre à leurs besoins, des applications locales, dont certaines sont d'ailleurs sur le point d'être reconnues au plan national. Ainsi, moyennant des travaux d'adaptation, l'application SAFIR, logiciel de gestion électronique de dossiers d'administration générale, que l'ancienne CAF d'Arras avait conçu au cours des années

468. RALFSS 2006 chapitre IV sur les contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes (p. 115, 116 et 118).

2004 à 2006 et diffusé à partir de 2006 auprès de plusieurs dizaines de CAF, sera très prochainement intégrée dans le système d'information national. Elle est toutefois en attente, depuis quatre ans, d'une articulation avec l'application GRH. De même, la CAF des Bouches-du-Rhône a créé des applications de suivi de l'activité des travailleurs sociaux (CASSIOPEE), de répartition des agents sur ses quatorze sites d'accueil (ORION) et de gestion des demandes d'interventions des fonctions supports présentées par les personnels (HERMES).

Les carences de pilotage de la CNAF ont aussi permis à certaines CAF, parfois avec leur CERTI de rattachement, de s'organiser localement. Ce mouvement est de nature à rendre encore plus complexe l'articulation de l'ensemble des structures informatiques de la branche famille. Ainsi, dans la région Nord-Pas-de-Calais, dans le prolongement de la « force d'étude régionale » (FER) créée en 2006, les caisses ont-elles récemment constitué un « réseau des compétences informatiques » (RCI) qui rassemble des qualifications en matière de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre présentes au CERTI et dans les CAF. Le RCI développe localement des applications ayant vocation, le cas échéant, à être étendues au plan national, comme IDEAL, un instrument de demande d'aide au logement en ligne mis à la disposition des gros bailleurs.

La CNAF entend interdire désormais les développements réalisés de façon autonome au profit d'une intégration dans une structure nationale.

Des pôles régionaux mutualisés au positionnement incertain

En 2002, des PRM ont été créés afin de mettre à la disposition des CAF des centres d'expertises. Jusqu'à présent, ces pôles n'ont pas clairement trouvé leur place tant vis-à-vis de la caisse nationale que des organismes locaux. Organisés et fonctionnant de façon très hétérogène, les treize PRM participent aux instances de maîtrise d'ouvrage informatique de la CNAF. En même temps, à la demande de la DSI, ils fournissent un appui aux caisses lors de la mise en service des nouvelles versions des applications. Ils interviennent également lorsque les CAF rencontrent des difficultés. Leur intégration dans les CERTI pour la seule partie liée à l'informatique, comme cela est le cas pour certains d'entre eux, constitue un moyen pour la DSI de disposer de ressources supplémentaires pour réaliser des développements. Or, cela nuit au renforcement de la maîtrise d'ouvrage et met en cause la démarche globale par processus qui repose sur l'articulation de toutes les expertises[469]. L'évaluation de ces structures prévue par la COG 2005-2008 n'a jamais eu lieu, pas plus que celle du regroupement expérimental d'un PRM avec le CERTI et le CNEDI de Nice.

469. Les autres experts sont chargés des questions immobilières, des statistiques, du contrôle interne, de la comptabilité, des marchés etc.

*
* *

La CNAF a pris conscience des difficultés à résoudre. A cette fin, elle a confié à un prestataire extérieur une mission d'audit de « l'organisation et de la gouvernance » du système d'information. Le rapport de janvier 2011 préconise notamment la création du comité directeur, la révision du fonctionnement des comités divers et l'adaptation de l'organisation et des moyens de la fonction informatique.

Désormais au fait des inconvénients d'un dispositif conçu dans le passé par une branche très peu centralisée, la CNAF envisage de constituer progressivement des pôles régionaux informatiques qui réuniraient CNEDI, CERTI, PRM, voire CAF et dont elle assumerait pleinement la direction fonctionnelle tout en maintenant leur rattachement juridique à des organismes de base, au motif que la branche famille est d'abord un réseau. Cette perspective n'a toutefois pas été étudiée de manière approfondie. En particulier, la question de l'éventualité de la création d'un échelon régional de la branche, par une déconcentration de la CNAF ou la création d'une CAF régionale, reste en suspens.

A la faveur de la négociation de la prochaine COG, il est en tout état de cause impératif que soient prises les décisions fermes qui s'imposent en matière d'évolution de l'organisation du système d'information, qui ne peut davantage demeurer structurée de manière aussi lâche.

Deux orientations principales qui ont pour point commun un fort pilotage par la DSI sont à cet égard possibles :

- soit rattacher directement les CNEDI à la caisse nationale et opérer une forte concentration des CERTI ;
- soit constituer des pôles informatiques régionaux autour des CERTI, incluant les CNEDI et les équipes informatiques des CAF.

A cette occasion le devenir des PRM doit être nécessairement clarifié et le bien fondé du maintien de capacités de développement informatique dans les CAF réexaminé.

B – Des insuffisances en matière de gestion

La dispersion des moyens et l'éclatement de la politique d'achat font obstacle à une connaissance fine des coûts.

1 – La méconnaissance des effectifs de la fonction informatique

Le nombre total d'informaticiens de la branche n'est actuellement pas connu.

En 2010, seuls les effectifs de la CNAF, des CNEDI et des CERTI étaient clairement identifiés. Les 840 ETP qui y étaient affectés se répartissaient comme suit : 34 ETP à la CNAF, 426 dans les CNEDI et 380 dans les CERTI. Sur ce total 147 ETP assuraient des fonctions générales autres qu'informatiques. Les PRM comptent plus de 100 personnes travaillant dans le domaine informatique. Enfin, plus de 110 salariés à temps plein des sociétés prestataires de service effectuent des travaux de développement au travers de la maintenance applicative.

En revanche, le nombre d'agents des CAF exerçant des fonctions informatiques n'est pas connu avec exactitude. Il était évalué à 740 ETP environ en 2010. Or, la même année, les emplois budgétaires des caisses locales ne comptaient que 359 informaticiens au sens de la convention collective nationale, 48 CAF n'en ayant d'ailleurs officiellement aucun. Des agents n'ayant pas de qualification informatique reconnue assuraient des travaux intéressant le système d'information de la branche, notamment pour le compte des CNEDI, dont l'efficacité de la contribution ne laisse cependant pas d'interroger lorsque ces missions représentent un dixième seulement de l'activité de nombre d'entre eux. De façon tardive, la CNAF envisage de recenser exactement en 2012 les effectifs informatiques des CAF, de manière à envisager leur redéploiement en vue d'assurer des tâches à caractère national.

Un tel objectif suppose cependant la mise en place effective d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Celle-ci reste entièrement à mettre en œuvre, qu'il s'agisse de l'étude prospective des ressources à mobiliser pour moderniser le système d'information ou de l'identification des besoins de mise à niveau des agents concernés.

2 – Une politique en matière d'achats trop diffuse

En matière de passation des marchés informatiques aucun texte (règlement intérieur ou instruction de la CNAF) ne prévoit une répartition claire des compétences entre la CNAF, les CAF et les CERTI en fonction de leur nature (études, prestations de service, achat de matériels,

concessions de licences, fournitures diverses), de leur montant ou de leur portée, nationale ou locale.

Cet éclatement de la fonction achat se traduit par des confusions de responsabilité regrettables et facilite des pratiques visant parfois à s'émanciper d'une application rigoureuse des règles de la commande publique. Ainsi, initialement conclus par la CNAF, les marchés de concession du droit d'usage des logiciels BULL et IBM ont été renouvelés par les CERTI de Nice et de Bordeaux, sans justification. Des marchés ayant un objet proche ou identique sont passés à la fois par la CNAF et des CERTI ou des CAF. Enfin, des CAF ou des CERTI signent des marchés au profit des CNEDI qui leur sont rattachés alors que les investissements incombent à la CNAF.

A la suite de l'enquête de la Cour, la CNAF a toutefois récemment décidé de redéfinir toute la politique d'achats informatiques et entend confier une responsabilité accrue à l'établissement public en la matière.

3 – Des coûts mal connus

Entre 2003 et 2010, le budget informatique national de la branche tel qu'évalué par la CNAF a été le suivant :

Dépenses de fonctionnement et d'équipement

En M€

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CERTI	31	33	33,2	34	33	35,6	37	38,2
CNEDI	34	36	36,4	37	37	39	39,8	41,3
DSI CNAF	5,7	3,9	6,4	11,6	10	6,9	6,2	9,6
Missions institutionnelles informatiques	6	5	5	4,9	4	5	5,6	5,8
plan équipement informatique local	123	100	83	106	87	99	89	91,7
Total	**199,7**	**177,9**	**164**	**193,5**	**171**	**185,5**	**177,6**	**186,6**

Source : CNAF

Ce total est loin de retracer les dépenses engagées à ce titre, la CNAF ne connaissant pas exactement le montant consolidé des dépenses informatiques engagées par les CAF (investissements et personnels).

En l'absence de comptabilité analytique fine, l'évaluation de l'ensemble des dépenses réalisées ne trouve pas sa source dans le système comptable qui devrait enregistrer, traiter et fournir l'intégralité des coûts informatiques, ce qui prive de pertinence les ratios qu'elle suit. Ainsi, le

calcul de prix de revient par unité d'œuvre (par exemple, capacité disque utilisée, transaction CRISTAL, message acheminé…) n'est pas connu.

Par ailleurs, la CNAF ne dispose pas d'indicateurs généraux de performance permettant de mesurer les incidences de l'évolution du système d'information. Par exemple, la concentration des serveurs informatiques sur deux plateformes, accompagnée du transfert de leur support budgétaire entraîne une baisse de visibilité des coûts informatiques de chaque CAF et de chaque CERTI. Les économies d'échelle résultant de ces réorganisations ne sont évaluées ni ex ante, ni ex post.

*
* *

A défaut d'améliorations substantielles sur ces différents plans, qui doivent constituer un objectif majeur de la prochaine COG, il serait illusoire de considérer que pourraient rapidement se résorber les retards préoccupants de modernisation du système d'information de la branche famille.

III - Des retards préoccupants de modernisation du système d'information

A – L'absence d'un référentiel unique de projets

Alors même que les structures et les moyens consacrés au système d'information sont éclatés géographiquement et fonctionnellement, la maîtrise de son évolution a souffert jusqu'à très récemment de l'absence de recensement exhaustif des applications existantes. Elle pâtit aussi du défaut d'un outil partagé de gestion de projets.

La branche s'est en effet dotée de moyens hétéroclites pour organiser le travail de programmation et suivre la modernisation de son système d'information : les plans de charges et de disponibilités des ressources sont établis avec des applications insuffisamment automatisées, une multiplicité de logiciels est utilisée pour la gestion opérationnelle des projets, le suivi des capacités de développement, des délais ou des prestations attendues est lacunaire, avec pour conséquences des acquis de l'expérience mal préservés et des pratiques hétérogènes. Ainsi, l'estimation des ressources disponibles obéit à des règles variables selon les applications concernées, à la fois dans le temps et dans leur contenu. Par exemple, la tierce maintenance applicative est tantôt prise en compte, tantôt ignorée ou traitée à part. Cette estimation s'avère en tout

état de cause incomplète à défaut d'inclure les moyens nécessaires à la réalisation de certaines étapes des travaux à effectuer (maîtrise d'ouvrage, validation, recette, déploiement).

La CNAF ne dispose pas encore d'un instrument centralisé de suivi des ressources de la branche consacrées au système d'information et de leur affectation aux différents projets. Après plusieurs tentatives infructueuses entre 2002 et 2004, elle a certes conçu en 2006 l'application RDP (référentiel des projets), mais cette dernière présente de nombreuses limites (mise à jour aléatoire, absence de comparaison des prévisions et des réalisations, absence de tableaux de bord et de graphiques automatisés, défaut de liaison avec les outils de gestion opérationnelle, incapacité à hiérarchiser les sous-projets).

Jusqu'en mars 2011, les comités métier prenaient en réalité une part essentielle dans l'allocation des ressources. En revanche, la CNAF n'avait pas de vision d'ensemble lui permettant de rendre tous les arbitrages nécessaires au plan national. L'installation du comité de direction du système d'information (cf. supra) devrait modifier la situation mais n'a pas encore produit tous ses effets, en l'attente d'un outil ad hoc.

La CNAF a reconnu de fait depuis peu qu'elle devait se doter d'une application spécifique en remplacement de RDP. Elle a lancé à cette fin un marché « d'assistance au pilotage de l'activité projet de la branche famille » mais cet outil ne pourra être utilisé que lors de la prochaine COG.

B – Les insuffisances de la fonction de développement

L'importante marge de liberté dont jouissent les CNEDI favorise l'hétérogénéité des méthodes de conduite des projets informatiques. La capacité de développement des principales applications paraît insuffisante au regard du nombre de projets engagés. Le plan de charges s'avère très ambitieux au regard des moyens de la branche en sorte que devient nécessaire un report des dates d'achèvement des projets. Pour la seule application CRISTAL, il est compris entre 18 et 24 mois.

D'autres carences pèsent sur le bon déroulement des développements des applications. La documentation n'est pas centralisée ni suffisamment exhaustive et homogène. Les travaux de développement et les tests sont parfois insuffisamment synchronisés. Lorsque des modifications sont à effectuer dans l'urgence, les procédures de tests sont très allégées et n'offrent pas de garantie suffisante d'identification préalable des dysfonctionnements prévisibles ni des effets indirects. De même, les

nombreux changements apportés en dehors du développement d'une version ne font pas l'objet d'une procédure formalisée en phase de test.

En dépit de la diffusion de documents[470] relatifs aux procédures à suivre, le système de validation des applications avant leur diffusion est affecté, ainsi que la Cour l'a déjà constaté[471], par trois déficiences majeures. D'une part, les moyens sont très atomisés. Outre les agents des CNEDI, pas moins de 60 ETP répartis dans 29 CAF participent à ce processus (10 pour l'intégration validation et 19 pour la recette). Or les travaux menés par les CAF ne font pas toujours l'objet d'une convention ou d'une délégation suffisamment précise quant aux objectifs, au périmètre, aux ressources financières et aux engagements de chacune des parties. D'autre part, la branche famille ne dispose pas d'une cellule centralisée chargée de vérifier que l'intégration de toute nouvelle évolution d'un composant est compatible avec les autres éléments du système d'information. Bien que des évolutions positives se dessinent en la matière, notamment au CREATIF et au CERTI de Lyon, les tests réalisés ne permettent pas toujours de s'assurer totalement qu'une évolution n'a pas d'incidence sur le bon fonctionnement des applications périphériques. Enfin, les bases applicatives utilisées pour mener ces essais ne sont pas toujours à jour ni systématiquement identiques à celles utilisées par les CAF. L'existence de deux filières de production (BULL et IBM) est, à cet égard, une source supplémentaire de complication.

C – Les difficultés de la fonction d'exploitation

Le logiciel de gestion des incidents est obsolète et souffre de nombreux dysfonctionnements. Ainsi, après correction, des incidents anciens demeurent qualifiés de non résolus. De plus, les anomalies sérieuses et urgentes ne relèvent d'aucune procédure spécifique, le logiciel ne disposant pas de critères d'identification des incidents ayant une portée financière ou fonctionnelle majeure. En l'état, la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage ne connaissent pas avec précision les incidents réels et les demandes d'amélioration.

La politique de sécurité est impactée par le double système d'exploitation existant (IBM et BULL). Dans l'hypothèse d'un sinistre, les équipes informatiques de la branche pourraient reprendre rapidement la production dans la filière IBM, mais il en irait différemment pour la filière BULL. Par ailleurs, si le plan de sauvegarde est globalement bien

470. Une note relative au processus d'implantation des évolutions réglementaire du 16 novembre 2009 et une charte intégration, validation, recette.

471. Rapports de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006 à 2010.

respecté, les tests de relecture et de restauration des données sont rares et lacunaires. De même, rarement éprouvé, le plan de reprise d'activité des CAF est incomplet, car il ne vise qu'à simuler une interruption de service entre la CAF et le CERTI.

Les conventions de service conclus entre les CAF et les CERTI sont lacunaires et inadaptées aux évolutions techniques et organisationnelles. En particulier les CAF ne disposent pas encore d'indicateurs chiffrés mesurant la qualité du service rendu aux caisses (respect du planning des traitements différés, temps de réponse entre la saisie de l'opération et l'information obtenue). Les temps de réponse parfois trop longs des applications, voire leur indisponibilité temporaire, affectent pourtant l'activité des CAF. Avec la centralisation des serveurs et la multiplication des intervenants (CERTI à vocation nationale, CERTI régional d'adhésion, PRM et organisme local), l'absence de convention entre les parties intéressées et surtout de rapport faisant le point sur les opérations effectuées, prive les CAF de la visibilité nécessaire sur la responsabilité des différentes structures gérant le système d'information de la branche, l'intégrité des bases de données et le système de sauvegarde des traitements réalisés.

La situation est cependant en cours d'évolution. Le CERTI de Bordeaux a passé récemment un marché pour l'ensemble de la branche en vue d'acquérir un progiciel remplaçant l'outil de suivi des incidents, capable de pallier les lacunes de ce dernier, mais aussi de rendre compte des engagements de service pris par les CERTI à l'égard des CAF. Toutefois, les travaux ne seront pas achevés avant le début de la prochaine COG. En outre, la CNAF a mis en place un observatoire de la performance du système d'information, mais il est accessible aux seuls CERTI et, en l'état, les données en sont incomplètes et difficilement exploitables. Ces deux outils devraient cependant contribuer à terme à homogénéiser les pratiques existantes au sein de certains CERTI. Parallèlement, la CNAF a engagé un important travail de redéfinition des conventions de service.

D – Une incidence lourde sur des projets stratégiques

Malgré ces multiples difficultés d'ordre à la fois stratégiques et organisationnelles, la CNAF a réussi à conduire de nombreux projets informatiques de grande ampleur. Elle a ainsi mis en place la prestation d'accueil du jeune enfant, le RSA, dans des délais particulièrement serrés malgré la complexité de ses règles de gestion et a su assumer dans de bonnes conditions l'incidence sur ses systèmes d'information de la départementalisation de son réseau. En outre, elle développe une offre de service sur internet très utilisée par les assurés. Ainsi en 2011, près de

neuf millions de familles (sur 11,5 millions de familles bénéficiaires) ont effectué 150 millions de visites sur « caf.fr » faisant de ce site l'un des plus fréquentés de la sphère publique.

Toutefois, les déficiences du pilotage et de la gestion de l'informatique entraînent des conséquences dommageables pour la branche famille : un allongement préjudiciable des délais et/ou un accroissement des ressources consommées par rapport à celles prévues.

Prévu dans la COG 2001-2004 et repris dans celle de 2005-2008, le référentiel national des bénéficiaires (RNB) a été long à mettre en place. La saisine tardive de la CNIL, le manque de moyens pour conduire ce projet et la faible capacité des instances du plan d'action institutionnel à le faire avancer ont contribué à en retarder l'aboutissement. Les exigences de la certification des comptes[472] ont finalement contraint la CNAF à le rendre opérationnel en 2009.

La charge de travail du projet NIMS, estimée à 18 000 jours/hommes dans la COG 2005-2008, a plus que quintuplé en huit ans. De janvier 2004, date de lancement du projet, à décembre 2011, 110 000 jours/hommes ont été consommés. Toute proportion gardée, le projet NIMS a connu un sort comparable à celui de CRISTAL[473] dans les années 1990. Prévu pour 2007, son déploiement n'est véritablement intervenu qu'en 2011. Il s'est heurté à de multiples difficultés, auxquelles il a été mis fin, mais qui ont pesé sur son aboutissement : pilotage assuré par trop d'instances et de personnes, développement conditionné par la maintenance de deux environnements, validation et recette prenant insuffisamment en compte les incidences de NIMS sur les autres applications, aléas techniques. A ce jour, des évolutions sont encore prévues. Au regard des incidents d'exploitation de NIMS et de l'inadéquation de ce système à l'organisation hétérogène des CAF, elles paraissent indispensables, mais sont exposées à des risques spécifiques du fait d'une maîtrise d'ouvrage dispersée et de la transversalité insuffisante des tests qui exigent une attention vigilante.

En raison de l'existence du double système d'exploitation (BULL et IBM), source de nombreuses difficultés pour la branche, un projet plus ambitieux de concentration sur une plate-forme unique, a été lancé en 2004 pour une mise en service initialement prévue en 2007. Le choix a été finalement fait de mettre en place deux plates-formes de convergence et de consolidation du système d'exploitation (cf. supra), mais sans réelle appréciation de la solution alternative visant à constituer directement une

472. Rapports de certification des comptes sécurité sociale de 2006 à 2010.

473. Défini en 1990 initialement pour 200 MF, le coût de réalisation final a été de 1 107 MF et le déploiement s'est terminé dans les années 2000.

seule plateforme. La CNAF s'interroge désormais de nouveau sur le choix technique à opérer pour la mettre en place mais ce projet ne devrait pas aboutir avant 2016.

CONCLUSION

Eu égard aux enjeux majeurs liés à la modernisation du système d'information de la branche famille, la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2013-2016 doit être l'occasion de redéfinir en profondeur ses modalités de pilotage et de gestion et ses objectifs stratégiques.

L'Etat ne peut laisser la CNAF à elle-même, sauf à prendre le risque que la qualité de service, la performance opérationnelle, l'efficience de la branche ne soient durablement compromises. L'établissement public doit pour sa part assumer pleinement les responsabilités que lui assignent les textes à cet égard et se mettre en situation de piloter avec bien davantage de fermeté et de rigueur son réseau désormais réorganisé à l'issue du processus de départementalisation des CAF. Une gouvernance resserrée et clarifiée, des projets moins nombreux, une simplification drastique des structures opérationnelles, l'interdiction de développements locaux, des moyens davantage concentrés, mieux connus et mieux utilisés, des suivis de réalisation plus exigeants sont indispensables à bref délai pour une nouvelle dynamique, essentielle pour mieux répondre aux attentes des allocataires et dégager des gains de productivité supplémentaires.

RECOMMANDATIONS

63. Axer la prochaine COG sur un petit nombre de priorités hiérarchisées, en imposant à la CNAF de dégager les moyens nécessaires pour les réaliser et assurer un bilan d'exécution annuel.

64. Consolider le rôle de pilotage de la CNAF dans le système d'information et s'assurer qu'elle se dote d'une organisation de maîtrise d'ouvrage et de définition des besoins conforme aux meilleures pratiques.

65. Rationaliser très fortement les structures informatiques autour de pôles nettement moins nombreux et beaucoup plus étroitement articulés avec la caisse nationale et interdire effectivement aux CAF de procéder à des développements locaux.

66. Subordonner l'adoption du prochain schéma directeur à la possession par la CNAF des outils nécessaires pour le suivi des projets, des moyens disponibles et des coûts.

67. Solliciter systématiquement en amont l'avis de la CNAF sur la faisabilité technique des évolutions législatives et réglementaires qui la concernent.

Chapitre XVIII

Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général

PRESENTATION

Lorsqu'un assuré social se trouve dans l'incapacité de travailler, soit du fait d'une maladie ordinaire, soit en raison d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, le médecin peut lui prescrire une interruption temporaire d'activité professionnelle sous la forme d'un arrêt de travail. Le régime d'assurance maladie auquel il est rattaché lui verse alors, sous certaines conditions, une prestation en espèces sous forme d'indemnités journalières destinées à lui assurer un revenu de remplacement. Il en va de même en cas de naissance d'un enfant pendant la période de congé maternité et de congé paternité. Le montant des dépenses d'indemnités journalières de toute nature ainsi versées par l'ensemble des régimes s'est élevé en 2010 à 13 Md€.

La Cour a consacré en 2011 une enquête[474] *à la composante la plus importante de cette dépense : les indemnités journalières pour maladie servies par le régime général de la sécurité sociale, qui avec 6,4 Md€ en 2011, représentent près de la moitié de la dépense globale tous régimes et tous motifs, près des deux tiers des montants intégrés à ce titre*[475] *dans l'objectif national d'assurance maladie et 10 % de l'enveloppe fixée dans ce cadre pour les soins de ville.*

Alors même que ce poste a connu une vive progression au cours des dernières années, elle a constaté que les motifs en demeuraient très insuffisamment analysés pour permettre une action de régulation mieux ciblée (I). La politique menée à cet égard vis-à-vis des différents acteurs -assurés sociaux, entreprises et corps médical- lui est apparue de fait devoir être très sensiblement renforcée de manière à maîtriser plus efficacement la dépense (II). Dans le même temps, la gestion de cette prestation complexe suppose de nouveaux progrès de modernisation pour accroître la qualité du service rendu aux assurés, améliorer la productivité des caisses et diminuer les coûts (III).

474. Cette enquête s'est inscrite dans le cadre d'une demande de la commission des affaires sociales et de la mission de contrôle et d'évaluation de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale.

475. Les indemnités journalières maternité ne sont pas dans le champ de la régulation par l'ONDAM.

I - Une dépense en augmentation sensible et insuffisamment analysée

A – Une progression discontinue de la dépense depuis 2000

Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie du régime général représentent l'essentiel du montant versé à ce titre par l'ensemble des régimes d'assurance maladie : en 2010, les dépenses exposées par les autres régimes[476] se sont élevées à 1 Md€, contre 6,3 Md€ pour le seul régime général.

Les indemnités journalières maladie du régime général

Le régime général d'assurance maladie prévoit le versement d'une indemnité journalière maladie à partir du 4ème jour suivant l'acte médical prescrivant l'arrêt de travail. Cette indemnité correspond à 50 % du salaire brut journalier pour une durée maximale de trois ans (dans la limite de 360 jours). L'assiette prise en compte pour le calcul des IJ maladie est plafonnée à 1,8 SMIC, limitant le montant de l'indemnité journalière à 41,38 € au 1er janvier 2012.

Le bénéfice des indemnités journalières maladie est soumis à une condition d'affiliation à l'assurance maladie, mais aussi à une durée minimale de cotisations, correspondant à un équivalent de 200 heures travaillées sur les trois derniers mois ou de 800 heures sur une année. Les conditions d'attribution des IJ sont exprimées en heures travaillées mais également en équivalent de salaire assujettis à cotisations sociales, soit 1 015 fois le SMIC horaire sur les six derniers mois pour les 200 heures et 2 030 fois le SMIC horaire sur les 12 derniers mois pour les 800 heures.

Le calcul des indemnités journalières maladie repose sur les trois derniers mois de salaire précédents l'arrêt, que ce dernier soit inférieur ou supérieur à six mois, mais pour certains cas sur les douze derniers mois.

Une partie de la population salariée ne bénéficie pas en tout état de cause de couverture contre ce risque. Il s'agit des salariés n'ayant pas travaillé 200 heures au cours des trois derniers mois (ou acquitté l'équivalent de 1 015 fois le SMIC horaire au cours des six derniers mois) et qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières. Cette population à la fois précaire et mouvante ne fait l'objet d'aucune estimation, alors même que la situation du marché de l'emploi et la discontinuité accrue des parcours professionnels qui en résulte ont pour effet vraisemblable d'accroître ce type de situations.

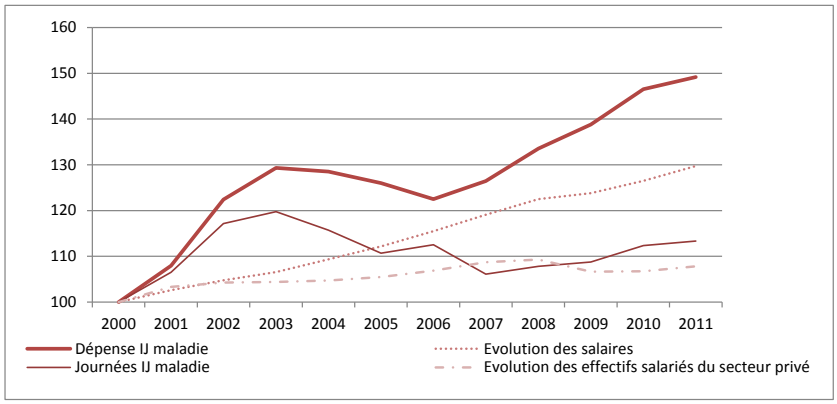
476. Le total des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP suivies dans le cadre de l'ONDAM s'est élevé en 2010 à 10 Md€. Les IJ AT-MP ont représenté 2,7 Md€ et les IJ maladie des autres régimes 1 Md€, réparties de la manière suivante : 470 M€ pour les régimes spéciaux, 173 M€ pour les dépenses de maintien du salaire de la RATP et la SNCF et 383 M€ pour une partie de ces mêmes dépenses pour l'Etat.

Les dépenses à ce titre du régime général ont progressé de presque 50 % depuis 2000, passant de 4,3 Md€ à 6,4 Md€ en 2011, soit une croissance moyenne annuelle de 3,4 %. Dans le même temps, le nombre de journées indemnisées est passé de 180 millions à 204 millions, soit une augmentation moyenne de 1 % par an.

Comme le fait apparaître le tableau ci-après, la progression de la dépense est de fait partiellement corrélée à l'évolution de la masse salariale globale, de 2,8 % par an sur la période, qui se décompose elle-même entre une incidence de l'augmentation des effectifs salariés (+0,6 % par an en moyenne) et de celle de la rémunération (+2,2 % par an en moyenne).

Evolution comparée du nombre de journées et des dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général (2000-2011)

Base 100 en 2000



Source : Données CNAMTS et ACOSS – graphique Cour des comptes

Cette analyse globale ne permet pas cependant d'éclairer l'évolution non linéaire de la dépense au cours de la décennie passée. Des oscillations marquées apparaissent en effet d'une année sur l'autre, même si plusieurs périodes se dessinent. En effet, après une progression rapide de 2000 à 2003 (+6,6 % par an), avec une augmentation culminant à 13,4 % en 2002, elle a nettement mais provisoirement diminué entre 2004 et 2006 (-1,8 % par an en moyenne), avant de reprendre une vive croissance au rythme moyen de 4,6 % par an jusqu'en 2010, où le taux de progression a atteint 5,6 %. L'année 2011, avec un rythme de progression ramené à 1,8 %, traduit une nette décélération dont il est impossible d'anticiper la prolongation, compte tenu des variations importantes constatées d'une année sur l'autre qui n'ont fait l'objet d'aucune analyse cherchant à les expliquer.

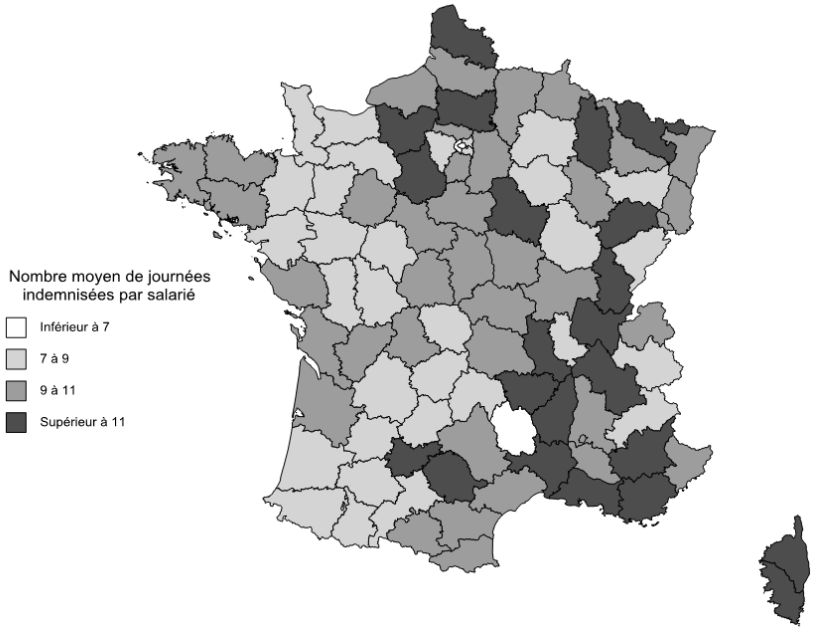
La caisse nationale d'assurance maladie considère certes pour sa part que la diminution constatée de 2004 à 2006 serait liée à l'intensification des contrôles menés à partir de 2003, qui aurait limité la progression du nombre de journées d'arrêt maladie. La croissance continue du nombre de contrôles médicaux (en moyenne de +4 % par an depuis 2003) n'a toutefois pas permis de contenir l'augmentation du nombre de journées au-delà de 2007, ce qui tend à relativiser cette corrélation.

B – Des disparités territoriales inexpliquées

Le nombre moyen de journées indemnisées au titre de la maladie est en métropole de 9,1 par salarié[477] en 2010, mais varie de un à deux (en isolant Paris et les Hauts-de-Seine) et même de presque un à cinq en incluant Paris. Ces écarts observés en termes de nombre d'indemnités journalières par salarié n'apparaissent pas directement corrélés aux caractéristiques socio-économiques des départements, au vu de la très grande diversité des départements présentant les ratios les plus faibles ou les plus élevés. Pour autant, ces disparités apparaissent structurelles puisque le positionnement de l'ensemble des départements n'a guère varié au cours des dernières années.

477 . Rapport entre le nombre d'indemnités journalières payées par l'assurance maladie et la population salariée des départements (données CNAMTS 2010 et INSEE 2008).

Situation des départements au regard du nombre moyen de journées maladie indemnisées par salarié en 2010



Source : Cour des comptes – données CNAMTS et INSEE

De la même manière, les durées moyennes d'arrêt de travail varient fortement sur le territoire et pour chaque pathologie. Ainsi, selon un exemple plus précisément analysé par la CNAMTS, les durées moyennes d'arrêts post-opératoires se caractérisent par une forte hétérogénéité. Si une opération de la cataracte donne lieu à 21,5 jours d'arrêts en moyenne, un quart des patients sont arrêtés en moyenne 6 jours, alors que 20 % le sont pour plus de 34 jours. De même les arrêts post-opération chirurgicale de la main (canal carpien) sont en moyenne d'une durée de 57 jours, mais varient de 29 jours pour un quart des patients à 123 jours pour 20 % d'entre eux[478].

Toutes pathologies confondues, la durée moyenne de 43 jours par arrêt maladie observée au niveau national recouvre une forte dispersion des durées d'arrêt sur le territoire. Ainsi, la proportion d'arrêts de longue durée est plus importante dans certains départements. Alors que les arrêts de plus de trois mois représentent 11 % du total des arrêts maladie en 2010, leur part est supérieure en Corse (17 %), dans les Bouches du Rhône (15 %), dans le Var, le Vaucluse ou le Tarn (14 %). En revanche

478. Données CNAMTS 2010.

leur proportion est sensiblement inférieure en Ile-de-France, en Alsace, dans l'Aube et le Doubs, où les arrêts de plus de trois mois ne représentent que 7 à 8 % du total.

Ces disparités inexpliquées soulignent la nécessité d'approfondir l'analyse des déterminants des arrêts maladie.

C – Une analyse insuffisante des déterminants de la dépense

Diverses études, en particulier conduites par la CNAMTS et le ministère[479], notamment à la suite des observations de la Cour dans les RALFSS 2004 et 2006[480]ont apporté de premiers éclairages sur divers facteurs d'évolution de la dépense.

Si l'évolution de l'emploi agit sur l'évolution des arrêts maladie et de la dépense correspondante, à travers un effet volume (effectifs salariés) et un effet prix (salaires), elle modifie également la structure des arrêts maladie. Ainsi, le vieillissement de la population salariée tend logiquement à accroître le nombre de journées indemnisées et leur coût moyen. Les plus de 55 ans bénéficient en effet plus fréquemment d'arrêts maladie de longue durée. Bien que ne représentant que 13 % des bénéficiaires d'indemnités journalières en 2010, ils sont ainsi à l'origine de 20 % du total des journées indemnisées. En outre, les niveaux généralement plus élevés des salaires en fin de carrière contribuent à augmenter le montant moyen de l'indemnité journalière versée.

Si les arrêts courts sont affectés par des épidémies au caractère en général récurrent et saisonnier, les arrêts longs évoluent tendanciellement en fonction des pathologies chroniques ou affections de longue durée (ALD). La CNAMTS a estimé ainsi à plus d'un tiers la contribution des personnes en ALD à la croissance des indemnités journalières maladie en 2009. Les pathologies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques de longue durée figurent parmi les principales pathologies contribuant à cette progression.

Mais l'évolution des arrêts maladie et de la dépense d'indemnités journalières résulte aussi du comportement tant des assurés que des entreprises et des médecins. Il serait selon la CNAMTS largement à

479. Voir notamment « Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie », Point de repère, CNAMTS, novembre 2007 et « Les indemnités journalières » etudes et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), septembre 2007.

480. RALFSS 2004, chapitre I, «Les dépenses de la sécurité sociale» (p. 34 à 38) et RALFSS 2006, chapitre V, « Les suites données à certaines recommandations précédentes de la Cour » (p. 146).

l'origine des disparités régionales observées, à hauteur d'entre un tiers et la moitié, mais sans mesure précise du poids des différents facteurs comportementaux. Différentes études ont cependant mis en évidence le lien entre conditions de travail et absences pour maladie [481] ou encore la corrélation entre l'activité des médecins et les prescriptions d'indemnités journalières [482] ou encore entre la densité des omnipraticiens et ces dernières. Au sein des déterminants analysés dans le cadre d'une étude récente de l'IRDES[483] qui permet d'expliquer deux tiers des différences départementales, le comportement des acteurs exerce ainsi un rôle prépondérant. Les différences d'intensité des contrôles et les densités variables de médecins généralistes (une forte densité de ces derniers entraînant un recours accru aux arrêts maladie) apparaissent en effet comme les variables les plus déterminantes dans l'explication des disparités.

L'extrême dispersion du nombre de journées prescrites par généraliste, qu'illustre le tableau ci-après, met en lumière à cet égard une considérable diversité de pratiques. Celles-ci ne font pas l'objet d'analyses suffisamment précises, sinon pour ce qui est du comportement de très gros prescripteurs susceptible de caractériser des abus. L'essentiel de la dépense d'indemnités journalières est cependant initié par le reste du corps médical et de la maîtrise accrue de leur prescription dépend en réalité la meilleure régulation de la dépense.

Nombre moyen de journées prescrites par médecin généraliste[484]

IJ indemnisées par l'assurance maladie en 2010

1er décile	2ème décile	3ème décile	4ème décile	5ème décile	6ème décile	7ème décile	8ème décile	9ème décile	10ème décile
90	534	1 072	1 571	2 059	2 572	3 178	3 952	5 071	7 952

Source : Cour des comptes – données CNAMTS

481. Voir notamment « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie », septembre 2006, document de travail, direction des études et synthèses économiques, INSEE ou « La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles ? », 2010 (analyse réalisée sur la base de l'enquête SUMER 2002).

482. « Les indemnités journalières », DREES, septembre 2007.

483. « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie », IRDES, juin 2012

484. Journées indemnisées par l'assurance maladie en 2010, correspondant aux arrêts maladie prescrits par les généralistes libéraux. Les faibles niveaux de prescriptions des 1er et 2nd déciles sont peu significatifs car ils sont influencés par les départs à la retraite des médecins, les installations en cours d'année ou les exercices à temps partiel.

*
* *

La connaissance insuffisamment fine des déterminants d'une dépense dynamique fait ainsi obstacle à son pilotage et à la mise en place d'actions de régulation plus efficaces parce qu'à la fois mieux ciblées et s'adressant simultanément à l'ensemble des différents acteurs pour modifier leur comportement.

II - Une stratégie de régulation globale à repenser et à amplifier

La régulation de la dépense d'indemnités journalières implique une beaucoup plus forte responsabilisation de l'ensemble des parties prenantes : assurés, entreprises, prescripteurs, selon une stratégie d'ensemble, qui inclut également une action plus déterminée de lutte contre la fraude.

A – Une sensibilisation des employeurs à accentuer

1 – Des actions à développer en direction des entreprises

Les actions de régulation auprès des entreprises sont récentes et d'ampleur très variable selon les départements.

Depuis 2009, des actions spécifiques aux arrêts maladie sont conduites par l'assurance maladie dans le cadre de la maîtrise médicalisée en entreprise auprès des entreprises présentant le nombre le plus important d'arrêts maladie. Elles consistent à apporter aux entreprises un appui en termes d'analyse de leur absentéisme et de ses causes et à leur proposer un travail conjoint. Cette démarche semble diversement accueillie par les entreprises, dont les préoccupations portent principalement sur l'absentéisme de courte durée, pour lequel les CPAM ne disposent que de peu de données, notamment en termes de pathologie. En outre, la nécessité de respecter le secret médical rend parfois les échanges compliqués, quand la taille de l'entreprise ne permet pas de garantir l'anonymat.

La contrevisite à l'initiative de l'employeur : une complémentarité à mieux assurer avec l'assurance maladie

Les employeurs peuvent recourir à un contrôle médical réalisé à leur initiative par des médecins mandatés, dit « contrevisite employeur ». Cette faculté est une contrepartie de l'obligation de maintien de salaire pour certains salariés. Si la possibilité pour le médecin mandaté par l'entreprise de transmettre au service du contrôle médical de la CPAM son avis concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail existe depuis 2004, le service médical était originellement libre de lui donner les suites qu'il souhaitait. Depuis 2010, le médecin conseil peut suspendre le versement des indemnités journalières. Si la contrevisite présente un intérêt pour l'employeur, qui est en droit de s'assurer que ses salariés respectent leurs obligations dans le cadre de la pratique du maintien de salaire, cette mise en relation de la contrevisite et du seul contrôle médical de l'assurance maladie fonctionne mal en raison notamment de la lourdeur de la procédure prévue.

Il est cependant regrettable que la majorité des avis négatifs émis par les médecins mandatés sur la base de motifs non médicaux, ne puissent pas en l'état actuel de la réglementation être exploités par les CPAM comme complément aux contrôles administratifs. En effet, le constat par un médecin mandaté de l'absence au domicile (qui confirme la proportion de 26 % des assurés absents, mise en évidence par la CPAM de l'Aube) n'est actuellement pas directement communiqué aux CPAM (mais au seul service du contrôle médical) et ne peut donc donner lieu à une suspension des indemnités. Une communication systématique des avis négatifs de contrevisites reposant sur des motifs non médicaux et une procédure de reconnaissance de ceux-ci par les CPAM devraient être envisagées en vue d'accroître les synergies entre les contrôles de l'assurance maladie et le contrôle employeur.

Une relance et un enrichissement des actions de sensibilisation conduites à l'égard des employeurs s'imposent ainsi d'autant plus qu'en l'occurrence les intérêts de l'assurance maladie rejoignent ceux des entreprises. Ces dernières supportent en effet pour l'essentiel les coûts de la couverture complémentaire souvent étendue dont bénéficient les salariés, en sus des indemnités journalières, en cas d'arrêt maladie.

2 – Des couvertures complémentaires d'entreprises importantes

Les indemnités journalières versées par l'assurance maladie ne constituent que le socle de base dans la prise en charge des arrêts maladie pour la majorité des salariés. La plupart d'entre eux bénéficient en effet de compléments de couverture financés par les employeurs, soit dans le cadre de dispositions légales, soit du fait des conventions collectives de branches, soit par le biais d'accords d'entreprises. La connaissance de la réalité des couvertures complémentaires des salariés est limitée par le fait que celles-ci varient en fonction des conventions collectives, des entreprises et de la situation de chaque salarié, notamment en termes d'ancienneté.

Les couvertures complémentaires aux indemnités journalières du régime général

Plusieurs types de dispositions conduisent les employeurs à compléter les indemnités journalières de l'assurance maladie :

- la loi oblige l'employeur à compléter les indemnités journalières des salariés de plus d'un an d'ancienneté, à hauteur de 90 % de leur rémunération brute dans les 30 premiers jours d'arrêt puis aux deux tiers dans les 30 jours suivants (ces durées étant majorées en fonction de l'ancienneté) [485] ;

- la plupart des conventions collectives prévoient des garanties complémentaires (prise en charge du délai de carence et/ou maintien de salaire, total ou partiel). Ces dispositions conventionnelles se caractérisent par leur grande diversité en termes de nature des compléments et de bénéficiaires, au regard de l'ancienneté et de la catégorie d'appartenance, les cadres se voyant parfois appliquer des dispositions plus favorables.

La Cour a procédé à un recensement partiel des dispositions incluses dans les conventions collectives, avec l'appui de la direction générale du travail. Le tableau ci-après recense la grande variété de couverture des délais de carence prévus dans 14 conventions collectives regroupant au total sept millions de salariés.

	Carence pour complément de salaire employeur	
Titre abrégé de la convention collective	Carence	Ancienneté requise
Particulier employeur salariés	7 jours	6 mois
Bureaux d'études techniques	0	1 an
Commerce détail et gros à prédominance alimentaire	7 jours (sauf hospitalisation ou arrêt maladie >2 mois et cadre	1 an
Transports routiers	5 jours (ouvriers, employés) mais 0 (TAM*, IC*)	3 ans
Bâtiment ouvriers (plus de 10 salariés)	3 jours	1 à 3 mois
Hôtels cafés restaurants (HCR)	10 jours	3 ans
Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées	0	1 an
Services de l'automobile	0	1 an
Métallurgie ingénieurs et cadres	0	1 an
Bâtiments ouvriers (jusqu'à 10 salariés)	3 jours	1 à 3 mois
Commerces de gros	10 jours (0 pour hospitalisation et pour les cadres > 3 ans ancienneté	1 an
Propreté d'entreprises	7 jours (3 jours pour ETAM* et 0 pour cadres	1 an
Métallurgie OETAM région parisienne	0	1 an
Banque	0 pour le 1er et 2nd arrêt ; 3 jours pour les arrêts suivants	1 an

**TAM = techniciens et agents de maîtrise, IC = ingénieurs et cadres et AM = employés, techniciens et agents de maîtrise*
Source : Cour des comptes

Les accords d'entreprise peuvent également contenir des garanties complémentaires aux indemnités journalières, mais ne font l'objet d'aucun recensement.

485 En fonction des garanties complémentaires prévues, les employeurs peuvent être conduits à prendre en charge le délai de carence et/ou, au-delà du délai de carence, à compléter l'indemnité journalière versée par la sécurité sociale, correspondant à 50% du gain journalier brut et plafonnée à 1,8 SMIC, soit 41,38 euros au 1er janvier 2012.

Toutes couvertures complémentaires confondues (légales, conventionnelles ou d'entreprise), 66 % de la population salariée bénéficierait ainsi d'une prise en charge par l'employeur du délai de carence (totale ou partielle) et 80 % d'un maintien de salaire au-delà du délai de carence[486].

L'importance de ces garanties complémentaires, plus favorables que les dispositions du régime général, constitue à certains égards un frein à la régulation des arrêts maladie. Le rôle responsabilisant assigné à l'origine aux jours de carence et à un taux de remplacement limité à 50 % du salaire brut se trouve dans les faits largement érodé pour nombre de salariés. Ce constat ne rend que plus nécessaire de renforcer l'action conduite auprès de ces derniers, à titre individuel comme aussi collectivement, pour mieux leur faire partager l'enjeu de maîtrise des arrêts maladie.

B – Un contrôle des assurés à mieux structurer

Qu'il s'agisse des contrôles dits « administratifs », réalisés par les services de gestion des indemnités journalières des caisses, ou du contrôle médical, de la responsabilité des médecins conseils placés auprès de ces dernières dans le cadre des échelons locaux du service médical, les contrôles des assurés apparaissent devoir être l'objet d'une indispensable modernisation. Ils se caractérisent aujourd'hui par une forte hétérogénéité à l'origine d'une inégalité de traitement des assurés sur le territoire et d'une absence de lisibilité de la politique de contrôle.

1 – Un contrôle administratif à évaluer et redéfinir

Les assurés en arrêt de travail sont soumis au respect de certaines obligations, qui ont été renforcées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, mais dont le degré de contrôle varie selon les CPAM.

Parmi les contrôles administratifs réalisés quasi systématiquement par les caisses, figurent notamment le respect du délai d'envoi de l'arrêt de travail sous 48 heures et le contrôle de la cohérence des prescripteurs en cas de prolongation de l'arrêt. Ces contrôles sont généralement réalisés lors de la liquidation des indemnités journalières.

En revanche, le contrôle de la présence au domicile pendant la durée de l'arrêt maladie et notamment pendant les heures de sorties non autorisées (entre 9h et 11h et entre 14h et 16h) est peu pratiqué. Lorsqu'il

486. « L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 », juillet 2012.

l'est, la proportion d'assurés ne respectant pas leurs obligations apparaît importante. La CPAM de l'Aube a par exemple constaté que 26 % des assurés n'étaient pas présents à leur domicile aux horaires obligatoires dans le cadre des contrôles réalisés en 2010.

Si le bilan économique de ces contrôles est sans doute limité[487], l'existence d'un contrôle des horaires de présence exerce un effet disciplinant sur le comportement des assurés (qualifié d'« effet radar » par les caisses), sensible dans les départements peu étendus et qui participe de la prévention du travail dissimulé. Ces contrôles permettent en effet de déceler ponctuellement des situations de cumul d'activité constituant une fraude aux indemnités journalières[488].

La nécessité d'une plus forte sensibilisation des assurés

Les actions de sensibilisation entreprises auprès des assurés sociaux ont pour l'instant essentiellement consisté en des campagnes de communication portant sur le rappel de leurs droits et devoirs ou la lutte contre les arrêts abusifs, à visée pédagogique. Ces campagnes résultent pour l'essentiel d'initiatives régionales dans le cadre de la politique de gestion du risque et prennent la forme d'insertion d'informations dans les courriers aux assurés, voire d'ajout de volets au formulaire CERFA ou de campagne d'affichage.

En accompagnement de ces initiatives et dans un souci de responsabilisation des assurés, la CNAMTS envisage de communiquer sur l'existence du « référentiel IJ », guide de bonnes pratiques destiné à assister les médecins dans les prescriptions d'IJ. (cf. infra). Une telle communication peut en effet avoir un effet disciplinant en dissuadant de présenter des demandes d'arrêt de travail répétées ou de durée excessive par rapport à la pathologie et en aidant les médecins à expliquer pourquoi ils ne peuvent y donner suite. Mais cette communication, dont les modalités ne sont pas à ce stade définies, doit être envisagée avec prudence, de manière à éviter que les délais préconisés par la Haute autorité de santé ne soient compris comme créateurs de droits, ou à l'inverse conduisant à un rationnement.

Il est nécessaire d'évaluer précisément l'impact et la charge de travail associée aux contrôles administratifs. Il n'existe en effet aucune donnée nationale permettant de connaître le nombre et le type de

487. Un bilan des contrôles à domicile réalisé par la CPAM de l'Aube en 2010 a mis en évidence un gain net annuel de 11 000 € pour 1 400 contrôles réalisés (après déduction des coûts de personnels, correspondant la mobilisation de 0,68 ETP et des pénalités annulées par la commission de recours amiable).

488. Au terme de l'article L. 323.6 du code de la sécurité sociale, l'assuré en arrêt de travail, doit s'abstenir de toute activité non autorisée, qu'elle soit rémunérée ou domestique.

contrôles administratifs réalisés par les agents des CPAM et les résultats de ces contrôles.

En fonction de cette évaluation, il conviendrait que la CNAMTS redéfinisse clairement la doctrine d'emploi de ces contrôles et leur mode de ciblage, de telle manière qu'ils participent par un pilotage plus ferme à une meilleure régulation de la dépense liée aux arrêts maladie.

2 – Un contrôle médical à piloter de manière plus homogène

Le contrôle médical des arrêts de travail a eu tendance à se renforcer depuis 2004, mais se caractérise par une grande hétérogénéité des pratiques.

Pour l'ensemble des indemnités journalières versées par l'assurance maladie au titre des divers risques, le nombre total d'avis sur dossier et sur personne a significativement progressé depuis 2003, passant de 4,9 millions en 2003 à 6,8 millions en 2011. Pour le seul risque maladie, le service du contrôle médical a contrôlé 1,8 million d'arrêts en 2011 (contre 1,6 million en 2008), correspondant à un quart du volume des arrêts de travail de cette année.

Le contrôle médical des arrêts maladie

Les objectifs assignés au service du contrôle médical diffèrent selon la durée des arrêts et ne donnent pas systématiquement lieu à un examen sur personne (une partie importante des assurés étant contrôlés sur dossier). Les arrêts atteignant six mois sont systématiquement contrôlés, puisqu'une nouvelle ouverture de droits aux indemnités journalières est réalisée par la CPAM au bout de six mois. Au-delà de six mois, les assurés en arrêt de travail sont en principe contrôlés au bout d'un an d'arrêt puis ensuite selon une fréquence décidée par chaque médecin conseil. Le service médical n'est soumis à aucun objectif de contrôle sur ces arrêts de longue durée. Or, ces derniers sont ceux qui pèsent le plus dans la dépense.

Les arrêts de plus de 45 jours (et inférieurs à six mois) sont en principe systématiquement contrôlés, mais seulement 30 % donnent lieu à un examen sur personne (le reste des assurés étant contrôlés sur dossier).

Les arrêts de moins de 45 jours, dits de « courte durée », qui représentent 80 % des arrêts maladie ne sont que très marginalement contrôlés (seuls 4 % d'entre eux l'ont été en 2010). Certes il y a quasi-impossibilité de contrôler les arrêts de très courte durée (moins de sept jours) en raison du délai de réception de l'arrêt de travail et de sa prise en charge par les CPAM et le contrôle médical et à la difficulté de cibler ces contrôles à partir des arrêts de travail papier. Mais il est anormal que les arrêts plus longs ne fassent pas l'objet de contrôles plus importants.

Le caractère général et quantitatif des objectifs assignés au contrôle médical explique les différences observées en termes de pratiques. Se constate en effet une forte dispersion des taux d'avis favorables ou défavorables émis par les médecins conseils, particulièrement importante pour le contrôle des arrêts de courte durée (inférieurs à 45 jours). Alors que le taux moyen d'avis défavorables est de 15,2 %, il varie de 4,7 % à 39,8 % selon les échelons locaux du service médical et un quart des 106 échelons locaux présente un taux d'avis défavorables inférieur à 10 %.

Les économies obtenues dans un contexte de faible structuration de la méthodologie et de ciblage du contrôle des arrêts maladie attestent cependant un gain potentiellement élevé d'une modernisation des contrôles. La CNAMTS a en effet évalué à 398 M€ les économies directes résultant des contrôles médicaux en 2010[489], sous forme de dépenses évitées.

Plusieurs outils récemment déployés dans le réseau de l'assurance maladie devraient permettre un meilleur ciblage des contrôles, notamment médicaux, en particulier la numérisation des arrêts de travail et l'avis d'arrêt de travail dématérialisé -AAT dématérialisé- (cf. infra). La CPAM et le service médical disposant de l'arrêt de travail par voie informatique pourront cibler leurs contrôles des arrêts maladie en fonction des caractéristiques des assurés (par exemple en cas d'arrêts itératifs), des prescripteurs (notamment sur les plus atypiques) ou de certaines pathologies[490]. La diffusion d'un référentiel à destination des médecins, proposant des durées indicatives d'arrêt de travail par pathologie dit « référentiel IJ » (cf. infra) permettra en outre aux médecins conseils de cibler leurs contrôles sur les arrêts s'éloignant sensiblement des durées indicatives.

Enfin, la création d'observatoires locaux des indemnités journalières, dits « observatoires IJ »[491], devrait conduire les CPAM et le

489. Dont 318 M€ correspondent au passage anticipé en invalidité d'assurés en arrêt maladie de longue durée et 80 M€ à la dépense évitée du fait d'un avis négatif du contrôle médical conduisant à une fin d'indemnités journalières avant le terme de l'arrêt de travail.

490. Il s'agit notamment des pathologies les plus fréquentes, difficiles à objectiver (troubles mentaux et du comportement, maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, lésions traumatiques).

491 . Expérimenté à Bayonne et généralisé fin 2011 à l'ensemble du territoire, l'observatoire est une cellule médico-administrative, qui administre une base de données composée de données issues de l'application du service médical (HIPPOCRATE) et de l'application de gestion des assurés des caisses (BDO).

contrôle médical à développer des analyses communes sur les profils d'assurés en arrêt maladie et de prescripteurs ainsi qu'à cibler conjointement leurs contrôles.

L'homogénéisation et l'amélioration du ciblage des contrôles médicaux supposent cependant que des objectifs plus qualitatifs viennent compléter les objectifs quantitatifs fixés aux échelons locaux du service médical. La CNAMTS a dernièrement pris de premières orientations en ce sens[492] dont elle devra suivre avec vigilance la mise en œuvre effective.

C – La responsabilisation indispensable du prescripteur, premier ordonnateur de la dépense

Les actions de la CNAMTS ont jusqu'alors essentiellement ciblé les très gros prescripteurs, avec des résultats limités. Elles doivent s'orienter vers une action plus générale et plus ferme d'incitation de l'ensemble des médecins au respect de bonnes pratiques en ce domaine.

1 – Des outils contraignants à la portée limitée

Le nombre moyen d'indemnités journalières prescrites par médecin[493] est de 2 700 par an en moyenne en 2010, mais l'hétérogénéité des prescriptions en matière d'arrêts de travail est forte. Ainsi, 30 % des médecins prescrivent moins de 1 100 journées par an, alors que près d'un millier de médecins en prescrivent plus de 10 000.

Bien que les caisses et le contrôle médical suivent attentivement le volume et la typologie des prescriptions d'arrêts maladie des médecins, ils ne disposent d'outils contraignants d'intervention que vis-à-vis des très gros prescripteurs (qualifiés « d'hyper-prescripteurs » par la CNAMTS). Avant la diffusion récente du « référentiel IJ » (cf. supra), les actions de sensibilisation et de responsabilisation des prescripteurs reposaient essentiellement sur l'information des médecins sur leurs écarts à la pratique moyenne constatée sur le même territoire, à travers la communication de leur profil de prescripteur ou à l'occasion de courriers ou d'entretiens dits d'alerte.

492. A travers la diffusion d'une lettre réseau en date du 29 mai 2012.
493. Ensemble des généralistes libéraux.

La mise sous accord préalable (MSAP)[494] était jusqu'en 2011 la seule procédure contraignante à disposition des directeurs de CPAM pour limiter les prescriptions des gros prescripteurs. Son bilan apparaît toutefois marginal, tant au regard du nombre de médecins concernés que de son impact global. Depuis sa mise en place effective en 2006, moins de 500 mises sous accord préalable en matière d'arrêts de travail ont été mises en œuvre sur l'ensemble du territoire. Si durant la durée de la mesure (de 1 à 6 mois) les prescriptions des médecins en cause reculent significativement (de l'ordre de 30 %), elles ont tendance à progresser à nouveau une fois la mesure terminée, tout en se stabilisant cependant à un niveau inférieur au niveau initial. La CNAMTS a évalué à 9 M€ de dépenses évitées l'impact de la campagne 2008 de mise sous accord préalable.

La lourdeur de cette procédure, qui implique un contrôle exhaustif des prescriptions par le service médical et surtout sa mise en œuvre sur la base de seuils nationaux très élevés [495] limitent largement sa portée.

Un dispositif complémentaire de fixation d'objectifs de réduction des prescriptions a été créé en 2011 : la mise sous objectifs quantifiés. Ce dispositif apparaît comme une alternative à la MSAP que le directeur de la caisse peut proposer aux médecins et qui consiste en une contractualisation sur l'atteinte d'un objectif quantifié de diminution de leurs prescriptions d'indemnités journalières sur une période de quatre à six mois. Mais ce nouveau dispositif souffre de plusieurs défauts. Comme la MSAP, il ne vise que les très gros prescripteurs. En outre, les difficultés de mise en œuvre de cette procédure complexe par la CNAMTS n'ont pas encore permis son déploiement, alors même que la campagne 2011 de mise sous accord préalable a été suspendue dans l'attente du nouveau dispositif.

La difficulté à identifier les médecins à l'origine des prescriptions dans les établissements de santé limite en tout état de cause la portée de ces dispositifs de régulation aux seuls médecins libéraux. En effet, bien que les professionnels de santé hospitaliers puissent désormais être identifiés par un numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), l'utilisation de ce numéro doit être développée. Si cette évolution est nécessaire à la traçabilité de l'ensemble des prescriptions délivrées en établissement, elle représente un enjeu particulier pour les indemnités

494. Créée par la loi du 13 août 2004, la MSAP a été mise en œuvre pour les prescriptions d'indemnités journalières à compter de 2006.

495. Les médecins concernés sont ceux dont les prescriptions d'arrêt de travail sont plus de quatre fois et demi supérieures à la moyenne de leurs confrères sur le ressort de la même union régionale des caisses d'assurance maladie.

journalières, car les médecins hospitaliers sont à l'origine d'environ 20 % des prescriptions d'arrêt maladie. Elle permettra ainsi de soumettre les prescriptions d'arrêt maladie de l'ensemble des médecins aux mêmes dispositifs de régulation (par exemple de mise sous accord préalable).

2 – Une absence de prise en compte dans les nouveaux modes de rémunération des médecins

Ni les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), ouverts aux médecins volontaires à compter de 2009, ni la rémunération à la performance, qui lui a succédé dans le cadre de la convention médicale de juillet 2011 et qui s'applique à tout médecin sauf refus explicite de sa part, n'ont intégré d'incitations à la maîtrise des prescriptions d'arrêt de travail.

La diffusion progressive du « référentiel IJ » à compter de 2009, dont il est attendu par la CNAMTS une économie annuelle a minima de l'ordre de 125 M€[496], aurait dû cependant être accompagnée de la mise en œuvre d'indicateurs à même de mobiliser le corps médical sur le respect des bonnes pratiques recommandées par la Haute autorité de santé en matière de durée des arrêts de travail en fonction des pathologies, d'autant que la portée du référentiel devrait être accrue par le déploiement concomitant de l'AAT dématérialisé auprès des médecins. En effet, cet outil proposera au prescripteur un renseignement par défaut de la durée d'arrêt de travail en fonction de la pathologie.

L'avis d'arrêt de travail dématérialisé

Permettant aux médecins de transmettre par internet les arrêts de travail, l'utilisation de l'AAT dématérialisé, outil déployé en 2010, est encore très faible. Moins de 3 % du total des arrêts de travail étaient ainsi transmis aux caisses fin 2011. Si la CNAMTS escomptait une montée en charge avec la mise à disposition d'une nouvelle version de l'outil fin 2011 (dit « AAT en 5 clics »), cette version doit encore gagner en ergonomie et stabilité. En l'état, aucune action incitative ou contraignante vis-à-vis des éditeurs de logiciels pour une intégration de cet outil aux logiciels métiers des médecins n'a été entreprise.

Au-delà de sa contribution à la maîtrise des prescriptions, l'AAT apparaît comme un levier de modernisation de la gestion des indemnités journalières et des arrêts de travail, qui justifierait une incitation plus vive des médecins à y recourir, dès que « l'AAT en 5 clics » sera stabilisé ou

496. Propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits de l'année 2012, juillet 2011.

si une obligation d'intégration de ses fonctionnalités par les éditeurs de logiciels médicaux est définie. Elle justifierait que soit alors inclus dans la rémunération à la performance des médecins un objectif chiffré de transmission dématérialisée des arrêts de travail.

D – La nécessité de reconsidérer la démarche de lutte contre la fraude

Les éventuels comportements dits « abusifs » reposent toujours sur la prescription d'un médecin et ne peuvent être sanctionnés au titre de la fraude. Ils ne peuvent en effet être remis en cause que par le contrôle médical et ceci uniquement pour l'avenir, sur la base d'un examen médical de l'assuré, la prescription médicale et le bénéfice des indemnités journalières ne pouvant être remis en cause de manière rétroactive.

En revanche la fraude dite administrative expose en fonction de son type et de sa gravité à des sanctions financières, voire à une sanction pénale.

La faible proportion des fraudes détectées en matière d'arrêts de travail prive cependant ce dispositif de tout effet dissuasif d'autant que les sanctions effectives sont peu nombreuses et inégales : seulement 292 pénalités financières ont été prononcées en 2010 et un tiers des CPAM n'en ont infligé aucune. En 2011, le nombre de pénalités s'élève à 420 mais l'essentiel des fraudes détectées donne lieu à des suites non contentieuses (avertissements, retenues financières ou récupérations d'indus).

Au terme d'une enquête nationale conduite par la CNAMTS en 2010, une fréquence de 0,16 % d'arrêts maladie fraudés a été de fait mise en évidence, correspondant à 0,05 % des indemnités journalières maladie versées (soit environ 3 M€). Selon cette enquête, les fraudes constatées sont de trois types : le cumul de l'indemnité journalière avec une activité (63 %) ; la falsification des pièces justificatives (22 %) nécessaires au calcul et au paiement de l'indemnité journalière ; l'absence de déclaration du salarié par l'employeur (15 %) et/ou l'absence d'existence légale de l'entreprise.

Ce faible pourcentage de fraude constatée semble révéler une bonne sécurisation de la chaîne des arrêts maladie, qui fait intervenir trois acteurs en plus de l'assuré bénéficiaire, à savoir le médecin à l'origine de la prescription, l'entreprise qui transmet les éléments de salaire et confirme l'absence et la CPAM qui liquide la prestation et la contrôle.

Il doit inviter cependant la CNAMTS à s'interroger au contraire sur le dispositif de détection des fraudes qu'elle met en œuvre. Les

fraudes les plus fréquemment mises en évidence sont celles d'acteurs isolés, pour l'essentiel des assurés, et sont facilement décelées par le croisement des données de prescription ou de paie, ou par des contrôles sur place quand il s'agit de cumul d'activité[497]. La détection des fraudes aux indemnités journalières ne découle de fait que rarement d'une recherche systématique mais de la remontée de signalements, qui déclenchent ensuite des investigations. Faute de vigilance spécifique à cet égard, il est possible en particulier qu'une partie des fraudes, qui reposerait notamment sur des systèmes organisés sur une plus vaste échelle impliquant des entreprises fictives et des salariés, ne puisse pas être repérée.

Au-delà du développement de méthodes de détection plus sophistiquées, sur lesquelles travaille la CNAMTS[498], qui devraient permettre de mieux cibler la recherche de fraudes selon une logique de détection des profils à risque, il est ainsi nécessaire de renforcer les échanges systématiques de données avec les autres administrations sociales (notamment les URSSAF et Pôle emploi), pour croiser les informations relatives aux bénéficiaires et aux entreprises.

*
* *

L'intensification des contrôles, tant sur les assurés que sur les prescripteurs et l'amplification de la lutte contre la fraude dans le cadre d'une démarche cohérente doivent ainsi constituer une priorité forte de l'assurance maladie de manière à mieux réguler la dépense. L'accélération de la modernisation de la gestion de la prestation elle-même est au demeurant à intégrer dans cette stratégie d'ensemble dès lors qu'elle diminue ses coûts de liquidation, autorise des gains de productivité importants et permet de redéployer vers les actions de régulation une partie des agents.

497 . Ainsi sur les 2000 fraudes détectées en 2011, 1980 ont été commises par des assurés sociaux.

498 . Les expériences à partir de détection de profils (« datamining ») menées récemment par la CNAMTS n'ont, pour l'instant, pas donné de résultats probants.

III - Rendre la gestion plus efficiente en simplifiant la réglementation

La gestion des indemnités journalières est coûteuse pour l'assurance maladie du fait de l'extrême complexité de la réglementation à appliquer, qui pour l'essentiel n'a pas été modifiée depuis la création de la sécurité sociale. Cette activité a jusqu'ici été peu modernisée et les efforts récents entrepris à cet égard trouvent leurs limites, faute qu'ait été mise en œuvre dans le même temps une simplification indispensable de la législation.

A – Une gestion coûteuse et complexe

L'activité de liquidation des indemnités journalières (tous risques confondus) mobilise 5 330 équivalents temps plein (ETP) dans le réseau de l'assurance maladie en 2010. Alors que l'ensemble des dépenses d'indemnités journalières, tous risques confondus, représente en 2010 6 % du total des charges des branches maladie et AT-MP, près de 10 % des effectifs des caisses sont affectés à cette activité. Celle-ci reposait jusqu'en 2011 sur l'arrivée de flux papier d'arrêt de travail et d'attestations de salaires et sur leur intégration manuelle dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. La dématérialisation en cours de certains processus ne permet pas encore de parvenir à un niveau satisfaisant d'automatisation de la liquidation, faute que la réglementation ait été parallèlement simplifiée contrairement à l'objectif fixé par la dernière convention d'objectif et de gestion de la CNAMTS.

1 – Une réglementation caractérisée par sa complexité

Le bénéfice des indemnités journalières étant soumis à de strictes conditions de durée d'affiliation et de cotisation au régime général d'assurance maladie, l'ouverture de droits à cette prestation implique la communication par l'employeur à l'assurance maladie des éléments actualisés de rémunération à travers la transmission d'une « attestation de salaire ». La vérification des conditions d'ouverture des droits est cependant une tâche particulièrement complexe, notamment au regard de certaines situations professionnelles comme celles des salariés présentant les parcours les moins stables (successions de période d'activité et d'inactivité) et dépendant de plusieurs employeurs.

Les travailleurs intérimaires et saisonniers ont ainsi accès à la prestation sans condition de durée d'immatriculation sous réserve d'avoir travaillé 800 heures dans l'année écoulée, mais les éléments de preuve

sont souvent difficiles à réunir. La situation des salariés ayant de multiples employeurs et des salariés changeant fréquemment d'employeur soulève quant à elle des difficultés particulières du fait de la complexité à reconstituer les salaires des trois ou douze derniers mois. Pour les salariés ayant eu plusieurs employeurs sur les trois ou douze derniers mois, chaque employeur doit ainsi communiquer une attestation de salaire. Il en va de même pour les demandeurs d'emploi qui bénéficient en effet d'un maintien de droit au titre de leur activité antérieure à leur période de chômage, le service des indemnités journalières suspendant le versement de l'allocation chômage.

Ces situations concernent au minimum 15 % des indemnités qui sont en pareil cas réglées après des délais souvent très longs au vu de la difficulté à réunir et à vérifier des éléments de salaires souvent anciens. Les copies des bulletins de salaires étant, en l'absence d'employeur, communiquées directement par l'assuré, le risque de fraude est au demeurant plus important que dans le cadre d'une attestation de salaire par l'employeur.

L'existence d'assiettes et de périodes de référence différentes pour les indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP apparaît par ailleurs comme un élément majeur de complexité.

Une assiette et des taux d'indemnités journalières différentes pour la maladie de celle de la maternité et des AT-MP

Pour les IJ maladie, l'assiette de calcul est le salaire brut (en principe des trois derniers mois), c'est-à-dire le salaire servant de base au calcul des cotisations dues pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond vieillesse correspondant. Pour les IJ maternité/paternité, l'assiette est le salaire brut minoré des cotisations salariales et de la CSG, mais pas de la CRDS. L'assiette retenue pour le calcul des IJ AT-MP correspond au salaire brut du dernier mois, augmenté des primes annuelles proratisées.

A ces différences d'assiette s'ajoutent des différences de modalités de calcul conduisant à des taux de remplacement et des plafonds de sécurité sociale appliqués selon des modalités différentes. Les indemnités journalières maladie correspondent à 50 % du salaire brut, alors que celles des AT-MP s'élèvent à 60 % pour les 28 premiers jours d'arrêt puis à 80 % au-delà. Les indemnités journalières maternité sont quant à elles égales à 100 % du salaire net.

Ces différences en termes d'assiette et de calcul justifient l'existence de formulaires différents pour les attestations de salaires à transmettre par les employeurs. Cette complexité explique qu'une part importante des attestations de salaire soit mal renseignée, alourdissant très notablement la gestion des prestations dans les CPAM.

Concrètement en effet, les différences d'assiette pour les IJ maladie, maternité et AT-MP peuvent conduire un employeur ayant trois employés absents à chacun de ces titres à devoir :

- renseigner l'attestation de salaire maladie-maternité pour y mentionner les salaires bruts sous plafond des 3 mois précédant l'arrêt de travail ;
- renseigner la même attestation, pour un salarié en congé maternité ou paternité, en y mentionnant les salaires sous plafond des 3 mois précédant l'arrêt mais déduction faite des cotisations salariales légales ou conventionnelles et de la CSG mais pas de la CRDS) ;
- renseigner l'attestation de salaire spécifique aux arrêts AT-MP, en y mentionnant le salaire brut du mois précédent l'arrêt de travail.

2 – Des chantiers de modernisation encore inaboutis

Pour aller au-delà de la numérisation des documents papiers reçus dans les caisses, qui inclut progressivement les arrêts de travail et les attestations de salaire, la CNAMTS déploie en parallèle deux outils structurants de dématérialisation à la source de la chaîne des indemnités journalières. Ceux-ci concernent d'une part les médecins, à travers la transmission d'arrêts de travail dématérialisés, encore à ses débuts (cf. supra) et d'autre part les entreprises pour la communication des attestations de salaire.

Cette dernière, réalisée actuellement sur le portail Net-entreprises, concerne 67 % de l'ensemble des attestations de salaire en 2011. Afin d'accroître encore cette dématérialisation, la CNAMTS travaille sur une solution complémentaire d'échange direct de fichiers avec les logiciels de paie des entreprises (solution répondant au besoin des plus grosses entreprises).

Au-delà de la simplification de cette démarche pour l'entreprise et de la réduction du délai de paiement de l'assurance maladie, au bénéfice du salarié ou de l'entreprise en cas de subrogation, l'intérêt de la dématérialisation à la source réside dans la possibilité d'une intégration des données de salaire dans les applications de liquidation de la CNAMTS, qui permet d'automatiser la liquidation de l'indemnité journalière.

Les premiers résultats montrent cependant qu'une reprise manuelle est encore nécessaire pour 60 % des dossiers du fait de mauvais renseignements portés sur les attestations ou de la complexité de situations individuelles. Seules 40 % des attestations dématérialisées, concernant les dossiers les plus simples, sont liquidées automatiquement. Ce constat ne rend que plus pressante une simplification de la réglementation sur certains points.

B – Une nécessité de simplification

Malgré les recommandations de la Cour dans les RALFSS 2004 et de 2006[499] et l'objectif posé à cet égard par la convention d'objectif et de gestion de la CNAMTS pour 2010-2013, le dossier de la simplification de la réglementation n'a guère progressé.

Les pistes explorées par la caisse nationale en 2003 pour une simplification a minima de la réglementation n'ont pas été examinées plus avant. La possibilité de servir une indemnité journalière d'un montant équivalent à la précédente en cas de pluralité d'arrêts sur une période donnée était alors envisagée afin d'éviter de procéder à un nouveau calcul à chaque arrêt maladie, alors même que le dernier arrêt est récent et qu'un nouveau calcul conduit pour la plupart des assurés à un montant équivalent. Les réflexions portaient aussi sur la simplification du contenu des attestations de salaire, comme par exemple la règle du rétablissement de salaire en cas d'absence autorisée qui conduit l'employeur à reconstituer un salaire en réintégrant certaines absences de congés entraînant de nombreuses erreurs de renseignement et des reprises manuelles par les CPAM. La relance de cette démarche apparaît indispensable à la poursuite et à l'accélération de la modernisation de la gestion de la prestation. A ce titre, une évolution vers une logique de plus grande forfaitisation pourrait apparaître, sur certains points, préférable au maintien de modalités de calcul parfois inutilement complexes et qui obligent à de délicates appréciations au cas par cas.

Au-delà, le recours à une seule assiette de calcul des indemnités journalières devrait constituer un objectif majeur car cette harmonisation faciliterait grandement la gestion tant des entreprises que des caisses, tout en assurant une rapidité accrue de versement pour les assurés. La piste la plus simple consisterait sans doute à cet égard à retenir le salaire brut - déjà utilisé pour le calcul des IJ maladie - comme assiette des IJ maternité et AT-MP, en modulant les taux de remplacement de manière à garantir le même niveau de couverture. Mais il est aussi possible d'envisager une harmonisation sur la base du salaire net, après déduction forfaitaire du salaire brut du montant des cotisations sociales (comme c'est déjà le cas pour les indemnités journalières maternité).

La simplification de la réglementation doit ainsi nécessairement accompagner le projet de déclaration sociale nominative (DSN) qui permettra à terme une déclaration mensuelle et unique des données

499. RALFSS 2004, chapitre I, « Les dépenses de la sécurité sociale » (p. 34 à 38) et RALFSS 2006, chapitre V, « Les suites données à certaines recommandations précédentes de la Cour » (p. 146).

sociales et facilitera une automatisation plus poussée de la gestion des indemnités journalières.

La déclaration sociale nominative (DSN)

La DSN a vocation à remplacer la quasi-totalité des déclarations sociales actuelles. La loi Warsmann adoptée le 29 février 2012 prévoit l'utilisation de la DSN à compter du 1er janvier 2013 sur la base du volontariat des entreprises et sa mise en œuvre obligatoire à compter du 1er janvier 2016. La DSN présente le double intérêt de simplifier les déclarations des entreprises qui n'auront qu'une déclaration mensuelle à réaliser et de dématérialiser leur transmission. La centralisation de la source de l'assiette devrait permettre un accès direct et immédiat des données de salaires, ce qui devrait sécuriser le processus et permettre de procéder plus rapidement au calcul et au paiement des IJ.

Mais la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative est actuellement prévue à réglementation constante ce qui ne supprimerait pas les difficultés rencontrées par les caisses et les obligerait à demander aux employeurs la transmission de données supplémentaires, qui compléteraient les DSN mensuelles communes aux organismes sociaux, avec pour effet de ne pas alléger la charge administrative des entreprises contrairement à l'objectif recherché.

Les réelles complexités de mise en œuvre de la déclaration sociale nominative, qui constitue un projet très ambitieux, peuvent en tout état de cause faire craindre un sensible décalage dans sa généralisation. Il serait ainsi opportun à cet égard de conduire en parallèle une étude de faisabilité sur l'utilisation éventuelle de données fiscales (salaire net imposable), ainsi que la CNAMTS le propose, comme assiette éventuelle de substitution pour le calcul des indemnités journalières.

C – Des gains d'efficience indispensables

La simplification de la réglementation ne conditionne pas seulement la réalisation de gains de productivité nécessaires pour alléger le coût de gestion élevé des indemnités journalières. A ce stade, les gains en ETP attendus par la CNAMTS des nouveaux outils informatiques qu'elle déploie sont déjà de l'ordre de 300 ETP de 2011 à 2013[500], mais une automatisation plus poussée du processus de liquidation qu'autoriserait une réglementation moins complexe permettrait de réaliser des progrès de productivité substantiellement supérieurs.

500. 165 ETP au titre de la dématérialisation et de l'injection automatique des attestations de salaires et 120 ETP au titre de l'arrêt de travail dématérialisé.

Elle aurait aussi pour avantage de limiter la fréquence des erreurs de liquidation des indemnités journalières. Comme l'a souligné la Cour dans son rapport de certification des comptes 2011 du régime général de sécurité sociale[501], l'indicateur de fiabilité de cette prestation révèle sur la période récente (août 2010-septembre 2011), un taux d'anomalie non négligeable (entre 0,73 % et 0,89 % du montant des dépenses), soit par extrapolation une incidence financière de 46 à 56 M€ en 2011.

Elle autoriserait enfin une amélioration qui s'impose des délais de règlement aux assurés. En 2011, le délai moyen de paiement était de 38,5 jours pour un objectif national de 35 jours. Un tiers des caisses ont cependant un délai moyen supérieur à 40 jours, alors que seulement 18 caisses paient dans un délai moyen inférieur à 30 jours. Le délai moyen masque en outre des retards anormaux pour une partie des assurés. Ainsi, 20 % des dossiers étaient réglés en 2010 dans un délai supérieur à 70 jours. Dans un certain nombre de cas ce délai est encore bien plus important : des délais de 727, 420 et 891 jours ont été constatés par la Cour dans trois CPAM et n'apparaissent pas comme des cas marginaux. Il est regrettable à cet égard que la CNAMTS ne fasse pas systématiquement renseigner par les caisses le délai moyen de paiement des 10 % de dossiers les plus tardivement réglés, ce qui la prive d'une information essentielle pour remplir les objectifs de qualité de service qui lui ont été fixés dans la convention d'objectif et de gestion.

*
* *

La simplification de la réglementation apparaît ainsi désormais comme un préalable indispensable à la poursuite du processus de modernisation de la gestion des arrêts maladie, à l'amélioration de la qualité de service envers les assurés et à l'accélération des gains de productivité des caisses.

501. Rapport de certification des comptes 2011 du régime général de sécurité sociale, juin 2012, p. 76 à 78.

CONCLUSION

Malgré leur poids financier considérable pour l'assurance maladie et leur progression continue, les arrêts de travail pour maladie demeurent une réalité très insuffisamment analysée dans ses déterminants pour permettre la mise en œuvre d'actions de régulation plus efficaces dans le cadre d'une stratégie d'ensemble qui reste largement à construire.

Certes de nombreux dispositifs de contrôle et de maîtrise de la dépense ont été mis en place au fil du temps. Ils se superposent cependant plus qu'ils ne se complètent au détriment d'une démarche cohérente qui sensibilise en parallèle, selon des dispositifs appropriés pour chacun d'eux, l'ensemble des acteurs : assurés sociaux, employeurs, largement impliqués du fait de l'importance de la couverture complémentaire qu'ils assurent à la grande majorité des salariés, médecins, qui sont les premiers ordonnateurs de la dépense. Absence de continuité, défaut d'homogénéité, manque de ciblage, insuffisance d'articulation entre services administratifs et contrôle médical caractérisent trop souvent les actions menées, en particulier en matière de lutte contre la fraude qui doit être amplifiée et repensée.

Un pilotage plus ferme et plus constant est à tous égards indispensable. Il doit se fixer en particulier comme priorité une action plus volontariste vis-à-vis du corps médical, sans se limiter aux seuls gros prescripteurs ni aux seuls médecins libéraux. Cette dimension de régulation des arrêts de travail est à intégrer pleinement dans la négociation conventionnelle : le respect du référentiel de bonnes pratiques doit devenir l'un des paramètres de la rémunération à la performance issue de la récente convention médicale. Les médecins hospitaliers ne sauraient pour leur part rester plus longtemps à l'écart de tout mode de régulation en ce domaine.

La modernisation de la gestion de la prestation elle-même est une composante essentielle de la stratégie à construire pour maîtriser plus rigoureusement la dépense. Elle représente en effet une charge élevée pour l'assurance maladie qui y consacre, tous risques confondus, pas moins de 5 300 ETP. Pour autant, les erreurs de liquidation sont nombreuses et ont une incidence financière loin d'être négligeable et les délais de règlement aux assurés sont parfois beaucoup trop longs, en particulier pour le salariés les plus fragiles pour lesquels une rupture de rémunération est encore plus lourde de conséquences que pour d'autres.

La trop grande complexité de la réglementation compromet de fait la qualité du service rendu, en dépit d'initiatives récentes de dématérialisation de certains processus qui ont permis un début d'automatisation de la liquidation. Sa simplification, toujours évoquée,

toujours repoussée, ne saurait attendre davantage d'autant qu'elle conditionne largement le bon aboutissement du projet de déclaration sociale nominative.

La préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS doit ainsi être l'occasion d'une modernisation en profondeur d'une prestation qui, dans ses caractéristiques essentielles, n'a guère évolué depuis la création de la sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

68. Affiner et actualiser les études sur les déterminants des arrêts maladie.

69. Généraliser et amplifier les actions de responsabilisation du corps médical, notamment en intégrant dans la rémunération à la performance des médecins libéraux un objectif de respect du référentiel de prescription et en mettant sous contrainte de régulation les médecins hospitaliers, en particulier les gros prescripteurs.

70. Evaluer et redéfinir la doctrine d'emploi des contrôles administratifs des assurés sociaux et redéfinir les objectifs et les méthodes du contrôle médical en termes de ciblage et d'homogénéité de pratiques.

71. Mettre en place les outils et la méthodologie nécessaires à une détection systématique des fraudes, notamment organisées.

72. Moderniser et simplifier la réglementation, notamment par l'harmonisation des assiettes des différents types d'indemnités journalières.

ANNEXES

Annexe 1

Récapitulatif des recommandations

PREMIERE PARTIE
LES COMPTES ET LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2011 et perspectives

1. Organiser la reprise par la CADES à la clôture de l'exercice des déficits 2012 des branches maladie et famille du régime général, en augmentant en conséquence le taux de la CRDS.

2. Intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales (recommandation réitérée).

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

Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011

4. Donner un fondement juridique au comité de pilotage et lui confier en priorité le respect de l'exécution de l'ONDAM non seulement dans son montant mais aussi dans son taux d'évolution.

5. Elaborer une méthodologie partagée et transparente de construction de l'ONDAM sous le contrôle du comité d'alerte.

6. Evaluer systématiquement a posteriori la précision des prévisions retenues lors de la construction de l'ONDAM.

7. Rendre compte de l'exécution de l'ONDAM à partir d'un suivi pluriannuel du dénouement ultérieur des provisions.

Chapitre III – Les avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial

8. Assurer dans le cadre de l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) une information sur la consistance et la variation des produits et des charges pris en compte dans les tableaux d'équilibre qui ait une qualité homogène avec celle procurée par l'annexe 9 sur les actifs et passifs retracés par le tableau patrimonial (recommandation réitérée).

9. Assurer l'homogénéité des méthodes de comptabilisation des opérations réciproques entre les entités comprises dans le périmètre des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial (recommandation réitérée).

10. Pour l'élaboration des tableaux d'équilibre, mener à terme l'élimination des transferts internes et mettre fin aux contractions de produits et de charges qui s'écartent du cadre normatif fixé par la LOLFSS pour l'élaboration des comptes sociaux. A défaut, décrire dans l'annexe 4 au PLFSS les impacts des contractions effectuées sur l'évolution des produits et des charges par rapport à ceux effectivement comptabilisés par les régimes de sécurité sociale (recommandation réitérée).

Chapitre IV – La certification des comptes du régime général de sécurité sociale par la Cour des comptes : un premier bilan

A l'attention des ministères chargés de la sécurité sociale et du budget :

11. Définir par la voie réglementaire des objectifs et des règles précises et opposables en matière de contrôle interne pour l'ensemble des organismes de base et des caisses nationales en cohérence avec les exigences de la certification.

12. Intégrer le FSV au périmètre des comptes de la branche vieillesse du régime général.

13. Lever les points de blocage relatifs au traitement comptable de certaines opérations ou situations (prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, impôts et taxes affectés, provisions pour litiges AT-MP et engagements pluriannuels en matière de prestations sociales).

Chapitre V – Le financement de la sécurité sociale par l'impôt

14. Examiner le degré de fiscalisation souhaitable pour le financement de chacune des branches de la sécurité sociale (orientation).

15. Intégrer dans le barème des cotisations sociales patronales les allègements généraux de charges.

16. Redéfinir et simplifier la fiscalité affectée à la sécurité sociale dans le cadre d'une consolidation de ce 3ème pilier de financement.

17. Organiser un examen commun des volets recettes du projet de loi de finances (PLF) et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

DEUXIEME PARTIE
LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DE CERTAINES REFORMES

RECOMMANDATIONS

Chapitre VI – Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP

18. Transmettre au Parlement des informations annuelles détaillées et actualisées sur la montée en charge des réformes des régimes de la SNCF et de la RATP comprenant notamment des éléments sur l'évolution du comportement de départ des agents ainsi qu'une estimation de l'équilibre prévisionnel des régimes à moyen et long terme selon diverses hypothèses.

19. Imposer une plus grande transparence à la SNCF et à la RATP en prévoyant qu'elles fournissent, en annexe à leur bilan social annuel, une évaluation prévisionnelle, selon des critères méthodologiques rigoureux, des coûts salariaux générés par le vieillissement de la pyramide des âges et du coût spécifique des mesures d'accompagnement liés aux réformes des régimes de retraite de leurs agents.

Chapitre VII – Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique

20. Définir préalablement à toute réforme d'une telle ampleur et d'une telle complexité un dispositif de pilotage de projet rigoureux, en particulier en conduisant une analyse des risques exhaustive et préalable à toute décision définitive et en se dotant d'un cadre et d'outils de suivi proportionnés aux enjeux.

21. S'assurer que les cotisations non recouvrées font l'objet de toutes les diligences pour garantir leur perception effective et non leur simple annulation ou prescription, préciser l'ampleur du retard de recouvrement et mettre en place un suivi étroit de sa résorption afin de minimiser les pertes.

22. Renforcer le suivi stratégique des chantiers en cours par les autorités de tutelle, éclairées par une information la plus large y compris financière et consolider le pilotage opérationnel coordonné du RSI et de l'ACOSS au plan national comme régional.

23. Afin de garantir le redressement rapide et complet du recouvrement dans des délais rapprochés et dans les conditions les plus robustes, réaliser un audit complet et approfondi du futur système d'information partagé, permettant :

- *de s'assurer de la pertinence du projet ;*
- *d'évaluer les risques de retard par rapport à l'échéance de mi 2014, ou d'échec et d'en apprécier toutes les conséquences ;*
- *d'examiner précisément l'ensemble des alternatives envisageables, y compris en étudiant une simplification du cadre réglementaire de l'ISU, voire la remise en cause du partage de compétences actuellement en vigueur.*

24. Garantir que les droits acquis par les assurés au titre des cotisations versées sont pris en compte de façon exhaustive et rapide dans les systèmes d'information du RSI.

Chapitre VIII – La mise en place des agences régionales de santé

25. Mettre en place un pilotage national respectueux de l'autonomie nécessaire aux ARS pour accomplir leur mission, ce qui implique de :

- *définir les modalités d'une déconcentration accrue des compétences des administrations centrales aux agences ;*
- *redonner au conseil national de pilotage une fonction d'orientation stratégique.*

26. Elaborer les prochains contrats d'objectif et de moyens (CPOM) avec chaque ARS en intégrant :

- *l'articulation avec les objectifs du projet régional de santé ;*
- *la détermination d'objectifs en termes de gains d'efficience ou de productivité interne permettant de respecter la trajectoire budgétaire pluriannuelle.*

27. Simplifier la gestion des ressources humaines des ARS par :

- *l'augmentation de la possibilité de recruter sur contrats ;*
- *l'alignement de la situation des agents de droit privé sur les conventions collectives du régime général (UCANSS) ;*
- *l'examen des modalités de mutations internes des fonctionnaires au sein d'une même ARS.*

28. Mettre en œuvre le schéma directeur des systèmes d'information des ARS en en faisant une priorité d'arbitrage au sein du ministère.

29. Renforcer le fonds d'intervention régional pour permettre d'accroître les leviers d'action financiers des ARS.

TROISIEME PARTIE
L'EFFICICENCE DU SYSTEME DE SOINS

RECOMMANDATIONS

Chapitre IX – Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale

30. Moderniser et adapter l'organisation territoriale de l'ordre au pilotage régional du système de soins en transférant progressivement les missions jusqu'à présent exercées au niveau départemental aux conseils régionaux.

31. Clarifier et mieux articuler les différents dispositifs concourant au contrôle du tact et de la mesure dans les honoraires.

32. Doter le conseil de l'ordre de pouvoirs renforcés en matière du contrôle des relations des médecins avec l'industrie en conférant un caractère obligatoire à l'avis rendu sur un contrat ou une convention, quel qu'en soit l'objet, le défaut d'avis conforme interdisant alors, sous peine de sanction, l'exécution du contrat ou de la convention.

33. Etablir un protocole d'échange d'informations entre l'ordre et la DGCCRF afin de renforcer la transparence et le contrôle des relations entre médecins et industries, en recourant si nécessaire à une disposition réglementaire.

Chapitre X – La prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales dues par les professionnels libéraux de santé

34. Réformer le dispositif pour faciliter l'accès aux soins :

- *en modulant le montant des prises en charge en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné ;*
- *en excluant de leur bénéfice les revenus tirés de catégories d'actes donnant lieu à des dépassements quasi-systématiques ;*
- *ou en les conditionnant au respect de certains plafonds de dépassement.*

A défaut, supprimer ces prises en charge, ou, à tout le moins, les plafonner par professionnel de santé.

35. Affilier obligatoirement tous les professionnels de santé conventionnés au régime des PAMC en mettant fin à la liberté d'adhérer au RSI laissée aux praticiens du secteur 2.

36. Rendre plus visible ces prises en charge, à l'instar des cotisations patronales sur les bulletins de salaires, en faisant apparaître leur coût dans un relevé annuel fourni par l'assurance maladie aux professionnels.

37. S'agissant des règles propres au régime des PAMC :

- *les harmoniser en matière de période d'assurance et d'assiette avec celles qui s'appliquent aux autres prélèvements sociaux ;*
- *déplafonner cette assiette dans le cas des revenus issus d'actes non-remboursables ;*
- *imposer l'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires professionnels perçus.*

Chapitre XI – Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

38. Procéder sans délai, dans chaque département, sous la responsabilité de l'ARS, à partir notamment des données de l'assurance maladie, à une analyse de la demande et de l'offre en matière de transport sanitaire pour définir un plan d'action avec des objectifs chiffrés de diminution des dépenses.

39. Renforcer la coordination entre les ARS et les caisses d'assurance maladie en matière d'agrément, de conventionnement et de contrôle des entreprises de transport sanitaire et de taxis.

40. Instaurer un double plafond départemental pour l'offre de transport, d'une part pour les ambulances et d'autre part globalement pour les VSL et les taxis conventionnés.

41. Définir, pour les VSL et les taxis, une tarification commune et contrôlable et réduire le taux de paiements indus en vérifiant de manière efficace les factures.

42. Systématiser la lutte contre la fraude et revoir le barème des pénalités en cas de facturation abusive ou frauduleuse pour les rendre dissuasives.

43. Revoir les conditions dans lesquelles les demandes d'accord préalable sont nécessaires, réactiver la règle de l'établissement le plus proche, y compris pour les traitements de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie et faire contrôler le respect du référentiel de prescription par le service médical de l'assurance maladie.

44. Envisager le transfert sur le budget des hôpitaux de la dépense de transports qu'ils initient pour mettre sous contrainte d'enveloppe la prescription, l'organisation et la gestion en termes de commande publique de cette dépense.

45. Procéder à une évaluation approfondie du système de garde ambulancière pour en revoir l'organisation.

Chapitre XII – Les activités de soins de suite et de réadaptation

46. Evaluer sur le plan national et selon une méthodologie homogène les inadéquations de séjours en SSR et en déduire les besoins réels de capacités d'accueil, en fonction des pathologies à traiter.

47. Fixer en conséquence des objectifs précis aux ARS pour résoudre les difficultés d'orientation vers l'aval des patients dont l'état permet une sortie des SSR. A cette fin mettre rapidement en œuvre les instruments de transparence opérationnelle (Trajectoire ou autre) sur les disponibilités en lits et places :

- *entre MCO et SSR, d'une part ;*
- *entre les SSR et l'aval médico-social, d'autre part.*

48. Faire précéder l'engagement de la réforme du financement par des expérimentations propres à garantir qu'elle rationalisera effectivement ce dernier sans induire de problèmes supplémentaires en termes de parcours des patients. Dans l'intervalle, rendre plus opérationnelle la modulation des DAF et du prix de journée en fonction notamment de la lourdeur des soins dispensés.

Chapitre XIII – La certification des hôpitaux par la Haute autorité de santé

49. Réaliser des études d'impact par cycles, par catégories d'établissements, par régions et en tirer des enseignements pour l'amélioration de la procédure de certification et enrichir la connaissance des établissements.

50. Accentuer la médicalisation de la démarche en étudiant systématiquement les situations de décalage constatées entre les

décisions de certification et les événements indésirables graves portés à la connaissance de la HAS, en développant l'accréditation des médecins et des équipes médicales, en favorisant les actions de formation aux bonnes pratiques du personnel et en expérimentant la certification d'ensembles coordonnés d'activités.

51. Intégrer les résultats de la certification dans les contrats négociés par les ARS avec les établissements pour suivre l'application des recommandations de la HAS, lever les réserves et en tirer si nécessaire des conséquences financières.

QUATRIEME PARTIE
LA SOLIDARITE A L'EGARD DES RETRAITES ET DES FAMILLES

RECOMMANDATIONS

Chapitre XIV – La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres

52. Assurer un financement clair et stable des dépenses de minimum vieillesse par un relèvement des ressources affectées au FSV.

53. Clarifier le fondement juridique du maintien du service de la majoration L. 814-2 à l'étranger.

54. Harmoniser entre les différents organismes gestionnaires du minimum vieillesse les modalités des contrôles et de leur suivi, en les alignant sur les meilleures pratiques.

55. Supprimer le plafonnement du montant des allocations ASPA récupérable sur succession et généraliser la récupération sur succession aux arrérages à venir de toutes les allocations de 1er niveau.

56. Reculer l'âge minimum de droit commun pour le bénéfice de l'ASPA au même rythme que l'âge d'annulation de la décote au régime général.

57. Mettre en œuvre un dispositif d'information adapté :

- *en organisant à la CNAV et à la CCMSA un « rendez-vous des 65 ans » pour renouveler l'information sur l'ASPA effectuée au moment de la liquidation de la pension ou en renforçant les actions partenariales entre les caisses de retraite et les services sociaux des collectivités locales ;*

- *en menant une campagne de prospection active auprès des retraités qui seraient devenus éligibles au minimum vieillesse à l'issue du récent plan de revalorisation.*

Chapitre XV – Les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités

58. Comme déjà préconisé par la Cour, supprimer progressivement les dépenses fiscales et niches sociales suivantes :

- *l'abattement de 10 % sur les pensions, en matière d'impôt sur le revenu (gain d'une suppression : 2,7 Md€) ;*
- *l'exonération à l'impôt sur le revenu des majorations de pensions pour les parents de trois enfants (gain d'une fiscalisation : 0,8 Md€) ;*
- *le non alignement du taux de CSG sur les pensions les plus élevées (6,6 %) sur celui appliqué aux salaires (7,5 %) (gain d'un alignement : 1,2 Md€).*

59. Soumettre à condition de ressources l'exonération totale de cotisations patronales dont bénéficient certaines catégories de particuliers employeurs.

60. Etendre l'assiette de la cotisation d'assurance maladie au taux de 1 % à toutes les retraites complémentaires, ainsi qu'aux pensions de base (au-dessus d'un certain seuil) lorsque la distinction entre ces deux types d'avantages de retraite n'est pas pertinente.

61. Examiner les conséquences d'une suppression à terme des avantages en matière de fiscalité locale fondés sur un critère d'âge.

Chapitre XVI – La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources

62. Revoir l'économie d'ensemble des prestations familiales sous condition et modulées en fonction des ressources :

- *d'une part en renforçant l'objectif d'aide aux familles vulnérables ;*
- *d'autre part en réformant la prestation d'accueil du jeune enfant en ce qui concerne l'allocation de base et le complément de mode de garde de manière à cibler plus étroitement les familles bénéficiaires et en appliquant un plafond de ressources pour le bénéfice du complément de mode de garde.*

CINQUIEME PARTIE
LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre XVII – Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général

63. Axer la prochaine COG sur un petit nombre de priorités hiérarchisées, en imposant à la CNAF de dégager les moyens nécessaires pour les réaliser et assurer un bilan d'exécution annuel.

64. Consolider le rôle de pilotage de la CNAF dans le système d'information et s'assurer qu'elle se dote d'une organisation de maîtrise d'ouvrage et de définition des besoins conforme aux meilleures pratiques.

65. Rationaliser très fortement les structures informatiques autour de pôles nettement moins nombreux et beaucoup plus étroitement articulés avec la caisse nationale et interdire effectivement aux CAF de procéder à des développements locaux.

66. Subordonner l'adoption du prochain schéma directeur à la possession par la CNAF des outils nécessaires pour le suivi des projets, des moyens disponibles et des coûts.

67. Solliciter systématiquement en amont l'avis de la CNAF sur la faisabilité technique des évolutions législatives et réglementaires qui la concernent.

Chapitre XVIII – La gestion des indemnités journalières dans le régime général

68. Affiner et actualiser les études sur les déterminants des arrêts maladie.

69. Généraliser et amplifier les actions de responsabilisation du corps médical, notamment en intégrant dans la rémunération à la performance des médecins libéraux un objectif de respect du référentiel de prescription et en mettant sous contrainte de régulation les médecins hospitaliers, en particulier les gros prescripteurs.

70. Evaluer et redéfinir la doctrine d'emploi des contrôles administratifs des assurés sociaux et redéfinir les objectifs et les méthodes du contrôle médical en termes de ciblage et d'homogénéité de pratiques.

71. Mettre en place les outils et la méthodologie nécessaires à une détection systématique des fraudes, notamment organisées.

72. Moderniser et simplifier la réglementation, notamment par l'harmonisation des assiettes des différents types d'indemnités journalières.

Annexe 2

Le suivi des recommandations formulées antérieurement par la Cour

PRESENTATION

Chaque année, la Cour rend compte des suites données aux recommandations formulées dans ses précédents rapports : d'abord de manière globale et statistique, en se fondant sur l'examen qui en est fait par l'administration; ensuite de manière sélective en analysant les cas où, depuis l'intervention de la Cour, les progrès réalisés méritaient une analyse approfondie. Elle a ainsi examiné cette année les réformes des régimes de retraites de la SNCF et de la RATP (chapitre VI) ainsi que la démarche de certification des établissements de santé par la HAS (chapitre XIII).

Afin d'apprécier le degré de mise en œuvre de ses précédentes recommandations, la Cour peut se fonder sur le rapport que le Gouvernement doit établir et transmettre au Parlement « qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale »[502].

La Cour a ainsi examiné les suites données aux 219 recommandations formulées dans le cadre des trois derniers rapports annuels sur la sécurité sociale, 2009, 2010 et 2011. Cet examen a été effectué à partir d'une analyse de la direction de la sécurité sociale et de la direction générale de l'offre de soins. La traduction en indicateurs a été effectuée par la Cour.

La synthèse de ces travaux est présentée sous la forme d'un taux de suite données aux recommandations défini comme la part dans les recommandations formulées au cours de la période, de celles qui ont été suivies d'une réforme effective, entendue comme une réforme soit totale, soit partielle, soit en cours.

Ce taux de suite est construit selon une méthodologie identique à celle utilisée pour l'indicateur de suivi de l'ensemble des recommandations de la Cour figurant dans le rapport public annuel et qui constitue l'un des sept indicateurs de performance du programme du

502. Comme la Cour l'a déjà écrit les années précédentes, cette procédure prévue par l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 est en réalité imparfaitement respectée puisque le travail préparatoire effectué par l'administration et dont la Cour a connaissance, n'est pas transmis dans les formes requises au Parlement.

budget de l'Etat dédié aux juridictions financières[503]. Comme le signalait le dernier rapport public annuel de la Cour, la précision des appréciations formulées à partir de cet indicateur est vouée à rester relative et, par nature, à ne pas rendre compte de toute la complexité de la réalité qu'il vise à refléter.

Cette analyse fait apparaître que 65 % des recommandations des trois derniers rapports annuels de la Cour sur la sécurité sociale sont suivies d'effet et ont fait l'objet d'un début de mise en œuvre, 17 % d'entre elles étant complètement mises en œuvre et 48 % partiellement.

Suites données aux recommandations des trois précédents rapports

	RALFSS 2009	RALFSS 2010	RALFSS 2011	TOTAL
a) Nombre de recommandations-orientations	52	79	88	219
b) Nombre de recommandations prises en compte (1)	47	70	86	203
c) Nombre de recommandations suivies (2)	16	10	8	34
d) Nombre de recommandations suivies partiellement ou en cours (3)	22	35	41	98
e) Taux de suites ((2+3)/1)	81%	64%	57%	65%

b) Un certain nombre de recommandations sont écartées de l'analyse d'une année sur l'autre car elles sont devenues sans objet ou obsolètes.

Source : Calcul Cour des comptes à partir de données DSS et DGOS.

Ce taux de suite de 65 % est très proche de celui constaté pour les rapports de 2008 à 2010 (67 %) établi selon la même méthode. Si la part de recommandations totalement mises en œuvre est inférieure à celle constatée l'an dernier, la proportion des recommandations en cours de mise en œuvre ou suivies partiellement a augmenté.

Ces évolutions s'expliquent en bonne partie par l'augmentation du nombre de recommandations dans les rapports de 2010 et 2011 et les délais inhérents à la mise en œuvre, nécessairement progressive, des mesures préconisées par la Cour par les autorités concernées.

503 . Programme n° 164 « Cour des comptes et autres juridictions financières » relevant de la mission budgétaire « conseil et contrôle de l'Etat » rattachée au Premier ministre. Voir le rapport public 2012 de la Cour des comptes, tome II « les suites », p. 9.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNES

SOMMAIRE DES REPONSES

Ministre l'économie et des finances	567
Ministre des affaires sociales et de la santé	
Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	
Ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie	574
Ministre de l'artisanat, du commerce et du tourisme	575
Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	576
Chapitre VI – Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP	
Président de la SNCF	577
Président directeur général de la RATP	578
Président de la caisse de retraite du personnel de la RATP	578
Chapitre VII – Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique	
Régime social des indépendants	578
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	
Chapitre VIII – La mise en place des agences régionales de santé	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	581
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	582
Chapitre IX – Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et de respect de la déontologie médicale	
Conseil national de l'ordre des médecins	582
Chambre disciplinaire nationale et de la section des affaires sociales du CNOM	587
Conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris	587
Chapitre X – La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé	
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	588
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	589
Chapitre XI – Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	590
Caisse primaire d'assurance maladie du Val d'Oise	590
Chapitre XII – Les activité se soins de suite et de réadaptation	
Fédération hospitalière de France	591
Fédération de l'hospitalisation privée	591
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne	591
Centre hospitalier régional universitaire de Besançon	592
Agence régionale de santé de la région Bourgogne	592
Centre hospitalier de Brive-La-Gaillarde	592
Agence régionale de santé de la région Centre	592

Chapitre XIII – La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé	
Haute autorité de santé	593
Fédération de l'hospitalisation privée	593
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne	594
Chapitre XIV – La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres	
Caisse nationale d'assurance vieillesse	595
Conseil d'orientation des retraites	596
Caisse des dépôts et consignations	596
Chapitre XVI – La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources	
Caisse nationale d'allocations familiales	597
Haut conseil de la famille	598
Chapitre XVII – Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général	
Caisse nationale d'allocations familiales	599
Chapitre XVIII – Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	601

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU BUDGET

Nous avons pris connaissance avec le plus grand intérêt de l'analyse de la Cour des comptes sur les résultats des organismes de sécurité sociale pour l'exercice 2011, ainsi que sur les perspectives financières de ces organismes pour 2012. Faisant suite à l'audit de l'ensemble des finances publiques remis par la Cour en juillet dernier, ces perspectives constituent une aide décisive à l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

S'agissant de l'exercice 2011, nous nous félicitons tout d'abord de la décision de la Cour de certifier les comptes des branches maladie et vieillesse et de l'activité de recouvrement du régime général. Nous prenons acte par ailleurs de son refus de certifier les comptes des branches accidents du travail-maladies professionnelles et famille, reconnaissant que les motivations de ce refus constituent des axes de progrès de ces deux branches.

Sur les équilibres financiers relatifs à ce même exercice, la Cour note justement que les déficits des branches du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établissent à des niveaux inférieurs à ceux des prévisions successives des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011 et 2012. Ce résultat émane d'une progression de la masse salariale du secteur privé supérieure à l'hypothèse retenue à l'automne 2010 (+ 3,6 %, contre + 2,9 %), qui a soutenu l'évolution des produits sur revenus d'activité, ainsi que du respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'ONDAM 2011 est toutefois marqué par le choix regrettable de porter atteinte au niveau de protection des assurés sociaux notamment par une baisse significative du taux de remboursement des produits de santé. Nous réaffirmons notre détermination à maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie par l'amélioration de l'efficience de notre système de soins, en garantissant à tous les Français un égal accès à des soins de qualité.

Pour autant, comme l'indique la Cour, l'essentiel pour parvenir à l'équilibre des comptes sociaux reste à faire. Le retour à l'équilibre de la branche vieillesse n'est en rien garanti par la réforme de 2010. Les ressources de la branche famille ont été fragilisées depuis 2011. Pour 2012, dans un contexte macro-économique moins favorable, l'objectif du Gouvernement consiste en priorité à contenir les déficits du régime général et du FSV au niveau des cibles prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Le ralentissement de la masse salariale privée depuis la mi-2011 rend exigeante l'atteinte de cet objectif, et requiert la poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie. Dans ce domaine, les évaluations disponibles rendent crédible un nouveau respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2012. En outre, les

mesures de recettes prises dans la dernière loi de finances rectificative pour 2012 permettront de réaliser un redressement significatif des comptes de la sécurité sociale, tout en permettant le financement de mesures de justice (élargissement des possibilités de départ en retraite à 60 ans pour les personnes entrées précocement dans la vie professionnelle, majoration de l'allocation de rentrée scolaire). Elles s'inscrivent pleinement dans l'objectif de moyen terme du retour à l'équilibre des finances publiques dans leur ensemble à l'horizon 2017, dont une première étape sera la limitation du besoin de financement des administrations publiques à 3 % du produit intérieur brut en 2013, ainsi que l'a confirmé le débat d'orientation sur les finances publiques tenu avec la représentation nationale en juillet 2012. Dans ce cadre, les administrations de sécurité sociale devront réduire leur solde déficitaire de 0,25 point de produit intérieur brut en 2013, soit de 5 Md€ environ. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 traduira cet engagement dans le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement. Ainsi, la progression des dépenses de sécurité sociale, devra rester compatible avec l'objectif d'une progression en volume des dépenses publiques limitée à 0,8 % par an, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population. A cette fin, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2013 sera proposé en augmentation de 2,7 % par rapport à 2012, ce qui représente un niveau nettement inférieur au tendanciel ainsi qu'aux taux d'évolution adoptés avant 2012.

En ce qui concerne le financement, nous avons pris connaissance avec attention du chapitre consacré par la Cour aux ressources de nature fiscale de la sécurité sociale. Une telle analyse, par son aspect très large et transversal, nous paraît largement inédite alors même que les questions qui sont passées en revue présentent un aspect souvent structurant. Elle intervient en outre à un moment opportun, puisque le Gouvernement a décidé, sur la base des échanges qui ont eu lieu au cours de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012, de saisir le Haut conseil du financement de la protection sociale. Ce dernier sera chargé d'établir un diagnostic sur les modalités actuelles de financement de notre protection sociale et les évolutions qui, notamment au regard du degré de fiscalisation souhaitable pour le financement de chaque branche, peuvent y être apportées dans le respect de l'intégrité et la lisibilité de nos finances publiques, la nécessaire cohérence des ressources affectées à chacune des branches et le souci d'accroître l'efficacité économique de notre système de prélèvements obligatoires. Les analyses de la Cour constitueront un apport indéniable dans cette réflexion. Le Gouvernement est déterminé à mettre fin à l'accumulation de mesures fiscales opportunistes que déplore la Cour et à assurer, à l'issue de cette réflexion, un financement cohérent et solide de notre système de protection sociale, indispensable à sa pérennité.

S'agissant des aspects plus sectoriels, nous partageons l'ensemble des constats réalisés par la Cour dans son chapitre consacré aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et à la maîtrise des dépenses associées à ces

activités qui ont connu une forte croissance au cours de ces dernières années. Il convient que soit renforcée l'évaluation des besoins réels de capacités d'accueil en SSR en s'appuyant, notamment, sur un bilan précis des orientations de développement quantitatif contenues dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et des autorisations délivrées par les agences régionales de santé. La Cour attire également l'attention du Gouvernement sur la nécessité de fluidifier le parcours de soins des patients, en amont et en aval des structures de SSR. Nous partageons cette préoccupation et rappelons les travaux engagés à la fois pour développer des outils informatiques adaptés et pour construire de nouvelles modalités d'organisation des soins mieux à même d'optimiser la gestion des sorties d'hospitalisations de court et de moyen séjour, dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 70 de la LFSS 2012 notamment. Enfin, en ce qui concerne la réforme du financement des activités de SSR, nous partageons la position de la Cour en faveur d'un report de la date d'entrée du moyen séjour dans le cadre de la tarification à l'activité. Dans l'intervalle, la tarification des activités SSR doit néanmoins évoluer de manière à renforcer la modulation aujourd'hui appliquée et à actualiser le système de fixation des prix de journée pour les cliniques privées, peu lisible et en grande partie obsolète. Cette période doit en effet permettre l'amélioration et la consolidation du dispositif transitoire de financement et de ses outils : catalogue des actes, classification, études de coûts.

Nous partageons également les préoccupations soulevées par la Cour quant à la croissance des dépenses d'assurance maladie relatives aux transports de patients. La régulation des dépenses de transports sanitaires doit être renforcée, comme le souligne la Cour, ce qui nécessitera une action aussi bien sur le nombre de patients transportés, l'optimisation du mode de transport et le coût des transports de patients. La lutte contre les fraudes et abus sera également renforcée. Les autorisations délivrées aux véhicules doivent être mieux maîtrisées, comme l'indique le rapport. Un décret en conseil d'Etat, en cours de publication, relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires témoigne de la volonté du Gouvernement de s'engager résolument dans une politique de maitrise de l'offre en agissant tant sur le nombre de véhicules que sur le développement de la part des VSL, moyen de transport le moins onéreux. Enfin, l'approfondissement de la coordination entre ARS et CPAM semble également nécessaire, ceci de façon à harmoniser les modes de régulation et de contrôle de l'offre de transports sanitaires.

Nous nous associons au constat dressé par la Cour d'un bilan quantitatif globalement satisfaisant en matière de certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé (HAS). A ce jour, le fait que la quasi-totalité de ceux-ci aient fait l'objet de deux procédures de certification et soient engagés dans une troisième atteste de la vigueur du dispositif.

Nous souscrivons globalement aux propositions formulées par la Cour, qu'il s'agisse de l'approfondissement de la connaissance de l'impact, notamment financier, de cette procédure, et du besoin de simplification et de médicalisation de la démarche.

La Cour insiste dans ses propositions plus particulièrement sur le développement de l'accréditation des médecins et des équipes médicales, sur des actions de formation du personnel aux bonnes pratiques et sur l'expérimentation de la certification d'ensembles coordonnées d'activités. Si le Gouvernement soutient et promeut l'idée d'une constante amélioration des pratiques médicales et donc de la qualité du savoir-faire des personnels soignants, il nous semble que la certification ne peut suffire et qu'elle doit s'inscrire dans un cycle plus vaste d'actions visant au renforcement permanent des pratiques médicales. A ce titre, le développement professionnel continu (DPC) doit s'inscrire pleinement dans cette démarche. Plus largement, le renforcement de la formation, initiale et continue est et demeurera l'une des priorités du Gouvernement en matière de qualité et de sécurité des soins.

La Cour a analysé la mise en place des agences régionales de santé (ARS). Si elle estime que les ARS ont pu être mises en place rapidement, elle estime que le pilotage de ces agences n'a pas encore trouvé son point d'équilibre. Nous partageons l'avis de la Cour sur le caractère jusqu'ici insuffisamment stratégique du travail mené par le Conseil national de pilotage (CNP) et sur l'inadéquation des contrats pluriannuels passés avec les agences. Le pilotage doit appliquer davantage un principe de subsidiarité, permettant une meilleure responsabilisation des ARS, et les modes d'action de l'administration centrale devenir moins normatifs et moins segmentés. Comme le souligne la Cour, l'enjeu financier principal des ARS réside dans leur capacité à accroître l'efficience du système de santé : le pilotage stratégique du CNP et la fonction de coordination assurée par le secrétariat général devront être mis au service de cet objectif. Cette évolution du pilotage se traduira, dès l'automne, par un travail de refonte des contrats passés avec les ARS (CPOM). S'agissant plus particulièrement des systèmes d'information à disposition des agences, il convient de souligner, conformément à la recommandation de la Cour relative à la question de l'accès des ARS aux systèmes d'information de l'assurance maladie, qu'un arrêté paru le 25 juillet dernier au Journal officiel permet aux médecins des agences nommément désignés par le directeur général de disposer notamment de l'ensemble des données, anonymisées, des bénéficiaires de l'assurance maladie sur leur champ géographique de compétences. Enfin, des moyens spécifiques seront par ailleurs dégagés dans le cadre de la programmation budgétaire pluriannuelle en faveur de la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information des ARS.

La Cour des Comptes mène un examen poussé des modalités selon lesquelles le Conseil de l'Ordre des Médecins met en œuvre ses missions.

Nous prenons acte des observations de la Cour relatives aux marges de progrès relatives à l'exercice de ses missions de contrôle de la déontologie. Nous relevons tout particulièrement les insuffisances signalées par la Cour en matière de contrôle des dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires abusifs doivent dorénavant faire l'objet de sanctions. C'est pourquoi la négociation ouverte en juillet dernier avec les syndicats de médecins permettra de renforcer les sanctions à l'encontre des médecins pratiquant des dépassements abusifs, qui devront pouvoir aller jusqu'au déconventionnement.

Le rapport évoque par ailleurs les modalités de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux. Elle dresse une analyse approfondie sur l'ensemble des professions et permet d'identifier des pistes de réflexion intéressantes. S'agissant des médecins libéraux, nous rappelons qu'à l'exception des 1500 médecins de secteur 2 adhérents de l'option de coordination, pour lesquels seuls les actes réalisés au tarif opposable bénéficient de la prise en charge des cotisations sociales, seuls les médecins de secteur 1 bénéficient de cette prise en charge. Dans le cadre des travaux engagés pour maîtriser les dépassements d'honoraire nous aurons à cœur de nous assurer du développement de l'exercice au tarif du secteur 1.

La Cour souligne l'hétérogénéité des prescriptions d'arrêts de travail entre les départements et la nécessité d'approfondir l'analyse des déterminants de ce poste de dépense. Le développement de référentiels de prescription, le maintien de la politique de contrôle des arrêts et le renforcement du contrôle interne au sein du service du contrôle médical de l'assurance maladie seront pleinement mobilisés pour maintenir une évolution maîtrisée des dépenses d'indemnités journalières. Le développement d'actions précoces visant notamment à prévenir la désinsertion professionnelle en cas de maladie longue contribuera également à cet objectif.

Les réflexions de la Cour sur la solidarité envers les retraités et les familles ont particulièrement attiré notre attention. En effet, notre système de protection sociale n'est pas un système d'assurance, il se veut également solidaire, et cette solidarité doit être maintenue.

Concernant la solidarité envers les retraités, comme le rappelle la Cour, le minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA) et les minima contributifs de pension ont permis de réduire fortement la pauvreté des personnes âgées. Cependant, comme pointé, ces mécanismes de solidarité protègent moins les assurés aux carrières courtes, qui, non éligibles aux minima de pension des régimes[504], ne sont couverts que par le minimum vieillesse. Il convient néanmoins de rappeler que les dispositifs de

504. En effet, l'attribution des minima de pension est conditionnée à l'obtention du taux plein ce qui réduit de manière non négligeable le champ d'action de ces minima.

minimum contributif répondent à une philosophie différente de celle du minimum vieillesse et visent précisément à avantager les assurés à carrière complète. Le risque financier lié à une augmentation des dépenses au titre de l'ASPA que soulève la Cour n'est pas avéré : le niveau des pensions continue et continuera en effet à augmenter au fil des générations, du fait de la progression des salaires, mais aussi de la progression de l'activité féminine notamment, et la fragilisation des carrières des plus jeunes ne semble pas suffisante pour remettre en cause la baisse tendancielle du nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse depuis les années 1960. Certaines des pistes proposées pour améliorer l'efficacité du minimum vieillesse sont intéressantes. En particulier, il apparaît important d'informer plus régulièrement les assurés potentiellement éligibles au minimum vieillesse afin de limiter le non-recours et assurer l'effectivité des droits, l'éligibilité pouvant intervenir plusieurs années après la liquidation de la pension de retraite ; de clarifier et de rendre soutenable le financement du minimum vieillesse. En revanche, nous ne pouvons souscrire à toute proposition contradictoire avec l'objectif affiché par la Cour, que nous partageons, de sécuriser la situation financière des personnes âgées les plus modestes.

Au-delà, le Gouvernement a annoncé une réflexion globale sur le système de retraite en 2013, pour faire suite à la mesure de justice immédiate concernant les possibilités de départ à 60 ans. Lors de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012, en accord avec les partenaires sociaux, un calendrier en trois étapes a été défini : suite à la phase de diagnostic, qui se déroulera entre septembre 2012 et début 2013, une commission ad hoc formulera différentes pistes de réforme à plus ou moins long terme sur la base de consultations menées auprès de l'ensemble des acteurs concernés qui nourriront une phase de concertation entre le Gouvernement et les partenaires sociaux à compter du printemps 2013. C'est dans ce cadre que la réflexion sur la solidarité envers les retraités devra s'inscrire.

S'agissant de la politique à l'égard des familles, la Cour considère que le risque accru de pauvreté de certaines familles et le nécessaire retour à l'équilibre de la branche famille appellent à revoir son économie d'ensemble. Concernant ce risque de pauvreté, la solidarité à l'égard des familles les plus modestes constitue un axe majeur de la politique du Gouvernement, comme en témoigne la revalorisation de l'allocation de rentrée scolaire de 25 % décidée pour la rentrée 2012. Concernant l'économie d'ensemble, la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012 a mis en évidence la nécessité d'adapter notre protection sociale à l'évolution des besoins sociaux. Dans ce cadre, une réflexion va être engagée avec l'ensemble des acteurs de la politique familiale. Le Haut conseil de la famille aura pour mission d'identifier les évolutions structurelles nécessaires pour s'assurer du caractère soutenable de l'évolution des dépenses tout en préservant les intérêts des plus démunis.

En termes de gestion, la Cour souligne la nécessité de maîtriser les coûts de gestion des caisses de sécurité sociale. A cet égard, nous rappelons que les organismes de sécurité sociale (OSS), qu'ils relèvent du régime général ou des autres régimes, s'inscrivent depuis plusieurs années déjà dans une démarche très volontariste de réduction des coûts de gestion.

S'agissant plus particulièrement des systèmes d'information de la branche famille à laquelle la Cour consacre des développements spécifiques dans son rapport, nous rejoignons très largement les observations de la Cour sur la nécessité de réorganiser la fonction informatique de cette branche dans un objectif d'efficience et de moins grande dispersion des structures.

Nous serons particulièrement attentifs aux attentes fortes de la Cour sur le recentrage des objectifs stratégiques du système d'information de la CNAF ainsi que sur la réorganisation en profondeur de la maîtrise d'œuvre et de son articulation plus efficiente avec la maîtrise d'ouvrage qui devront irriguer le schéma directeur lié à cette nouvelle convention.

Concernant le régime des indépendants, la Cour a retracé les grandes difficultés rencontrées depuis la décision de création du régime social des indépendants (RSI) et de l'interlocuteur social unique (ISU) pour assurer la conduite de ces réformes. Malgré l'effort déployé depuis pour limiter les conséquences subies par les assurés, cet échec est symptomatique d'une réforme conduite dans la précipitation. Le Gouvernement est toutefois déterminé à rétablir des conditions de fonctionnement normales pour le RSI.

L'encaissement des cotisations qui n'avaient pu être payées à bonne date par les assurés, en raison de ces dysfonctionnements, et dont le montant est évalué par l'administration et les organismes à environ 700 M€ en 2012, a été entrepris. Il se poursuivra encore en 2013. Même s'il est possible qu'une perte définitive – partielle - soit constatée nous rappelons l'intérêt pour les assurés eux-mêmes d'en acquitter la plus grande part pour acquérir normalement leurs droits à l'assurance retraite.

Nous partageons la recommandation de la Cour d'assurer au plus vite le fonctionnement correct de fonctions essentielles du recouvrement, notamment les relances amiables, ainsi que le recouvrement forcé en cas de non-paiement. Les premiers résultats de l'année 2012 sont encourageants. Conformément à la recommandation de la Cour, un audit du chantier de rénovation du système d'information, qui doit permettre de stabiliser le fonctionnement, sera diligenté.

Le Gouvernement restera mobilisé au côté du RSI et de ses assurés jusqu'au rétablissement complet d'un fonctionnement efficace, qui ne peut être réalisé, ainsi que l'enseigne la crise de l'ISU, que par l'exercice d'une coresponsabilité des deux réseaux concernés sur le recouvrement des cotisations.

Convaincu que l'indispensable retour à l'équilibre des comptes sociaux est possible dans la justice, le Gouvernement est pleinement engagé dans la démarche volontaire et méthodique de redressement que la Cour appelle de ses vœux.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DE L'ECOLOGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'ENERGIE

J'ai pris connaissance avec intérêt de ce travail d'analyse approfondi des réformes des régimes spéciaux de retraite de la SNCF et de la RATP.

Le projet d'insertion formule deux recommandations :

« Transmettre au Parlement des informations annuelles détaillées et actualisées sur la montée en charge des réformes des régimes de la SNCF et de la RATP comprenant notamment des éléments sur l'évolution du comportement de départ des agents ainsi qu'une estimation de l'équilibre prévisionnel des régimes à moyen et long terme selon diverses hypothèses ».

Je tenais à porter à votre connaissance que les réponses aux questionnaires parlementaires, adressés annuellement au Parlement, comportent des informations annuelles détaillées et actualisées répondant à la recommandation.

« Imposer une plus grande transparence à la SNCF et à la RATP en prévoyant qu'elles fournissent, en annexe à leur bilan social annuel, une évaluation prévisionnelle, selon des critères méthodologiques rigoureux, des coûts salariaux générés par le vieillissement de la pyramide des âges et du coût spécifique des mesures d'accompagnement liés aux réformes des régimes de retraite de leurs agents ».

La suggestion d'annexer une évaluation prévisionnelle des coûts salariaux induits par le vieillissement de la pyramide des âges au bilan social des entreprises nous paraît devoir être soutenue. Mais sa portée excède les seules entreprises sous revue.

En effet, le bilan social est une obligation découlant d'une disposition législative prévue par le code du travail, applicable à la généralité des entreprises et établissements dont l'effectif excède 300 salariés.

La loi lui assigne pour objectif de dresser le bilan dans le domaine des réalisations effectuées par l'entreprise dans l'année et les deux précédentes années écoulées.

La liste des informations à fournir que précise un décret en Conseil d'État ne prévoit pas à ce jour d'obligations de fournir des évaluations prévisionnelles.

Le bilan social est par ailleurs soumis à la consultation des comités d'entreprise.

La recommandation pose la question générale de la consultation du comité d'entreprise sur les conséquences des évolutions de pyramide des âges de l'entreprise et de ses conséquences sur le régime de retraite pour les salariés, notamment si ceux-ci bénéficient d'un régime spécial propre à l'entreprise.

Cette observation me paraît dès lors devoir être soumise à l'examen du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, du ministre de l'économie et des finances et de la ministre des affaires sociales et de la santé.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DE L'ARTISANAT, DU COMMERCE ET DU TOURISME

Vous avez bien voulu me transmettre un extrait du projet de rapport mentionné en objet concernant la réforme du Régime social des indépendants (RSI) et de l'interlocuteur social unique (ISU), que la Cour des comptes propose de publier prochainement.

Les bénéfices attendus de cette réforme importante étaient à la fois une simplification des démarches pour les chefs d'entreprises, avec la mise en place d'un seul interlocuteur au lieu de trois auparavant, un gain d'efficience et des économies de gestion pour les gestionnaires.

Mais la mise en place de 1'ISU a été entravée par des difficultés de fonctionnement de la gouvernance et des dysfonctionnements techniques, notamment informatiques. Ces derniers persistent encore largement malgré la mobilisation des pouvoirs publics et des organismes de sécurité sociale concernés.

Tant en termes de qualité de service et de gestion pour les assurés qu'au plan financier le retour à un niveau normal de recouvrement des cotisations et le recouvrement des créances du RSI constituent un impératif majeur.

Je partage donc pleinement la volonté de la Cour de sécuriser le dispositif et ses recommandations destinées à garantir le redressement rapide et complet du fonctionnement de l'ISU.

Compte tenu des risques identifiés par la Cour sur les prochaines étapes du projet remanié, je suis en particulier favorable à 1'engagement dans les meilleurs délais d'un nouvel audit approfondi du futur système d'information partagé entre les deux organismes concernés, le RSI et l'ACOSS, afin de s'assurer de sa pertinence et d'en maîtriser l'aboutissement et je prends note que si toutes les garanties n'étaient pas apportées par cet audit, des solutions alternatives devraient être expertisées.

PREMIERE PARTIE – LES COMPES ET LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre II
L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

1. Sur l'exécution de l'ONDAM 2011

(…) Outre la conjoncture épidémique favorable, un autre phénomène a contribué à minorer l'année 2010 et *a contrario* à majorer l'année 2011 ; on a observé en effet un report de soins significatif de décembre 2010 sur janvier 2011, attribuable sans doute à la fois aux conditions météorologiques exceptionnelles du mois de décembre et à la configuration particulière des congés de fin d'année, qui ont manifestement conduit les assurés à reporter des rendez-vous de soins sur le début de l'année suivante. (…)

Sans nier l'avantage que constitue une exécution de l'année de base inférieure au montant ayant servi de base de construction à l'ONDAM, on peut craindre que cette façon de présenter les choses fasse passer au second plan les effets réels de la politique de régulation et de maîtrise des dépenses. Même avec un avantage de base, il a été nécessaire de « tenir » le taux de croissance des dépenses : 2,8% alors que le tendanciel était de 4,7% pour les soins de ville. Et si l'on tient compte d'un début d'année majoré par des reports de soins de 2010, le fait d'avoir limité l'évolution à 2,8% constitue d'autant plus une bonne performance. (…)

2. Sur la méthodologie de la construction de l'ONDAM

Le problème de la base : la CNAMTS souscrit à cette proposition de revenir sur les écarts prévisions-réalisations sous une forme plus systématique qu'aujourd'hui (car cette analyse est quand même réalisée en partie dans le groupe de suivi statistique de l'ONDAM, notamment pour la base, après la commission de septembre). II n'est pas certain cependant que la prévision puisse être sensiblement améliorée par l'analyse de ces écarts passés, dont le sens et les facteurs explicatifs varient selon les années.

Le problème du tendanciel : si pour les soins de ville, des méthodes statistiques (DSS, CNAMTS) sont utilisées pour prolonger les tendances connues, la DGOS (secteurs hospitaliers) et la CNSA (secteur médico-social) ont recours à des méthodes économiques pour déterminer leurs besoins de financement. Ces méthodes ne couvrant pas des périmètres de charges identiques rendent délicate l'analyse comparée des réalisations des différents secteurs de l'ONDAM.

3. Le constat de l'ONDAM

La Cour suggère que l'ONDAM de l'année N soit suivi sur les trois exercices suivants de façon à améliorer le dénouement des provisions. Pour ce faire, la Cour propose que la commission des comptes de la sécurité sociale rende compte d'un ONDAM durant ces trois années. La CNAMTS rejoint cette proposition. (…)

DEUXIEME PARTIE – LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DE CERTAINES REFORMES

Chapitre VI
Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP

REPONSE DU PRESIDENT DE LA SNCF

(…) Le régime spécial de retraite du personnel du cadre permanent de la SNCF est le régime d'une seule entreprise. Comme le constate à juste titre la Cour des comptes, toute réforme d'envergure des règles de ce régime, en particulier celles visant à prolonger l'activité et à reporter l'âge de départ à la retraite, a pour conséquence immédiate d'accroître significativement les charges de personnel de l'entreprise au moment où le secteur ferroviaire connaît lui-même de profondes transformations à la suite de l'ouverture à la concurrence des transports ferroviaires. L'exigence de compétitivité et de maîtrise des coûts de production est durablement affaiblie par le choc macro financier induit par les réformes du régime spécial, chiffré par la Cour à 4,73 Md€ 2010 pour la présente décennie. Cette situation met aussi en évidence les fortes contraintes qu'imposent l'existence et le financement du régime spécial sur la capacité de la SNCF à aborder dans les meilleures conditions l'ouverture à la concurrence.

La SNCF n'a pas d'objection au suivi régulier des coûts induits par la réforme. C'est ce qu'elle fait depuis le démarrage de la réforme du régime spécial. Il convient toutefois de souligner que la référence aux charges de personnel qui auraient été versées sans les réformes du régime spécial devient de plus en plus hypothétique et conventionnelle au fur à mesure qu'on s'éloigne de l'année 2008. En outre, depuis cette date, les politiques de recrutement et de rémunération ont été adaptées pour maîtriser la croissance des charges de personnel. (…)

REPONSE DU PRESIDENT DIRECTEUR GENERAL DE LA RATP

(…) Au terme de l'ensemble de ces échanges, la RATP prend acte des observations et recommandations formulées, pour ce qui la concerne. (…)

REPONSE DU PRESIDENT DE LA CAISSE DE RETRAITES DU PERSONNEL DE LA RATP (CRP RATP)

(…) La CRP RATP s'étonne que la Cour relève des « défaillances... dans les estimations produites par les caisses »

La Caisse transmet régulièrement des prévisions à moyen et long terme relatives aux perspectives financières du régime à ses tutelles, à la commission des comptes de la sécurité sociale et au COR. Ces travaux sont réalisés à partir d'outils de prévision et de simulation qui ont été éprouvés depuis de nombreuses années et confrontés aux résultats antérieurs. Ils utilisent des normes et standards de place.

Enfin, la CRP RATP tient aussi à souligner que l'établissement d'outils de prévision et simulation à méthodologie commune aux régimes de retraite de la RATP et de la SNCF lui parait difficilement envisageable, chacun des régimes ayant des caractéristiques différentes (structures de population, règles des régimes, comportement de départs des assurés distincts, ...) sauf à s'en tenir à une approche méthodologique très générale. (…)

Chapitre VII
Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique

REPONSE COMMUNE DES DIRECTEURS DU REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS (RSI) ET DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

Les directeurs de l'ACOSS et du RSI prennent acte des constats faits par la Cour sur le processus de décision qui a conduit aux difficultés lourdes et durables qu'ont subi de nombreux assurés du RSI et qui a affecté l'efficacité du recouvrement.

Ils notent cependant tout particulièrement que la Cour a pris la mesure de l'engagement des deux réseaux, et notamment des agents au contact de ces assurés, pour apporter les solutions palliatives que les systèmes de gestion informatisés ne pouvaient apporter.

Le directeur du RSI tient également à souligner l'engagement des administrateurs élus, représentant les assurés dans les conseils d'administration des caisses du RSI, généralement favorables à l'institution de l'interlocuteur social unique, mais réservés ou en désaccord sur les

modalités de mise en place arrêtées en 2007, à informer dès 2008 les autorités de l'ampleur des difficultés et à relayer sans relâche les réclamations légitimes des cotisants. Les deux directeurs souhaitent par ailleurs rappeler la très forte implication de leurs conseils d'administration dans le suivi de la réforme de l'Interlocuteur social unique puis dans les différentes mesures correctrices mises en œuvre. Ainsi, une formation informelle commune aux deux conseils d'administration se réunit régulièrement et chaque réunion de conseils d'administration donne lieu à un point de situation complet.

Comme le souligne la Cour, les directeurs de l'ACOSS et du RSI soulignent la problématique de tout exercice de chiffrage, compte tenu notamment :

- de la difficulté à déterminer la base de référence des niveaux historiques de recouvrement dans les anciens réseaux, préexistant à l'ISU, les méthodologies étant à l'époque disparates,

- des difficultés à prendre en compte les changements de réglementations intervenus à l'occasion de l'ISU dans la comparaison (notamment le changement du rythme des échéances et la généralisation de la régularisation post-radiation) ainsi que l'impact du contexte économique,

- du rythme soutenu depuis la fin 2010 et se poursuivant en 2012, des recouvrements sur exercices antérieurs résultant des efforts conjoints des deux réseaux qui aboutissent à des rappels de cotisations après corrections des anomalies, l'impact financier des dysfonctionnements se réduisant progressivement en conséquence,

- des encaissements supplémentaires obtenus grâce à la mise en place de l'ISU, résultant de la révélation, à partir de 2008, de comptes incomplets d'assurés (plus de 100 000) qui ne cotisaient antérieurement que pour une partie des risques, situation alors irrégulière mais non connue en l'absence de rapprochements entre les différents réseaux.

Au total, l'impact financier réel de la mise en place de l'ISU ne pourra être analysé qu'ultérieurement, et à ce stade, les évaluations auxquelles l'ACOSS et le RSI ont procédé sont en-deçà de la fourchette formulée par la haute juridiction.

Les directeurs de l'ACOSS et du RSI tiennent également à rappeler l'ampleur des travaux menés conjointement et sous l'égide de la tutelle depuis la mise en œuvre de l'ISU, dans une période marquée par ailleurs par une forte activité réglementaire dans le domaine de la protection sociale des travailleurs indépendants (réforme de l'auto-entrepreneur notamment). Organisées en mode de gestion de crise, les deux caisses nationales ont ainsi accompagné les deux réseaux tant en termes de pilotage que de moyens temporaires (constitution d'une « task force » en 2010 et plans successifs de traitement des « restes à faire informatiques»). C'est donc grâce aux actions correctrices engagées dès 2008 et à l'aboutissement de lourds travaux

conjoints d'adaptation des chaînes de gestion dans les années 2009-2010, que les deux réseaux ont pu, à partir de 2011, mettre en place des nouvelles modalités de pilotage national et régional de nature à accélérer le retour progressif vers un fonctionnement normalisé du recouvrement.

Les directeurs de l'ACOSS et du RSI partagent toutefois les constats faits par la Cour sur l'impact durable des dysfonctionnements initiaux sur la qualité et l'efficacité du recouvrement. Cela justifie l'enchaînement de plans d'actions priorisées dans l'attente du déploiement du nouveau système d'information (système commun dédié et partagé - SCDP) à l'horizon 2014.

Ils confirment à la Cour être extrêmement sensibles à la nécessité de maîtriser les risques inhérents à la mise en place à l'horizon 2014 du nouveau système informatique de gestion dédié au recouvrement des cotisations des indépendants et partagé par les deux réseaux. Dans le cadre souhaité par la Cour, un audit de sécurisation du calendrier est engagé. Ses résultats seront examinés à l'automne 2012 par le comité stratégique conjoint aux deux réseaux pour permettre de stabiliser le plan d'actions et le calendrier en vue d'un déploiement de SCDP programmé en juillet 2014, selon des modalités en cours de définition, notamment techniques et organisationnelles, qui devront donner toutes les garanties de bon fonctionnement avant toute décision de mise en service.

Les deux directeurs sont naturellement tout à fait favorables à ce que l'identification de leviers de progrès en termes de qualité et d'efficience soit poursuivie. Cela permettrait de stabiliser le cadre de mutualisation et de gestion conjointe dont l'ébauche est constituée par les équipes mixtes régionales mises en place en septembre 2011, et à optimiser la répartition entre les deux réseaux de certaines tâches précises afin d'éviter des redondances d'activités comme cela a été fait par exemple par la mission confiée au RSI d'assurer sur le site d'Auray la pré-affiliation des travailleurs indépendants pour l'ensemble des organismes de protection sociale.

S'agissant de la recommandation relative à la mise en œuvre de toutes les diligences concernant les créances non recouvrées, les deux directeurs rappellent, comme ils l'ont indiqué à la Cour, que cette approche est celle retenue, en prenant en compte, dans un contexte économique dégradé, la capacité des travailleurs indépendants à acquitter les montants dus, notamment en leur proposant des délais de paiement.

Enfin, s'agissant de l'examen proposé par la Cour de la répartition des compétences entre les deux réseaux, les directeurs rappellent l'ampleur des investissements menés depuis 2008 et des efforts à poursuivre pour fiabiliser les processus et les fichiers des comptes des cotisants, faire évoluer leurs applicatifs de gestion et organiser un pilotage conjoint des deux réseaux. Ils estiment donc qu'une décision radicale, confiant non plus aux deux réseaux mais à l'un ou à l'autre, la gestion du processus global du recouvrement risquerait d'entraver aussi bien la poursuite des progrès de plus en plus

tangibles, que les chantiers urgents et incontournables de rénovation complète des chaînes informatiques de gestion administrative (affiliation-radiation) et du recouvrement des cotisations. Ils rappellent en outre que la réglementation applicable aux artisans et commerçants conditionne le bénéfice ou le montant des prestations en espèces servies aux artisans et commerçants (IJ, invalidité, retraite) au paiement régulier des cotisations, ce qui conduit nécessairement à une intrication forte des systèmes gérant le recouvrement à ceux gérant les prestations.

Chapitre VIII
La mise en place des agences régionales de santé

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(…) Concernant la mise en place des programmes pluriannuels régionaux de Gestion du Risque : ce programme de Gestion du Risque doit s'opérer dans un contexte budgétaire de réduction d'effectifs. C'est la raison pour laquelle, afin d'être efficiente, la CNAMTS a donné la priorité aux actions nationales pour lesquelles des résultats pourraient être atteints, et n'a pas souhaité multiplier les actions complémentaires, notamment entre l'ARS et les organismes locaux d'Assurance Maladie, lorsque l'analyse médico économique était insuffisante et les résultats mal assurés.

Concernant l'accès au Système d'Information (SNIIRAM) : celui-ci n'est intervenu qu'au printemps 2012, comme le souligne la Cour, parce qu'il a été indispensable, préalablement, de mettre en œuvre des processus permettant de conserver l'anonymat des données individuelles des professionnels de santé.

De la même façon, la diffusion partagée des lettres réseau n'est intervenue que fin 2011, dans le cadre d'un accord de principe entre le directeur général et la Secrétaire Générale du ministère, après calage des différentes modalités d'intervention, de fonctionnement et d'organisation des échanges entre les 2 réseaux.

En conclusion sur cette partie, le périmètre d'intervention entre les ARS et l'Assurance Maladie est désormais clairement défini de part et d'autre. Une collaboration active s'est mise en place entre la Direction Générale et le Secrétariat Général et il y a bien aujourd'hui, en matière de Gestion du Risque, une gestion partagée entre la CNAMTS et le ministère de la santé. La CNAMTS sera par ailleurs amenée, dans le cadre des propositions du rapport charges et produits pour 2013, a recommandé d'amplifier les programmes structurés de gestion de risque. (…)

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

(…) La MSA n'est pas favorable à une modification des contrats de travail des personnels MSA en place actuellement dans les ARS.

Au demeurant, si la complexité de la gestion des personnels des ARS est inhérente à leur construction et le demeurera probablement un certain temps, notamment en raison de la pluralité des statuts de la fonction publique, je précise que la MSA a apporté aux ARS non seulement une assistance juridique mais aussi une aide technique appréciée en désignant la caisse MSA de Sud Aquitaine interlocutrice unique des ARS pour la gestion de la paie.

Je souhaite par ailleurs informer la Cour que la MSA a d'ores et déjà accepté que tous les nouveaux recrutements sur les postes MSA vacants, soient désormais réalisés sous conventions collectives UCANSS. (…)

TROISIEME PARTIE – L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS

Chapitre IX
Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale

REPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM)

NOTE GENERALE

La lecture de document appelle de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins une remarque préalable d'ordre général. En effet, (…) le chapitre proposé apparait trop souvent d'ordre interprétatif, voire à charge. Celui-ci, en reprenant de façon approximative voire erronée un certain nombre de données choisies et isolées du contexte global, conduit à des conclusions dans lesquelles il ne se reconnait pas.

Ce chapitre est basé sur l'analyse des données des années 2007 à 2010. Elle recouvre deux périodes différentes de la vie de l'Ordre. L'une se situe avant la promulgation de la loi du 21 juillet 2009, dite HPST, qui a porté réforme de son fonctionnement. L'autre, pour 2010, concerne la 1ère année de mise en œuvre de ce dispositif et n'a pas pris en compte les évolutions postérieures appliquées par l'Ordre des médecins apportant de facto des

réponses à un certain nombre d'affirmations ou de critiques formulées sur l'analyse des périodes antérieures.

Le contrôle du respect et de la déontologie

En ce qui concerne le tact et mesure**,** le Conseil national a choisi comme orientation stratégique d'intervenir dans le cadre d'une coopération avec l'ensemble des acteurs institutionnels : ministère chargé de la santé, associations d'usagers et organismes de sécurité sociale.

Pour ce qui est des usagers, le Conseil national rappelle que c'est grâce à sa participation active aux travaux du comité ministériel de suivi pour "l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU" faisant suite au rapport de M. CHADELAT (1ère réunion le 29 mars 2007) qu'il a obtenu que les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, puissent saisir le Conseil national ou le conseil départemental au Tableau duquel le médecin est inscrit au nom des usagers pénalisés (article R.4126-1 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010). Cela permet ainsi de faciliter l'accès direct à l'Ordre par ces personnes en situation de précarité.

S'agissant des organismes de sécurité sociale, le principe de la coopération a bien été acté par le Directeur général de la CNAMTS dans sa lettre au Président du Conseil national en date du 30 avril 2009 faisant suite au traitement exemplaire par le conseil départemental de la Ville de Paris, en lien avec le Conseil national et la CPAM de Paris, du problème de dépassements d'honoraires de 12 praticiens signalés. Dans cette lettre le Directeur général se félicite de la bonne coopération avec l'Ordre et ne doute pas de son engagement à la poursuivre pour garantir aux patients un égal accès aux soins dont ils ont besoin.

Cette procédure a été officialisée par la loi du 21 juillet 2009, dite HPST, aux travaux préparatoires de laquelle le Conseil national a participé dès le départ tant au niveau ministériel que législatif. Cette loi a mis en place d'une part le partenariat entre les caisses primaires d'assurance maladie et les conseils départementaux en créant une commission mixte chargée d'instruire les refus de soins illégitimes composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie chargée de mener une conciliation dans les trois mois de la réception de la plainte (article L.1110-3 du code de la santé publique). A ce jour son décret d'application n'est toujours pas publié. D'autre part, ce même texte contraint les caisses à transmettre à l'Ordre les informations recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un Ordre professionnel. Cette mesure prévue à l'article L.162-1-19 du code de la sécurité sociale n'est pas assujettie à la publication d'un décret.

Or, la lettre réseau d'accompagnement du dispositif de transmission n'a été adressée par la CNAMTS aux caisses primaires que le 30 mai 2011 soit presque deux ans après la promulgation de la loi HPST. Les premiers signalements n'ont été notifiés, selon les départements, qu'à la fin 2011 et au début 2012 de surcroît au compte-goutte; ce qui permet au Conseil national de constater qu'enfin la procédure qu'il souhaite se met en place et de penser que la stratégie qu'il a retenue est bien la bonne même si ses résultats se font attendre.

Nous rappellerons par ailleurs que des contacts sont pris de longue date avec la Chancellerie sur le fondement de l'article L. 4126-6 du code de la santé publique afin que les Ordres départementaux soient systématiquement informés des condamnations pénales devenues définitives notamment celles concernant des faits de nature anti déontologiques afin de permettre à ces derniers d'agir. Ce circuit est encore aujourd'hui embryonnaire.

L'Ordre national des médecins a été systématiquement présent pour rappeler sa volonté de voir simplifier les relations entre les divers partenaires, renforcer la démarche déontologique et éviter les redondances de voies d'intervention. En effet, comme le souligne la Cour des comptes coexistent 5 voies de traitement du même fait ne communiquant pas entre elles. La seule voie qui puisse garantir l'usager de santé est celle qui consiste à ce que chacun des acteurs saisisse l'Ordre des médecins afin de juger des infractions déontologiques dans le cadre des juridictions ordinales compétentes.

Ainsi donc s'il apparait à la Cour que les résultats en matière de traitement du tact et de la mesure pourraient être améliorés, force est de constater que le choix politique fait par le Conseil national de coopérer avec l'ensemble des acteurs n'a pas encore trouvé l'écho attendu même lorsque des textes de lois l'impose.

Dans ces conditions, le Conseil national de l'Ordre des médecins pour renforcer son action a entamé dès octobre 2011 une réflexion interne sur "l'accès aux soins" dans toutes ses composantes notamment en matière de tact et de mesure. Ces réflexions ont trouvé leur aboutissement lors du séminaire annuel du Conseil national de mai 2012 sous forme de recommandations de l'Ordre national des médecins envoyées à Mme le ministre des Affaires sociales et de la santé et présentées par le Président du Conseil national lors d'une conférence de presse le 29 mai 2012.

Parmi ces recommandations et concernant le tact et la mesure, le Conseil national recommande que :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents de ceux du tarif opposable (secteur 2) réservent au moins 30 % de leur activité au tarif du secteur 1;
- le plafonnement des dépassements d'honoraires;

- la modulation des dépassements en fonction notamment du patient et du reste à charge qu'il peut assumer.

Le fonctionnement des chambres disciplinaires

L'Ordre ne sanctionnerait pas assez souvent ni assez sévèrement. La Cour relève, à juste titre, que la baisse des saisines des chambres disciplinaires de 1ère instance est en grande partie liée à l'efficacité des conciliations organisées par les conseils départementaux. Mais en raison des nouvelles dispositions permettant "l'appel patient", l'activité de la Chambre nationale d'appel s'accroit de façon significative, ce qui explique d'ailleurs l'allongement du traitement des dossiers. De fait, toutes choses confondues, il n'y a pas de diminution du nombre des décisions, donc des sanctions.

Ensuite, comment la Cour peut-elle porter un jugement de valeur sur les décisions rendues chaque affaire étant "in fine" particulière, sinon à introduire une suspicion de corporatisme des instances disciplinaires alors même que la réforme a introduit la présidence des chambres de 1ère instance par un magistrat. Ce dernier est garant de décisions justes et objectives, comme l'est depuis toujours le Conseiller d'Etat, Président de la Chambre nationale d'appel. D'ailleurs, les chiffres d'annulation en appel des décisions de 1ère instance sont en nette diminution sur la période étudiée. Enfin, si l'Ordre jugeait mal, comment expliquer que si peu de recours soient admis en cassation devant le Conseil d'Etat.

L'Ordre national qui prend connaissance de l'ensemble des décisions rendues par les juridictions de 1ere instance ne manque pas, certes dans de rares cas, de faire appel a minima des décisions qui lui paraissent inappropriées.

L'affirmation selon laquelle "le déroulement de la procédure ne permet pas de développer de façon spécifique le point de vue du patient" n'est plus recevable dans la mesure où ce patient, devenu partie, éventuellement assisté d'un avocat, bénéficiant du droit à l'appel est entendu à hauteur du médecin poursuivi.

Enfin, la lutte menée par l'Ordre dans l'intérêt de ce même patient, afin de le soustraire à la dangerosité du médecin insuffisant professionnellement n'a toujours pas reçu l'appui réglementaire nécessaire. Dans son rapport, il est regrettable que la Cour n'insiste pas suffisamment sur la carence de l'Etat dont on espère depuis plus de 2 ans la publication d'un décret donnant à l'Ordre les moyens dont il manque.

Sur les recommandations

"Moderniser et adapter l'organisation territoriale de l'ordre au pilotage régional du système de soins en transférant progressivement les missions jusqu'à présent exercées au niveau départemental aux conseils régionaux".

Le Conseil national ne peut qu'adhérer à cette recommandation tout en restant opposé au transfert des missions des conseils départementaux vers les conseils régionaux. Il propose au contraire de les développer dans leurs spécificités départementales et régionales. La proximité que constitue l'échelon départemental est une garantie apportée à l'usager de santé et aux professionnels d'accès rapide à l'Institution.

"Clarifier et mieux articuler les différents dispositifs concourant au contrôle du tact et de la mesure dans les honoraires."

Comme cela a été indiqué plus haut, ces dispositifs reposent sur la coopération entre les acteurs intéressés. Le rôle central étant confié à l'Ordre national avec les moyens correspondants, il persiste à les demander sans les obtenir jusqu'à présent.

"Doter le conseil de l'ordre de pouvoirs renforcés en matière du contrôle des relations des médecins avec l'industrie en conférant un caractère obligatoire à l'avis rendu sur un contrat ou une convention, quel qu'en soit l'objet, le défaut d'avis conforme interdisant alors, sous peine de sanction, l'exécution du contrat ou de la convention".

Le Conseil national partage totalement cette recommandation qu'il avait d'ailleurs tenté de faire inscrire dans la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011.

"Etablir un protocole d'échange d'informations entre l'ordre et la DGCCRF afin de renforcer la transparence et le contrôle des relations entre médecins et industries".

Plus qu'un protocole, l'Ordre des médecins demande la mise en place de mesures d'ordre réglementaire obligeant la communication à la DGCCRF des manquements aux textes régissant les relations entre médecins et industrie.

ANNEXE A LA NOTE GENERALE DU CNOM

(…) L'affirmation suivant laquelle l'Ordre des médecins rencontrait avant 2003 de grandes difficultés à faire respecter le devoir déontologique de permanence des soins manque singulièrement de nuances, au regard de l'implication effective des médecins dans la permanence des soins et du service rendu à la population. (…) A propos de la diminution du nombre de volontaires, le rapport ne fait aucune allusion à la question de l'assurance des médecins effecteurs dans le cadre de leur mission de service public. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est pourtant intervenu à de nombreuses reprises auprès du législateur pour que l'Etat assure les médecins pour les dommages qu'ils sont susceptibles de subir comme l'expérience l'a démontré dans le cadre de leur activité de permanence des soins. (…)

L'Ordre est facilitateur et expert mais son rôle est bien plus large. II a été et reste le moteur du processus de re-sectorisation. II a également eu à gérer, auprès des patients, la montée en charge de la régulation médicale qui n'a fait l'objet d'aucune communication de la part des pouvoirs publics. (…)

La permanence des soins, de façon générale, est une activité chronophage et coûteuse et les conseils départementaux lui consacrent beaucoup de temps comme le démontrent les enquêtes effectuées par le Conseil national.

En conclusion, si l'Ordre des médecins n'est plus « l'organisateur exclusif » de la permanence des soins, il en reste un acteur essentiel par le développement des moyens mis à disposition et les Ordres régionaux et départementaux sont les interlocuteurs incontournables de l'agence régionale de santé pour l'élaboration du cahier des charges régional et sa mise en œuvre effective. (…)

OBSERVATIONS DES PRESIDENTS DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE ET DE LA SECTION DES AFFAIRES SOCIALES DU CNOM ANNEXEE A LA REPONSE DU CNOM

(…) Il ne peut y avoir décisions, et le cas échéant, sanctions, que pour autant que les instances intéressées sont saisies, soit par les patients, soit par les instances de l'ordre des médecins, elles-mêmes dûment saisies par des patients ou usagers ou par les organisme d'assurance maladie. Or force est de constater le faible nombre de saisines de patients – d'autant que le nombre de plaintes est tempéré par l'aboutissement d'un nombre non négligeable de conciliations - et le faible nombre de signalements des organismes d'assurance maladie auprès des conseils départementaux. (…)

REPONSE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE LA VILLE DE PARIS

(…) Le Conseil Départemental n'a ni accès aux informations concernant les honoraires pratiqués par les médecins, ni de pouvoir d'enquête. Il ne peut être informé des honoraires (et en conséquence des éventuels dépassements) que par les caisses d'assurance maladie ou, isolément, par les patients en cas de plainte ou de doléances en la matière. Dans ces cas, le Conseil Départemental peut alors porter plainte contre les médecins concernés s'il estime que « le tact et la mesure » dans la fixation des honoraires n'ont pas été respectés.

Dès que le Conseil Départemental a été informé par lettre de la CPAM de Paris des dépassements d'honoraires importants pratiqués par 12 PU-PH, il a décidé de les convoquer pour recueillir leurs explications. Au cours de ces entretiens individuels qui se sont tenus en septembre 2009, ces médecins se sont engagés par écrit à moduler leurs honoraires.

Après une enquête sur le suivi des honoraires de ces praticiens (que seule la CPAM avait la possibilité de mener), cette dernière a signalé au Conseil Départemental, en mars 2012, que deux des praticiens concernés n'avaient pas respecté leur engagement.

Conformément à sa mission, Conseil Départemental a déposé une plainte à l'encontre des deux médecins concernés en les déférant devant la Chambre disciplinaire de première instance de la Région Ile de France de l'Ordre des Médecins pour manquement à l'article R.4127-53 du Code de la santé publique Cette affaire est actuellement en cours. (…)

Chapitre X
La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

(…) **Généraliser la modulation des prises en charge en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé**

Il apparaît que la proposition consiste en une généralisation d'une prise en charge CPAM basée sur des critères géographiques. Celle-ci pourrait s'appliquer à l'ensemble des cotisations sociales dues soit la maladie et les allocations familiales pour le réseau des unions régionales. Actuellement, seule la prise en charge des cotisations d'allocations familiales des infirmiers est basée sur de tels critères.

Cependant, des avenants aux conventions nationales des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes ont également prévu une prise en charge des cotisations AF sur la base d'un zonage géographique. Une adhésion validée par la CPAM entraîne sa participation au paiement des cotisations maladie des PAM « classique » ainsi que d'une prise en charge totale en matière de cotisations allocations familiales. Mais outre le fait d'exercer dans des zones très sous dotées (définies par les ARS pour cette activité), la prise en charge est subordonnée à des conditions d'exercice dont la vérification ultérieure relève du ressort des CPAM. En cas de non-respect de ces dernières obligations, le contrat peut être dénoncé. En 2012, les conventions des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthoptistes ont actées le principe d'une prise en charge totale des cotisations AF sur la base d'un zonage géographique par activité mais toujours associée à des conditions d'exercice. Les zones géographiques sont là encore déterminées par les Agences régionales de santé par profession. Actuellement, ce travail de zonage n'a été réalisé que pour les infirmiers.

Il apparaît important de signaler que les mécanismes de prise en charge des AF se font sur la base d'une adhésion à un contrat enregistré sur le compte du redevable. Il s'agit d'un mécanisme de gestion individuelle sur la base d'une information CPAM et non d'un traitement automatisé du réseau recouvrement en fonction d'une table géographique. Le praticien qui adhère à ces contrats s'engage à différentes obligations (en matière de tarification…) en contrepartie desquelles il bénéficie d'une prise en charge AF. En résumé : Il ne s'agit pas d'une prise en charge systématique et globale comme celle qui s'applique au niveau des cotisations maladie.

Si la branche du recouvrement est donc capable d'élargir ce mécanisme de zonage géographique aux autres risques, la généralisation de la gestion sur la seule situation géographique ne permettrait pas à la CPAM de contrôler le respect des engagements actuellement applicables aux infirmières exerçant en zones très sous dotées. Néanmoins, une telle modification dans le calcul des cotisations nécessitera des développements informatiques conséquents. Il conviendra de se rapprocher des services compétents afin d'en mesurer la charge.

Mettre ces avantages sociaux au service de la régulation des dépassements d'honoraires

Il s'agirait de réguler les dépassements d'honoraire via une prise en charge des cotisations basée sur la nomenclature des actes remboursables. A ce jour, la prise en charge s'opère sur les revenus conventionnés hors dépassements d'honoraires. Ces derniers, sont notifiés par les CPAM aux intéressés (par le biais des documents SNIR ou des RIAP) et retranscrits par les UR sur les déclarations de revenus pré-remplies. Une requalification des actes ou de la détermination des dépassements d'honoraires reste du ressort de la CNAMTS.

La mise en œuvre d'un tel dispositif est fonction des échanges d'informations avec la CNAMTS. En l'état actuel, il nous est techniquement impossible de reconstituer l'assiette de participation CNAMTS en fonction de la nomenclature des actes. (…)

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(…) La prise en charge des cotisations sociales est un avantage conventionnel pour les professionnels adhérents à la convention nationale en contrepartie de leur respect des tarifs opposables. Elle fait partie intégrante de l'équilibre financier global de chaque accord conventionnel, après négociation des engagements respectifs de l'ensemble des signataires, c'est-à-dire tant au niveau des professionnels de santé que des principaux régimes de l'assurance maladie obligatoire. La modulation de la prise en charge des cotisations en fonction de la densité de professionnels ne serait réalisable qu'en remettant en cause cet avantage consenti aux médecins de secteur I.

Elle devrait donc être imposée par la loi car elle ne pourrait être négociée qu'en contrepartie d'un relèvement des honoraires desdits médecins, ce qui réduit fortement l'intérêt financier de la mesure proposée. (…)

Chapitre XI
Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(…) Concernant la tarification des VSL et des taxis, la CNAMTS a établi un bilan des conventions tarifaires avec les taxis et examine, sur cette base, avec le ministère de la santé et des affaires sociales, les possibilités de modifications de ces conventions pour accroître l'efficience du transport assis professionnalisé.

Le contrôle effectif des factures sera facilité par le projet de facturation en ligne qui est en train d'être développé.

L'amélioration de l'application du référentiel de prescription est par ailleurs prévue dans le cadre d'un autre projet relatif à la prescription en ligne.

Concernant la régulation des prescriptions de transport par l'hôpital, la CNAMTS a souligné la nécessité d'intégrer les taxis à la mise en place des plates-formes de régulation auprès des hôpitaux et s'est opposée à l'organisation de la régulation par les transporteurs sanitaires privés. (…)

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM) DU VAL D'OISE

(…) Près de 2 767 heures de travail ont été nécessaires pour contrôler les 2023 factures ciblées dans le cadre du plan de contrôle (…). Vous le soulignez dans le rapport, les anomalies relevées sont nombreuses et génèrent des indus importants. Il nous est malheureusement impossible de renouveler la fréquence de ce type de contrôle compte tenu de l'importance des ressources à mobiliser pendant plusieurs semaines. (…)

Aujourd'hui, nos pratiques de contrôles des facturations de transports évoluent progressivement pour gagner en efficience. (…)

Chapitre XII
Les activités de soins de suite et de réadaptation

REPONSE DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF)

(…) La Fédération Hospitalière de France partage l'analyse générale et les conclusions de la Cour sur la situation et les enjeux du secteur des soins de suite et de réadaptation. Elle estime toutefois que la responsabilité des pouvoirs publics pour accompagner davantage la création de lits d'amont et d'aval mériterait d'être plus fortement soulignée dans le rapport, tant ce manque de lits est à l'origine d'inadéquations de prise en charge. Une politique active de développement de lits d'amont et d'aval nécessitera une évolution du modèle tarifaire, qui n'incite pas aujourd'hui à la création de ces structures, mais également un effort d'investissement marqué, en particulier pour développer les structures publiques. (…)

REPONSE DE LA FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP)

(…) Vous rappelez à juste titre, notamment dans votre conclusion que « la dynamique du secteur a été encouragée par une planification qui a manqué d'outils d'analyse des besoins, avec pour conséquence une dépense en progression d'autant plus forte et rapide que les efforts de régulation ont été particulièrement tardifs ».

Nous souhaiterions appeler votre attention sur les déclarations récentes d'une Fédération qui laisse entendre qu'il « manque 5 à 7 000 lits de SSR pour améliorer la fluidité de la filière de soins ».

Nous estimons que cette déclaration qui, préfigurerait la conversion massive de lits d'hôpitaux publics en SSR est en totale contradiction avec la régulation des volumes liée à la politique de Gestion Du Risque (GDR) et donc une démarche d'efficience et de pertinence et que loin d'aller dans le sens d'une maîtrise des dépenses, elle représenterait au contraire un coût non négligeable pour la collectivité (…).

REPONSE DE LA FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE A LA PERSONNE (FEHAP)

(…) Tout d'abord, concernant la croissance de l'activité de soins de suite et de réadaptation de statut privé lucratif. (…)

De notre point de vue, c'est l'absence de contrainte d'enveloppe régionale limitant l'initiative des ARH puis des ARS sur les structures privées sous OQN qui a organisé la croissance dissymétrique des trois secteurs d'hospitalisation. (…)

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE BESANCON

(…) L'affirmation selon laquelle le CHRU de Besançon procèderait à des admissions de plus en plus précoces de malades non stabilisés ne relevant pas encore de soins de SSR ne peut recueillir mon accord. Cette affirmation n'est pas vérifiée ni dans la pratique des médecins de l'établissement ni dans les faits, le CHRU n'ayant pas des durées de séjour particulièrement basses par rapport à sa catégorie.

Par contre, la caractéristique du CHRU de Besançon est qu'il est le seul établissement à ne disposer encore à ce jour d'aucun lit de soins de suite en gestion propre. Les transferts internes entre services de court séjour et soins de suite au sein du même établissement ne sont donc pas possibles, alors qu'ils sont pratiqués fréquemment. (…)

REPONSE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA REGION BOURGOGNE

(…) Les admissions précoces en provenances du MCO de patients non stabilisés et ne relevant donc pas des soins de SSR ne sont pas courantes mais existent. L'outil informatique régional d'orientation des patients « Trajectoire » est en cours de déploiement en Bourgogne et de ce fait il devrait permettre d'améliorer et adapter la prise en charge des patients en fonction de leur état de santé et de leurs besoins de rééducation (…).

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE-LA-GAILLARDE

(…) La fragilité évoquée dans le projet de rapport résulte non pas de l'absence de logique formelle de réseau au niveau du centre hospitalier de Brive mais de la difficulté à trouver pour chaque cas individuel une prise en charge personnalisée dans une structure adaptée à l'état de santé et de dépendance du patient, dans des délais compatibles avec les exigences hospitalières.

C'est également la problématique traitée par le SROS du Limousin qui a pour ambition de développer de nouveaux outils de prise en charge permettant de fluidifier l'aval de l'hospitalisation. (…)

REPONSE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA REGION CENTRE

(…) Nous vous précisons que dans le cadre de sa politique de gestion des risques, l'ARS du Centre s'est fixée un objectif d'amélioration de la pertinence des prises en charge et de fluidification du parcours de soins du patient.

Pour cela, l'ARS du Centre va se doter du logiciel "Trajectoire" pour un déploiement escompté fin 2012/début 2013 en vue d'améliorer

l'orientation des patients en SSR, à la suite d'une hospitalisation en court séjour.

De plus, tous ces établissements devront s'inscrire dans un objectif d'amélioration du parcours de soins, notamment entre les SSR et les EHPAD, contractualisé avec l'Agence dans les nouveaux contrats d'objectifs et de moyens actuellement en préparation.

A cet effet, une convention-type, qui vise à faciliter l'accueil des patients et à améliorer la qualité des pratiques, sera généralisée auprès de tous les établissements de soins de suite de la région. (…)

Chapitre XIII
La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé

REPONSE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

La HAS n' pas d'observation particulière sur le document qui lui est soumis, partage entièrement le constat et approuve toutes les orientations proposées. (…)

REPONSE DE LA FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP)

(…) **Concernant la simplification de la démarche de certification**

Si les visites de certification se trouvent allégées du fait de l'introduction d'un système de cotation automatique et, de thèmes prioritaires, il n'en est pas de même pour la préparation de la visite par les établissements qui doivent faire face à un surcroît de travail de formalisation tel que demandé pour chaque étape 1 de chacun des critères.

Cette observation a été de nombreuses fois portée, par la FHP, à la connaissance de la HAS dans le cadre, notamment, des Comités de Concertation. Cette exigence de formalisme est ressentie par les établissements comme excessive, le temps y étant consacré se faisant au détriment de celui nécessaire à la mise en œuvre de véritables actions d'améliorations permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Aussi, sans remettre en cause la nécessité de conserver le manuel actuel, une réflexion devrait s'engager qui permettrait d'alléger les exigences de formalisation de ces étapes 1. (…)

Sur les progrès qualitatifs à réaliser

(…) La mise en œuvre de visites inopinées qui suscite de la part de la FHP des réserves qui ont également été portées à la connaissance de la HAS. (…)

Sur les recommandations

La recommandation n° 51 qui conduirait, à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les ARS à tirer des conséquences financières de la non mise en œuvre des recommandations ou de la non levée de réserves, serait un réel incitatif à permettre à la certification d'avoir une véritable place dans la régulation. Les travaux en cours sur le paiement à la performance qui devrait intégrer les résultats de certification permettront, sans aucun doute, de répondre au mieux à cette problématique.

REPONSE DE LA FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE A LA PERSONNE (FEHAP)

(…) La FEHAP est en accord avec nombre de remarques et propositions contenues dans ce rapport et est régulièrement amenée à les soutenir auprès du ministre de la santé et de la HAS. Concernant la question du financement de la qualité, la FEHAP est très réservée sur l'instauration de financements nationaux sur la base de retraitements statistiques des indicateurs qualité mettant en jeu des constructions et pondérations complexes, très éloignées de la pratique des professionnels de santé et des attentes des usagers. En revanche, une meilleure prise en compte des obligations au titre des rapports de suivi de la certification dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) aurait l'intérêt d'inciter les établissements de santé à progresser. Pourrait ainsi être envisagée une sanction financière en cas de non-respect des engagements pris dans le CPOM à ce titre. (…)

QUATRIEME PARTIE – LA SOLIDARITE A L'EGARD DES RETRAITES ET DES FAMILLES

Chapitre XIV
La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

Sur le champ potentiel des bénéficiaires du minimum vieillesse.

(…) Du point de vue statistique, l'exploitation de l'enquête ERFS (enquête revenus fiscaux et sociaux) permettra de mieux connaître les niveaux de vie des ménages de personnes âgées et en particulier de mieux cerner les ménages de personnes âgées aux très faibles ressources (étude prévue dans le programme de travail 2013 par la Direction Statistiques Prospective et Recherche de la CNAV). (…)

En matière d'information des bénéficiaires potentiels, je tiens à rappeler les actions conduites par le réseau de l'Assurance retraite :

- plusieurs supports d'information sur les allocations du minimum sont à disposition dans les structures d'accueil ou distribuées lors d'événements de type salons ou forums. Il s'agit de la brochure « les allocations du minimum », du dépliant « le minimum contributif », du « guide du nouveau retraité » et de la brochure du GIP info-retraite « Ma retraite Mode d'emploi » ;
- une information est disponible dans trois pages dédiées sur le portail unique www.lassuranceretraite.fr concernant les allocations ASI et ASPA ;
- l'information des assurés sur les allocations du minimum est également effectuée lors des différents salons et événements organisés au niveau national et par chaque région. En 2012, en Ile de France par exemple, la CNAV a participé au Salon des seniors et au Forum emploi des seniors.

Au-delà de ces actions d'information nécessaires, il est loin d'être certain qu'une action « proactive » des caisses de retraite pour détecter d'éventuels bénéficiaires de l'ASPA serait efficace. Le renforcement d'une action partenariale avec par exemple le service social de l'Assurance maladie ou encore les collectivités locales, apparaît une piste plus prometteuse. Dans certains cas, il est clair que l'absence de recours au minimum vieillesse s'explique en raison de la récupération sur succession de cette allocation, c'est justement la raison pour laquelle une telle récupération est prévue. (…)

REPONSE DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)

Je vous remercie de m'avoir transmis les projets des deux chapitres relatifs à la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres (chapitre XIV) et aux dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités (chapitre XV).

Le Conseil d'orientation des retraites attache une importance particulière aux thèmes développés ici par la Cour, puisqu'ils renvoient à la question du niveau de vie relatif des retraités, dont le suivi et l'analyse font partie des missions du Conseil fixées par la loi.

Nous partageons pour l'essentiel les constats et analyses développés dans ces projets de chapitre. (…)

S'agissant de la notion de contributivité, la Cour affirme que le caractère contributif des minima de pension est affaibli par le fait que les régimes qui les financent sont déficitaires. Pour la Cour, le caractère contributif d'un dispositif serait donc lié à son mode de financement. Selon nous, la nature contributive d'un dispositif renvoie au lien existant, au niveau de l'assuré, entre les prestations reçues au titre du dispositif (conditions d'attribution et montant) et les cotisations antérieures de l'assuré (nombre de trimestres cotisés, montant des cotisations ou du salaire de référence…). Le mode de financement du dispositif apparaît plutôt comme une conséquence du caractère contributif, un dispositif contributif devant être financé par les régimes tandis qu'un dispositif non contributif devrait relever de la solidarité nationale. De ce point de vue, le « minimum contributif » est au moins en partie de nature contributive (puisque lié au nombre de trimestres validés ou cotisés) et, en toute cohérence, devrait être financé par les régimes au même titre que les pensions non portées au minimum. (…)

REPONSE DE LA CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS (CDC)

(…) Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA), en l'absence de réponse à ses demandes d'informations ou de pièces constitutives de dossiers, ne peut pour sa part identifier les raisons qui conduisent les demandeurs à ne pas poursuivre leur démarche. Toutefois, il convient de souligner que l'instruction des demandes constitue un moment privilégié d'information du demandeur. Les échanges engagés à l'occasion de la constitution du dossier permettent d'attirer l'attention sur les conditions d'attribution. Certains demandeurs prennent manifestement conscience à ce stade qu'ils ne peuvent pas relever du SASPA. En outre pour améliorer, en amont, l'information des demandeurs potentiels, le SASPA développe une démarche de communication et de sensibilisation de différents intervenants locaux tels que les centres communaux d'action sociale et les autres services sociaux (lettre d'information dématérialisée et journées d'information). (…)

Le SASPA dispose d'un plan de contrôle triennal. Les contrôles, définis sur la base d'une cartographie des risques, sont déclinés en trois

grandes catégories : contrôles de masse (sur la base des déclarations des bénéficiaires), contrôles génériques effectués à l'occasion d'un acte de gestion (avec demande de production de justificatifs) et contrôles ciblés (comportant également une demande de production de justificatifs). En ce qui concerne la condition de ressources, des justificatifs (essentiellement les relevés de comptes) sont régulièrement demandés aux allocataires du SASPA. S'ajoutent à ces contrôles annuels des enquêtes ciblées (9000 en 2012 sur la seule condition de ressources).

Chapitre XVI
La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

(…) Après avoir rappelé les objectifs très différenciés des différentes catégories de prestations liées à la famille, les rapporteurs s'attachent à analyser leur efficacité en termes de redistribution verticale. Ils mettent ainsi l'accent sur le caractère peu redistributif, voire contre-redistributif des aides à la garde des jeunes enfants, les parents les mobilisant étant des parents à revenu plutôt élevé. Cette conclusion porte à notre sens deux difficultés intrinsèques:

- elle est d'abord fortement endogène : si les choix des modes de garde varient suivant les revenus des familles, les revenus des familles varient également selon les possibilités de garde extérieure. Ainsi, les ménages comprenant des actifs occupés, et notamment les couples bi-actifs, ont des niveaux de vie en moyenne plus élevés que les autres ; or, les prestations d'aides à la garde sont adressées à des parents majoritairement en emploi, ou à la recherche d'un emploi, leur objectif étant de permettre la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. D'où il découle assez "naturellement" que les bénéficiaires de ces prestations ont des niveaux de vie plutôt plus élevés que les autres.

- la conclusion s'affranchit ensuite complètement de l'objectif premier qui a été assigné à ces prestations, et qui reste bien celui de la conciliation entre vie familiale et professionnelle, et non celui de la redistribution. Ce faisant, en portant l'attention sur ces prestations comme étant avant tout peu redistributives, le diagnostic peut conduire à des préconisations qui remettent en cause l'objectif de conciliation, avec tous les risques associés sur l'altération de l'activité, notamment féminine. (…)

REPONSE DU HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE

Il est dommage que, pour apprécier l'efficacité redistributive des prestations familiales, on ait exclu du champ de l'étude les aides au logement qui sont concentrées sur les ménages les plus modestes (elles comptent pour 13% dans le revenu des ménages du premier décile contre 2% pour la moyenne des ménages). Or l'allocation de logement est une prestation familiale et l'APL versée aux familles ayant des enfants à charge lui est semblable en tous points.

Les prestations retenues par la Cour dans son étude n'ont pas eu pour objet de « soutenir spécifiquement les familles modestes » comme l'indique le projet d'insertion page 4. Elles ont, depuis la réforme du salaire unique de 1972 et la création du Complément familial en 1978, eu pour vocation de couvrir très largement les classes moyennes. Le choix posé en 1978 de les indexer sur les salaires traduit bien le souci de ne pas en durcir la sélectivité. C'est la contrainte financière qui, en 1996, a amené les pouvoirs publics à abandonner cette règle d'indexation pour caler désormais l'évolution des prestations sur celle des prix entrainant un effet d'éviction significatif mais pas massif (même s'il est plus prononcé pour l'ARS).

S'agissant du complément du mode de garde, le choix de ses paramètres répond au souci de ne pas faire supporter aux ménages un taux d'effort élevé pour la garde de leurs enfants même si leur revenu est consistant, traduisant la priorité accordée à la fonction d'accueil des jeunes enfants.

Le choix des plafonds de la PAJE et du CF illustre bien la volonté d'aider largement les classes moyennes : leur progression avec la taille et l'existence d'un plafond majoré pour les couples où les deux parents travaillent en témoignent.

Il est logique que le complément de mode de garde « bénéficie principalement » aux familles aisées puisque par son objet même il touche très largement les déciles élevés où dans la majeure partie des cas, les deux parents travaillent, situation qui explique leur niveau de revenu relativement aisé.

Il n'est pas paradoxal que les prestations universelles » contribuent plus à la réduction des inégalités » que les prestations sous condition de revenu. Une bonne partie des prestations universelles est en effet concentrée sur des ménages de revenu modeste : c'est le cas des allocations familiales des familles nombreuses dont le revenu primaire par unité de consommation est faible en termes relatifs, de l'allocation de soutien familial puisque les familles monoparentales ont-elles aussi des revenus faibles ou du CLCA à taux plein servi aux familles où un seul des parents est inactif.

Encore faut-il souligner comme le fait le chapitre que l'indice de progressivité des prestations sous condition de ressources est plus élevé que celui des prestations universelles. (…)

CINQUIEME PARTIE – LES BESOINS D'AMELIORATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre XVII
Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Organisation des ressources affectées

(…) La distribution géographique des compétences affectées au développement et au fonctionnement du système d'information, est présentée dans le rapport comme une source de difficulté. Il convient de rappeler que cette situation est la conséquence d'une organisation historiquement décentralisée et non le résultat de décisions de la CNAF.

Au contraire, pour dépasser les contraintes qui en résultent, la CNAF a engagé de manière constante des actions visant la rationalisation du fonctionnement de ces structures dans le sens d'un pilotage national rigoureux. (…) La CNAF a réalisé en 2011 un audit de l'organisation et du pilotage du système d'information et procédé à une actualisation de son schéma directeur du système d'information dont l'un des objets était précisément de définir les orientations pour l'évolution de l'organisation impliquant solidairement l'ensemble des structures impliquées : CNEDI, CERTI, PRM, et CAF.

S'agissant des développements locaux réalisés de façon autonome dans les Caf, l'actualisation du schéma directeur prévoit leur suppression au profit d'une intégration au sein d'une organisation nationale qui précise les règles du jeu pour éviter la dispersion et accroître le potentiel de développement en préservant les démarches d'innovation issues du terrain.

Globalement le projet défini par la CNAF vise des objectifs suivants :

- accroître la capacité de développement en opérant un redéploiement interne des compétences,

- améliorer la qualité des produits délivrés,
- accompagner les utilisateurs dans le fonctionnement quotidien,
- rationaliser et optimiser la gestion des moyens.

Un travail de recensement des compétences individuelles pour chaque collaborateur dans chacune des structures a été réalisé afin de pouvoir mettre en œuvre une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences telle que suggérée dans le rapport de la Cour. (…)

La Cour n'est donc pas fondée à déplorer un manque de vision d'ensemble de la part de la CNAF, alors même que la vision que semble préconiser le projet de rapport relève quant à elle d'une logique essentiellement juridique ou organique. L'alternative suggérée par le projet de rapport se focalise ainsi essentiellement sur des questions de modification de rattachement juridique ou de fusion ou création de structures, alors que, dans un domaine où la dimension de gestion des ressources humaines, que semble méconnaître le projet de rapport, est décisive, c'est surtout une logique d'optimisation fonctionnelle qui doit prévaloir. Et c'est bien dans cette logique que la CNAF a présenté sa démarche aux organisations syndicales lors d'une Instance nationale de concertation en novembre 2011 consacrée à l'organisation du système d'information.

Cette réunion a marqué une étape importante dans le processus engagé par la CNAF, et il est étonnant qu'elle ne soit pas mentionnée dans le projet de rapport. Par ailleurs, la CNAF convient tout à fait de la nécessité d'englober les PRM dans la démarche, ce qu'elle a commencé à faire dans le cadre de la préparation de la prochaine COG

Méthodes dans le pilotage des projets et les processus administratifs

Depuis 2009, des travaux ont été engagés pour modéliser le processus de fabrication des solutions informatiques et de leur mise en œuvre et pour décrire dans une charte les différentes étapes du cycle de vie des projets en précisant la nature des livrables et le rôle des acteurs.

Ceci a permis de consolider le positionnement respectif de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre.

Cette charte a été mise en œuvre sur les applications principales de la branche et devrait être généralisée dans quelques mois. D'ores et déjà, les résultats obtenus se traduisent par une réduction des défauts constatés après la mise en production des applications. C'est en particulier le cas pour l'adaptation de l'application Cristal aux évolutions de la réglementation.

Parallèlement les démarches sont conduites pour doter l'organisation des outils communs permettant d'assurer un pilotage resserré des projets. Ceci concerne particulièrement la gestion des projets et la gestion des

incidents. Après plusieurs mois d'instruction et de procédures, la phase de mise en œuvre opérationnelle de ces nouveaux outils est engagée.

Le travail du comité stratégique du SI piloté par le directeur général de la CNAF est effectivement organisé autour d'un portefeuille d'une centaine de projets (ce qui, même si la CNAF souscrit à la recommandation de la Cour de restreindre le nombre de projets, n'a rien de surprenant pour une institution de la taille de la branche famille) avec le souci d'assurer un pilotage prenant en considération les enjeux, les charges, les ressources, les risques et la préoccupation de prendre des engagements réalistes fondés sur la définition de priorités.

Enfin s'agissant des procédures des marchés et la stratégie d'achat, la Direction de la CNAF a pris la décision de centraliser toutes les procédures ayant une portée stratégique sous la responsabilité des services juridiques de l'établissement public.

Chapitre XVIII
Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(…) Concernant l'analyse de la dépense, la CNAMTS souhaite rappeler :

- que le volume des IJ maladie a certes repris une pente ascendante à partir de 2007, mais de manière très ralentie par rapport à l'augmentation très rapide précédant 2004 et qu'au total le volume d'IJ est au total inférieur à celui atteint en 2003 ;
- que l'intensification des contrôles a été particulièrement massive en début de période, avec un doublement en deux ans ;
- qu'au-delà de cette période qui a permis de revenir à une situation plus encadrée par rapport au dérapage observé sur les années antérieures, un certain nombre de déterminants jouent structurellement à la hausse des IJ : la croissance de l'emploi salarié, qui a été soutenue jusqu'à mi 2008, et qui joue avec un fort effet retard d'après les modèles économétriques (pas uniquement ceux de la CNAMTS), et le vieillissement de la population active qui se poursuit, avec un effet très fort par exemple en 2009 (ceci joue notamment sur les arrêts longs).

Sur l'accompagnement des professionnels de santé

La CNAMTS estime prématurée au stade de leur développement actuel, l'intégration d'un objectif de respect du référentiel de prescription dans

la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux.

A l'inverse, la CNAMTS souscrit à la possibilité d'intégrer à terme un objectif chiffré de transmission d'arrêts de travail dématérialisés dans la rémunération sur objectifs des médecins, lorsque la montée en charge du service sera plus avancée. (…)

Sur la lutte contre la fraude

(…) La Cour s'étonne du faible taux de fraude détectée lors de l'enquête nationale d'évaluation du taux de fraude aux indemnités journalières, conduite par la CNAMTS en 2010. Il peut être rappelé que cette enquête a été réalisée en collaboration avec la délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF), en particulier pour la détermination de la méthodologie d'analyse et de l'échantillon représentatif.

II est important de relever, que cet échantillon n'était pas ciblé, le taux de fraude constaté concernant les assurés peut donc être considéré comme un reflet de la réalité.

La CNAMTS tient tout d'abord à rappeler qu'en 2008 et 2009 a été diligenté un programme national de lutte contre la fraude aux indemnités journalières reposant notamment sur la recherche systématique des atypies via 7 requêtes sur les bases de données de l'assurance maladie.

Ce programme ayant produit des résultats limités, tant sur le nombre de fraudes détectées (562 fraudes détectées sur 37 532 dossiers contrôlés, soit 1,5 % de dossiers frauduleux) que sur les montants financiers en jeu (541 858 euros de préjudice subi et 73 130 euros de préjudice évité), la décision a été prise de ne pas le relancer et de réorienter l'action de l'assurance maladie vers des techniques de détection de profils ainsi que le propose la Cour. Ainsi une expérimentation de datamining a-t-elle été menée par la CNAMTS en partenariat avec la direction régionale du service médical de Nord-Picardie. Comparativement aux résultats obtenus via l'enquête d'évaluation du taux de fraude aux indemnités journalières, le modèle développé permet de multiplier par 4 le taux de fraude détectée sur les 10% d'arrêts présentant le plus haut risque de fraude. Malgré tout le taux de fraude détecté via l'utilisation de cette nouvelle méthode reste inférieur à 1%. (…)

Sur les simplifications réglementaires

La CNAMTS partage les constats de la Cour sur la complexité de la réglementation et la nécessité de poursuivre les efforts de simplification. A ce titre, elle ne peut qu'approuver la recommandation d'harmoniser l'assiette des différents types d'indemnités journalières, en tenant toutefois à préserver les droits des assurés.

GLOSSAIRE

AAD	Allocation d'adoption
AAH	Allocation aux adultes handicapés
AAT	Avis d'arrêt de travail
AC	Aide à la contractualisation
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APE	Allocation parentale d'éducation
APJE	Allocation pour jeune enfant
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASF	Allocation de soutien familial
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV	Allocation supplémentaire vieillesse
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVPF	Assurance vieillesse pour les parents au foyer
AVTS	Allocation aux vieux travailleurs salariés
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CANCAVA	Caisse autonome de compensation de l'assurance vieillesse artisanale
CAP	Commission administrative paritaire
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CAPN	Commission administrative paritaire nationale
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CEPS	Comité économique des produits de santé

CF	Complément familial
CLCA	Complément de libre choix d'activité
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMG	Complément de mode de garde
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNEDI	Centre national d'étude et de développement informatique
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP	Comité national de pilotage
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COLCA	Complément optionnel de libre choix d'activité
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPO	Conseil des prélèvements obligatoire
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieille (d'Alsace-Moselle)
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire
CSB	Contribution sociale sur les bénéfices
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CSSS (C3S)	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DAF	Dotation annuelle de financement
DAFIIS	Direction des affaires financières, informatiques, immobilières et des services
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
DEA	Diplôme d'Etat d'ambulancier
DES	Direction de l'évaluation et de la stratégie

DGCCRF	Direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGI	Direction générale des impôts
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGT	Direction générale du Trésor
DMS	Durée moyenne de séjour
DMT	Discipline médico-tarifaire
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médicale
DSN	Déclaration sociale nominative
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
EHPAD	Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
EIG	Evènement indésirable grave
EIR	Echantillon inter-régimes
EIRR	Echantillon inter-régimes de retraite
ENIM	Etablissement des invalides de la marine
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPS	Etablissement public de santé
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ERFS	Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux
ESAT	Etablissements et services d'aide par le travail
ESLM	Echelon local de service médical
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt public (ex PSPH)
ETAM	Employés, techniciens et agents de maîtrise
ETP	Équivalent temps plein
FER	Force d'étude régionale
FICQS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
FMC	Formation médicale continue

FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNSA	Fonds national des solidarités actives
FOREC	Fonds de financement de la réforme des charges sociales
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHS	Groupe homogène de séjours
GRSP	Groupements régionaux de santé publique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAPI	Outil d'harmonisation et de partage d'information tarifaire
HAS	Haute autorité de santé
HPST (loi)	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière
IPA	Indicateurs de pilotage d'activité
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISU	Interlocuteur social unique
ITAF	Impôts et taxes affectés
IVA	Indice de valorisation de l'activité
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCOO	Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie
MICA	Mécanisme incitatif à la cessation anticipée d'activité
MICO	Minimum contributif
MIG	Missions d'intérêt général
MIGA	Pension minimum garantie
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MRS	Missions régionales de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (national)

ODMCO	Objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
OGD	Objectif global des dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONP	Opérateur national de paie
OQN	Objectif quantifié national
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORGANIC	Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PAMC	Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
PEP	Pratiques exigibles prioritaires
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMR	Pension minimum de référence
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PN	Prime de naissance (ou d'adoption)
PPE	Prime pour l'emploi
PRM	Pôle régional mutualisé
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RAR	Reste à recouvrer
RCI	Réseau de compétences informatiques
RDP	Référentiel des projets
RéaTE	Réforme de l'administration territoriale de l'Etat
RFR	Revenu fiscal de référence
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNB	Référentiel national des bénéficiaires
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA	Revenu de solidarité active
SAS	Sections d'assurance sociales
SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SCDP	Système commun dédié partagé
SDIS	Schéma directeur du système d'information
SDIS	Service départementale d'incendie et de secours
SIBC	Système d'information budgétaire et comptable
SIRET	Numéro d'identification pour les établissements
SIRH	Système d'information des ressources humaines
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation

SNIIRAM	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SNIR	Système national inter régimes
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TAM	Techniciens et agents de maîtrise
TAP	Transport assis professionnalisé
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TDR	Titre de départ à la retraite
TEPA (loi)	Loi du 21 août en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat
TSCA	Taxe sur les conventions d'assurance
UC	Unité de consommation
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNPS	Union nationale des professions de santé
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Unions régionales des médecins libéraux
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unité de soins de longue durée
VSL	Véhicule sanitaire léger